Landgericht Göttingen
Geschäfts-Nr.:
6 Ks 4/13
Es wird gebeten, bei allen Eingaben die
vorstehende Geschäftsnummer anzugeben
---
405 Js 1933/12 StA Braunschweig

Im Namen des Volkes!

Urteil

In der Schwurgerichtssache

g e g e n

Dr. med. A.O. ,
geboren am 1967 in K.S. (I.),
d. und i. Staatsangehöriger, verheiratet, Arzt,
wohnhaft V-W-Straße, G.,

w e g e n des Verdachts versuchten Totschlags u.a.

hat die 6. Große Strafkammer - Schwurgericht - des Landgerichts G. in der Sitzung am **6. Mai 2015**, an der teilgenommen haben:

Vorsitzender Richter am Landgericht G.
als Vorsitzender,

Richterin am Landgericht B.-K.,
Richterin am Landgericht M.,
als beisitzende Richterinnen,

H.M.,
E.S.
als Schöffinnen,

Oberstaatsanwältin W.,
Erster Staatsanwalt S.
als Beamte der Staatsanwaltschaft Braunschweig

Rechtsanwalt Prof. Dr. S., G.,
Rechtsanwalt Dr. H., Hannover,
Rechtsanwalt H., D.
als Verteidiger,

Rechtsanwalt Hörning, G.
als Vertreter der Nebenklägerinnen D.,J. und J.T. D.T.,
J.T.,
als Nebenklägerinnen

Justizangestellte F.
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

für R e c h t erkannt:

Der Angeklagte wird freigesprochen.

Die Kosten des Verfahrens und die dem Angeklagten entstandenen notwendigen Auslagen trägt die Staatskasse.

Die Staatskasse ist verpflichtet, den Angeklagten zu entschädigen für die in dieser Sache in der Zeit vom 11. Januar 2013 bis 16. Dezember 2013 erlittene Polizei- und Untersuchungshaft,

die in dem Außervollzugsetzungsbeschluss der Kammer vom 16. Dezember 2013 in Verbindung mit den Beschlüssen der Kammer vom 23. Dezember 2013, 6. Januar 2014 und 19. Februar 2014 getroffenen Anordnungen bezüglich der Leistung einer Sicherheit von 500.000 Euro, der Einschränkung der Bewegungsfreiheit, der erteilten Meldeauflagen sowie der Abgabe seiner Personalpapiere,

die am 31. Mai 2012 in der Zeit von 10:00 Uhr bis 11:30 Uhr durchgeführte Durchsuchung der Wohnung im Hause V-W-Straße, G. einschließlich des zur Wohnung gehörenden Kellerraums sowie des Fahrzeugs D.B., YY-Y-XXXX,

die im Rahmen der Wohnungsdurchsuchung vom 31. Mai 2012 erfolgte Sicherstellung einer Plastikhülle mit Schriftverkehr zwischen dem Angeklagten und der U.G. sowie eines Laptop Sony Vaio,

die am 11. Januar 2013 in der Zeit von 10:15 Uhr bis 12:15 Uhr durchgeführte Durchsuchung der Wohnung im Haus V-W-Straße, G. einschließlich des zur Wohnung gehörenden Kellerraums sowie der Fahrzeuge D.B., YY-Y-XXXXund B, CC-V-NNNN,

die im Rahmen der Wohnungsdurchsuchung vom 11. Januar 2013 erfolgte Sicherstellung des weißen „i-Phone 5“ (Apple), des silberfarbenen MacBook (Apple), der Ablichtung der Patientenakte „A.R.“ sowie der 17 Blatt Schriftverkehr.

A. Zusammenfassung 14

I. Person des Angeklagten 14

II. Entstehung des Tatverdachts, Untersuchungskommissionen 14

III. Inhaftnahme 16

IV. Konkrete Tatverdacht 16

1. Manipulationsfälle 16

a) Einlassung des Angeklagten 17

b) Der Angeklagte war hinsichtlich der sogenannten „Manipulationsfälle“ aus tatsächlichen und rechtlichen Gründen freizusprechen. 18

aa) Freispruch aus tatsächlichen Gründen 18

(1.) Unzutreffende Angaben bei der Beantragung des exceptionalMeld bzgl. des Patienten S., (Ziff. 1. der Anklageschrift) 18

(2.) Blutprobenmanipulationen (Fälle V., O. und F., Ziff. 2., 10. und 11. der Anklageschrift) 19

(3.) Sepsis als Kontraindikation bei der Patientin V. (Ziff. 2. der Anklageschrift) 19

(4.) Dialysefalschmeldungen bei den Patienten S., F. und O. (Ziff. 1., 3. und 10. der Anklageschrift) 20

(5.) Dialysefalschmeldung bzgl. des Patienten I. (Ziff. 9. der Anklageschrift) 20

(6.) Beantragung einer „standdartexception“ im Falle des Patienten I. (Ziff. 5. der Anklageschrift) 20

(7.) Verstoß gegen Alkoholkarenzzeitregelung bei dem Patienten W. (Ziff. 6. der Anklageschrift) 21

(8.) Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG 21

Soweit bei den Patienten B., I., W., W., P., I., O. und F. durch die Übertragung von Spenderlebern auf diese Patienten ein vorsätzlicher bzw. fahrlässiger Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG in der Fassung vom 4. September 2007 in Betracht kam, erfolgte der Freispruch jeweils aus tatsächlichen Gründen. 21

bb) Freispruch aus rechtlichen Gründen 22

(1.) Dialysefalschmeldungen bzgl. der Patienten B., I., W., W., P. und F. (Ziff. 4. – 8. und 11. der Anklageschrift) 22

(2.) Verstoß gegen Alkoholkarenzzeitregelung in den Fällen der Patienten V., F. und W. (Ziff. 2., 3. und 7.) 30

(3.) Listung des Patienten I. (Ziff. 5. der Anklageschrift) entgegen Punkt III.2.2. der Richtlinien der Bundesärztekammer ... 32
(4.) Listung des Patienten B. (Ziff. 4. der Anklageschrift) entgegen Punkt III.2.4. der Richtlinien der Bundesärztekammer ... 34
(5.) Fahrlässiger Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG bzgl. der Patienten S., V. und F. (Ziff. 1. – 3. der Anklageschrift) ... 35
2. Indikationsfälle ... 35

B. Anklagevorwürfe ... 37

I. Anklageschrift ... 37
1. W. S. (FA 1.17) ... 37
2. P. V. (FA 1.21) ... 38
3. I. F. (FA 1.8) ... 39
4. K.-H. B. (FA 1.5) ... 39
5. F. I. (FA 1.2) ... 40
6. H.-J. W. (FA 1.19) ... 41
7. U. W. (FA 1.18) ... 41
8. M. P. (FA 1.14) ... 42
9. K.I. (FA 1.1) ... 43
10. K.O. (FA 1.121 ... 43
11. U.F. (FA 1.6) ... 44
12. J.D. (FA 3.2) ... 45
13. M.M. (FA 3.5) ... 46
14. K.H.T. (FA 3.6) ... 47

II. Klarstellung von Ungenauigkeiten der Anklageschrift ... 48

III. Entscheidung der Kammer ... 48
1. Manipulationsfälle ... 48
a) Freispruch aus tatsächlichen Gründen ... 49
aa) Patient S. ... 49
bb) Patientin V. ... 49
cc) Patientin F. ... 50
dd) Patient I. ... 50
ee) Patient W. ... 50
gg) Patient I. ... 51
hh) Patientin O. ... 52
ii) Patient F. ... 52
b) Freispruch aus rechtlichen Gründen ... 52
2. Indikationsfälle ... 53

C. Feststellungen, Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung sowie rechtliche Bewertung der festgestellten Sachverhalte in Bezug auf die von dem Angeklagten durchgeführten Transplantationen ... 55

I. Zur Person des Angeklagten ... 55
1. Feststellungen ... 57
a) Persönliche Verhältnisse ... 57
b) Schulischer und beruflicher Werdegang bis zum Dienstantritt in der Univer- sitätsmedizin G. im Oktober 2008 ... 57
c) Tätigkeit des Angeklagten in der UMG in der Zeit von Oktober 2008 bis zur Auflösung des Dienstvertrages ... 57
d) Auflösung des Dienstvertrages zwischen dem Angeklagten und der UMG sowie Verlauf der weiteren beruflichen Tätigkeit des Angeklagten ... 62
e)Strafrechtliche Vorbelastungen und Haftdaten ... 62
2. Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung zur Person ... 62
a) Persönliche Verhältnisse ... 62
b) Schulischer und beruflicher Werdegang bis zum Dienstantritt in der U.G. im Oktober 2008 ... 62

c) Tätigkeit des Angeklagten in der UMG in der Zeit von Oktober 2008 bis zur Auflösung des Dienstvertrages ... 62

II. Zu den Tatvorwürfen ... 67

1. Allgemeine Aspekte, die für sämtliche Tatvorwürfe von Bedeu tung sind ... 67

a) Feststellungen ... 67

aa) Wesentliche tatsächliche Abläufe ab der Diagnose der Lebererkrankung bis zur Lebertransplantation ... 67

bb) Wesentliche rechtliche Rahmenbedingungen, die bei einer Lebertransplantation bestehen ... 75

(1.) Gesetzliche Regelungen der Lebertransplantation ... 76

(a) Zulässigkeit der Organübertragung ... 76

(b) Aufnahme in die Warteliste und Organallokation (Organverteilung) ... 77

(c) Beauftragung einer Vermittlungsstelle ... 78

(2) Kriterien für die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste für eine Leber-transplantation ... 80

(a) Gründe für die Aufnahme in die Warteliste ... 81

(aa) „Medizinische Indikation“ für eine Lebertransplantation ... 81

(bb) Keine Kontraindikationen ... 91

(cc) Größere Überlebenswahrscheinlichkeit und / oder größere Lebensqualität ... 93

(b) Einschränkungen der Aufnahme auf die Warteliste ... 95

(aa) Alkoholinduzierte Leberzirrhose ... 95

(bb) Bösartige Erkrankungen ... 97

(cc) Akutes Leberversagen ... 99

(dd) Einordnung der Kriterien, die zur Einschränkung der Aufnahme in die Warteliste führen ... 100

(c) Gründe für die Ablehnung einer Aufnahme in die Warteliste ... 103

(d) Zwischenergebnis zu den relevanten Kriterien, die bei der Frage zu prüfen sind, ob eine Lebertransplantation ein Körperverletzungsdelikt zum Nachteil des Organempfängers darstellt ... 103

(3) Kriterien für die Organverteilung (Allokation) ... 105

(a) Erstellung einer Match-Liste ... 107

(aa) Auswahl der Patienten ... 107

(bb) Reihenfolge der Patienten auf der Match-Liste ... 110

(b) Organverteilung ... 126

(aa) Standardvergabeverfahren ... 126

(bb) Beschleunigtes Vermittlungsverfahren – Rettungsallokation ... 127

(ee) Übersicht über den Allokationsalgorithmus erwachsener Spender (≥ 46 kg) ... 129

cc) Lebertransplantationen in der U.G. ... 130

(1) Wesentliche organisatorische und personelle Strukturen der UMG, soweit sie in der verfahrensgegenständlichen Zeit mit Lebertransplantationen in Zusammenhang standen ... 131

(2) Allgemeiner Ablauf von der ersten Behandlung der Patienten bis zu deren Transplantation in der UMG ... 131

(a) Ambulante und stationäre Behandlung sowie Evaluation von Patienten für eine Lebertransplantation ... 131

(b) Entscheidung über die Aufnahme von Patienten in die Warteliste und deren Registrierung bei Eurotransplant - Transplantationskonferenz ... 132

(c) Aufklärung der Patienten vor der Aufnahme in die Warteliste und Registrierung bei Eurotransplant ... 135

(d) Registrierung der Patienten bei Eurotransplant - Transplantations-Koordination ... 136

(aa) Besetzung des Transplantations-Koordinationsbüros ... 136

(bb) Aufgabenbereich der Mitarbeiter des Transplantations-Koordinations-büros ... 136

(cc) Dateneingabe in das ENIS-System von Eurotransplant ... 137

(dd) Herkunft der Daten, die in das ENIS-System eingegeben wurden ... 138

(ee) Ermittlungsverfahren gegen die Mitarbeiter des Transplantations-Koordinationsbüros ... 140

(e) Verlauf nach der Registrierung bei Eurotransplant ... 140

(aa) Transplantations-Ambulanz ... 140

(bb) Niedergelassene Ärzte und andere Krankenhäuser ... 142

(cc) Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie 142
(dd) Transplantationschirurgie 144
(ee) Andere Abteilungen der UMG 146
(f) Organangebot von Eurotransplant, erneute Aufklärung und Transplantation 146
(g) Behandlung der Patienten nach der Transplantation 147
(h) Gewebe- und Organuntersuchungen durch die Abteilung Pathologie 148
(i) Elektronische Datenverarbeitung und Blutuntersuchungen 148
(aa) EDV 148
(bb) Blutuntersuchungen 149
(cc) Erfassung von Dialysen 150
b) Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung 151
aa) Wesentliche tatsächliche Abläufe ab der Diagnose einer Lebererkrankung bis zur Transplantation 151
bb) Wesentliche rechtliche Rahmenbedingungen, die bei einer Lebertransplantation bestehen .. 153
(1) Gesetzliche Regelungen der Lebertransplantation 153
(2) Kriterien für die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste für eine Lebertransplantation 153
(3) Kriterien für die Organverteilung (Allokation) 153
cc) Lebertransplantationen in der U.G. 155
(1) Wesentliche organisatorische und personelle Strukturen der UMG, soweit sie in der verfahrensgegenständlichen Zeit mit Lebertransplantationen in Zusammenhang standen 155
(2) Allgemeiner Ablauf von der ersten Behandlung der Patienten bis zu deren Transplantation in der UMG 155
(a) Ambulante und stationäre Behandlung sowie Evaluation von Patienten für eine Lebertransplantation 155
(b) Entscheidung über die Aufnahme der Patienten in die Warteliste und deren Registrierung bei Eurotransplant – Transplantationskonferenz 157
(aa) Einlassung des Angeklagten 158
(bb) Zeugenaussagen 161
(cc) Würdigung und Zwischenergebnis 166
(c) Aufklärung der Patienten vor der Aufnahme in die Warteliste und Registrierung bei Eurotransplant 181
(aa) Einlassung des Angeklagten 181
(bb) Zeugenaussagen 182
(cc) Würdigung und Zwischenergebnis 184
(d) Registrierung des Patienten bei Eurotransplant – Transplantations-Koordination 185
(aa) Besetzung des Transplantations-Koordinationsbüros 185
(bb) Aufgabenbereich der Mitarbeiter des Transplantations-Koordinations-büros 185
(cc) Dateneingabe bei Eurotransplant 186
(dd) Herkunft der Daten, die bei Eurotransplant eingegeben wurden 187
(e) Verlauf nach Aufnahme in die Warteliste bzw. Registrierung bei Eurotransplant 210
(aa) Transplantations-Ambulanz 210
(bb) Niedergelassene Ärzte und andere Krankenhäuser 213
(cc) Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie 214
(dd) Transplantationschirurgie 227
(ee) Andere Abteilungen der UMG 233
(f) Organangebot von Eurotransplant, erneute Aufklärung und Transplantation 233
(aa) Organangebot und -annahme 233
(bb) Aufklärung der Patienten vor der Transplantation 239
(cc) Transplantation 240
(g) Behandlung der Patienten nach der Transplantation 240
(h) Gewebe- und Organuntersuchungen durch die Abteilung Pathologie 241
(i) Elektronische Datenverarbeitung und Blutuntersuchungen 241
(aa) EDV 241
(bb) Blutuntersuchungen 242
(cc) Erfassung von Dialysen 242
2. „Manipulationsfälle“ 245
a) Allgemeine Ausführungen zu den Auswirkungen von Falschangaben auf die Zuteilung von Spenderlebern 245

aa) Auswirkungen der durch Falschangaben bewirkten Zuteilung einer Spenderleber in dem Match-Verfahren, in dem der „manipulierte Patient“ die Spenderleber erhielt 247
(1) Versterben eines Patienten, der die Spenderleber bei regulärem Verlauf erhalten und hiermit überlebt hätte 248
(2) Versterben eines Patienten, der die Spenderleber bei regulärem Verlauf erhalten hätte und für den nach dieser Allokation aufgrund eingetretener Zeitnot bzw. Zustandsverschlechterung eine qualitativ schlechtere Leber akzeptiert wurde 249
(3) Versterben eines Patienten, der die Spenderleber bei regulärem Verlauf erhalten hätte und anschließend nicht mehr transplantabel ist 250
(4) Versterben eines Patienten, der die Spenderleber im beschleunigten Vermittlungsverfahren erhalten hätte 251
(5) Keine Auswirkung der Falschangaben auf andere Patienten 253
(6) Keine Annahme der Spenderleber durch einen anderen Patienten 253
(7) Überleben des Patienten, der die Spenderleber bei regulärem Verlauferhalten hätte 253
bb) Auswirkungen einer durch Falschangaben bewirkten Zuteilung einer Spenderleber auf andere Match-Verfahren 254
cc) Auswirkungen des Angebots einer Spenderleber an einen „manipulierten Patienten“, welches sodann abgelehnt wird 257
(1) Keine nennenswerten Auswirkungen auf den Match-Verlauf 257
(2) Vorzeitiger Übergang in das beschleunigte Vermittlungsverfahren 258
(a) Versterben eines Patienten, der die Spenderleber bei regulärem Verlauf im Standardverfahren erhalten hätte 258
(b) Keine Auswirkung durch den vorzeitigen Übergang in das beschleunigte Vermittlungsverfahren 259
(c) Auswirkungen auf nachfolgende Match-Verfahren 259
dd) Zwischenergebnis 260
b) Patient W.S. (Ziffer 1. der Anklage) 260
aa) Feststellungen 261
(1) Zusammenfassung des wesentlichen Ergebnisses der Beweisaufnahme 261
(2) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der Transplantation 262
(a) Krankheitsverlauf bis zur Behandlung in der UMG 262
(b) Behandlung in der UMG bis zur Lebertransplantation 263
(aa) Verlauf bis zur Aufnahme in die Warteliste 263
(bb) Aufnahme in die Warteliste und Registrierung bei Eurotransplant 264
(cc) Verlauf nach Aufnahme die Warteliste 264
(3) Organallokation und Transplantation 268
(4) Verlauf nach der Transplantation 269
(5) Weiterer Verlauf in Bezug auf die von dem Patienten S. aufgrund der Falschmeldung überholten Patienten 270
bb) Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung 271
cc) Rechtliche Würdigung 271
(1) Straftaten zum Nachteil anderer Patienten 271
(a) Totschlag gemäß § 212 Abs. 1 StGB bzw. Körperverletzungsdelikte gemäß §§ 223 ff. StGB 271
(b) Versuchter Totschlag gemäß §§ 212 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB bzw. versuchte Körperverletzungsdelikte gemäß §§ 223 ff., 23 Abs. 1 StGB 272
(c) Fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB bzw. fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB 272
(2) Straftaten zum Nachteil des Patienten S. 274
(a) Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB 274
(b) Versuchte Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB 276
(3) Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG in der Fassung vom 4. September 2007 durch Übertragung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG in der Fassung vom 4. September 2007 276
(4) Fahrlässiger Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG in der Fassung vom 4. September 2007 durch Übertragung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG in der Fassung vom 4. September 2007 277
dd) Ergebnis zum Patienten S. 277

c) Patientin P. V. (Ziffer 2. der Anklage) ... 279
aa) Feststellungen ... 279
(1) Zusammenfassung des wesentlichen Ergebnisses der Beweisaufnahme ... 279
(2) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der Transplantation ... 280
(3) Organallokation und Transplantation ... 283
(4) Verlauf nach der Transplantation ... 285
(5) Weiterer Verlauf in Bezug auf die ersten neun von der Patientin V. aufgrund der Falschmeldung überholten Patienten ... 285
bb) Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung ... 285
(1) Einlassung des Angeklagten ... 285
(2) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der Transplantation ... 289
(a) Krankheitsverlauf bis zur Behandlung in der UMG ... 289
(b) Behandlung in der UMG bis zur Lebertransplantation ... 290
(aa) Verlauf bis zur Aufnahme in die Warteliste ... 290
(bb) Aufnahme in die Warteliste und Registrierung bei Eurotransplant ... 292
(cc) Verlauf nach Aufnahme in die Warteliste ... 296
(3) Organallokation und Transplantation ... 309
(a) Match-Verfahren und Verlauf vor der Transplantation ... 309
(b) Transplantation ... 311
(c) Erforderlichkeit und Dringlichkeit der Lebertransplantation ... 312
(4) Verlauf nach der Transplantation ... 316
(5) Auszugsweiser Match-Verlauf hinsichtlich des Matches Nr. 189736 vom 23. Juli 2010 ... 317
(6) Keine Vorteilsgewährung ... 320
(7) Ergebnisse der internen Prüfung der UMG, der „R.K." sowie der BÄK ... 320
(a) Patientensynopsis der internen Kommission der UMG ... 321
(b) „R.K." ... 321
(c) BÄK ... 322
cc) Rechtliche Würdigung ... 322
(1) Straftaten zum Nachteil anderer Patienten ... 322
(a) Totschlag gemäß § 212 Abs. 1 StGB bzw. Körperverletzungsdelikte gemäß §§ 223 ff. StGB ... 323
(b) Versuchter Totschlag gemäß §§ 212 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB durch die Organannahme in dem Match-Verfahren 189736, obwohl die Patientin V. unter einer alkoholbedingten Leberzirrhose litt und die sechsmonatige Alkoholabstinenzzeit noch nicht eingehalten hatte und für die Patientin V. ein unzutreffender Bilirubin-Wert an Eurotransplant übermittelt worden war ... 323
(aa) Allgemeine Ausführungen zur rechtlichen Bewertung von Falschangaben bzw. Verstößen gegen die BÄK-Richtlinien und zum Versuchsbeginn ... 324
(bb) Tatentschluss des Angeklagten für einen versuchten Totschlag zum Nachteil anderer Patienten ... 334
(c) Versuchte Körperverletzungsdelikte gemäß §§ 223 ff., 22, 23 Abs. 1 StGB ... 353
(d) Fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB bzw. fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB ... 353
(2) Straftaten zum Nachteil der Patientin V. ... 353
(a) Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB ... 353
(b) Versuchte Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB ... 354
(c) Fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB ... 354
(3) Fahrlässiger Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG in der Fassung vom 4. September 2007 durch Übertragung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG in der Fassung vom 4. September 2007 ... 355
dd) Ergebnis zur Patientin V. ... 355
d) Patientin I.F. (Ziffer 3. der Anklage) ... 357
aa) Feststellungen ... 357
(1) Zusammenfassung des wesentlichen Ergebnisses der Beweisaufnahme ... 357
(2) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der Transplantation ... 358
(3) Organallokation und Transplantation ... 360
(4) Verlauf nach der Transplantation ... 361

(5) Weiterer Verlauf in Bezug auf die ersten neun Patienten, die auf der Match-Liste unmittelbar hinter der Patientin F. standen ... 362
bb) Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung ... 363
[…] ... 363
cc) Rechtliche Würdigung ... 363
(1) Straftaten zum Nachteil anderer Patienten ... 363
(a) Totschlag gemäß § 212 Abs. 1 StGB bzw. Körperverletzungsdelikte gemäß §§ 223 ff.StGB ... 363
(b) Versuchter Totschlag gemäß §§ 212 Ab. 1 , 22, 23 Abs. 1 StGB ... 363
(c) Versuchte Körperverletzungsdelikte gemäß §§ 223 ff., 22, 23 Abs. 1 StGB ... 364
(d) Fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB bzw. fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB ... 365
(2) Straftaten zum Nachteil der Patientin F. ... 365
(a) Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB ... 365
(b) Versuchte Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB ... 365
(3) Fahrlässiger Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG in der Fassung vom 4. September 2007 durch Übertragung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG in der Fassung vom 4. September 2007 ... 366
dd) Ergebnis zur Patientin F. ... 366
e) Patient K.-H.B. (Ziffer 4. der Anklage) ... 368
aa) Feststellungen ... 368
(1) Zusammenfassung des wesentlichen Ergebnisses der Beweisaufnahme ... 368
(2) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der Transplantation ... 370
(3) Organallokation und Transplantation ... 374
(4) Verlauf nach der Transplantation ... 375
(5) Weiterer Verlauf in Bezug den von dem Patienten B. auf der Match-Liste überholten Patienten ... 376
bb) Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung ... 376
cc) Rechtliche Würdigung ... 379
(1) Organhandel gemäß § 18 Abs. 1 TPG ... 379
(2) §§ 19 Abs. 2a TPG, 25 Abs. 1, Alt. 2 StGB ... 381
(3) Straftaten zum Nachteil anderer Patienten ... 382
(a) Vollendeter Totschlag bzw. vollendete Körperverletzungsdelikte ... 382
(b) Versuchter Totschlag gemäß §§ 212 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB durch die Annahme einer Spenderleber, obwohl bei dem Patienten B. nach den Richtlinien der Bundesärztekammer die Voraussetzungen für die Aufnahme in Warteliste nicht vorlagen ... 382
(c) Versuchter Totschlag gemäß §§ 212, 22, 23 Abs. 1 StGB durch die Annahme einer Spenderleber nach Falschangaben zur Nierenersatztherapie ... 388
(aa) Keine Sperrwirkung durch § 19 Abs. 2a TPG ... 388
(bb) Manipulationen kein Tötungsunrecht i.S.d. §§ 212 ff StGB ... 388
(cc) Kein Tatentschluss für einen versuchten Totschlag gemäß § 212, 22, 23 Abs. 1 StGB 404
(c) Versuchte Körperverletzungsdelikte gemäß §§ 223 ff., 22, 23 Abs. 1 StGB ... 431
(d) Fahrlässige Tötung bzw. fahrlässige Körperverletzung ... 432
(4) Straftaten zum Nachteil des Patienten B. ... 432
(a) Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB ... 432
(b) Versuchte Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB ... 432
(c) Fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB ... 433
(5) Bestechlichkeit gemäß § 332 StGB ... 433
(6) Urkundenfälschung gemäß § 267 Abs. 1, § 25 Abs. 1, Alt. 2 StGB ... 433
(7) Fälschung technischer Aufzeichnungen gemäß § 268, § 25 Abs. 1, Alt. 2 StGB ... 434
(8) Fälschung beweiserheblicher Daten gemäß § 269 Abs. 1, § 25 Abs. 1, Alt. 2 StGB ... 435
(9) Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse gemäß § 278 StGB ... 436
(10) Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse gemäß § 278, § 25 Abs. 1 Alt. 2 StGB ... 437
(11) Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG in der Fassung vom 4. September 2007 durch Übertragung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG in der Fassung vom 4. September 2007 ... 437
f) Patient F.I. (Ziffer 5. der Anklage) ... 442
aa) Feststellungen ... 442

(1) Zusammenfassung des wesentlichen Ergebnisses der Beweisaufnahme ... 442
(2) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der Transplantation ... 444
(a) Verlauf bis zur Aufnahme in die Warteliste ... 444
(b) Aufnahme in die Warteliste und Registrierung bei Eurotransplant ... 444
(c) Verlauf nach Aufnahme in die Warteliste ... 445
(3) Organallokation und Transplantation ... 448
(4.) Verlauf nach der Transplantation ... 450
(5.) Weiterer Verlauf in Bezug auf die ersten neun Patienten, die von dem Patienten I. überholt wurden ... 450
bb) Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung ... 452
cc) Rechtliche Würdigung ... 452
(1) Straftaten zum Nachteil anderer Patienten ... 452
(a) Totschlag gemäß § 212 Abs. 1 StGB bzw. Körperverletzungsdelikte gemäß §§ 223 ff. StGB sowie fahrlässige Tötung nach § 222 StGB und fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB ... 452
(b) Versuchter Totschlag gemäß §§ 212 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB ... 452
(aa) Aufnahme des Patienten I. in die Warteliste trotz des Vorliegens einer bösartigen Erkrankung im fortgeschrittenen Stadium sowie extrahepatischem Tumorwachstum ... 453
(bb) Meldung bei Eurotransplant als „resident“ ... 459
(cc) Falschangabe zur Nierenersatztherapie ... 460
(c) Versuchte Körperverletzungsdelikte gemäß §§ 223 ff., 22, 23 Abs. 1 StGB ... 461
(2) Straftaten zum Nachteil des Patienten I. ... 461
(a) Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB ... 462
(b) Versuchte Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB ... 462
(c) Fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB ... 462
(3) Weitere Straftaten ... 463
(4) Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (vom 4. September 2007) durch Übertragung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG ... 463
dd) Ergebnis zu dem Patienten I. ... 464
g) Patient H.-J.W. (Ziffer 6. der Anklage) ... 466
aa) Feststellungen ... 466
(1) Zusammenfassung des wesentlichen Ergebnisses der Beweisaufnahme ... 466
(2) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der Transplantation ... 468
(3) Organallokation und Transplantation ... 470
(4) Verlauf nach der Transplantation ... 472
(5) Weiterer Verlauf in Bezug auf die ersten neun Patienten, die von dem Patienten W. überholt wurden ... 472
bb) Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung ... 473
cc) Rechtliche Würdigung ... 473
(1) Straftaten zum Nachteil anderer Patienten ... 473
(a) Totschlag gemäß § 212 Abs. 1 StGB bzw. Körperverletzungsdelikte gemäß §§ 223 ff. StGB sowie fahrlässige Tötung nach § 222 StGB und fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB ... 473
(b) Versuchter Totschlag gemäß §§ 212 Abs. 1 , 22, 23 Abs. 1 StGB bzw. versuchte Körperverletzungsdelikt gemäß §§ 223 ff., 22, 23 Abs. 1 StGB durch die Annahme einer Spenderleber trotz Falschangaben ... 473
(2) Straftaten zum Nachteil des Patienten W. ... 475
(a) Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB ... 475
(b) Versuchte Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB ... 475
(3) Weitere Strafvorschriften ... 475
(4) Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (vom 4. September 2007) durch Übertragung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG ... 476
dd) Ergebnis zu dem Patienten W. ... 476
h) Patient U.W. (Ziffer 7. der Anklage) ... 478
aa) Feststellungen ... 478
(1) Zusammenfassung des wesentlichen Ergebnisses der Beweisaufnahme ... 478
(2) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der Transplantation ... 479
(3) Organallokation und Transplantation ... 481

(4) Verlauf nach der Transplantation ... 483
(5) Weiterer Verlauf in Bezug auf die von dem Patienten W. überholten Patienten ... 483
[…] ... 484
cc) Rechtliche Würdigung ... 484
(1) Straftaten zum Nachteil anderer Patienten ... 484
(a) Totschlag gemäß § 212 Abs. 1 StGB, Körperverletzungsdelikte gemäß §§ 223 ff. StGB sowie fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB bzw. fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB ... 484
(b) Versuchter Totschlag gemäß §§ 212 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB durch die Organannahme, obwohl der Patient die sechsmonatige Alkoholabstinenzzeit nicht einhielt und Falschangaben zur Nierenersatztherapie gemacht wurden ... 485
(c) Versuchte Körperverletzungsdelikte gemäß §§ 223 ff., 22, 23 Abs. 1 StGB ... 487
(2) Straftaten zum Nachteil des Patienten W. ... 487
(a) Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB ... 487
(b) Versuchte Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB ... 488
(3) Weitere Strafvorschriften ... 489
(4) Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (vom 4. September 2007) durch Übertragung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG ... 489
dd) Ergebnis zu dem Patienten W. ... 490
i) Patientin P. (Ziffer 8. der Anklage) ... 491
aa) Feststellungen ... 491
(1) Zusammenfassung des wesentlichen Ergebnisses der Beweisaufnahme ... 491
(2) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der Leber-Retransplantation ... 493
(a) Verlauf bist zur ersten Transplantation ... 493
(b) Verlauf nach der Transplantation ... 494
(3) Organallokation und Leber-Retransplantation ... 497
(4) Verlauf nach der Retransplantation ... 498
5) Weiterer Verlauf in Bezug auf die von der Patientin P. überholten Patienten ... 498
bb) Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung ... 499
cc) Rechtliche Würdigung ... 499
(1) Straftaten zum Nachteil anderer Patienten ... 500
(a) Totschlag gemäß § 212 Abs. 1 StGB, Körperverletzungsdelikte gemäß §§ 223 ff. StGB, fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB bzw. fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB ... 500
(b) Versuchter Totschlag gemäß §§ 212 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB oder ein versuchtes Körperverletzungsdelikt gemäß §§ 223 ff., 22, 23 Abs. 1 StGB ... 500
(2) Straftaten zum Nachteil der Patientin P. ... 502
(a) Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB ... 502
(b) Versuchte Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB ... 502
(3) Weitere Strafvorschriften ... 502
(4) Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (vom 4. September 2007) durch Übertragung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG ... 503
dd) Ergebnis zu der Patientin P. ... 503
j) Patient K.I (Ziffer 9. der Anklage) ... 505
aa) Feststellungen ... 505
(1) Zusammenfassung des wesentlichen Ergebnisses der Beweisaufnahme ... 506
(2) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der Transplantation ... 507
(a) Verlauf bis zur Behandlung in der UMG ... 507
(b) Behandlung in der UMG bis zur Lebertransplantation ... 508
(3) Organallokation und Transplantation ... 510
(4) Verlauf nach der Transplantation ... 511
(5) Weiterer Verlauf in Bezug auf die ersten neun Patienten, die von dem Patienten I. überholt wurden ... 512
bb) Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung ... 513
cc) Rechtliche Würdigung ... 513
(1) Fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB bzw. fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB jeweils zum Nachteil anderer Patienten ... 513
(2) Straftaten zum Nachteil des Patienten I. ... 513

(a) Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB ... 513
(b) Versuchte Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB ... 513
(3) Weitere Straftaten ... 514
(4) Fahrlässiger Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (vom 4. September 2007) durch Übertragung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG i ... 515
dd) Ergebnis zu dem Patienten I. ... 516
k) Patientin O. (Ziffer 10. der Anklage) ... 517
aa) Feststellungen ... 517
(1) Zusammenfassung des wesentlichen Ergebnisses der Beweisaufnahme ... 518
(2) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der Transplantation ... 519
(a) Verlauf bis Aufnahme in die Warteliste und Registrierung bei Eurotransplant ... 519
(b) Aufnahme in die Warteliste und Registrierung bei Eurotransplant sowie weiterer Verlauf ... 520
(3) Organallokation und Transplantation ... 523
(4) Verlauf nach der Transplantation ... 524
(5) Weiterer Verlauf in Bezug auf die ersten neun von der Patientin O. aufgrund der Falschmeldung überholten Patienten ... 525
bb) Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung ... 526
cc) Rechtliche Würdigung ... 526
(1) Fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB bzw. fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB jeweils zum Nachteil anderer Patienten ... 526
(2) Straftaten zum Nachteil der Patientin O. ... 526
(a) Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB ... 526
(b) Versuchte Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB ... 527
(c) Fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB ... 527
(3) Weitere Strafvorschriften ... 527
(4) Fahrlässiger Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (vom 4. September 2007) durch Übertragung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG ... 527
dd) Ergebnis zu der Patientin O. ... 528
l) Patient U. F. (Ziffer 11. der Anklage) ... 530
aa) Feststellungen ... 530
(1) Zusammenfassung des wesentlichen Ergebnisses der Beweisaufnahme ... 530
(2) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der Transplantation ... 532
(a) Verlauf bis zur Behandlung in der UMG ... 532
(b) Behandlung in der UMG bis zur Lebertransplantation ... 532
(aa) Verlauf bis zur Aufnahme in die Warteliste und Registrierung bei Eurotransplant ... 533
(bb) Verlauf nach Aufnahme die Warteliste ... 533
(3) Organallokation und Transplantation ... 536
(4) Verlauf nach der Transplantation ... 538
(5) Weiterer Verlauf in Bezug auf die ersten neun von dem Patienten F. aufgrund der Falschmeldung überholten Patienten ... 538
bb) Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung ... 540
cc) Rechtliche Würdigung ... 540
(1) Straftaten zum Nachteil anderer Patienten ... 540
(a) Totschlag gemäß § 212 Abs. 1 StGB, Körperverletzungsdelikte gemäß §§ 223 ff. StGB, fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB und fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB 540
(b) Versuchter Totschlag gemäß §§ 212 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB oder ein versuchtes Körperverletzungsdelikt gemäß §§ 223 ff., 22, 23 Abs. 1 StGB ... 540
(2) Straftaten zum Nachteil des Patienten F. ... 542
(a) Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB ... 542
(b) Versuchte Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB ... 542
(3) Weitere Strafvorschriften ... 542
(4) Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (4. September 2007) durch Übertragung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG ... 542
dd) Ergebnis zu dem Patienten F. ... 543
3. „Indikationsfälle“ ... 545
a) Patient J.D. (Ziffer 12. der Anklage) ... 550
aa) Feststellungen ... 550

(1) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der ersten Transplantation 550
(2) Organallokation und Transplantation 554
(3) Verlauf nach der Transplantation 555
(a) Verlauf bis zur Re-Lebertransplantation 555
(b) Re- Lebertransplantation 558
(c) Verlauf nach der Re-Lebertransplantation 559
bb) Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung 559
cc) Rechtliche Würdigung 560
(1) Straftaten zum Nachteil des Patienten D. 560
(a) Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB bzw. Körperverletzung mit Todesfolge gemäß § 227 Abs. 1 StGB 560
(aa) Lebertransplantation als tatbestandliche Körperverletzung 560
(bb) Einwilligung als Rechtfertigungsgrund 560
(b) Versuchte Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB 566
(c) Fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB 566
(2) Weitere Straftaten 567
(3) Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (4. September 2007) durch Übertra gung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG 567
dd) Ergebnis zu dem Patienten D. 568
b) Patientin M.M. (Ziffer 13. der Anklage) 569
aa) Feststellungen 569
(1) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der ersten Transplantation 569
(2) Evaluation und Aufnahme in die Warteliste sowie Registrierung bei Euro transplant 572
(3) Organallokation und Transplantation 574
(4) Verlauf nach der Transplantation 578
bb) Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung 579
cc) Rechtliche Würdigung 579
(1) Straftaten zum Nachteil der Patientin M. 579
(a) Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB bzw. Körperverletzung mit Todesfolge gemäß § 227 Abs. 1 StGB 579
(b) Versuchte Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB 580
(c) Fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB 580
(2) Weitere Straftaten 580
(3) Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (4. September 2007) durch Übertragung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG 581
dd) Ergebnis zu der Patientin M. 582
c) Patient K.-H.T. (Ziffer 14. der Anklage) 583
aa) Feststellungen 583
(1) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der ersten Transplantation 583
(2) Organallokation und Transplantation 587
(3) Verlauf nach der Transplantation 589
bb) Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung 590
cc) Rechtliche Würdigung 590
(1) Straftaten zum Nachteil des Patienten T. 590
(a) Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB bzw. Körperverletzung mit Todesfolge gemäß § 227 Abs. 1 StGB 591
(aa) Lebertransplantation als tatbestandliche Körperverletzung 591
(bb) Einwilligung als Rechtfertigungsgrund 591
(b) Versuchte Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB 595
(c) Fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB 595
(2) Weitere Straftaten 596
(3) Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (vom 4. September 2007) durch Übertragung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG 596
dd) Ergebnis zu dem Patienten T. 597

D. Kosten und Auslagen 597

E. Entschädigung 598

Gründe:

A. Zusammenfassung

I. Person des Angeklagten

Der heute (…) Jahre alte Angeklagte ist Facharzt für Allgemeinchirurgie und Viszeralchirurgie mit Schwerpunkt im Bereich der Transplantationschirurgie. In der Zeit vom 1. Oktober 2008 bis zu seiner Beurlaubung im November 2011 war er in der U.G. (im Folgenden: UMG) in der Abteilung Allgemein- und Viszeralchirurgie als Oberarzt tätig, wobei er insbesondere Leiter der Transplantationschirurgie war.

Die Vergütung des Angeklagten bestand in den Jahren 2008 bis einschließlich 2010 in einem Fixgehalt von 170.000 Euro und einem variablen Anteil, dessen Höhe von der Anzahl der erfolgten Lebertransplantationen abhängig war. Für den Zeitraum vom 1. Oktober 2008 bis 31. Dezember 2009, in dem 59 Lebertransplantationen durchgeführt wurden, erhielt der Angeklagte insgesamt 58.500 Euro Bonuszahlungen und für das Jahr 2010, in dem 61 Lebertransplantationen erfolgten, 60.000 Euro. Für das Jahr 2011 erhielt der Angeklagte zusätzlich zu seinem Fixgehalt von 170.000 Euro die Summe von 60.000 Euro, ohne dass eine konkretere variable Vergütung für dieses Jahr vereinbart worden war.

II. Entstehung des Tatverdachts, Untersuchungskommissionen

Am 4. Juli 2011 ging bei der D.S.O. (im Folgenden: DSO) ein anonymer Anruf ein, in dem geäußert wurde:

„Die G.U. ist in kriminelle Machenschaften verstrickt oder kauft man die Organe direkt bei Ihnen?“

Nachdem die Prüfungs- und die Überwachungskommission von der Vermittlungsstelle unter Bezugnahme auf eine entsprechende Mitteilung der DSO von dem Inhalt des Anrufs informiert worden war und als feststand, dass der anonyme Hinweis sich auf die am 30. Mai 2011 bei dem Patienten K.I in der UMG durch den Angeklagten durchgeführte Lebertransplantation bezog, wurden die

Umstände dieser Transplantation von der bei der Bundesärztekammer angesiedelten Prüfungs- und der Überwachungskommission einer Überprüfung unterzogen. Diese Kommissionen kamen in dem gemeinsamen Bericht und der Stellungnahme vom 16. Januar 2012 abschließend zu dem Ergebnis, dass der Angeklagte in Zusammenhang mit der bei dem Patienten I. durchgeführten Transplantation gegen die Richtlinien für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation verstoßen habe. Zum einen wurde dem Angeklagten zur Last gelegt, er habe am 23. Mai 2011 gegenüber der Vermittlungsstelle (= Eurotransplant) angegeben, der in der UMG behandelte Patient K.I sei dialysiert worden, obwohl dies in dem für die Angabe relevanten Zeitraum nicht der Fall gewesen sei. Zum anderen habe der Angeklagte nicht sichergestellt, dass die Aufnahme des Patienten K.I in die Warteliste erst erfolgt sei, nachdem der Patient für mindestens sechs Monate völlige Alkoholabstinenz eingehalten gehabt habe.

Im weiteren Verlauf wurden durch Ärzte der UMG und eine von der UMG beauftragte externe Kommission, die sogenannte „R.K.“ sowie durch die Bundesärztekammer Transplantationen überprüft, die während der Dienstzeit des Angeklagten in der Zeit von Oktober 2008 bis November 2011 in der UMG durchgeführt worden waren. Hierbei entstand der Verdacht, dass es in Zusammenhang mit diesen Transplantationen zu diversen systematischen Richtlinienverstößen gekommen war. Darüber hinaus wurde geprüft, ob der Angeklagte oder andere Mitarbeiter der UMG für die Vermittlung von Organen bzw. die Bevorzugung von Patienten Geld erhielten, weshalb die für Korruption zuständige Staatsanwaltschaft B. die Ermittlungen gegen den Angeklagten führte. Weitere Ermittlungen richteten sich unter anderem gegen den damaligen Leiter der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie, Prof. Dr. R., sowie den Oberarzt der Transplantationschirurgie, Dr. L. Die Ermittlungsverfahren gegen die gesondert Verfolgten Prof. Dr. R. und Dr. L. sind gegenwärtig noch nicht abgeschlossen. Hinsichtlich des gesondert Verfolgten Prof. Dr. R. besteht der Verdacht, dass dieser Geld von einem Patienten für die Vermittlung eines Organs gefordert und erhalten haben soll. Ein Nachweis, dass Patienten für die Zuteilung von Organen bzw. für die Durchführung von Manipulationen und Falschangaben bzw. Richtlinienverstößen Geld an den Angeklagten zahlten, konnte indes bereits im Ermittlungsverfahren nicht geführt werden. Auch im Rahmen der Hauptverhandlung haben sich hierfür keinerlei Anhaltspunkte ergeben.

Ende des Jahres 2011 wurde der Angeklagte beurlaubt und im Januar 2012 wurde das Dienstverhältnis zwischen der UMG und dem Angeklagten einvernehmlich beendet.

III. Inhaftnahme

Am 11. Januar 2013 wurde gegen den Angeklagten wegen Fluchtgefahr Untersuchungshaft angeordnet, deren Vollzug durch Beschluss der Kammer vom 16. Dezember 2013 ausgesetzt wurde. Am 6. Mai 2015 wurden der Haftbefehl des Amtsgerichts Braunschweig vom 11. Januar 2013 (7 Gs Y/X) in der Fassung des Beschlusses des Landgerichts Braunschweig vom 11. Februar 2013 (9 Qs X/Y) und der Beschlüsse der Kammer vom 4. Juli 2013 und 16. Dezember 2013 sowie der Außervollzugsetzungsbeschluss der Kammer vom 16. Dezember 2013 in Verbindung mit den den Außervollzugsetzungsbeschluss weiter ausgestaltenden Beschlüssen der Kammer vom 23. Dezember 2013, 6. Januar 2014 und 19. Februar 2014 aufgehoben.

IV. Konkrete Tatverdacht

Hinsichtlich der Anklagevorwürfe werden die sogenannten **„Manipulationsfälle“** und die sogenannten **„Indikationsfälle“** unterschieden.

1. Manipulationsfälle

In den sogenannten **„Manipulationsfällen“** wird dem Angeklagten mit der Anklage der Staatsanwaltschaft B. vom 29. Mai 2013 zur Last gelegt, in der Zeit von 2010 bis 2011 in elf Fällen versucht zu haben, einen anderen Menschen zu töten ohne Mörder zu sein. Er soll in diesen Fällen durch die Begehung von Richtlinienverstößen bzw. aufgrund von Falschangaben gegenüber Eurotransplant für die jeweiligen Patienten eine Spenderleber erhalten und diese den Patienten transplantiert haben. Hierbei habe er jeweils gewusst und billigend in Kauf genommen, dass ein anderer Patient versterben könnte, weil er nicht mehr rechtzeitig ein passendes Organ erhalten würde (sogenannte „Manipulationsfälle“).

Im Einzelnen wird dem Angeklagten zur Last gelegt, in zehn dieser Fälle (S.,F.,B.,I.,W.,W.,P.,I.,O. und F.) wider besseres Wissen veranlasst zu haben, dass der Transplantationskoordinator R.W. (in drei Fällen) bzw. dessen Assistentin E.S. (in sieben Fällen) gegenüber Eurotransplant jeweils gutgläubig indes stets unzutreffend angaben es habe in der Woche vor dem zuletzt durchgeführten Kreatinin-Test zweimal eine Nierenersatztherapie bzw. Dialyse stattgefunden. In vier dieser sogenannten „Dialysefälle“ (F.,W.,W. und I) habe der Angeklagte zusätzlich gegen die Richtlinien für die Wartelisteführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation der Bundesärztekammer verstoßen, indem er veranlasst habe, dass diese Patienten in die Warteliste aufgenommen und transplantiert worden seien, obwohl sie jeweils unter einer alkoholinduzierten Leberzirrhose gelitten und die in den Richtlinien der Bundesärztekammer unter III.2.1. vorgeschriebene Alkoholkarenzzeit von sechs Monaten vor der Listung nicht eingehalten hätten. In einem der Dialysefälle (I.) habe der Angeklagte außerdem durch die Listung und die Transplantation dieses Patienten gegen die Richtlinien der Bundesärztekammer zu III.2.2. verstoßen, weil der Patient unter einem fortgeschritten hepatozellulären Karzinom (Leberzellkrebs; im Folgenden: HCC) mit extrahepatischem (außerhalb der Leber gelegenen) Tumorwachstum gelitten habe, weshalb eine Lebertransplantation nicht hätte erfolgen dürfen. In zwei weiteren der zehn Dialysefälle (O. und F.) habe der Angeklagte zusätzlich zur Dialysefalschangabe wider besseres Wissen veranlasst, dass falsch hohe INR-Werte an Eurotransplant gemeldet worden seien. Schließlich wurde dem Angeklagten in den Manipulationsfällen in zur Last gelegt, veranlasst zu haben, dass eine weitere Patientin (V.), die unter einer alkoholinduzierten Leberzirrhose gelitten habe, gelistet worden sei, obwohl diese ebenfalls noch keine sechs Monate völlige Alkoholkarenz eingehalten gehabt habe. Des Weiteren soll der Angeklagte hinsichtlich dieser Patientin außerdem wider besseres Wissen veranlasst haben, dass von dem Transplantationskoordinator W. ein unzutreffender Bilirubin-Wert an Eurotransplant gemeldet worden sei. Darüber hinaus habe eine Kontraindikation bestanden, weil die Patientin V. zum Zeitpunkt der Transplantation unter einer Sepsis gelitten habe.

a) Einlassung des Angeklagten

Der **Angeklagte** hat sämtliche Vorwürfe bestritten und sich dahingehend eingelassen, er habe weder Blutmanipulationen vorgenommen bzw. veranlasst noch Falschangaben gegenüber Eurotransplant getätigt oder durch Dritte übermitteln lassen. Hinsichtlich der Patienten **V.**, F. W., W. und **I.** sei ihm eine etwaige Nichteinhaltung der Alkoholkarenzzeit nicht bekannt gewesen. Der Patient **W.** habe im Übrigen nicht unter einer alkoholinduzierten, sondern unter einer Hepatitis C-induzierten Leberzirrhose gelitten. Darüber hinaus hätten die hepatozellulären Karzinome (HCC), unter denen die Patienten S. und I. gelitten hätten, nicht außerhalb der Mailand-Kriterien gelegen. Bei dem Patienten **I.** habe kein extrahepatisches Tumorwachstum bestanden. Der Angeklagte hat des Weiteren in Abrede genommen, dass bei der Patientin **V.** zum Zeitpunkt der Transplantation eine Sepsis vorgelegen habe.

b) Der Angeklagte war hinsichtlich der sogenannten „Manipulationsfälle“ aus <u>tatsächlichen</u> und <u>rechtlichen Gründen</u> freizusprechen.

aa) Freispruch aus tatsächlichen Gründen

(1.) Unzutreffende Angaben bei der Beantragung des exceptionalMeld bzgl. des Patienten S., (Ziff. 1. der Anklageschrift)

Soweit dem Angeklagten zur Last gelegt wurde, er habe bei dem Patienten **S.** veranlasst, dass bei der Beantragung eines exceptionalMELD aufgrund des Vorliegens eines Hepatozellulären Karzinoms (HCC) unzutreffende Angaben gegenüber Eurotransplant getätigt worden seien und dass er darüber hinaus den Patienten S. in die Warteliste aufgenommen und bei diesem eine Lebertransplantation durchgeführt habe, obwohl die sogenannten „Mailand-Kriterien“ nicht erfüllt gewesen seien, war dieser Tatvorwurf nicht mit ausreichender Sicherheit nachweisbar. So war bereits nicht mit der ausreichenden Sicherheit feststellbar, dass das HCC bei dem Patienten S. bereits bei der Beantragung des exceptionalMELD außerhalb der Mailand-Kriterien lag und der Angeklagte dies wusste. Insoweit war nicht auszuschließen, dass der Angeklagte bei dem Patienten S. von dem Vorliegen eines HCC ausging, das innerhalb der Mailand-Kriterien lag. Darüber wirkte sich, was dem Angeklagten zur Überzeugung der Kammer bewusst war, der von Eurotransplant für das Vorliegen des HCC gewährte exceptionalMELD bei der Allokation, die zur Transplantation führte, nicht aus. Während der exceptionalMELD zu diesem Zeitpunkt lediglich 22 betrug, betrug der labMELD – wenngleich er durch

Dialysefalschangaben erzielt wurde – in dem Match-Verfahren, das zur Organzuteilung führte, hingegen 40.

Schließlich war dem Angeklagten nicht mit der erforderlichen Sicherheit nachweisbar, dass ihm spätestens zum Zeitpunkt der Transplantation bekannt war, dass das HCC außerhalb der Mailand-Kriterien lag.

(2.) Blutprobenmanipulationen (Fälle V., O. und F., Ziff. 2., 10. und 11. der Anklageschrift)

Zur Überzeugung der Kammer wurde zwar am 19. Juli 2010 von dem Transplantationskoordinator W. hinsichtlich des Anklagepunktes zu Ziff. 2. bzgl. der Patientin **V.** ein **unzutreffender Bilirubin-Wert** an Eurotransplant gemeldet. Es konnte jedoch nicht festgestellt werden, dass diese Meldung auf Veranlassung des Angeklagten geschah bzw. dass der Angeklagte hiervon Kenntnis hatte.

Hinsichtlich der Patientin **O.** (Ziff. 10.) ist die Kammer ebenfalls davon überzeugt, dass von der Mitarbeiterin des Transplantations-Koordinationsbüros S. am 8. und 15. Juni 2011 jeweils ein **unzutreffender INR-Wert** an Eurotransplant gemeldet wurde, der auf einer **Blutprobenmanipulation** beruhte. Auch insoweit steht jedoch nicht mit der erforderlichen Sicherheit fest, dass der Angeklagte die Manipulationen bzw. die Weiterleitung der unzutreffenden Werte an Eurotransplant veranlasste bzw. von den Manipulationen Kenntnis hatte.

Bei dem Patienten **F.** (Ziff. 11.) konnte bereits nicht mit der erforderlichen Sicherheit nachgewiesen werden, dass der bei diesem am 20. Juni 2011 gemessene **INR-Wert** unzutreffend war. Soweit zusätzlich der Verdacht bestand, der Angeklagte könnte auch bei den Patienten **S.**, **I.** (Ziffer 5. der Anklageschrift) und **P.** (Ziff. 8. der Anklageschrift) Blutmanipulationen durchgeführt bzw. veranlasst haben, war auch dies nicht nachweisbar.

(3.) Sepsis als Kontraindikation bei der Patientin V. (Ziff. 2. der Anklageschrift)

Der Vorwurf der Staatsanwaltschaft, bei der Patientin **V.** habe eine **Sepsis** als Kontraindikation zur Lebertransplantation bestanden, wurde durch die Beweisaufnahme nicht bestätigt.

(4.) Dialysefalschmeldungen bei den Patienten S., F. und O. (Ziff. 1., 3. und 10. der Anklageschrift)

Bezüglich der zehn anklagegegenständlichen Vorwürfe von **Dialysefalschmeldungen** steht zwar nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme zur Überzeugung der Kammer fest, dass in sämtlichen dieser Fälle die Dialysemeldungen gegenüber Eurotransplant unzutreffend waren; hinsichtlich der Patienten **S.**, **F.** (Ziff. 3. der Anklageschrift) und **O.** (Ziff. 10. der Anklageschrift) war jedoch nicht mit der erforderlichen Sicherheit nachweisbar, dass der Angeklagte die unzutreffenden Dialyseangaben gegenüber Eurotransplant veranlasste bzw. hiervon Kenntnis hatte.

(5.) Dialysefalschmeldung bzgl. des Patienten I. (Ziff. 9. der Anklageschrift)

Soweit der Angeklagte die Mitarbeiterin des Transplantations-Koordinationsbüros, die Zeugin S., hinsichtlich des Patienten **I.** (Ziff. 9. Anklageschrift) veranlasste, am 3. Januar 2011 gegenüber Eurotransplant anzugeben, der Patient sei zweimal in der Woche vor dem zuletzt durchgeführten Kreatinin-Test **dialysiert** worden bzw. wusste, dass die Zeugin S. diese Falschangabe wiederholen würde, sofern ihr die Beendigung der Dialyse nicht angezeigt würde, war nicht auszuschließen, dass der Angeklagte in diesem Fall irrtümlich davon ausgegangen war, es hätten entsprechende Dialysen stattgefunden und insoweit die falsche Dialyseangabe fahrlässig veranlasste und auch bei der Organannahme der Überzeugung war, es hätten bei dem Patienten Dialysen stattgefunden. Ein Tatnachweis, dass aufgrund der fahrlässig veranlassten Dialysefalschmeldung ein anderer Patient verstarb oder eine Gesundheitsbeeinträchtigung erlitt, war indes nicht möglich.

(6.) Beantragung einer „standdartexception“ im Falle des Patienten I. (Ziff. 5. der Anklageschrift)

Hinsichtlich des Tatvorwurfs, der Angeklagte habe bzgl. des Patienten **I.** veranlasst, dass gegenüber Eurotransplant die **Gewährung eines exceptionalMELD** aufgrund des Vorliegens eines Hepatozellulären Karzinoms (HCC) als sogenannte „standard-exception“ (Standardausnahme) beantragt worden sei, obwohl die Voraussetzungen hierfür nicht vorgelegen hätten, ist festzustellen, dass sich der von Eurotransplant gewährte exceptionalMELD auf die Allokation, die zur Zuteilung des Spenderorgans führte, nicht ausgewirkt hatte. Dem Patienten **I.** wurde aufgrund des Antrags auf Gewährung eines exceptionalMELD am 16. August 2010 ein exceptionalMELD von 22 zugewiesen. Dieser erhöhte sich am 1. November 2011 um drei MELD-Punkte auf 25. Am 27. Dezember 2010 betrug der labMELD 28 und war bereits höher als der exceptionalMELD. Zum Zeitpunkt des Organangebotes betrug der – wenn auch nur durch Falschangaben gegenüber Eurotransplant erreichte – MELD-Score 40. Dem Angeklagten war bei der Annahme der Spenderleber für den Patienten I. bekannt, dass sich der exceptionalMELD, der zu diesem Zeitpunkt noch immer lediglich 25 betrug, auf die Allokation in diesem Matchverfahren nicht ausgewirkt hatte.

(7.) Verstoß gegen Alkoholkarenzzeitregelung bei dem Patienten W. (Ziff. 6. der Anklageschrift)

Bezüglich des Tatvorwurfs, der Angeklagte habe die Aufnahme des Patienten **W.** in die Warteliste veranlasst und bei diesem eine Lebertransplantation durchgeführt, obwohl eine **alkoholinduzierte Leberzirrhose** vorgelegen und der Patient die **sechsmonatige Alkoholabstinenzzeit nicht eingehalten** habe, war bereits nicht ausreichend sicher feststellbar, dass der Patient W. unter einer alkoholinduzierten Leberzirrhose litt. Es konnte vielmehr nicht ausgeschlossen werden, dass die Leberzirrhose bei dem Patienten W., der zusätzlich unter einer Hepatitis C litt, Hepatitis C-induziert war, sich also aufgrund der Hepatitis C-Infektion gebildet hatte.

(8.) Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG

Soweit bei den Patienten B.**,** I.**,** W.**,** W.**,** P.**,**
I.**, O. und F. durch die Übertragung von Spenderlebern auf diese Patienten ein**

vorsätzlicher bzw. fahrlässiger Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG **in der Fassung vom 4. September 2007 in Betracht kam, erfolgte der Freispruch jeweils aus** tatsächlichen Gründen**.**

bb) Freispruch aus rechtlichen Gründen

(1.) Dialysefalschmeldungen bzgl. der Patienten B., I., W., W., P. und F. (Ziff. 4. – 8. und 11. der Anklageschrift)

Zur Überzeugung der Kammer wurden die **Falschangaben zu Dialysebehandlungen** gegenüber Eurotransplant bei den Patienten **B.**, **I.**, **W.**, **W.**, **P.** und **F.** auf Veranlassung des Angeklagten getätigt, indem entweder der Angeklagte dem Transplantations-Koordinator R. W. bzw. dessen Assistentin E.S. direkt (persönlich oder telefonisch) mitteilte, dass bei diesen Patienten zweimal innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test eine Nierenersatztherapie stattgefunden habe oder eine andere Person dies auf Veranlassung des Angeklagten tat. Insoweit war der Angeklagte jedoch aus rechtlichen Gründen freizusprechen, weil hierdurch **kein Straftatbestand erfüllt** wurde.

Wenn – was im Tatsächlichen in keinem der Fälle nachgewiesen werden konnte und auch nicht nachweisbar ist – die Annahme der Spenderlebern für die Patienten **B.**, **I.**, **W.**, **W.**, **P.** und **F.** durch den Angeklagten zur Folge gehabt haben sollte, dass jeweils derjenige Patient, der die Spenderlebern bei regulärem Allokationsverlauf erhalten hätte und dessen Leben mit dieser Spenderleber verlängert worden wäre, verstarb oder aber dessen körperliches Leiden verlängert wurde, hätte sich der Angeklagte gleichwohl nicht strafbar gemacht. Die Verhinderung des Todes bzw. die Verlängerung des Leidens oder des pathologischen Gesundheitszustandes eines bestimmten von seinem Warteplatz durch Manipulation verdrängten Patienten werden nicht vom Schutzzweck der Organzuteilungsregeln umfasst. Die Organzuteilungsregeln des Transplantationsgesetzes in Verbindung mit den Richtlinien der Bundesärztekammer und den Vorschriften des Eurotransplant-Manuals (Eurotransplant-Handbuchs) haben nicht das Ziel, den Tod oder die Verlängerung körperlicher Beeinträchtigungen eines ganz konkreten Patienten in einem bestimmten Match-Verfahren zu verhindern. Diejenigen Patienten, bei denen eine Lebertransplantation erforderlich ist, um ihre Erkrankung zu heilen oder zumindest Leiden zu lindern, haben kein originäres Leistungsrecht auf Zuteilung

eines Organs, sondern lediglich ein derivatives Teilhaberecht am Organverteilungssystem (vgl. Bader, Organmangel und Organverteilung, 2010, S. 296 ff., 317). Dieses Recht folgt aus dem Grundrecht auf Leben (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG), dem Grundrecht auf Schutz der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG), dem allgemeinen Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) sowie dem ebenfalls verfassungsrechtlich verankerten Sozialstaatsprinzip (vgl. Dannecker/Streng, Rechtliche Möglichkeiten und Grenzen einer an den Erfolgsaussichten der Transplantation orientierten Organallokation, JZ 2012, 444, 445/446).

Die Zuteilung von Spenderorganen erfolgt in Deutschland durch die Vermittlungsstelle Eurotransplant. Wenn der Vermittlungsstelle eine neue Spenderleber von der DSO gemeldet wird, erstellt sie für dieses konkrete Organ eine sogenannte „Match-Liste“. In dieser Liste sind diejenigen Patienten, die als Empfänger für dieses Organ in Betracht kommen, der Reihenfolge nach aufgelistet. Die Reihenfolge der Patienten richtet sich nach Algorithmen, die sich aus den Richtlinien der Bundesärztekammer und dem Eurotransplant-Manual (Eurotransplant-Handbuch) ergeben, wobei die Verteilung der Spenderlebern im Wesentlichen dringlichkeitsorientiert ist.
Nach Erstellung der Match-Liste steht zunächst lediglich fest, in welcher Reihenfolge die Organangebote durch Eurotransplant erfolgen. Darauf, dass die Patienten das angebotene Organ auch tatsächlich erhalten, hat die Vermittlungsstelle hingegen keinen Einfluss, weil über die Annahme des Organs zunächst der Transplantationsarzt des Patienten und abschließend der Patient selbst zu entscheiden hat. Grundsätzlich kann weder sicher davon ausgegangen werden, dass in der Regel der Erstplatzierte das Organangebot annehmen wird, noch davon, dass für einen Patienten regelmäßig bereits das erste Organangebot angenommen wird. Die Entscheidung über die Annahme eines Organs hängt vielmehr von vielen Faktoren ab, darunter vor allem von dem aktuellen Gesundheitszustand des potentiellen Organempfängers und der Qualität des Spenderorgans. Nach der Erstellung der Match-Liste kann daher in keiner Weise vorhergesagt werden, welchem Patienten die Spenderleber abschließend zugeteilt werden wird.

Hieraus folgt, dass sich weder nach der Kenntnis von dem Vorliegen einer Spenderleber noch nach der Erstellung der Match-Liste bereits eine Verpflichtung der Vermittlungsstelle Eurotransplant ergibt, die Spenderleber einem ganz bestimmten Patienten *zuzuteilen* und den Tod dieses Patienten abzuwenden bzw. dessen Leiden

zu verkürzen. Eurotransplant hat lediglich die Aufgabe, die Match-Liste zu erstellen und die Spenderleber zunächst dem Patienten *anzubieten*, der auf dem ersten Ranglistenplatz der Match-Liste steht. Erst dann, wenn die Spenderleber für diesen Patienten durch Transplantationsärzte angenommen wird, ist Eurotransplant verpflichtet, das Organ diesem Patienten endgültig zuzuteilen. Insoweit gliedert sich das Verteilungsverfahren in Angebot, Annahme und Zuteilung des Spenderorgans. Wenn das Spenderorgan für den Erstplatzierten hingegen abgelehnt wird, hat die Vermittlungsstelle das Organ dem zweitplatzierten Patienten verbindlich anzubieten. Sofern die Spenderleber auch für den zweitplatzierten Patienten abgelehnt wird, erhält der Drittplatzierte vor dem Viertplatzierten Patient das Organangebot. Eurotransplant hat lediglich Einfluss darauf, in welcher Reihenfolge die Spenderorgane im Standardverfahren angeboten werden. Des Weiteren entscheidet Eurotransplant darüber, ab welchem Zeitpunkt vom Standardverfahren in das sogenannte beschleunigte Vermittlungsverfahren übergegangen wird. Die Annahmeentscheidung trifft hingegen zunächst der Transplantationschirurg und abschließend der Patient. Der Transplantationschirurg ist, was ebenfalls belegt, dass das Zuteilungsverfahren nicht den Zweck hat, einen konkreten Patienten vor dem Tod oder einer Verlängerung des Leidens zu bewahren, nicht verpflichtet, in einem bestimmten Match-Verfahren die für seinen Patienten angebotene Spenderleber anzunehmen. Der Arzt hat insoweit vielmehr einen Ermessens- bzw. Entscheidungsspielraum. Wenn beispielsweise einem Transplantationschirurgen von Eurotransplant für einen konkreten Patienten eine qualitativ unterdurchschnittliche Leber angeboten wird, kann dieser Arzt, wenn der Patient zu diesem Zeitpunkt gesundheitlich stabil ist, das Organangebot ablehnen und auf ein qualitativ besseres Organ warten, um die Chancen seines Patienten, die Transplantation zu überleben und ein längerfristiges Transplantatüberleben zu erreichen, zu erhöhen. Wenn der Patient hingegen zeitnah zu versterben droht und voraussichtlich nicht mehr genügend Zeit zur Verfügung steht, auf ein besseres Organangebot zu warten, wird der Arzt unter Inkaufnahme der Nachteile, die die Verpflanzung eines qualitativ unterdurchschnittlichen Organs mit sich bringt, das angebotene Organ für diesen Patienten annehmen. Denkbar ist auch, dass verschiedene Ärzte die Eignung eines Organs für einen bestimmten Patienten bzw. die Frage, ob ein Patient transplantabel ist, unterschiedlich beurteilen und somit hinsichtlich der Frage, ob das Organangebot anzunehmen oder abzulehnen ist, zu unterschiedlichen Entscheidungen kommen. Je

nachdem, wie der Transplantationschirurg sich entscheidet – Annahme oder Ablehnung der Spenderleber – hat diese Entscheidung wiederum Auswirkungen sowohl auf die Patienten, die das Angebot erhalten als auch auf die nachfolgenden Patienten auf der Match-Liste, die ebenfalls auf ein Spenderorgan warten. Keiner der Patienten hat jedoch ein originäres Anrecht auf Zuteilung dieser konkreten Spenderleber, sondern lediglich darauf, gleichberechtigt an dem Verteilungsverfahren teilzunehmen.

Nach den gegenwärtigen Zuteilungsregeln soll grundsätzlich derjenige die Spenderleber erhalten, der bei gleichzeitig vorliegender Erfolgsaussicht das Spenderorgan am dringendsten benötigt. Bei der Bewertung der Allokationsregeln ist insbesondere zu berücksichtigen, dass nach allgemeinen strafrechtlichen Regeln einem Retter, der nur einen Verletzten retten kann, nicht die strafrechtliche Pflicht auferlegt werden darf, sich gegen denjenigen Verletzten zu entscheiden, der ohne Hilfe noch kurze Zeit länger leben würde. Dies würde in der konkreten Gegenüberstellung zweier Patienten eine Bewertung des Lebens und nicht mehr nur der Dringlichkeit der Rettungshandlung bedeuten, weil das Unterlassen der Operation für beide Patienten die identische tödliche Folge hätte (vgl. Bülte, Manipulation der Zuteilungsreihenfolge eines Spenderorgans zur Ermöglichung einer Transplantationsbehandlung, StV 2013, 749, 757). Da nicht ausreichend Spenderlebern zur Verfügung stehen und es deshalb um eine Mangelverwaltung geht, wird die medizinische Dringlichkeit zu einem rein formalen Kriterium, das seinen relevanten Bezug zum Rechtsgut verliert (ebenso Bülte, a.a.O.). Würde man das Kriterium der Dringlichkeit mit rechtsgutbezogenem Gehalt füllen, würde dies eine Aufwertung des akuter bedrohten Leben als wertvoller bedeuten (Bülte, a.a.O.). Dies würde jedoch eine unzulässige Differenzierung nach dem Lebenswert der Patienten darstellen (ebenso Bülte, a.a.O.).

Die Annahme, dass die Dringlichkeit im Rahmen der Organzuteilungsregeln ein rein formales Kriterium darstellt, um eine Verteilungsgerechtigkeit zu erzielen, wird durch den Umstand bekräftigt, dass es faktisch nicht möglich ist, in einem Match-Verfahren denjenigen Patienten zu ermitteln, der tatsächlich am dringendsten eine Lebertransplantation benötigt. Dies hat zur Folge, dass nicht davon ausgegangen werden kann, dass die Reihenfolge der Patienten auf der Match-Liste tatsächlich

auch der Reihenfolge der Dringlichkeit bzw. der Versterbenswahrscheinlichkeit entspricht.

Bei chronischen Lebererkrankungen ist der MELD-Score (Model for Endstage Liver Disease) Maß für die Dringlichkeit der Transplantation. Der Labor-MELD (labMELD) errechnet sich aus den Blutwerten von Serum-Kreatinin, Serum-Bilirubin und Prothrombinzeit (Normalized Ratio, INR). Je höher der MELD-Score ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient im Endstadium seiner Lebererkrankung innerhalb von drei Monaten verstirbt. Während ein Patient mit einem MELD-Score von 6 eine Wahrscheinlichkeit von 1 % hat, innerhalb von drei Monaten zu versterben, hat ein Patient mit einem MELD-Score von 40 eine solche Wahrscheinlichkeit von 98 %. Die Errechnung des MELD-Scores scheint somit eine verlässliche Beurteilung der Dringlichkeit einer Transplantation zu gewährleisten. Tatsächlich besteht jedoch den Ausführungen des Sachverständigen **Prof. Dr. Dr. O.**, Facharzt für Laboratoriumsmedizin, zufolge ein wesentlicher Schwachpunkt des MELD-Scores darin, dass eine hohe Interlaborvariabilität bei der Feststellung der INR-, Bilirubin- und Kreatinin-Werte besteht. So hat der Sachverständige Prof. Dr. O. ausgeführt, es gebe keine Vereinheitlichung der Laborverfahren zur Feststellung des MELD-Scores. Den größten Einfluss auf die Höhe MELD-Scores habe die Interlaborvariabilität hinsichtlich des INR-Wertes. Der INR-Wert sei in der herkömmlichen Form geradezu per Definition nicht geeignet für Patienten mit Lebererkrankungen, da die Kalibration des INR mit Standardproben von Patienten vorgenommen werde, welche mit Vitamin-K-Antagonisten behandelt würden. Studien bzw. Untersuchungen hätten ergeben, dass sich der MELD-Score in Abhängigkeit vom eingesetzten Laborassay für INR durchschnittlich um fünf bis sechs Punkte ändern bzw. variieren könne. Auch hinsichtlich der Messung des Kreatinin-Wertes, der ebenfalls für die Höhe des MELD-Wertes von Bedeutung ist, können Patienten je nach ihrer körperlichen Konstitution bevorzugt oder benachteiligt werden, was letztlich über Leben und Tod entscheiden kann. Dem Angeklagten waren all diese Umstände bereits vor der Durchführung der ersten verfahrensgegenständlichen Transplantation bekannt. Der **Sachverständige PD Dr. M.**, Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie, hat ausgeführt, die Höhe des Kreatinin-Wertes sei abhängig von der Muskelmasse eines Menschen. Aus diesem Grund hätten schwerkranke bettlägerige Patienten, bei denen es zu einer Abnahme der Muskelmasse komme, vergleichsweise niedrige Kreatinin-Werte, wodurch die

Nierenleistung dieser Patienten eher überschätzt werde. Frauen seien gegenüber Männern ebenfalls benachteiligt, weil sie aufgrund der geringeren Muskelmasse ebenfalls niedrigere Kreatinin-Werte hätten als Männer.

Der Umstand, dass ein und derselbe Patient je nach dem, in welchem Labor er sein Blut untersuchen lässt, ganz unterschiedliche MELD-Werte haben kann und auch aufgrund körperlicher Unterschiede die Messwerte nicht vollständig miteinander vergleichbar sind, belegt, dass die Reihenfolge der Patienten auf der Match-Liste gerade nicht sicher die tatsächliche Reihenfolge der Dringlichkeit der Transplantation widerspiegelt. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass anhand der drei Blutwerte INR, Serum-Bilirubin und Serum-Kreatinin allein keine ausreichende bzw. verlässliche Beurteilung des tatsächlichen Gesundheitszustands eines Patienten getroffen werden kann. Die Prognose eines Patienten kann letztlich nur von dem behandelnden Arzt aufgrund einer Gesamtbewertung des Gesundheitszustands vorgenommen werden. So kann die Prognose von Patienten, die denselben MELD-Score haben, aufgrund bestimmter weiterer Faktoren, die bei der Berechnung des MELD-Scores nicht berücksichtigt werden (z. B. Vorliegen von Aszites, Enzephalopathie, Blutungsgefahr aus Varizen) ganz unterschiedlich sein. Die Laborwerte, die für die Berechnung des labMELD-Scores herangezogen werden, erlauben lediglich die Abschätzung einer statistischen, nicht jedoch der konkreten Überlebenswahrscheinlichkeit eines Patienten. Deshalb ist ohne Weiteres denkbar, dass ein Patient, der zum Beispiel mit einem MELD-Score von 35 am Match-Verfahren teilnimmt, wesentlich dringlicher eine Transplantation benötigt, als ein anderer Patient, der mit einem MELD-Score von 39 an demselben Match-Verfahren teilnimmt. Gleichwohl ist Eurotransplant verpflichtet, die Organe in der Reihenfolge anzubieten, wie sie der Reihenfolge der Match-Liste entspricht. Das heißt, Eurotransplant wäre verpflichtet, die Spenderleber einem Patienten mit einem MELD-Score von 39 auch dann anzubieten und im Falle der Annahme durch dessen Arzt auch zuzuteilen, wenn nachweisbar wäre, dass ein nachrangiger Patient, hätte er sein Blut im selben Labor untersuchen lassen wie der Patient mit dem MELD-Score von 39, mit einem MELD-Score von 40 an dem Match-Verfahren teilgenommen und damit einen höheren MELD-Score gehabt hätte. Der Umstand, dass die Organangebote durch Eurotransplant streng nach der Reihenfolge der Match-Liste zu erfolgen haben ungeachtet der tatsächlichen Dringlichkeit, mit der eine Transplantation erforderlich ist, zeigt, dass die Verteilungsregeln gerade nicht den

Zweck haben, dem Leben eines Menschen Vorrang vor dem Leben eines anderen Patienten zu gewähren. Die Zuteilungsregeln sollen vielmehr bewirken, dass die Verteilung der Spenderorgane transparent und nachvollziehbar und vor allem nach objektiven Kriterien erfolgt. Wenn es darauf ankäme, dass derjenige Patient die Spenderleber erhalten soll, der dieses Organ zu seiner Rettung tatsächlich vor allen anderen Patienten am dringendsten benötigt, müsste Eurotransplant die Möglichkeit eröffnet sein, nach Erstellung der Match-Liste von der vorgegebenen Reihenfolge abzuweichen. Dies ist aber gerade nicht der Fall. Sämtliche der in dem hiesigen Verfahren zur Leberallokation gehörten Sachverständigen und sachverständigen Zeugen haben übereinstimmend bekundet, dass allgemein bekannt sei, dass der MELD-Score die Dringlichkeit einer Transplantation bei chronischen Lebererkrankungen nicht immer zuverlässig abbilde und es aufgrund der Verteilung von Spenderorganen, soweit sie sich nach der Höhe des MELD-Score richte, zu Benachteiligungen von Patienten kommen könne, deren gesundheitlicher Zustand schlechter sei, als dies nach der Höhe des MELD-Scores den Anschein habe. Der Vorteil des MELD-Scores sei jedoch, dass er nicht von subjektiven Wertungen beeinflusst sei, sondern anhand objektiver Kriterien ermittelt werde. Da ein gerechteres Zuteilungssystem bisher nicht entwickelt worden sei, werde trotz der Nachteile im Standard-Zuteilungsverfahren weiterhin eine Zuteilung der Spenderlebern nach der Höhe des MELD-Score vorgenommen.

Die Inkaufnahme der Umstände, dass der MELD-Score keine exakte Einschätzung der Dringlichkeit einer Lebertransplantation bewirken kann, sondern lediglich eine statistische und zudem aufgrund von Messungenauigkeiten bei ein und demselben Patienten unterschiedliche MELD-Scores errechnet werden können, belegt ebenfalls, dass die Zuteilungsregeln evident nicht bezwecken, den Tod oder die Verlängerung von Leiden eines bestimmten Menschen durch Zuteilung eines Spenderorgans in einem konkreten Match-Verfahren zu verhindern. Sie dienen vielmehr dem Ziel, die Zuteilung nach objektiven, transparenten und nachvollziehbaren Kriterien durchzuführen und zwar auch dann, wenn im Einzelfall eine Organzuteilung an einen Patienten erfolgt, der die Transplantation tatsächlich weniger dringlich benötigt als ihm auf der Matchliste nachfolgende Patienten. Die Organzuteilungsregeln dienen der Verteilungsgerechtigkeit und dem allgemeinen, nicht jedoch dem individuellen Lebensschutz.

Die Annahme der Spenderlebern für die Patienten **B.**, **I.**, **W.**, **W.**, **P.** und **F.** durch den Angeklagten bedeutet zwar eine zu missbilligende Verletzung der Verteilungsgerechtigkeit und des Vertrauens der Allgemeinheit in die Lauterkeit und Funktionsfähigkeit des Organverteilungssystems, stellt jedoch weder eine zurechnungsgeeignete Tötungshandlung im Sinne des § 212 StGB bzw. eine Körperverletzungshandlung im Sinne der §§ 223 ff. StGB noch eine sonstige strafrechtliche relevante Handlung dar.

Anders als die Norm des § 212 StGB dienen Vorschriften des TPG bzw. die Richtlinien der Bundesärztekammer bzgl. der Wartelistenführung bei Lebertransplantationen dienen nicht dem Schutz individuellen menschlichen Lebens. Ein entsprechender Regelungszweck kann weder dem Wortlaut der einzelnen Vorschriften selbst noch – im Rahmen einer subjektiv-historischen Auslegung und unter Rückgriff auf die Materialen – den mit diesem Gesetz durch den Gesetzgeber verfolgten Zielen entnommen werden. So ist es gemäß § 1 TPG Ziel des Transplantationsgesetzes, die Bereitschaft zur Organspende in Deutschland zu fördern. § 2 TPG thematisiert die Aufklärung der Bevölkerung über die Möglichkeiten und Voraussetzungen der Organspende. Ausweislich der Begründung des Regierungsentwurfs vom 16.04.1996 ist erklärtes Ziel des TPG die bessere Organisation der bei der Spende lebenswichtiger Organe erforderlichen Maßnahmen sowie „die Gleichbehandlung der nach ärztlicher Entscheidung für eine Transplantation vorgesehenen Patienten (…) durch medizinische Kriterien für die Vermittlung lebenswichtiger Organe (…)“. Vor diesem Hintergrund stellt ein Verstoß gegen diese nicht dem individuellen Lebensschutz dienenden Regelungen weder vollendetes noch versuchtes Tötungsunrecht dar, weil § 212 StGB anders als die Transplantationsregelungen ausschließlich den Schutz individuellen Lebens bezweckt. Entsprechendes gilt auch für die aufgrund der Ermächtigungsregelung des § 16 TPG erlassenen verfahrensgegenständlichen Richtlinien der Bundesärztekammer etwa zur Alkoholkarenzzeit bzw. zur Listung von Patienten mit bösartigen Tumoren, die wegen Verstoßes gegen das in Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG iVm. Art. 1 Abs. 1 GG verankerte allgemeine Freiheitsrecht bzw. das Recht auf Leben sowie wegen Verstoßes gegen den durch Art. 3 Abs. 1 GG verbürgten Gleichheitsgrundsatz verfassungswidrig sind. Die Handlungen des Angeklagten erfüllen auch nicht die die körperliche Unversehrtheit schützenden Straftatbestände des siebzehnten Abschnitts des StGB, die §§ 223 ff StGB bzw. sonstige

Strafvorschriften. Der Anklagte konnte mithin nicht bestraft werden, Art. 103 Abs. 2 GG.

(2.) Verstoß gegen Alkoholkarenzzeitregelung in den Fällen der Patienten V., F. und W. (Ziff. 2., 3. und 7.)

Zur Überzeugung der Kammer wurden die Patienten **V., F.** und **W.**, die jeweils an einer alkoholinduzierten Leberzirrhose litten, auf Veranlassung des Angeklagten in die Warteliste aufgenommen und wurde bei diesen Patienten schließlich eine Lebertransplantation durchgeführt, obwohl die Patienten, was dem Angeklagten bekannt war, zuvor **keine sechsmonatige vollständige Alkoholabstinenz** eingehalten hatten. Hierdurch hat der Angeklagte gegen die Richtlinien der Bundesärztekammer für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation verstoßen, wonach bei Patienten mit alkoholinduzierter Leberzirrhose die Aufnahme in die Warteliste erst dann erfolgt, wenn der Patient mindestens sechs Monate völlige Alkoholabstinenz eingehalten hat.

Hinsichtlich dieses Richtlinienverstoßes war der Angeklagte ebenfalls aus rechtlichen Gründen freizusprechen. Die in der aktuell gültigen **Richtlinie der Bundesärztekammer** unter dem Gliederungspunkt **III.2.1.** und inhaltsgleich auch in den zu den verfahrensgegenständlichen Zeitenräumen gültigen Richtlinien der Bundesärztekammer geregelte Voraussetzung, dass Patienten mit alkoholinduzierter Leberzirrhose mindestens sechs Monate eine völlige Alkoholabstinenz eingehalten haben müssen, ist **verfassungswidrig** und somit **rechtlich unverbindlich** (so auch Dannecker/Streng-Baunemann, Verschaffung des Wartelistenzugangs für Alkoholiker entgegen den Organallokations-Richtlinien der Bundesärztekammer – (versuchter) Totschlag?, NStZ 2014, 673, 674). Der ausnahmslose Ausschluss von Patienten mit alkoholinduzierter Leberzirrhose von der Aufnahme in die Warteliste verstößt gegen Art. 2 Abs. 2 S. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG. Zwar kann im Einzelfall bei schwerem Alkoholabusus bzw. schwerer Alkoholabhängigkeit aus medizinischen Gründen eine Lebertransplantation kontraindiziert sein. Dies rechtfertigt jedoch nicht einen pauschalen und ausnahmslosen Ausschluss von Patienten mit alkoholinduzierter Leberzirrhose, die keine sechsmonatige Alkoholabstinenz nachweisen können. Zum einen liegen hierfür keine medizinischen Gründe vor und

zum anderen ist eine auf dem Selbstverschuldungsgedanken basierende Posteriorisierung verfassungswidrig.

Die Sachverständigen **Prof. Dr. W.B.** – Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Direktor der Klinik für Allgemein- und Gefäßchirurgie der J.W.G.U. in Frankfurt am Main –, **Prof. Dr. Dr. X.R.** – Ärztlicher Direktor Transplantationszentrum U. Gent – und **Prof. Dr. Dr. G.R.** – Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie, Leitender Arzt, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie, U. Z. – haben ausgeführt, die sechsmonatige Abstinenzklausel habe im Wesentlichen zwei Gründe: Zum einen sei es denkbar, dass die Lebererkrankung sich nach sechs Monaten Alkoholabstinenz so deutlich gebessert habe, dass keine Lebertransplantation mehr erforderlich sei. Zum anderen sei die Rückfallgefahr geringer, wenn ein Patient vor der Aufnahme in die Warteliste eine sechsmonatige Abstinenzzeit eingehalten habe. Der Sachverständige **Prof. Dr. P.D.** – Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie, Leitender Arzt, Klinik für V.- und T., U. Z. – hat jedoch insoweit darauf hingewiesen, dass sich durch die Einhaltung einer Alkoholkarenz lediglich die Leberfunktion, nicht jedoch die Leberzirrhose bessern könne. Eine Leberzirrhose sei irreversibel und bleibe trotz Alkoholkarenz mit all ihren Risiken bestehen. Dass eine Leberzirrhose nicht rückbildungsfähig ist, haben die Sachverständigen **Prof. Dr. B.**, **Prof. Dr. Dr. R.** und **Prof. Dr. Dr. R.** bestätigt. Darüber hinaus haben die Sachverständigen Prof. Dr. B. und Prof. Dr. D. übereinstimmend angegeben, es sei relativ selten, dass Patienten mit alkoholinduzierter Zirrhose, die nach einer Lebertransplantation weiterhin Alkoholabusus betrieben, aus diesem Grund einen Transplantatverlust erlitten.

Aber selbst dann, wenn man grundsätzlich eine sechsmonatige Alkoholkarenzzeit für erforderlich hielte, um die Gefahr eines Alkoholrückfalls zu minimieren und festzustellen, ob die Karenz zu einer Besserung der Leberfunktion führt, wäre es verfassungswidrig, auch diejenigen Patienten mit alkoholinduzierter Leberzirrhose bereits von der Aufnahme in die Warteliste auszuschließen, deren Erkrankung so weit fortgeschritten ist, dass ihre Lebenserwartung derart gering ist, dass sie nicht mehr die Möglichkeit haben, eine sechsmonatige Alkoholabstinenzzeit unter Beweis zu stellen und bei denen darüber hinaus auch eine Verbesserung der Leberfunktion nicht mehr zu erwarten ist. Dass auch derartige Patienten, die ohne Transplantation binnen kurzer Zeit an den Folgen ihrer alkoholinduzierten Leberzirrhose zu versterben drohen, von der Aufnahme in die Warteliste ausgeschlossen werden, ist

mit den Argumenten der potentiellen Verbesserung der Leberfunktion bzw. erhöhten Rückfallgefahr nicht zu begründen. Sie ist nur dadurch erklärbar, dass diese Patienten gegenüber anderen Patienten benachteiligt werden, weil ihre Erkrankung als selbstverschuldet angesehen wird. Eine derartige Benachteiligung von Patienten mit alkoholinduzierter Leberzirrhose aufgrund des Umstandes, dass die Erkrankung selbstverschuldet ist, ist jedoch evident verfassungswidrig. Der aus dem Grundrecht auf Leben und dem allgemeinen Gleichheitssatz abgeleitete derivative Teilhabeschutz am vorhandenen Organaufkommen steht angesichts des das Grundrecht auf Leben charakterisierenden Grundsatzes der Lebenswertindifferenz auch Patienten zu, die ihre Erkrankung selbst verschuldet haben (so auch Dannecker/Streng-Baunemann, Verschaffung des Wartelistenzugangs für Alkoholiker entgegen den Organallokations-Richtlinien der Bundesärztekammer – (versuchter) Totschlag?, NStZ 2014, 673, 677; Gutmann in: Schroth/König/Gutmann/Oduncu,, TPG, Kommentar, 2005, § 16 Rdnr. 15).

(3.) Listung des Patienten I. (Ziff. 5. der Anklageschrift) entgegen Punkt III.2.2. der Richtlinien der Bundesärztekammer

Die Kammer ist des Weiteren davon überzeugt, dass der Angeklagte durch die bei dem Patienten **I.** durchgeführte Lebertransplantation gegen Punkt **III.2.2. der aktuellen Richtlinie der Bundesärztekammer** verstoßen hat, wonach bei Patienten mit bösartigen Erkrankungen vor der Aufnahme in die Warteliste durch regelmäßige Kontrollen während der Wartezeit extrahepatisches Tumorwachstum ausgeschlossen sein muss. Diese Regelung galt auch zum verfahrensgegenständlichen Zeitpunkt.
Da bei dem Patienten I., der unter einem gemischten hepatozellulären und cholangiozellulären Karzinom litt, bereits extrahepatisches Tumorwachstum bestand, hätte dieser Patient gemäß der Richtlinie der Bundesärztekammer nicht in die Warteliste aufgenommen werden dürfen.
Diese Richtlinie der Bundesärztekammer ist indes ebenfalls **verfassungswidrig** und damit **rechtlich unverbindlich**. Ein ausnahmsloser Ausschluss von Patienten mit extrahepatischen Tumorwachstum von der Aufnahme in die Warteliste verstößt gegen Art. 2 Abs. 2 S. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG. Soweit in III.2.2. der Richtlinien unter Abs. 2 ausgeführt ist, Patienten in *„fortgeschrittenen Stadien bösartiger Erkrankungen“* sollten nur im Rahmen von kontrollierten Studien transplantiert werden, wird zudem nicht ausreichend „normklar“ deutlich bzw. sind die

Richtlinien zu unbestimmt, was unter einem „fortgeschrittenen Stadium“ zu verstehen ist.

Auch wenn bei Patienten mit fortgeschrittenem Tumorstadium bzw. gar extrahepatischem Tumorwachstum eine schlechtere Überlebensprognose besteht, kann eine Lebertransplantation durchaus zu einer nennenswerten Lebensverlängerung führen. So hat der Sachverständige **Prof. Dr. B.** ausgeführt, der Patient I. hätte ohne Lebertransplantation eine Lebenserwartung von ungefähr einem halben Jahr gehabt. Mit Lebertransplantation sei ein Tumorrezidiv binnen zwei Jahren zu erwarten gewesen. Der Sachverständige Prof. Dr. B. hat des Weiteren bestätigt, dass die Lebertransplantation geeignet gewesen sei, zu einer Lebensverlängerung des Patienten I. zu führen. Er – der Sachverständige – hätte bei dem Patienten I. im Hinblick auf den Organmangel gleichwohl keine Lebertransplantation durchgeführt. Tatsächlich hat der Patient I. nach der Transplantation noch (mindestens) elf Monate gelebt.

Sofern keine Kontraindikationen vorliegen, die rein medizinische Gründe haben, ist der ausnahmslose Ausschluss von Patienten in fortgeschrittenen Stadien bösartiger Erkrankungen und extrahepatischen Tumorwachstum, der sich allein auf die eingeschränkte Lebenserwartung stützt, evident verfassungswidrig.
Im Rahmen der Entscheidung über den (der eigentlichen Organverteilung vorgelagerten) Wartelistenzugang dürfen keine zu hohen Anforderungen an die Erfolgsaussichten der Transplantation gestellt werden. Andernfalls hätte dies zur Konsequenz, dass selbst dann, wenn ausreichend Organe zur Verfügung stünden oder ein Organ innerhalb des kleineren Pools der unter derart engen Voraussetzungen gelisteten Patienten nicht vermittelbar wäre (zum Beispiel bei einer sehr seltener Blutgruppe des Organspenders), bestimmte Patienten von der Verteilung ausgeschlossen wären, obwohl ihnen eine Spenderleber transplantiert werden könnte (etwa weil ein wegen fortgeschrittenem Tumorwachstums nicht gelisteter Patient diese seltene Blutprobe hat). Dies wäre mit dem allgemein anerkannten, aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG abgeleiteten derivativen Teilhabeanspruch jedes transplantablen Patienten am vorhandenen Organaufkommen nicht zu vereinbaren (ebenso Bobbert/Dannecker/Ganten/Streng, Forum Marsilius-Kolleg 04 (2013), Gleichheit und Ungleichheit in der Leberallokation. Aktuelle Fragen klinischer Praxis und ihre

Reflexion aus medizinischer, ethischer und rechtlicher Sicht, S. 7). Eine Posteriorisierung von Organempfängern, für deren Rechtfertigung ausschließlich angeführt werden kann, die posteriorisierten Organempfänger würden im Vergleich zu anderen Organempfängern von dem Spenderorgan nur in geringem Umfang profitieren, weil sie an einer die Lebenserwartung limitierenden chronischen Krebserkrankung leiden, ist verfassungswidrig (ebenso Dannecker/Streng, Rechtliche Möglichkeiten und Grenzen einer an den Erfolgsaussichten der Transplantation orientierten Organallokation, JZ 2012, 444, 447). Dies ist Folge der aus dem Grundrecht auf Leben und der Menschenwürde abgeleiteten Lebenswertindifferenz, nach der das menschliche Leben und die Würde des Menschen ohne Rücksicht auf seine Dauer den gleichen verfassungsrechtlichen Schutz genießen und das Leben keiner irgendwie gearteten unterschiedlichen Bewertung oder gar zahlenmäßigen Abwägung unterworfen werden darf (vgl. Dannecker/Streng, Rechtliche Möglichkeiten und Grenzen einer an den Erfolgsaussichten der Transplantation orientierten Organallokation, JZ 2012, 444, 446, 447).

(4.) Listung des Patienten B. (Ziff. 4. der Anklageschrift) entgegen Punkt III.2.4. der Richtlinien der Bundesärztekammer

Zur Überzeugung der Kammer hat der Angeklagte durch die Aufnahme des Patienten **B.** in die Warteliste und die bei diesem Patienten durchgeführte Lebertransplantation gegen **III.2.4.** der aktuellen **Richtlinie der Bundesärztekammer** verstoßen, wonach bei Patienten mit akutem Leberversagen die Indikation zur Transplantation gestellt werden kann, wenn die Prognosekriterien die Notwendigkeit einer solchen Transplantation anzeigen. Bei Empfängern mit viraler Hepatitis soll den Richtlinien der Bundesärztekammer zufolge die Transplantationsindikation gestellt werden, wenn die sogenannten Clichy-Kriterien erfüllt sind. Diese Regelung bestand inhaltsgleich auch in der zu dem verfahrensgegenständlichen Zeitpunkt geltenden Fassung der Richtlinie der Bundesärztekammer.

Der Patient B. litt zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Warteliste unter einem fulminanten Leberversagen infolge einer Reaktivierung der Hepatitis B-Infektion, die unter einer Chemotherapie wegen eines bestehenden Non-Hodgkin-Lymphoms aufgetreten war. Da das akute Leberversagen bei dem Patienten B. auf einer viralen

Hepatitis beruhte, hätte dieser Patient nach den Richtlinien der Bundesärztekammer nur in die Warteliste aufgenommen werden dürfen, wenn die Clichy-Kriterien erfüllt gewesen wären, was indes nicht der Fall war. Das Erfordernis, die Aufnahme eines Patienten mit akutem Leberversagen bei viraler Hepatitis ausnahmslos davon abhängig zu machen, ob die sogenannten Clichy-Kriterien erfüllt sind, verstößt ebenfalls gegen Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG i.V.m. Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG. Auch die Richtlinie III.2.4. ist in der konkreten Form **verfassungswidrig** und damit **rechtlich unverbindlich**. Die Beachtung dieser Richtlinie hätte dazu geführt, dass der Patient **B.**, dessen Leber so sehr beeinträchtigt war, dass weniger als 1 %(!) nachweisbares Lebergewebe vorhanden war, aus rein formalen Gründen untransplantiert hätte sterben müssen, obwohl eine eindeutige Notwendigkeit für die Durchführung einer Lebertransplantation bestand.

(5.) Fahrlässiger Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG bzgl. der Patienten S., V. und F. (Ziff. 1. – 3. der Anklageschrift)

Soweit bei den Patienten S., V. und F. durch die Übertragung von Spenderlebern auf diese Patienten ein fahrlässiger Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr.4 TPG in der Fassung vom 4. September 2007 in Betracht kam, erfolgte der Freispruch jeweils aus tatsächlichen Gründen, weil Verfolgungsverjährung eingetreten war.

2. Indikationsfälle

Dem Angeklagten wird mit der Anklage der Staatsanwaltschaft B. vom 29. Mai 2013 außerdem zur Last gelegt, in drei weiteren Fällen, die die Patienten D., M. und T. betrafen, ohne „medizinische Indikation“ und nach unzureichender Aufklärung ohne wirksame Einwilligung der Patienten eine Lebertransplantation vorgenommen und hierdurch deren Tod vorwerfbar verursacht zu haben, Dem Angeklagten sei in all diesen Fällen bewusst gewesen, dass keine „medizinische Indikation“ bestanden und infolge unzureichender Aufklärung auch keine wirksame Einwilligung in den Eingriff vorgelegen habe (sogenannte **„Indikationsfälle“**).

a) Auch diese Tatvorwürfe hat der **Angeklagte bestritten** und angegeben, in allen drei Fällen sei die jeweilige Transplantation „medizinisch indiziert“ bzw. vertretbar

gewesen und die Patienten hätten nach umfassender Aufklärung in die Transplantation eingewilligt.

b) Hinsichtlich dieser Tatvorwürfe war der **Angeklagte** aus **tatsächlichen Gründen** freizusprechen, weil die Patienten D. und T. in die bei ihnen durchgeführten **Lebertransplantationen wirksam eingewilligt** hatten und hinsichtlich der Patientin **M.** nicht mit der für eine Verurteilung erforderlichen Sicherheit festgestellt werden konnte, dass diese bei ordnungsgemäßer Aufklärung über die Risiken und den Nutzen der bei ihr durchgeführten Lebertransplantation in die Transplantation nicht eingewilligt hätte. Es lag mithin eine **hypothetische Einwilligung** vor.

B. Anklagevorwürfe

I. Anklageschrift

Mit ihrer Anklage vom 29. Mai 2013 (Az.: 405 Js 1933/12) legt die Staatsanwaltschaft B. dem Angeklagten im Einzelnen zur Last, in G. in der Zeit von Oktober 2008 bis Oktober 2011 durch 14 Straftaten

1. – 11.
es versucht zu haben, einen anderen Menschen zu töten ohne Mörder zu sein,

12. – 14.
jeweils einen anderen Menschen körperlich misshandelt und an der Gesundheit geschädigt zu haben und dadurch seinen Tod verursacht zu haben.

Im Tatsächlichen werden dem Angeklagten folgende Taten zur Last gelegt:

1. - 11. – sogenannte „Manipulationsfälle“

1. W. S. (FA 1.17)

Der Patient S. (Eurotransplantnummer X) sei am 28. April 2010 auf der Station 1022 in die U.G. aufgenommen worden. Obwohl bei ihm keine Dialyse durchgeführt worden sei, habe der Angeklagte am Morgen des 4. Mai 2010 den Zeugen W. veranlasst, gegenüber Eurotransplant das Feld *,,Renal Replacement Therapy 2x/week“* mit *,,Yes"* zu melden. Der MELD-Score des Patienten sei somit wie vom Angeklagten beabsichtigt auf 40 gestiegen, obwohl er aufgrund der gemeldeten Laborwerte nur 36 betragen gehabt habe.

lnfolgedessen habe Eurotransplant der U.G. am selben Tag gegen 20:00 Uhr für den Patienten S. ein Organangebot übersandt, bei dessen Match-Verteilungsliste 187376 er zu Unrecht auf Ranking-Platz 4 gestanden habe. Mit dem korrekten MELD-Score von 36 hätte er bestenfalls Platz 7 eingenommen. Die angebotene Spenderleber sei

angenommen und dem Patienten am 5. Mai 2010 durch den Angeklagten transplantiert worden.

2. P. V. (FA 1.21)

Die Patientin P. V. (Eurotransplantnummer Y) sei am 11. Mai 2010 in der U.G. mit der Diagnose ,,Dekompensierte Leberzirrhose" aufgenommen worden. Zuvor habe das zuweisende Krankenhaus in D. versucht, die Patientin zur Lebertransplantation nach E. zu überweisen. Dort habe man die Patientin jedoch abgelehnt, da sie die notwendige Alkoholkarenzzeit nicht eingehalten gehabt habe.

Entgegen „Nr. III.2.2.“ der Richtlinien der Bundesärztekammer für die Wartelistenführung und die Organvermittlung gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 und 5 TPG - Spezialteil Richtlinien Lebertransplantation (RiLi-BÄK-Leber, wonach bei alkoholtoxischer Zirrhose eine Listung erst erfolgen dürfe, wenn eine sechsmonatige Alkoholkarenzzeit eingehalten worden sei) sei die Patientin V. am 20. Mai 2010 auf Anweisung des Angeklagten, der gewusst habe, dass sie bis zum 4. Mai 2010 regelmäßig Alkohol konsumiert habe, bei Eurotransplant gelistet worden.

Am 19. Juli 2010 sei bei der Patientin V. ein unnatürlich hoher Bilirubinwert gemessen worden, der kurze Zeit später als Fehlmessung aus dem System gelöscht worden sei. Dennoch habe der Zeuge W. auf Veranlassung des Angeklagten die Daten an Eurotransplant gemeldet. Die Patientin habe daraufhin wie vom Angeklagten beabsichtigt einen MELD-Score von 31 erreicht. Am 23. Juli 2010 habe Eurotransplant ein Organangebot für die Patientin V. an die U.G. übersandt, bei dessen Match-Verfahren 189736 sie zu Unrecht Platz 4 eingenommen habe. Mangels hinreichender Alkoholkarenzzeit sei sie ganz von der Vergabe ausgeschlossen gewesen. Die Spenderleber sei angenommen und der Patientin vom Angeklagten am 24. Juli 2010 transplantiert worden.

3. I. F. (FA 1.8)

Die Patientin I. F. (Eurotransplantnummer C.) sei am 19. Mai 2010 auf der Station 4024 der U.G. aufgenommen worden. Sie sei aus dem S.-B.-H. Brake überwiesen worden, das zuvor versucht habe, die schwer erkrankte Patientin für eine Lebertransplantation an der M.H. Hannover unterzubringen. Eine Aufnahme sei jedoch verweigert worden, da die Patientin bis wenige Wochen zuvor einen regelmäßigen Alkoholkonsum von einer halben Flasche Wodka pro Tag gehabt habe.

Entgegen „Nr. III.2.2." der RiLi-BÄK-Leber habe die Zeugin S. auf Anweisung des Angeklagten die Patientin am 20. Mai 2010 zur Lebetransplantation bei Eurotransplant angemeldet. Ebenfalls auf Anweisung des Angeklagten habe die Zeugin S. das Feld *,,Renal Replacement Therapy 2x/week"* mit *„Yes"* ausgefüllt bzw. gemeldet, obwohl die letzte Dialyse bei der Patientin elf Tage her gewesen sei und eine Indikation zur Dialyse nicht mehr bestanden habe.

Der MELD-Score der Patientin F. sei somit wie vom Angeklagten beabsichtigt auf 39 gestiegen, obwohl er aufgrund der gemeldeten Laborwerte nur 33 betragen hätte. Infolgedessen habe Eurotransplant der U.G. am selben Tag gegen 21:00 Uhr für die Patientin F. ein Organangebot übersandt, bei dessen Match-Verteilungsliste 187906 sie auf dem Ranking-Platz 5 gestanden habe. Diesen Platz hätte sie auch ohne Dialyse-Manipulation erreicht.
Mangels hinreichender Alkoholkarenzzeit sei sie jedoch ganz von der Vergabe ausgeschlossen gewesen. Die angebotene Spenderleber sei akzeptiert und der Patientin am 21. Mai 2010 durch den Angeklagten transplantiert worden.

4. K.-H. B. (FA 1.5)

Der Patient K.-H. B. (Eurotransplantnummer V) sei am 2. Juli 2010 in der U.G. wegen akuten Leberversagens aufgenommen worden. Am 13. Juli 2010 sei er bei Eurotransplant zur Warteliste angemeldet worden. Am 14. Juli 2010 habe er bereits einen MELD-Score von 35 erreicht gehabt. Am 15. Juli 2010 habe der Angeklagte veranlasst, dass der Zeuge W. gegenüber Eurotransplant das Feld *,,Renal*

Replacement Therapy 2x/week“ mit *,,Yes"* ausgefüllt habe. Der MELD-Score des Patienten B. sei somit wie vom Angeklagten beabsichtigt auf 40 gestiegen, obwohl er aufgrund der gemeldeten Laborwerte nur 34 betragen gehabt habe.

lnfolgedessen habe Eurotransplant am 15. Juli 2010 der U.G. ein Angebot für den Patienten B. übersandt, bei dessen Match-Verteilungsliste er zu Unrecht auf Platz 1 gestanden habe. Mit dem korrekten MELDScore von 34 hätte der Patient B. bestenfalls Platz 2 eingenommen. Die angebotene Spenderleber sei angenommen und dem Patienten am 16. Juli 2010 durch den Angeklagten transplantiert worden.

5. F. I. (FA 1.2)

Der Patient F. A. I. (Eurotransplantnummer B) sei das erste Mal am 10. August 2010 in der Station 1016 aufgenommen und dort für eine Lebertransplantation evaluiert worden. Am 13. August 2010 sei die erste Listung bei Eurotransplant durch die Zeugin S. bei einem MELD-Score von 6 erfolgt.
Gleichzeitig sei ein Hepatozelluläres Karzinom als *standard-exception* (Standardausnahme) an Eurotransplant gemeldet worden. Durch sogenannte *standard-exceptions* hätten ggf. zusätzliche MELD-Punkte erreicht werden können. Die Angabe sei jedoch ohne Einfluss auf die Organallokation geblieben. Der Tumor sei so groß gewesen, dass nach den Richtlinien der Bundesärztekammer eine Kontraindikation zur Lebertransplantation bestanden habe. Der Patient sei in den Folgemonaten ambulant behandelt worden, obwohl sich seine Blutwerte deutlich verschlechtert hätten.

Obwohl bei ihm keine Dialyse durchgeführt worden sei, habe der Angeklagte am 3. Januar 2011 die Zeugin S. veranlasst, gegenüber Eurotransplant das Feld *„Renal Replacement Therapy 2x/week“* mit *,,Yes"* zu melden. Der MELD-Score des Patienten sei somit wie vom Angeklagten beabsichtigt auf 40 gestiegen. Da dennoch kein Organangebot eingegangen sei, sei die Dialysefalscheingabe am 10. Januar 2011 wiederholt worden. Der MELD-Score sei daher bei 40 geblieben, obwohl er aufgrund der gemeldeten Laborwerte nur 34 betragen hätte. Infolgedessen habe Eurotransplant der U.G. am 11. Januar 2011 gegen 22:00 Uhr für den Patienten I. ein Organangebot übersandt, bei dessen Match-Verteilungsliste 193952 er zu Unrecht auf Platz 3 gestanden habe. Mit dem korrekten MELD-Score von 34 hätte

der Patient bestenfalls Platz 13 eingenommen. Die angebotene Spenderleber sei angenommen und dem Patienten am 12. Januar 2011 durch den Angeklagten transplantiert worden.

6. H.-J. W. (FA 1.19)

Der Patient H.-J. W. (Eurotransplantnummer N) sei am 31. März 2011 in die U.G. aufgenommen worden. Obwohl er – was dem Angeklagten bewusst gewesen sei – mindestens drei Monate zuvor noch regelmäßig bis zu einer Flasche Wodka pro Tag getrunken habe und daher von der Vergabe von Organen ausgeschlossen gewesen sei, sei der Patient am selben Tag auf Anweisung des Angeklagten durch die Zeugin S. bei Eurotransplant gelistet worden.

Ebenfalls auf Anweisung des Angeklagten habe die Zeugin S. am 31. März 2011 das Feld *„Renal Replacement Therapy 2x/week“* mit *„Yes"* gemeldet, obwohl bei dem Patienten keine Dialyse durchgeführt worden sei. Der MELD-Score des Patienten W. sei somit wie vom Angeklagten beabsichtigt auf 40 gestiegen, obwohl er aufgrund der gemeldeten Laborwerte nur 28 betragen hätte. Infolgedessen habe Eurotransplant der U.G. am selben Tag gegen 19:00 Uhr für den Patienten W. ein Organangebot übersandt, bei dessen Match-Verteilungsliste 195907 er auf Platz 38 gestanden habe. Mangels hinreichender Alkoholkarenzzeit sei er jedoch ganz von der Vergabe ausgeschlossen gewesen. Die angebotene Spenderleber sei akzeptiert und dem Patienten am 1. April 2011 durch den Angeklagten transplantiert worden.

7. U. W. (FA 1.18)

Der Patient U. W. (Eurotransplantnummer M) sei am 4. April 2011 vom S.T. Einbeck mit akutem Leberversagen in die U.G. aufgenommen worden. Wie dem Angeklagten bewusst gewesen sei, sei der Patient W. alkoholabhängig gewesen und habe bis wenige Tage zuvor noch regelmäßig Alkohol konsumiert. Dennoch habe der Angeklagte im Bewusstsein, dass der Patient deswegen eigentlich von der Vergabe von Organen ausgeschlossen gewesen sei, die Listung des Patienten am 4. April 2011 durch die Zeugin S. bei Eurotransplant veranlasst.

Gleichzeitig habe er veranlasst, dass die Zeugin S. das Feld *„Renal Replacement Therapy 2x/week“* mit *„Yes"* angegeben habe. Ihm sei dabei bewusst gewesen, dass diese Angabe falsch gewesen sei, da der Patient weder an der U.G. noch am S.T. eine Nierenersatztherapie erhalten habe. Der MELD-Score des Patienten W. sei somit wie vom Angeklagten beabsichtigt auf 40 gestiegen, obwohl er aufgrund der gemeldeten Laborwerte nur 34 betragen hätte. lnfolgedessen habe Eurotransplant der U.G. am 6. April 2011 für den Patienten W. ein Organangebot übersandt, bei dessen Match-Verteilungsliste 196053 er zu Unrecht auf Platz 3 gestanden habe. Mit korrektem MELD-Score von 34 hätte er bestenfalls Platz 7 eingenommen. Mangels hinreichender Alkoholkarenzzeit sei er jedoch vollständig von der Organvergabe durch Eurotransplant ausgeschlossen gewesen. Die angebotene Spenderleber sei angenommen und dem Patienten am 7. April 2011 durch den Angeklagten transplantiert worden.

8. M. P. (FA 1.14)

Die Patientin M. P. (Eurotransplantnummer X) sei bereits im Jahr 2010 bei einem MELD-Score von 10 durch den gesondert Verfolgten Dr. L. mit einem Spenderorgan mittlerer Qualität aus einem Zentrumsangebot transplantiert worden. Aufgrund von Abstoßungsreaktionen sei sie am 15. Februar 2011 erneut bei Eurotransplant gelistet worden. Bei ihrem Kontrolltermin in der Transplantations-Ambulanz am 10. Mai 2011 habe ihr der Angeklagte mitgeteilt, ihre Werte müssten nun hochgesetzt werden. Am selben Tag habe der Angeklagte bewusst wahrheitswidrig veranlasst, dass der Zeuge W. eine Meldung an Eurotransplant durchgeführt habe, bei der das Feld *„Renal Replacement Therapy 2x/week“* mit *„Yes"* angegeben worden sei. Der MELD-Score der Patientin sei somit wie vom Angeklagten beabsichtigt auf 40 gestiegen, obwohl er auf Grundlage der gemeldeten Laborwerte nur 32 betragen hätte.

lnfolgedessen habe Eurotransplant der U.G. am gleichen Tag gegen 19:30 Uhr für die Patientin P. ein Organangebot übersandt, bei dessen Match-Verteilungsliste 196909 sie zu Unrecht auf Platz 3 gestanden habe. Mit ihrem korrekten MELD-Score hätte sie bestenfalls Ranking-Platz 10 erreicht.
Die angebotene Spenderleber sei angenommen und der Patientin am 11. Mai 2011 durch den Angeklagten transplantiert worden.

9. K.I. (FA 1.1)

Der Patient K.I. (Eurotransplantnummer: A) sei als russischer Staatsbürger zunächst im Krankenhaus in Kemerova behandelt worden. Unter Vermittlung der medizinischen Reiseagentur M.T. der Zeugen S. und S. sei er am 13. Mai 2011 per Flugzeug in die U.G. gelangt. Er sei zunächst unter der Prämisse einer Leberlebendspende durch seine mitgereisten Verwandten aufgenommen worden, die sich jedoch rasch als ungeeignet erwiesen hätten. Daher sei entschieden worden, den Zeugen I. bei Eurotransplant zu listen.

Der Angeklagte habe am 23. Mai 2011 veranlasst, dass der Patient durch die Zeugin S. gelistet worden sei, obwohl er gewusst habe, dass dieser die vorgeschriebene Mindestalkoholkarenzzeit von sechs Monaten nicht eingehalten gehabt habe und damit von der Organvergabe durch Eurotransplant ausgeschlossen gewesen sei.

Des Weiteren habe der Angeklagte veranlasst, obwohl er gewusst habe, dass keine Dialyse im betroffenen Zeitraum stattgefunden habe, dass die Zeugin S. das Feld *„Renal Replacement Therapy 2x/week“* mit *,,Yes"* angegeben bzw. ausgefüllt habe. Diese Eingabe habe der Angeklagte die Zeugin S. am 27. Mai 2011 wiederholen lassen, obwohl – wie ihm bekannt gewesen sei – auch bis dahin keine Dialyse erfolgt sei.

Der MELD-Score des Patienten I. sei somit wie vom Angeklagten beabsichtigt auf 36 gestiegen, obwohl er aufgrund der gemeldeten Laborwerte nur 26 betragen hätte. lnfolgedessen habe Eurotransplant der U.G. am 29. Mai 2011 für den Patienten I. ein Organangebot übersandt, bei dessen Match-Verteilungsliste 197450 er zu Unrecht auf Platz 2 gestanden habe. Mit korrektem MELD-Score von 26 hätte der Patient bestenfalls Ranking-Platz 34 eingenommen. Mangels hinreichender Alkoholkarenzzeit sei der Patient jedoch vollständig von der Organvergabe durch Eurotransplant ausgeschlossen gewesen. Die angebotene Spenderleber sei angenommen und dem Patienten am „20. Mai 2011“ durch den Angeklagten transplantiert worden.

10. K.O. (FA 1.121

Die Patientin K.O. (Eurotransplantnummer S) sei seit dem 31. Januar 2011 bei Eurotransplant gelistet worden, mit einem MELD-Score zwischen 9 und 21. Am 8. Juni 2011 und 15. Juni 2011 seien bei der Patientin zwei INR-Werte gemessen worden, die auf Manipulation oder einer Fehlmessung beruht hätten. Obwohl dies dem Angeklagten bewusst gewesen sei, habe er am 8. Juni 2011 und am 15. Juni 2011 veranlasst, dass die gefälschten Werte durch die Zeugin S. an Eurotransplant gemeldet worden seien. Gleichzeitig habe er veranlasst, dass die Zeugin bei beiden Meldungen wahrheitswidrig ein *„Yes"* im Feld *„Renal Replacement Therapy 2x/week"* angegeben habe, obwohl eine Dialyse nicht stattgefunden habe.

Der MELD-Score der Patientin O. sei somit wie vom Angeklagten beabsichtigt auf 40 gestiegen, obwohl er ohne Dialysefalscheingabe nur 31, ohne manipulierten INR-Wert gar lediglich 17 betragen hätte.
Infolgedessen habe Eurotransplant der U.G. am 19. Juni 2011 gegen 18:30 Uhr ein Organangebot übersandt, bei dessen Match-Verteilungsliste 197976 die Patienten zu Unrecht den Ranking-Platz 7 eingenommen habe. Mit korrektem MELD-Score von 17 hätte sie bestenfalls Platz 34 eingenommen. Die angebotene Spenderleber sei angenommen und der Patientin am 20. Juni 2011 durch den Angeklagten transplantiert worden.

11. U.F. (FA 1.6)

Der Patient U.F. (Eurotransplantnummer D) sei am 15. Juni 2011 auf Station 1016 aufgenommen worden. Bereits zum damaligen Zeitpunkt sei er gelistet worden und habe bei einem MELD-Score von 18 gestanden. Nach der Ankündigung des Angeklagten, er werde nun sehr bald eine neue Leber bekommen, habe dieser am 20. Juni 2011 die Transplantationskoordination veranlasst, eine gleich in zweifacher Hinsicht wahrheitswidrige Meldung an Eurotransplant abzusenden. Wie dem Angeklagten bewusst gewesen sei, sei der gemeldete INR-Wert von 5 nach oben manipuliert, die im Feld *„Renal Replacement Therapy 2x/week"* mit *„Yes"* gemeldeten Dialysen hätten nicht stattgefunden.

Der MELD-Score des Patienten F. sei somit wie vom Angeklagten beabsichtigt auf 40 gestiegen, obwohl er unter Zugrundelegung korrekter Laborwerte und ohne

Dialysefalscheingabe lediglich 20 betragen hätte. lnfolgedessen habe Eurotransplant der U.G. am 22. Juni 2011 für den Patienten F. ein Organangebot übersandt, bei dessen Match-Verteilungsliste 198021 er zu Unrecht den Ranking-Platz 5 eingenommen habe. Mit dem korrekten MELD-Score von 18 hätte er bestenfalls Platz 34 belegt. Die angebotene Spenderleber sei angenommen und dem Patienten am 23. Juni 2011 durch den Angeklagten transplantiert worden.

In allen Fällen habe der Angeklagte beabsichtigt gehabt, dass die von ihm zu Unrecht oder mit manipulierten Werten gemeldeten Patienten durch die Manipulation schneller oder überhaupt ein Organ erhalten würden. Er habe gewusst, dass sie ohne sein regelwidriges Verhalten gar kein Organ erhalten hätten oder eine wesentlich längere Wartezeit hätten in Kauf nehmen müssen, da andere Patienten einen höheren MELD-Score gehabt hätten. Dabei habe der Angeklagte billigend in Kauf genommen, dass Patienten auf der Warteliste, die einen höheren MELD-Score gehabt und damit dem Tod näher gestanden hätten als seine eigenen Patienten, kein Organ mehr erhalten hätten und infolgedessen verstorben seien, weil das ihnen zustehende Organ zu Unrecht den eigenen, durch manipulierte Werte bevorzugten Patienten zugewiesen worden sei.

12. – 14. – sogenannte „Indikationsfälle“

12. J.D. (FA 3.2)

Der Patient J.D. (geboren 1953 – Eurotransplantnummer F) sei am 6. Oktober 2008 auf Anweisung des Angeklagten bei einem MELD-Score von 11 bei Eurotransplant gelistet worden. Wie dem Angeklagten bewusst gewesen sei, habe eine Listung nicht erfolgen dürfen, da aufgrund der nahezu normalen Leberfunktion des Patienten D. keine Indikation zu einer Transplantation bestanden habe. Wie er ebenfalls gewusst habe, habe jedoch eine Kontraindikation zur Transplantation bestanden, da der Patient D. unter einer Abhängigkeit von dem Medikament Distraneurin gelitten habe.

Am 13. Oktober 2008 sei ein Zentrumsangebot bei der U.G. eingegangen. Obwohl sich die Leberwerte des Patienten bis dahin so sehr gebessert hätten, dass er nur noch einen MELD-Score von 8 aufgewiesen habe, habe der Angeklagte entschieden, das Organ dem Patienten D. zu transplantieren. Dem Angeklagten sei bewusst

gewesen, dass die Risiken einer Transplantation den möglichen Nutzen einer solchen überwogen hätten. Das Organ sei ohne ausreichende Aufklärung des Patienten über seinen Gesundheitszustand und ohne medizinische Notwendigkeit transplantiert worden.

In der Folge sei es zu durch die Lebertransplantation hervorgerufenen Komplikationen gekommen. Der Patient habe erneut bei Eurotransplant gelistet werden müssen.
Am 17. Oktober 2010 habe er bei einem labMELD-Score von mittlerweile 34 und einem *standard-exception*-MELD-Score von 38 ein neues Organangebot erhalten.
Dieses sei ihm am selben Tag transplantiert worden. Die Komplikationen – insbesondere die Schädigung des Gallengangs – hätten jedoch angehalten, so dass der Patient am 28. Mai 2010 an Multiorganversagen gestorben sei, was für den Angeklagten bereits bei der ersten Transplantation vorhersehbar gewesen sei.

13. M.M. (FA 3.5)

Die Patientin M.M. (geboren 1956 – Eurotransplantnummer G) sei am 14. September 2010 auf Anweisung des Angeklagten bei Eurotransplant gelistet worden mit einem MELD-Score von 6 (niedrigster möglicher MELD-Score). Der Angeschuldigte habe trotz entsprechender Gegenbefunde eine Leberzirrhose diagnostiziert, obwohl die Patientin in erster Linie unter einer Pfortaderthrombose gelitten habe.

Am 23. Juli 2011 sei ein Zentrumsangebot an der U.G. eingegangen. Da die Patientin M. die mit vielen Spenderorganen inkompatible Blutgruppe AB gehabt habe, sei sie die einzige Patientin auf der Warteliste aus G. gewesen, die für die das Organangebot kompatibel gewesen sei.

Der Angeklagte habe daher entschieden, ihr das Organ zu transplantieren, obwohl zu diesem Zeitpunkt keine Indikation für eine Lebertransplantation vorhanden gewesen sei und die Patientin bei einem MELD-Score von 6 (Tiefstwert) stabile Leberwerte gehabt habe. Dem Angeklagten sei bewusst gewesen, dass die Risiken einer Lebertransplantation mögliche gesundheitliche Heilungserfolge überwogen hätten. Er habe ferner gewusst, dass die vorhandene Grunderkrankung der Pfortaderthrombose zu einem noch höheren Risiko geführt habe. Ohne wirksame

Einwilligung der Patientin habe er ihr das Organ ohne medizinische Notwendigkeit transplantiert.

Nach der Transplantation habe sich die Patientin zunächst erholt, ihre Leberwerte seien jedoch schlechter gewesen als vor der Transplantation. In Folge der Transplantation sei es am 4. April 2011 – wie für den Angeklagten vorhersehbar – zu einer Blutung aus der Anastomose der Arteria hepatica und im weiteren Verlauf zu Multiorganversagen gekommen. Die Patientin sei am 4. April 2011 verstorben, was für den Angeklagten vorherzusehen gewesen sei.

14. K.H.T. (FA 3.6)

Der Patient K.H.T. (geboren am 1955 – Eurotransplantnummer: H) sei am 3. August 2010 auf Anordnung des gesondert Verfolgten Dr. L. bei Eurotransplant gelistet worden. Der Patient habe bei der Diagnose äthyltoxischer Zirrhose einen MELD-Score von 9 gehabt. Der Patient habe der Listung in dem Glauben zugestimmt, dass es sich um eine vorbeugende Maßnahme handele, falls er einmal ein Organ brauchen würde.
Der Gesundheitszustand des Patienten habe sich in der Folgezeit verbessert. In Kenntnis, dass der Patient bei stabilen Leberfunktionswerten beschwerdefrei gewesen sei (MELD-Score 8) und in der Folge keine Indikation für eine Transplantation bestanden habe, habe der Angeklagte am 30. September 2011 entschieden, ein als Zentrumsangebot verfügbares Organ von Eurotransplant anzunehmen und dem Patienten zu transplantieren. Zu diesem Zeitpunkt hätten – was dem Angeklagten bewusst gewesen sei – die Risiken einer Lebertransplantation die möglichen positiven gesundheitlichen Folgen überwogen.

In der Folgezeit habe sich das Risiko der Transplantation in Komplikationen im Gallengang realisiert, woraus eine sekundäre biliäre Leberzirrhose entstanden sei. Der Patient sei am 4. Mai 2012 von Prof. K. retransplantiert worden und nach einer Verkettung von Komplikationen am 24. September 2012 verstorben. Die zum Tode führenden Risiken durch die erste Lebertransplantation seien für den Angeklagten zu jeder Zeit vorhersehbar gewesen.

Verbrechen, strafbar gemäß §§ 212, 223, 227, 22, 23, 53 StGB.

II. Klarstellung von Ungenauigkeiten der Anklageschrift

Durch Beschluss der Kammer vom 4. Juli 2013 wurde die Anklage der Staatsanwaltschaft B. vom 29. Mai 2013 (405 Js 1933/12) zur Hauptverhandlung zugelassen und das Hauptverfahren eröffnet.

Soweit in der Anklage bei den Patientinnen **V.** und **F.**, jeweils der Gliederungspunkt „III.2.*2*." der Richtlinien der Bundesärztekammer aufgeführt ist, ist die Kammer davon ausgegangen, dass der Gliederungspunkt III.2.1.gemeint war, da der Gliederungspunkt III.2.2. (der aktuellen Richtlinien der Bundesärztekammer für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation) „Bösartige Erkrankungen" betrifft. Das Erfordernis der vollständigen sechsmonatigen Alkoholabstinenz, das bei Patienten mit alkoholinduzierter Zirrhose erfüllt sein muss, bevor die Aufnahme dieser Patienten in die Warteliste erfolgt, befindet sich hingegen unter dem Gliederungspunkt III.2.1. der Richtlinien. Insoweit ist allerdings darauf hinzuweisen, dass das Erfordernis der sechsmonatigen Alkoholkarenzzeit in den Richtlinien der Bundesärztekammer, die zu den Zeiten, als die Patientinnen **V.** und **F.** jeweils in die Warteliste aufgenommen und transplantiert wurden, unter dem Gliederungspunkt II.2.2.1. aufgeführt war.

Des Weiteren ist darauf hinzuweisen, dass der Patient **I.** nicht, wie in der Anklage aufgeführt, am 20. Mai 2011 sondern am 30. Mai 2011 transplantiert wurde.

III. Entscheidung der Kammer

Der Angeklagte war von sämtlichen Tatvorwürfen **freizusprechen**.

1. Manipulationsfälle

In den sogenannten **„Manipulationsfällen"** erfolgte der Freispruch vereinzelt aus **tatsächlichen** und vereinzelt aus **rechtlichen** Gründen.

a) Freispruch aus tatsächlichen Gründen

Hinsichtlich der nachfolgenden Tatvorwürfe erfolgte der Freispruch aus **tatsächlichen** Gründen, weil dem Angeklagten die ihm zur Last gelegten Taten nicht mit der erforderlichen Sicherheit nachweisbar waren:

aa) Patient S.

Nicht mit der für eine Verurteilung erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachweisbar waren die Vorwürfe, der Angeklagte habe

- veranlasst, dass Falschangaben bei der Beantragung eines exceptionalMELD im Hinblick auf das Vorliegen eines HCC bei dem Patienten S. getätigt worden seien;
- veranlasst, dass der Patient S. in die Warteliste aufgenommen worden sei, obwohl er – der Angeklagte – Kenntnis von dem Umstand gehabt habe, dass das HCC außerhalb der Mailand-Kriterien gelegen habe;
- den Patienten S. nicht von der Warteliste genommen, sondern bei diesem eine Lebertransplantation durchgeführt, obwohl er – der Angeklagte – spätestens während der Transplantation erkannt habe, dass das HCC außerhalb der Mailand-Kriterien gelegen habe;
- veranlasst, dass der Transplantations-Koordinator W. am 4. Mai 2010 gegenüber Eurotransplant wahrheitswidrig angegeben habe, in der Woche vor dem Kreatinin-Test habe zweimal eine Nierenersatztherapie bzw. Dialyse stattgefunden;
- eine Manipulation der Blutprobe des Patienten S., die am 4. Mai 2010, 04:00 Uhr entnommen worden sei, veranlasst bzw. habe am 4. Mai 2010 die Meldung falscher Blutwerte an Eurotransplant initiiert.

bb) Patientin V.

Nicht mit der für eine Verurteilung erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachweisbar waren hinsichtlich dieser Patientin die Vorwürfe, der Angeklagte habe

- veranlasst, dass der Transplantations-Koordinator R. W. am 19. Juli 2010 bei der Meldung der Blutwerte der Patientin V. an Eurotransplant einen unzutreffenden Bilirubinwert angegeben habe bzw. Kenntnis von der Weiterleitung des unzutreffenden Bilirubin-Wertes gehabt;

- bei der Patientin V. eine Lebertransplantation vorgenommen, obwohl bei der Patientin eine Sepsis vorgelegen habe, die eine Kontraindikation dargestellt habe.

cc) Patientin F.

Hinsichtlich der Patientin F. konnte nicht mit der für eine Verurteilung erforderlichen Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, dass der Angeklagte derjenige war, der die Mitarbeiterin des Transplantations-Koordinationsbüros S. veranlasste, am 20. Mai 2010 gegenüber Eurotransplant anzugeben, bei der Patientin habe in der Woche vor dem Kreatinin-Test zweimal eine Nierenersatztherapie bzw. eine Dialyse stattgefunden, obwohl dies tatsächlich nicht der Fall war.

dd) Patient I.

In Bezug auf den Patienten I. war nicht mit der für eine Verurteilung erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachweisbar, dass

- auf Veranlassung des Angeklagten Blutproben manipuliert bzw. falsche Blutwerte an Eurotransplant gemeldet wurden;

- der Angeklagte, als er das Organangebot für den Patienten I. annahm, davon ausging, dass der (durch Falschangaben) erreichte exceptionalMELD des Patienten I. sich tatsächlich auf die Organzuteilung ausgewirkt hatte.

ee) Patient W.

Soweit dem Angeklagten zur Last gelegt wurde, den Patienten W. in die Warteliste aufgenommen und transplantiert zu haben, obwohl dieser unter einer alkoholinduzierten Leberzirrhose gelitten und die vorgeschriebene sechsmonatige Alkoholkarenzzeit nicht eingehalten habe, konnte nicht mit der für eine Verurteilung erforderlichen Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, dass die Leberzirrhose, die bei dem Patienten zweifelsfrei vorlag, (zumindest auch) alkoholinduziert war. Da bei dem Patienten W. eine Hepatitis C-Infektion vorlag, konnte zugunsten des Angeklagten nicht ausgeschlossen werden, dass die festgestellte Leberzirrhose ausschließlich Hepatitis C-induziert war. In diesem Fall würde III.2.1. der Richtlinien der Bundesärztekammer indes keine Anwendung finden.

ff) Patientin P.

In Bezug auf die Patientin P. war nicht mit der erforderlichen für eine Verurteilung erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachweisbar, dass auf Veranlassung des Angeklagten Blutproben manipuliert bzw. falsche Blutwerte an Eurotransplant gemeldet wurden.

gg) Patient I.

● Soweit dem Angeklagten hinsichtlich des Patienten I. zur Last gelegt wurde, wider besseres Wissen die Mitarbeiterin des Transplantations-Koordinationsbüros E.S. veranlasst zu haben, am 23 und 27. Mai 2011 gegenüber Eurotransplant anzugeben, in der Woche vor den Kreatinin-Tests hätten jeweils zweimal Nierenersatztherapien bzw. Dialysen stattgefunden, war nicht mit der erforderlichen Sicherheit nachweisbar, dass der Angeklagte wusste oder zumindest billigend in Kauf nahm, dass tatsächlich in diesen Zeiträumen keine Nierenersatztherapien bzw. Dialysen stattgefunden hatten.
Zur Überzeugung der Kammer hat der Angeklagte jedoch insoweit fahrlässig gehandelt, weil er vor der Mitteilung an die Mitarbeiterin des Transplantations-Koordinationsbüros S. hätte überprüfen können und müssen, ob entsprechende Nierenersatzverfahren stattfanden. Ein Nachweis, dass aufgrund der Annahme der Spenderleber für den Patienten I., die nur aufgrund der Falschangaben gegenüber

Eurotransplant für den Patienten I. angeboten worden war, ein anderer Patient starb oder dessen Leiden verlängert wurde, konnte jedoch nicht geführt werden.

● Hinsichtlich des Vorwurfs, der Angeklagte habe den Patienten I. in die Warteliste aufgenommen und transplantiert, obwohl dieser an einer alkoholinduzierten Leberzirrhose gelitten und die sechsmonatige Alkoholabstinenzzeit nicht eingehalten habe, war nicht verlässlich feststellbar, bis zu welchem Zeitpunkt konkreten der Patient I. Alkohol konsumiert hatte.

hh) Patientin O.

Nicht mit der für eine Verurteilung erforderlichen Wahrscheinlichkeit nachweisbar waren die Vorwürfe,

● der Angeklagte habe veranlasst, dass die Mitarbeiterin des Transplantations-Koordinationsbüros S. am 8 und 15. Juni 2011 gegenüber Eurotransplant unzutreffend angegeben habe, innerhalb der Woche vor den Kreatinin-Tests habe jeweils zweimal eine Nierenersatztherapie bzw. Dialyse stattgefunden bzw. der Angeklagte habe Kenntnis von den Falschangaben gehabt;

● der Angeklagte habe veranlasst, dass am 8. und 15. Juni 2011 jeweils Blutproben der Patientin O. manipuliert worden seien bzw. dass jeweils ein unzutreffender INR-Wert an Eurotransplant gemeldet worden sei.

ii) Patient F.

Soweit dem Angeklagten hinsichtlich des Patienten F. zur Last gelegt wurde, er habe veranlasst, dass am 20. Juni 2011 eine Blutprobenmanipulation erfolgt sei und die Mitarbeiterin des Transplantations-Koordinationsbüros S. die Blutwerte an Eurotransplant übermittelt habe, war bereits nicht mit der erforderlichen Sicherheit nachweisbar, dass der gemessene INR-Wert unzutreffend war.

b) Freispruch aus rechtlichen Gründen

Hinsichtlich der **weiteren** Anklagevorwürfe, nämlich der Veranlassung von unzutreffenden Dialysemeldungen bei den Patienten **B.**, **I.**, **W.**, **W.**, **P.** und **F.**;

der Transplantation der Patienten **V.**, **F.** und **W.** obwohl diese Patienten unter einer alkoholinduzierten Leberzirrhose gelitten hätten und ihm – dem Angeklagten – bekannt gewesen sei, dass die Patienten vor der Aufnahme in die Warteliste bzw. vor der Lebertransplantation die erforderliche sechsmonatige vollständige Alkoholabstinenz nicht eingehalten hätten;

der Transplantation des Patienten **I.** trotz Vorliegens eines extrahepatischen Tumorwachstums

sowie des im Rahmen der Beweisaufnahme festgestellten Verstoßes gegen die Richtlinien der Bundesärztekammer durch die Aufnahme des Patienten **B.**, der unter einer viralen Hepatitis litt und bei dem die Clichy-Kriterien nicht erfüllt waren, in die Warteliste und dessen Transplantation, erfolgte der Freispruch jeweils aus **rechtlichen** Gründen.

2. Indikationsfälle

In den sogenannten **„Indikationsfällen“** erfolgte der Freispruch aus **tatsächlichen** Gründen.

Hinsichtlich des Vorwurfs bei den Patienten D., M. und T. ohne medizinische Indikation und infolge einer unzureichenden Aufklärung auch ohne wirksame Einwilligung der Patienten eine Lebertransplantation vorgenommen und hierdurch jeweils den Tod dieser Patienten vorwerfbar verursacht zu haben, wobei dem Angeklagten in allen drei Fällen bewusst gewesen sei, dass keine „medizinische Indikation“ bestanden und infolge unzureichender Aufklärung auch keine wirksame Einwilligung in den Eingriff vorgelegen habe, war der Angeklagte aus tatsächlichen Gründen freizusprechen.

Bei den Patienten D. und T. war die durch die Transplantation verwirklichte Körperverletzung bereits durch eine **wirksame Einwilligung** dieser Patienten gerechtfertigt.
Bei der Patientin **M.** lag, weil die Patientin bei ihrer Einwilligung in die Lebertransplantation irrtümlich davon ausging, sie leide unter einer Leberzirrhose, zwar **keine wirksame ausdrücklich erteilte Einwilligung** in die Transplantation vor; die Kammer vermochte jedoch nicht mit der für eine Verurteilung erforderlichen

Sicherheit auszuschließen, dass diese Patienten auch bei ordnungsgemäßer und vollständiger Aufklärung in die Lebertransplantation eingewilligt hätte und somit eine sogenannte (rechtfertigende) **hypothetische Einwilligung** vorlag.

Soweit der Tatverdacht bestand, der Angeklagte habe gegen **§ 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG** in der Fassung vom 4. September 2007 verstoßen, indem er jeweils entgegen § 9 Abs. 1 TPG in der Fassung vom 4. September 2007 ein Organ auf die verfahrensgegenständlichen Patienten übertragen habe, erfolgte bei den Patienten S., V. und F. im Hinblick auf die bereits eingetretene Verfolgungsverjährung ein Freispruch aus Rechtsgründen und bei den übrigen Patienten ein Freispruch aus tatsächlichen Gründen, weil ein Tatnachweis nicht geführt werden konnte.

C. Feststellungen, Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung sowie rechtliche Bewertung der festgestellten Sachverhalte in Bezug auf die von dem Angeklagten durchgeführten Transplantationen

I. Zur Person des Angeklagten

Dem Angeklagten werden 11 Fälle des versuchten Totschlags (Fälle Nr. 1.-11. der Anklageschrift) sowie 3 Fälle (Fälle Nr. 12.-14. der Anklageschrift) der Körperverletzung mit Todesfolge zur Last gelegt, die der Angeklagte sämtlich in Ausübung seines Berufs als Transplantationschirurg begangen haben soll. Er soll dabei in den 11 sogenannten Manipulationsfällen die bewusst wahrheitswidrige Übermittlung allokationsrelevanter Patientendaten an Eurotransplant veranlasst (vgl. S. 5 der Anklageschrift) und in all diesen Fällen beabsichtigt haben, dass „die von ihm zu Unrecht (…) gemeldeten Patienten durch die Manipulation schneller oder überhaupt ein Organ erhalten“. Dabei soll er „billigend in Kauf“ genommen haben, dass „Patienten auf der Warteliste, die einen höheren MELD-Score hatten und damit dem Tod näher standen als seine eigenen Patienten, kein Organ mehr erhielten“ (vgl. S. 13 der Anklageschrift).

Tatsächlich hatte der Angeklagte keinen solch bedingten Tötungsvorsatz. Auch wenn der Angeklagte in den Fällen der Patienten **B.**, **I.**, **F., W.**, **W.**, **P.** und **F.** die Übermittlung falscher Patientendaten zu Nierenersatztherapien veranlasst und die Patienten, **V.**, **F.** und **W.** transplantiert hat, obwohl diese die sechsmonatige Alkoholkarenzzeit noch nicht eingehalten haben, handelt es sich bei dem Angeklagten um einen in hohem Maße engagierten und qualifizierten Transplantationschirurg, der aufgrund dieser Qualifikation in der Lage war zu erkennen, dass sämtliche Transplantationen etwa in den Manipulationsfällen notwendig waren und zudem ausreichend Erfolgsaussicht hatten. Dass der Angeklagte fachlich in der Lage war, dies zu erkennen und tatsächlich auch erkannt hat und ihm das Leid kranker Menschen und damit auch das von Patienten anderer Ärzte nicht gleichgültig war, wird nicht zuletzt durch die Persönlichkeit des Angeklagten, seinen beruflichen Werdegang sowie sein übriges Vorlegen belegt. Die

Kammer hat daher die persönlichen Verhältnisse des Angeklagten (nachfolgend klein a)), seinen schulischen und beruflichen Werdegang bis zum Dienstantritt in der UMG (nachfolgenden klein b)), sowie allgemeine Feststellungen zu seiner Tätigkeit in der UMG bis zum Zeitpunkt der Auflösung seines Dienstvertrages sowie die Feststellungen zu den - fehlenden - strafrechtlichen Vorbelastungen (nachfolgenden e)) nicht fragmentarisch sondern zusammenfassend dargestellt. Die Kammer sah sich hierzu trotz des freisprechenden Urteils veranlasst, da die vorgenannten Aspekte für die Beurteilung der Tatvorwürfe eine Rolle spielen (vgl. zur Notwendigkeit derartiger Feststellungen auch im Falle eines Freispruchs BGH vom 02.04.2014 - 2 StR 554/13, NStZ 2014, 419, 420). So wird durch den beruflichen Werdegang des Angeklagten belegt, dass dieser bereits vor seiner Tätigkeit in der UMG zahlreiche Lebertransplantationen durchgeführt hatte und für seine Expertise im Bereich der Transplantationschirurgie ausgezeichnet wurde. Vor diesem Hintergrund sowie eingedenk der nachfolgend dargelegten Feststellungen hat die Kammer die Überzeugung gewonnen, dass der Angeklagte die Transplantationen bzgl. der ihm nachgewiesenen 6 Fälle der Übermittlung manipulierter Patientendaten bzw. der Nichtbeachtung etwa der Alkoholkarenzzeitregelung und die damit verbundene geringfügige Steigerung der Gesamtanzahl der von ihm durchgeführten Lebertransplantation nicht durchführte, um sein Ansehen als Transplantationschirurg zu steigern. Gleiches gilt für den Vorwurf, der Angeklagte habe die Manipulationen auch deshalb durchgeführt, um die für einzelne dieser Transplantationen vereinbarten Boni-Zahlungen zu erhalten. Selbstverständlich war dem Angeklagten die Tatsache bewusst, dass mit seinen Fallzahlen auch seine Reputation als Transpantationschirurg steigt und dass er anfangs für jede Operation eine Bonizahlung erhielt. Auch hat der Angeklagte die Steigerung seiner Reputation bwz. seines Gehalts, wie jeder andere Transplantationschirurg mit entsprechenden Regelungen auch, begrüßt. Seine Entscheidung, ob im Einzelfall eine Transplantation durchgeführt werden soll oder nicht, hat der Angeklagte indes nicht danach sondern allein daran ausgerichtet, ob die Operation Heilzwecken diente und der Patient in die Maßnahme eingewilligt hat.

So ergibt sich u.a. aus der nachfolgend dargestellten Aussage des Zeugen Prof. Dr. R. aus R., dass der Angeklagte ein kompetenter Chirurg ist und bereits vor seiner Tätigkeit in G. in R. vergleichbar viele Transplantationen durchgeführt bzw. an diesen mitgewirkt hat, ohne dass er hierfür Bonizahlungen erhalten hat.

1. Feststellungen

a) Persönliche Verhältnisse

[…]

b) Schulischer und beruflicher Werdegang bis zum Dienstantritt in der Universitätsmedizin G. im Oktober 2008

[…]

c) Tätigkeit des Angeklagten in der UMG in der Zeit von Oktober 2008 bis zur Auflösung des Dienstvertrages

aa) Ab 1. Oktober 2008 war der Angeklagte in der UMG als Oberarzt in der Abteilung Allgemein- und Viszeralchirurgie tätig. Direktor der Klinik war zu dieser Zeit der mittlerweile verstorbene Zeuge Prof. Dr. H.B.. Der Angeklagte übernahm in der Klinik die Leitung der Transplantationschirurgie. Der Vorstand der UMG hatte mit der Einstellung des Angeklagten unter anderem das Ziel verfolgt, die Anzahl der Transplantationen im Bereich der Nieren- und Lebertransplantationen zu steigern. So wurden im Bereich Lebertransplantationen im Jahr 2007 26 und in den ersten drei Quartalen des Jahres 2008 sieben Transplantationen durchgeführt.

[…]

bb) Der Angeklagte, der im Bereich der Lebertransplantation über eine sehr gute Expertise verfügt, leitete die Transplantationsabteilung mit großem Engagement und hohem persönlichem Einsatz. Außer ihm führte lediglich der gesondert Verfolgte Oberarzt Dr. L. Lebertransplantationen durch. Da dieser, der vor dem Dienstantritt des Angeklagten Leiter der Transplantationschirurgie war, im Jahr 2008 und in der Zeit vom 7. Oktober 2010 bis 18. April 2011 jeweils längere Zeit krankheitsbedingt abwesend und auch nach seiner Rückkehr nur bedingt belastbar war, führte dies zu einer erheblichen Mehrbelastung des Angeklagten.

Der Angeklagte steigerte dennoch, wie vom Vorstand der UMG erwartet, die Transplantationszahlen in erheblichem Umfang.

Bei seinem Dienstantritt befanden sich 75 Patienten auf der Warteliste. Als er November 2011 vom Dienst freigestellt wurde, befanden sich 138 Patienten auf der Warteliste.

In dem Zeitraum von 1. Oktober 2008 bis 31. Dezember 2009 wurden insgesamt 59 Lebertransplantationen durchgeführt. Hierfür erhielt der Angeklagte eine Leistungsprämie von insgesamt 58.500,- Euro (39 mal 1.500,- Euro für die 21. bis 59. Lebertransplantation). Zusätzlich wurden zwei Leberteilresektionen zur Leberlebendspende durchgeführt, für die es indes keine Prämie gab.

Im Jahr 2010 erfolgten 58 Lebertransplantationen und zwei Leberteilresektionen zur Leberlebendspende, für die es - anders als in den Jahren 2008/2009 - ebenfalls eine Prämie gab. Der Angeklagte erhielt daher für das Jahr 2010 eine Leistungsprämie von 60.000,- Euro (38 mal 1.500,- Euro für die 21. bis 58. Transplantation sowie 2 mal 1.500,- Euro für die durchgeführten Leberteilresektionen zur Leberlebendspende).

Für das Jahr 2011 wurden keine Sondervergütungen für Lebertransplantationen vereinbart. Dem Angeklagten wurde vielmehr in Aussicht gestellt, für Sonderleistungen im Bereich Forschung und Lehre und die Erreichung von bestimmten Operationszahlen Sonderboni zu erhalten. Zu einer entsprechenden Ausarbeitung bzw. zum Abschluss einer Zielvereinbarung für das Jahr 2011 kam es indes aus organisatorischen Gründen nicht. Die hinterlegte Zielvereinbarungssumme von 60.000 Euro wurde deshalb unabhängig von der Erreichung spezifischer Ziele bzw. Operationszahlen an den Angeklagten auszahlungspflichtig.

[…]

(1) So ging am 4. Juli 2011 auf dem Anrufbeantworter der D.S.O. (DSO) ein anonymer Anruf ein, in dem geäußert wurde:

„Die G.U. ist in kriminelle Machenschaften verstrickt oder kauft man die Organe direkt bei Ihnen?“

Mit Schreiben der Vermittlungsstelle vom 29. August 2011 wurden die Prüfungskommission und die Überwachungskommission unter Bezugnahme auf eine entsprechende Mitteilung der DSO über den anonymen Anruf und dessen Inhalt

informiert. Daraufhin wurde von der Prüfungs- und Überwachungskommission ein Prüfverfahren eingeleitet. Bei dieser handelt es sich um zwei Einrichtungen, die bei der Bundesärztekammer angesiedelt sind und von der Bundesärztekammer als Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG = Zusammenschluss von Spitzen- und Landesverbänden der Krankenhausträger in Deutschland) und dem GKV – Spitzenverband (= zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen) gemeinsam unterhalten werden.

Die Prüfungskommission überprüft in regelmäßigen Abständen stichprobenartig, ob die Vermittlungsentscheidungen der Stiftung Eurotransplant nach Maßgabe der gesetzlichen und vertraglichen Bedingungen und unter Einhaltung der Allokationsrichtlinien nach § 16 TPG sowie des TPG insgesamt erfolgt sind. Des Weiteren geht die Prüfungskommission Meldungen der Stiftung Eurotransplant, anderer Institutionen oder Personen über Auffälligkeiten im Zusammenhang mit der Umsetzung von Vermittlungsentscheidungen nach. Vorsitzende der Prüfungskommission ist die in dem hiesigen Verfahren auch als Zeugin vernommene Vorsitzende Richterin am Kammergericht i.R. R..

Die Überwachungskommission überprüft die Einhaltung der auf der Grundlage des Transplantationsgesetzes vertraglich festgelegten Verpflichtungen und Aufgaben der Koordinierungsstelle (DSO), insbesondere die Entnahme von vermittlungspflichtigen Organen einschließlich der Vorbereitung von Entnahme, Vermittlung und Übertragung. In diesem Zusammenhang kann die Überwachungskommission überprüfen, ob und inwieweit die Koordinierungsstelle die Gewähr dafür bietet, dass diese Maßnahmen in Zusammenarbeit mit den Transplantationszentren und den Entnahmekrankenhäusern unter Beachtung der gesetzlichen und vertraglichen Regelungen durchgeführt werden. Vorsitzender der Überwachungskommission ist derzeit Prof. Dr. med. Dr. h.c. H.P. (Magdeburg).

Nachdem Recherchen der DSO ergeben hatten, dass sich der anonyme Hinweis auf die Lebertransplantation mit der Eurotransplant-Nummer (im Folgenden: ET-Nr.) A, die den verfahrensgegenständlichen Patienten K.I betraf, bezog, holten die Prüfungs- und die Überwachungskommission einen schriftlichen Bericht des Transplantationszentrums der UMG zu der bei dem Patienten I. durchgeführten Transplantation ein. Im weiteren Verlauf forderten die Kommissionen den

Angeklagten mit Schreiben vom 16. September 2011 auf, die Originale der vollständigen Krankenblätter des Patienten I. ab dessen Aufnahme in die UMG vollständig zu übersenden. Dieser Aufforderung kam der Angeklagte zunächst nur unvollständig nach. Nachdem der Angeklagte sodann am 21. November 2011 vor der Prüfungs- und Überwachungskommission mündlich angehört worden war und noch nicht alle angeforderten Unterlagen vorlagen, informierte Prof. Dr. Dr. L. am 22. November 2011 Dr. M.S., Mitglied des Vorstands Krankenversorgung der UMG, über die aktuell laufende Untersuchung und bat um Übersendung der noch fehlenden Unterlagen. Dr. S. forderte den Angeklagten daraufhin auf, diese Unterlagen unverzüglich der Prüfungs- und Überwachungskommission zu übermitteln. Darüber hinaus riet er dem Angeklagten, von sich aus Urlaub zu nehmen, um sich ganz der Unterstützung der Arbeit der Kommissionen um eine vollständige und rasche Aufklärung widmen zu können.

Am Folgetag, dem 23. November 2011, bestätigte Prof. Dr. Dr. L. dem Vorstandsmitglied Dr. S. auf dessen telefonische Nachfrage, dass die fehlenden Unterlagen nunmehr eingegangen seien und teilte ihm – Dr. S. – mit, dass die bisherige Überprüfung ergeben habe, dass im Fall des Patienten I. der Verdacht bestehe, dass gegen Richtlinien für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation verstoßen worden sei.

Im Hinblick auf diesen Umstand wurde der Angeklagte, der dem Rat des Zeugen Dr. S., von sich aus Urlaub zu nehmen, bis dahin nicht gefolgt war, am 24. November 2011 mit sofortiger Wirkung beurlaubt. Am 21. Dezember 2011 wurde der Angeklagte nochmals mündlich von der Prüfungs-und der Überwachungskommission angehört. Darüber hinaus wurden an diesem Tag auch die gesondert Verfolgten Prof. Dr. R. und der gesondert Verfolgte Dr. L. mündlich angehört.

In der gemeinsamen Sitzung vom 16. Januar 2012 stellte die Prüfungs- und Überwachungskommission der Bundesärztekammer fest:

„Prof. Dr. A.O. hat gegen die Richtlinien für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation verstoßen, indem er am 23.5.2011 gegenüber der Vermittlungsstelle angegeben hat, dass der in der U.G. behandelte Patient K.I. dialysiert werde, obwohl er in G. nicht dialysiert worden ist.

Prof. Dr. A.O. hat weiterhin gegen die Richtlinien für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation verstoßen, indem er nicht sichergestellt

hat, dass die Aufnahme des Patienten K.I. in die Warteliste erst erfolgte, nachdem der Patient für mindestens sechs Monate völlige Alkoholabstinenz eingehalten hatte.“

(2) Nachdem die Manipulationsvorwürfe in Bezug auf den Patienten I. bekannt geworden waren, wurden die Lebertransplantationen, die in der Zeit von Oktober 2008 bis November 2011 in der UMG durchgeführt worden waren, überprüft.

Zunächst setzte die UMG eine **interne Untersuchungskommission** ein, der die an der UMG tätigen Ärzte Dr. M.M. und Dr. B.S. angehörten. Von dieser internen Kommission wurden sogenannte Patientensynopsen erstellt, darunter auch Synopsen zu den verfahrensgegenständlichen Patienten. In diesen Synopsen wurde in Kurzfassung im Wesentlichen dargestellt, unter welcher Erkrankung die Patienten litten, wie der Krankheitsverlauf war und gegebenenfalls welche Auffälligkeiten bei den durchgeführten Transplantationen feststellbar waren.

Darüber hinaus beauftragte die UMG eine **externe Untersuchungskommission**, die sogenannte **„R.K.“,** mit der Überprüfung der Transplantationen, die während der Zeit durchgeführt wurden, als der Angeklagte ab Oktober 2008 an der UMG tätig war. Vorsitzender dieser Kommission war **Prof. Dr. R.**, Dekan im Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg. Weitere Mitglieder der Kommission waren Prof. **Dr. F.**, Medizinischer Vorstand Universitätsklinik Leipzig, sowie **PD Dr. S.**, Chirurgischer Leiter im Klinikum der Universität München. Die R.K. erstellte Kurzgutachten zu den geprüften Fällen, in denen ausgeführt wurde, welche Auffälligkeiten bzw. (mutmaßliche) Verstöße sich aus Sicht der Sachverständigen nach Aktenlage ergaben. Auch zu den verfahrensgegenständlichen Transplantationen wurde von der R.K. ein Kurzgutachten erstellt.

Die Bundesärztekammer richtete eine **„Task-Force“** ein, die ebenfalls Transplantationen überprüfte, die während der Dienstzeit des Angeklagten durchgeführt wurden. Der Task-Force gehörten **Prof. Dr. G.O.**, welcher bis 2012 Leiter der Abteilung für Transplantationschirurgie am U. Mainz war, sowie **Dr. R.R.-v.S.** an, welche in der Zeit von 2002 bis 2011 Vorsitzende Richterin des 2. Strafsenats am Bundesgerichtshof war. Auch insoweit wurden Kurzgutachten über die Transplantationspatienten, auch in den verfahrensgegenständlichen Fällen, erstattet.

Die Stellungnahmen der internen Kommission der UMG, der R.K. und der Bundesärztekammer werden – soweit sie der Kammer vorlagen und die verfahrensgegenständlichen Patienten betreffen –, bei den jeweiligen Patienten dargestellt.

d) Auflösung des Dienstvertrages zwischen dem Angeklagten und der UMG sowie Verlauf der weiteren beruflichen Tätigkeit des Angeklagten

[…]

e)Strafrechtliche Vorbelastungen und Haftdaten

[…]

2. Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung zur Person

a) Persönliche Verhältnisse

[…]

b) Schulischer und beruflicher Werdegang bis zum Dienstantritt in der U.G. im Oktober 2008

[…]

c) Tätigkeit des Angeklagten in der UMG in der Zeit von Oktober 2008 bis zur Auflösung des Dienstvertrages

[…]

Der Inhalt der zwischen dem Angeklagten und der UMG geschlossenen Dienstverträge hatte für dieses Verfahren insbesondere deshalb Bedeutung, weil der Angeklagte Bonuszahlungen für durchgeführte Transplantationen erhielt. Dies gab im vorliegenden Verfahren Anlass, die dem Angeklagten zur Last gelegten Taten hinsichtlich der sogenannten „Manipulationsfälle“, soweit Regelungsverstöße

nachzuweisen waren, auch vor dem Hintergrund zu prüfen, ob diese Verstöße finanziell motiviert waren. Bei den sogenannten „Indikationsfällen“ wurde ebenfalls geprüft, ob der finanzielle Anreize Grund dafür gewesen sein könnten, frühzeitig Transplantationen durchzuführen.

Dem Angeklagten konnte indes nicht nachgewiesen werden, dass er Transplantationen durchführte, um die maximale Summe der Bonuszahlungen zu erhalten. Darüber hinaus war nicht feststellbar, dass der Angeklagte aufgrund einer finanziellen Motivation falsche Dialyseangaben gegenüber Eurotransplant veranlasste bzw. deshalb gegen Richtlinien der Bundesärztekammer verstieß.

[…]

bb)
(1) Zur Überzeugung der Kammer verfügt der **Angeklagte** über eine **gute Expertise** als Transplantationschirurg.

Die Frage, über welche Expertise der Angeklagte verfügt, ist vorliegend insbesondere insoweit von Bedeutung, als die Expertise Rückschlüsse darauf zulässt, über welche Kenntnisse und Fähigkeiten der Angeklagte als Transplantationschirurg verfügt. Dies wiederum lässt Rückschlüsse darauf zu, inwieweit der Angeklagte in der Lage ist, Krankheitsbilder zu beurteilen und auch komplizierte, risikoreiche Operationen durchzuführen. Darüber hinaus lässt sein Umgang mit den Patienten Schlussfolgerungen auf seine Motivation hinsichtlich der durchgeführten Transplantationen zu.
Die Kammer vermochte insoweit nicht festzustellen, dass der Angeklagte seinen Patienten gegenüber gleichgültig war und nur deshalb transplantierte, um finanzielle Vorteile sowie Ruhm und Ansehen zu erlangen. Dass der Angeklagte die Transplantationsabteilung engagiert leitete, wurde von Pflegepersonal und Ärzten, die mit dem Angeklagten dienstlich zu tun hatten, bestätigt. Darüber hinaus bestätigten Kollegen des Angeklagten dessen gute Expertise.

Zwar hat der Direktor der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie **Prof. Dr. B.** angegeben, der Angeklagte sei aus seiner Sicht kein guter Chirurg gewesen. Dies

hat der Zeuge Prof. Dr. B. indes nicht auf die handwerklichen Fähigkeiten, sondern auf die charakterlichen Eigenschaften des Angeklagten bezogen.
[…]
Im Ergebnis hat der dem Angeklagten gegenüber erkennbar kritisch eingestellte Zeuge Prof. Dr. B., der bekundet hat, er könne zu der ärztlichen Tätigkeit des Angeklagten im Bereich der Transplantationschirurgie keine detaillierten Angaben machen, die fachlichen Qualitäten des Angeklagten insoweit bestätigt, als er erklärte, dieser sei bestimmt ein „guter Handwerker“ und damit chirurgisch kompetent.

Die Ärzte **J.R.** und **A.K.** haben übereinstimmend ausgeführt, bei dem Angeklagten handele es sich um einen sehr guten Operateur. Der Zeuge **R.**, der eigenen glaubhaften Angaben zufolge in der Zeit von Sommer 2009 bis September / Oktober 2010 in der Transplantationschirurgie tätig war, hat betont, seiner Einschätzung nach handele es sich bei dem Angeklagten um einen der besten Operateure, die er – der Zeuge R. – bisher kennengelernt habe. Die Operationszeiten seien kurz gewesen und die Patienten hätten häufig schnell entlassen werden können. Die Ärztin **K.**, die eigenen glaubhaften Angaben zufolge zwischen August/September 2008 und Juni 2009 als Assistenzärztin in der Transplantationschirurgie auf der Station 1012 tätig war und bei vielen Lebertransplantationen assistierte, hat bekundet, sie habe den Angeklagten als fairen Oberarzt erlebt. Aus ihrer Sicht sei der Angeklagte ein „grandioser Operateur“.

Der Stationsarzt **Dr. F.**, Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie mit Facharztbezeichnung „Spezielle Viszeralchirurgie“ hat bekundet, er habe im November 2008 als Facharzt für Chirurgie seine Tätigkeit in der UMG aufgenommen und sich in Weiterbildung zum Viszeralchirurgen befunden. In der Zeit von September 2009 bis circa November 2010 sei er als Stationsarzt in der Transplantationschirurgie tätig gewesen. Zu dem Umgang des Angeklagten mit den Patienten hat der Zeuge Dr. F. geschildert, der Angeklagte sei sehr emphatisch mit seinen Patienten umgegangen. Es habe ein vertrauensvolles Verhältnis bestanden. Alle Ärzte seien „bis in die Haarspitzen“ motiviert gewesen und hätten an einem Strang gezogen.
Des Weiteren hat der Arzt Dr. F. bekundet, ein besonderes Geltungsbewusstsein in Bezug auf Titel, Preise oder Geld habe er bei dem Angeklagten nicht festgestellt. Er habe den Eindruck gehabt, der Angeklagte sei bodenständig gewesen.

Der Arzt **Dr. H.F.**, der bekundet hat, er habe unter anderem dem Angeklagten bei Lebertransplantationen assistiert, hat ebenfalls ausgesagt, der Angeklagte sei nicht nur ein sehr guter Operateur gewesen, sondern habe die Operationen auch sehr viel schneller durchgeführt als andere Operateure.

Als weiterer Arzt hat der Zeuge **Dr. L.Z.** ausgesagt, er habe den Angeklagten während seines – des Zeugen L. – „PJ“ (praktisches Jahr), das von Februar 2010 bis Februar 2011 gedauert habe, in einem Zeitraum von vier Monaten als Chirurg erlebt. Es sei ein „ästhetisches Erlebnis“ gewesen, zu sehen, wie der Angeklagte die Operationen durchgeführt habe. Der Angeklagte sei „brillant“, „großartig“ und souverän im Umgang mit den Mitarbeitern im Operationssaal gewesen. Es habe sich um sehr anspruchsvolle Operationen gehandelt. Der Angeklagte und der gesondert Verfolgte Dr. L. seien sehr engagiert für das Leben der Menschen eingetreten. Er – der Zeuge Dr. Z. – habe nicht den Eindruck gehabt, dass es hierbei um Profit gegangen sei. Es sei um Menschenleben gerungen worden.

Dr. T.O.H., bei dem es sich um einen Facharzt für Anästhesie handelt und der unter anderem aufgrund seiner Tätigkeit auf der Intensivstation 0118, auf der zum Beispiel auch der Patient I. vor und nach der Lebertransplantation behandelt wurde, hat ausgesagt, er habe den Angeklagten als engagierten Kollegen kennen gelernt, der auf Station präsent und zu jeder Tages- und Nachtzeit ansprechbar gewesen sei und mit dem seine Kollegen und er – Dr. H. – die medizinische Versorgung der Patienten abgesprochen hätten.

Der Krankenpfleger **B.G.**, der auf der Station 1012/1016 tätig ist und auch zu den verfahrensgegenständlichen Zeiten tätig war, hat bekundet, der Angeklagte habe sich liebevoll um die Patienten gekümmert und die Patienten sogar selbst mobilisiert. Darüber hinaus sei er gut erreichbar gewesen.

Auch die Krankenschwester **E.H.**, die eigenen Angaben zufolge zu den verfahrensgegenständlichen Zeiten in der Transplantations-Ambulanz tätig war, hat bestätigt, dass der Angeklagte sich engagiert um die Patienten gekümmert habe. Sie habe den Angeklagten im Arzt-Patienten-Verhältnis als angenehm empfunden. Er habe die Patienten begrüßt, mit ihnen gesprochen und auch einmal einen Spaß gemacht. Ihre Kollegin **E.S.**, die ebenfalls in der Transplantations-Ambulanz tätig gewesen sei, und sie hätten immer viel zu tun gehabt. Deshalb habe der Angeklagte, was nicht alle Ärzte täten, sich die Patienten selbst in der Leitstelle aufgerufen. Er

habe sich um seine Patienten gesorgt und ihnen Mut zugesprochen. Wenn man ihn gerufen habe, sei er umgehend in die Ambulanz gekommen. Generell sei er, sofern nötig, zu jeder Zeit in die Klinik gekommen, auch nachts.

Die Zeugin **S.** hat bekundet, sie habe den Angeklagten sehr engagiert erlebt und immer einsatzbereit.

[…]

Angesichts der in den hiesigen Feststellungen dargestellten beruflichen Laufbahn des Angeklagten und im Hinblick auf die wiedergegebenen Aussagen seiner Kollegen bzw. Mitarbeiter besteht aus Sicht der Kammer kein Zweifel daran, dass der Angeklagte insbesondere im Bereich der Lebertransplantationen über eine sehr gute Expertise verfügt. Darüber hinaus steht aufgrund der geschilderten Zeugenaussagen zur Überzeugung der Kammer des Weiteren fest, dass der Angeklagte sich, wie von ihm angegeben, sehr engagiert für die Belange der Patienten einsetzte, Überstunden leistete und in der Regel gut erreichbar war. Hiergegen spricht insbesondere auch nicht die Aussage des Zeugen **Prof. Dr. B.**. Die Zeugin **S.** hat, wie bereits dargelegt, ausgesagt, es der ausdrückliche Wunsch von Prof. Dr. B. gewesen, den Angeklagten an die UMG zu holen. Der Angeklagte habe eine besondere Expertise für Lebertransplantationen mitgebracht. Soweit sie sich erinnern könne, sei Prof. Dr. B. von der Expertise des Angeklagten überzeugt gewesen.

(2) Die Feststellungen zu den **Fehlzeiten des gesondert Verfolgten Dr. L.** im Jahr 2008 und in den Jahren 2009/2010 beruhen auf den Angaben des **Angeklagten**, die von dem Zeugen **U.O.** von der **Stabsstelle Interne Revision der UMG** bestätigt wurden. Aus den von dem Zeugen O. zu den Fehlzeiten des gesondert Verfolgten Dr. L. eingereichten **Ablichtungen der Arbeitszeiterfassungsbögen** für den Zeitraum von **Oktober 2008 bis Oktober 2011** geht ebenfalls hervor, dass der gesondert Verfolgte Dr. L. im Jahr 2008 im November seinen Dienst wieder antrat und in der Zeit vom 7. Oktober 2010 bis 18. April 2011 abwesend war.

Die Angaben des Angeklagten, dass seine berufliche Belastung während der längeren Fehlzeiten besonders hoch gewesen sei und er sehr viele Überstunden absolviert habe sind daher aus Sicht der Kammer glaubhaft und nachvollziehbar.

[…]

II. Zu den Tatvorwürfen

1. Allgemeine Aspekte, die für sämtliche Tatvorwürfe von Bedeutung sind

a) Feststellungen

Um die komplexen Rahmenbedingungen der Leberallokation besser nachvollziehen zu können, erfolgt zunächst ein allgemeiner Überblick über die von der Kammer getroffenen Feststellungen über den Ablauf der verfahrensgegenständlichen Transplantationen. Hieran schließt sich ein Überblick über die für die Bewertung dieser Feststellungen wesentlichen, zum Zeitpunkt der verfahrensgegenständlichen Transplantationen geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen an. Abschließend werden die Strukturen und die Abläufe in der UMG dargestellt, soweit sie die verfahrensgegenständlichen Zeiträume betreffen und in die der Angeklagte u. a. mit Hilfe der Mitarbeiter des Transplantationsbüros, der Zeugen S. und W., eingegriffen haben soll bzw. tatsächlich eingegriffen hat. Sofern diese Zeugen im Einzelfall tatsächlich falsche und für die Organverteilung relevante Patientendaten an Eurotransplant (ET) übermittelt haben, wussten sie nicht darum, dass die entsprechenden Daten falsch waren.

aa) Wesentliche tatsächliche Abläufe ab der Diagnose der Lebererkrankung bis zur Lebertransplantation

Grundsätzlich fanden bis zur Durchführung der Lebertransplantation im Wesentlichen folgende Abläufe statt, wobei der Schwerpunkt der Darstellung den Organempfänger, mithin die Patienten des Angeklagten betrifft:

(1) Nach der Diagnose der Erkrankung, die eine Lebertransplantation notwendig erscheinen ließ, erfolgte durch den zunächst behandelnden Arzt die Vorstellung des Patienten bzw. der Patientin in einem **Transplantationszentrum**. Hierbei handelte es sich um eine interdisziplinäre Einrichtung zur Übertragung von Spenderorganen. Ein Transplantationszentrum muss nach dem Transplantationsgesetz (TPG) als solches zugelassen sein. Aufgaben der Transplantationszentren sind gemäß § 10

TPG die Führung von Wartelisten, Organübertragung, Dokumentation der Organübertragung, psychiatrische Betreuung der Patienten im Krankenhaus vor und nach der Organübertragung sowie die Nachbetreuung von Organspendern bei einer Lebendspende. Auch an der UMG war zu den verfahrensgegenständlichen Zeiten ein Transplantationszentrum angegliedert, dessen Leiter in dieser Zeit der Angeklagte war.

(2) Die **Transplantationszentren** bzw. das der UMG prüfte(n) sodann, ob bei dem Patienten die Voraussetzungen für die Durchführung einer Lebertransplantation vorlagen. Nach § 10 Abs. 2 Nr. 1 TPG waren bzw. sind die Transplantationszentren verpflichtet, Wartelisten der zur Übertragung von vermittlungspflichtigen Organen angenommenen Patienten mit den für die Organvermittlung nach § 12 TPG erforderlichen Angaben zu führen sowie unverzüglich über die Annahme eines Patienten zur Organübertragung und seine Aufnahme in die Warteliste zu entscheiden. Darüber hinaus entscheiden die Transplantationszentren auch über die Herausnahme eines Patienten aus der Warteliste.
Hierbei war das Transplantationszentrum der UMG gemäß § 10 Abs. 2 Nr. 2 TPG verpflichtet, nach Regeln zu entscheiden, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprachen, insbesondere nach Notwendigkeit und Erfolgsaussicht einer Transplantation. Diesen Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft hat(te) die Bundesärztekammer gemäß § 16 Abs. 1 Nr. 2 TPG in Richtlinien festgelegt. Ein Patient, der nicht in die Warteliste aufgenommen wurde, wurde bei Eurotransplant nicht registriert und damit auch nicht bei der Organzuteilung berücksichtigt. So bewirkte beispielsweise die Regelung der Bundesärztekammer, wonach Patienten mit alkoholinduzierter Zirrhose erst in die Warteliste aufgenommen werden durften, wenn sie für mindestens sechs Monate völlige Alkoholabstinenz eingehalten hatten, dass diese Patienten unabhängig von dem Grad der Gefahr, kurzfristig zu versterben und unabhängig davon, ob ihre Lebenserwartung voraussichtlich noch ausreichend lang war, um eine sechsmonatige Alkoholabstinenz nachweisen zu können, von der Organzuteilung ausnahmslos ausgeschlossen waren. Sie erhielten, da sie mangels Aufnahme in die Zentrumswarteliste bei Eurotransplantat nicht als Organempfänger registriert waren (mit Ausnahme der einschlägigen verfahrensgegenständlichen Fälle, in denen der Angeklagte diese Regelung missachtet hatte), selbst dann kein Organangebot, wenn

eine Spenderleber zur Verfügung gestanden hätte, die von keinem anderer Patienten angenommen worden war. Gerade dann, wenn ein Spender eine sehr seltene Blutgruppe hatte, war und ist dies keine völlig fernliegende Möglichkeit.
Gleiches galt für Patienten mit fortgeschrittenen bösartigen Erkrankungen. Auch diese Patienten dürften den Richtlinien der Bundesärztekammer zufolge bereits nicht in die Warteliste aufgenommen werden, so dass sie vollständig von der Organzuteilung ausgeschlossen waren. Dies hätte, folgte man den Richtlinien, auch dann gegolten, wenn durch einen nicht vorhersehbaren Umstand plötzlich ausreichend Spenderorgane zur Verfügung gestanden hätten bzw. überzählige Organe innerhalb des Kreises der nach diesen Maßstäben gelisteten Patienten nicht vermittelbar gewesen wären.

Sofern die Voraussetzungen für eine Lebertransplantation vorlagen und der Patient nach entsprechender Aufklärung hiermit einverstanden war, erfolgte dessen Aufnahme in die Warteliste des Transplantationszentrums sowie die Listung bei der **Stiftung Eurotransplant.** Eurotransplant ist eine im Jahr 1967 gegründete Stiftung nach niederländischen Recht mit Sitz in Leiden (Niederlande) und Vermittlungsstelle im Sinne des § 12 TPG. Die Stiftung war und ist verantwortlich für die Zuteilung von Spenderorganen in derzeit acht europäischen Ländern, und zwar Belgien, Deutschland, Kroatien, Luxemburg, Niederlande, Österreich und Slowenien und – seit dem 1. Januar 2012 – auch Ungarn.

Bei Eurotransplant wurden die Patienten, die ein Spenderorgan benötigten, mit den erforderlichen persönlichen und medizinischen Daten registriert. Diese relevanten Daten erhielt Eurotransplant von den jeweiligen Transplantationszentren bzw. dem der UMG.

(3) Wenn ein Patient als Organspender in Betracht kam, wurde dies der **D.S.O.** (im Folgenden DSO) gemeldet. Die DSO ist die deutschlandweite Koordinierungsstelle im Sinne des § 11 TPG für die postmortale Organspende. Es handelt sich hierbei um eine gemeinnützige Stiftung, die sämtliche Schritte des Organspendeprozesses ab der Meldung eines möglichen Spenders durch ein Krankenhaus bis zur Übergabe eines Organs an die Transplantationszentren begleitet bzw. übernimmt.

Aus Datenschutzgründen verschlüsselt die DSO die personenbezogenen Daten des Organspenders und bildet eine Kenn-Nummer, die ausschließlich der DSO einen

Rückschluss auf die Person des Organspenders zulässt, § 13 Abs. 1 S. 1 TPG. Sobald das Vorliegen der Voraussetzungen für die Organspende feststand, meldete die DSO das Organ, die Kenn-Nummer des Spenders und die für die Organvermittlung erforderlichen Angaben an Eurotransplant, § 13 Abs. 1 S. 4 TPG.

(4) Nunmehr erfolgte für das Spenderorgan die **Vermittlungsentscheidung (Allokation)**. Eurotransplant erstellte zunächst computergesteuert mittels eines organspezifischen algorithmischen Erkenntnisverfahrens auf der Grundlage des auf § 12 TPG, § 5 des Vertrages über die Vermittlungsstelle und den Richtlinien der Bundesärztekammer basierenden Eurotransplant Handbuchs (im Folgenden: Eurotransplant-Manual) aus allen bei Eurotransplant registrierten Patienten, die eine Spenderleber benötigten, eine sogenannte Match-Liste.
Wichtig ist hierbei, dass im allgemeinen Sprachgebrauch zwar oftmals von der „Warteliste von Eurotransplant“ gesprochen wird, es aber tatsächlich bei Eurotransplant gerade keine allgemeine Warteliste dahingehend gab und gibt, dass alle Patienten, die auf eine Leber warten, nacheinander in einer bestimmten Reihenfolge in ein und derselben Liste aufgezählt wurden. Die Daten der Patienten wurden bzw. sind vielmehr lediglich im Computer gespeichert. Erst nach der Meldung einer Spenderleber wurde für diese konkrete Leber eine Rangliste, die sogenannte „Match-Liste“, erstellt, auf der die Patienten, die als Empfänger dieser konkreten Leber in Betracht kamen, in einer bestimmten Reihenfolge nacheinander aufgelistet waren [zu den einzelnen Kriterien, nach denen die Match-Liste erstellt wird, siehe unten C.II.1.a) bb) (3) (a)].

Des Weiteren ist zu beachten dass die Transplantationszentren Wartelisten führten, was begrifflich zu Missverständnissen führen kann. In den Wartelisten der Transplantationszentren waren alle Patienten des Transplantationszentrums aufgeführt, die bei Eurotransplant als Empfänger registriert waren. Darauf, in welcher Reihenfolge und an welche Patienten die Organe von Eurotransplant zugeteilt wurden, hatten diese Wartelisten der Zentren jedoch keinen Einfluss. Gemäß § 12 Abs. 3 S. 2 TPG sind vielmehr die jeweiligen Wartelisten der Transplantationszentren bundesweit als einheitliche Warteliste zu behandeln.

Da der Begriff der Warteliste im allgemeinen Sprachgebrauch sowohl für diejenigen Patienten verwendet wurde und wird, die bei Eurotransplant als Organempfänger registriert waren bzw. auf der Match-Liste für ein konkretes Spenderorgan standen,

als auch für die bei den Transplantationszentren registrierten Empfänger, werden im Folgenden zur Vermeidung von Missverständnissen folgende Begrifflichkeiten verwendet:

Wenn der Begriff Warteliste verwendet wird, sind nachfolgend nur die Listen gemeint, die bei den Transplantationszentren geführt wurden und auf denen alle Patienten des jeweiligen Zentrums aufgeführt waren, die zuvor bei Eurotransplant als Organspender registriert waren. Statt der missverständlichen Formulierung, ein Patient sei in die „Warteliste von Eurotransplant“ aufgenommen worden, wird nachfolgend die Formulierung verwendet, dass der Patient bei Eurotransplant gelistet bzw. registriert war. Soweit auch die – im allgemeinen Sprachgebrauch ebenfalls häufig gebrauchte – Formulierung „Listung bei Eurotransplant“ verwendet wird, ist ebenfalls die Registrierung bei Eurotransplant als Organempfänger gemeint. Diejenige Liste, die von Eurotransplant für ein ganz konkretes Spenderorgan erstellt wurde, wird im Folgenden und wie bereits zuvor als „Match-Liste“ bezeichnet.

(5) Nach Erstellung der Match-Liste wurde bzw. wird das Organ nach einem fest vorgegebenen Verfahren vergeben. Im sogenannten **Standardverfahren** bzw. bei der **Regelallokation** bot Eurotransplant das Organ sodann einem Transplantationszentrum für einen bestimmten (elektiven) Patienten an, wobei die Abgabe des Angebots sich in der Regel nach der Reihenfolge der Patienten auf der Match-Liste richtete. Danach bekam das erste Angebot der Patient, der sich an erster Stelle der Match-Liste befand.

Darüber hinaus gab es bei Vorliegen von Besonderheiten (z. B. Funktionseinschränkungen der Spenderleber, besonderen Erkrankungen des Spenders, Kreislaufinstabilität des Spenders sowie nach mehrfacher Ablehnung des im Standardverfahren angebotenen Organs) weitere Modifikationen des Verteilungsverfahrens [zu den Einzelheiten siehe unten C.II.1.a) bb) (3) (b)]. Wenn ein Zentrum das Organangebot angenommen hatte, erfolgte durch Eurotransplant die verbindliche Zuteilung dieses Organs.

(6) **Nach** der **Organzuteilung** übermittelte die DSO die Begleitpapiere für das Spenderorgan an das Transplantationszentrum, in dem das Organ auf den Empfänger übertragen werden sollte, § 13 Abs. 1 S. 4 TPG.

Die Organentnahme beim Spender erfolgte, sobald der Empfänger feststand. Bei dem Organ Leber fand die Organentnahme in der Regel nicht durch die Ärzte statt, die die Leber ihrem Patienten transplantieren. Daher ist es denkbar, dass die transplantierenden Ärzte erst im Operationssaal kurz vor der geplanten Transplantation feststellten, dass die Leber entgegen der ursprünglichen Einschätzung für ihren Patienten nicht geeignet war. Darüber hinaus kam es auch vor, dass die Entnahme einer Leber nicht sachgerecht durchgeführt wurde und der Transplantationsarzt deshalb von der Transplantation absah. Nach der Organentnahme folgte umgehend der Transport des Organs zum Transplantationszentrum des Empfängers.

(7) Wenn das Spenderorgan im Transplantationszentrum des Empfängers eingetroffen war, erfolgte umgehend die **Übertragung des Organs auf den Empfänger**. Zusammengefasst ergaben bzw. ergeben sich somit auch heute noch im Wesentlichen folgende Abläufe:

Registrierung Empfänger

Patient mit Lebererkrankung

|

Vorstellung durch behandelnden Arzt im

|

Transplantationszentrum
(z.B. UMG)

Entscheidung über die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste für eine Lebertransplantation

(nach den Kriterien des § 10 Abs. 2 Nr. 2 TPG i. V. m. § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TPG)

|

Bei Vorliegen der Voraussetzungen:
Aufnahme in die Warteliste des Transplantationszentrums und Registrierung des Patienten durch das Transplantationszentrum bei

|

Eurotransplant

Speicherung der Patientendaten im Computer

Registrierung Spender und Organverteilung

(Entnahme-)Krankenhaus

Hirntod eines potentiellen Spenders

|

Meldung des potentiellen Spenders an

|

Deutsche Stiftung Organtransplantation

Prüfung, ob Patient als Spender in Betracht kommt

|

Meldung der Spenderdaten an

|

Eurotransplant

Erstellung einer organspezifischen Match-Liste

|

Angebot – in der Regel für bestimmten Empfänger - des Organs an

|

Transplantationszentrum

Entscheidung über Annahme

|Mitteilung der Annahmeentscheidung an

|

Eurotransplant

Verbindliche Zuteilung des Organs

Organentnahme und Transplantation

Entnahmekrankenhaus

(Organentnahme beim Spender)

in der Regel organisiert durch

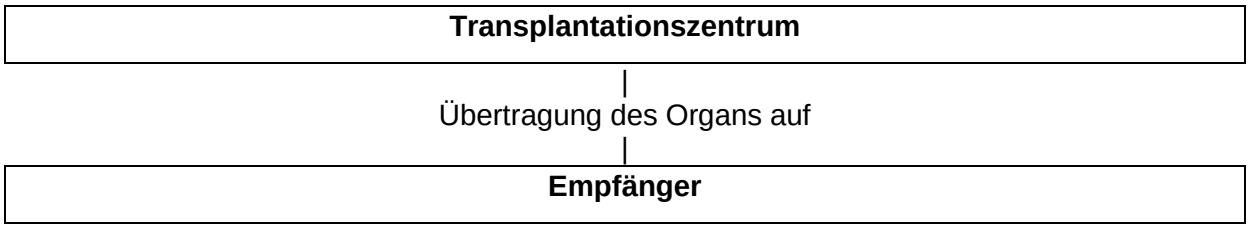
Deutsche Stiftung Organtransplantation

Organisation der Entnahme
(und gegebenenfalls Transport)

|

Transport des Empfängerorgans zum

|


Transplantationszentrum
Übertragung des Organs auf
Empfänger

bb) Wesentliche rechtliche Rahmenbedingungen, die bei einer Lebertransplantation bestehen

Für die rechtliche Würdigung des hiesigen Verfahren sind neben den Vorschriften des allgemeinen Strafrechts insbesondere die Regelungen des **Transplantationsgesetzes** und die **Richtlinien der Bundesärztekammer** maßgebend, die zu den verfahrensgegenständlichen Zeitpunkten, also in der Zeit von Oktober 2008 bis einschließlich September 2011 in Kraft waren.

Bei den sogenannten „Manipulationsfällen“ ist zwischen den Tatvorwürfen zu unterscheiden, die die Verletzung der Richtlinien der Bundesärztekammer für die Aufnahme der Patienten in die Warteliste betreffen (z. B, die Nichtbeachtung der nach den Richtlinien vor der Aufnahme in die Warteliste erforderlichen sechsmonatigen vollständigen Alkoholabstinenz bei alkoholinduzierter Leberzirrhose) und denjenigen Tatvorwürfen, bei denen dem Angeklagten zur Last gelegt wird, durch falsche Angaben gegenüber Eurotransplant (z. B. über durchgeführte Nierenersatztherapien/Dialysen) bewirkt zu haben, dass die jeweiligen Spenderlebern, die er – der Angeklagte – für seine Patienten regelwidrig angeboten bekommen und auch angenommen habe, anderen Patienten zu Unrecht vorenthalten worden seien.

In den sogenannten „Indikationsfällen“ steht die Frage im Vordergrund, ob die von den Patienten **D.**, **T.** und **M.** schriftlich erteilte Einwilligung in die tatbestandlich als vorsätzliche Körperverletzung zu wertende Lebertransplantation wirksam war. Insoweit war unter anderem von Bedeutung, unter welchen Voraussetzungen eine Lebertransplantation in Betracht kommen konnte.

Aus diesem Grund werden nachfolgend die für das hiesige Verfahren wesentlichen **gesetzlichen Regelungen** der Lebertransplantation **[siehe unter (1)]** sowie die zu den verfahrensgegenständlichen Zeitpunkten bestehenden **Kriterien für die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste** für eine Lebertransplantation [siehe unter **(2)]** sowie die **Kriterien der Organzuteilung [siehe unter (3)]** darstellt, soweit sie für das vorliegende Verfahren von Bedeutung sind.

(1.) Gesetzliche Regelungen der Lebertransplantation

Die gesetzliche Grundlage für die in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführten Transplantationen stellt das Transplantationsgesetz (TPG) dar.

Für das hiesige Verfahren sind, soweit es die Frage der Zulässigkeit der Organübertragung, die Registrierung von Patienten bei Eurotransplant, die Organvermittlung durch Eurotransplant sowie die Organübertragung betrifft, insbesondere die §§ **9** (in der Fassung vom 4. September 2007), **10** (in der Fassung vom 4. September 2007), **12** (in der Fassung vom 20. Juli 2007) und **16** TPG (in der Fassung vom 4. September 2007) von Bedeutung. Soweit keine anderslautende Angabe erfolgt, beziehen sich die nachfolgend genannten Vorschriften der §§ 9, 10, 12 und 16 des TPG auf die zu den Vorfallszeitpunkten geltenden Fassungen der Vorschriften, und zwar hinsichtlich des § 12 TPG auf die Fassung vom 20. Juli 2007 (gültig ab 1. Juli 2008 bis zum 31. Juli 2012) und hinsichtlich der §§ 9, 10, und 16 TPG jeweils auf die Fassung vom 4. September 2007 (gültig ab 1. August 2007 bis 31. Juli 2012).

(a) Zulässigkeit der Organübertragung

§ 9 Abs. 1 S. 2 TPG normierte, dass die Übertragung vermittlungspflichtiger Organe, zu denen gemäß § 1a Nr. 2 TPG in den Fassungen vom 21. Juli 2012, 17. Juli 2009 und 4. September 2007 auch das Organ Leber gehört, nur zulässig war (und auch heute noch ist), wenn die Organe durch die Vermittlungsstelle (= Eurotransplant) unter Beachtung der Regelungen des § 12 TPG vermittelt worden sind.

Im Transplantationsgesetz wird unterschiedenen zwischen den **Regelungen,** die die **Aufnahme in die Warteliste** betreffen und den **Regelungen über die Vermittlung von Organen**, das heißt, bevor einem Patienten ein Organ von Eurotransplant zugeteilt werden konnte, musste der Patient in die Warteliste eines Transplantationszentrums aufgenommen und bei Eurotransplant als Empfänger registriert werden.

(b) Aufnahme in die Warteliste und Organallokation (Organverteilung)

(aa) Wie bereits oben unter C. II. 1. a) aa) (2) ausgeführt, entschieden die **Transplantationszentren** über die **Aufnahme eines Patienten in die Warteliste**. Diese Entscheidung war (und ist) nach **§ 10 Abs. 2 Nr. 2 TPG** nach Regeln zu treffen, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach **Notwendigkeit und Erfolgsaussicht** einer Organübertragung. Dieser Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft wurde (und wird) gemäß **§ 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TPG** durch die Bundesärztekammer in Richtlinien festgelegt.

(bb) Hinsichtlich der Regeln, nach denen die vermittlungspflichtigen Organe zu **vermitteln** sind, ist in **§ 12 Abs. 3 S. 1 TPG** ausgeführt, dass die Vermittlung nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach **Erfolgsaussicht und Dringlichkeit** an geeignete Patienten zu erfolgen hat. Dieser Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft wurde (und wird) wiederum gemäß **§ 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 TPG** durch die Bundesärztekammer den in Richtlinien festlegt.

(cc) Die **Bundesärztekammer** hatte und hat gemäß **§ 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 und 5 TPG** entsprechende Richtlinien zur Organtransplantation für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation erstellt.
Bei der Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) handelt es sich um einen nicht eingetragenen Verein ohne eigene Rechtsfähigkeit.
Für den Bereich der Transplantationsmedizin ist insbesondere die **Ständige Kommission Organtransplantation** der Bundesärztekammer von Bedeutung, zu deren Aufgaben unter anderem die Abgabe von Empfehlungen zur Organspende, Organvermittlung und -verteilung sowie Organtransplantation gehört. Die Kommission, deren Mitglieder vom Vorstand der Bundesärztekammer berufen werden, setzt sich zusammen aus transplantationserfahrenen Ärzten sowie Vertretern verschiedener Organisationen, die für die Organspende und –transplantation Sorge tragen. Hierzu gehören außer den medizinischen Einrichtungen der Krankenhäuser, der DSO und der Stiftung Eurotransplant Vertreter des Bundes und der Länder, Repräsentanten von Transplantationspatienten, Fachjuristen, Ethiker und Kostenträger.

Im Rahmen des hiesigen Verfahrens haben die von der Bundesärztekammer aufgestellten Richtlinien für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation und deren rechtliche Bewertung in den sogenannten „Manipulationsfällen“ eine ganz erhebliche Bedeutung für die Beurteilung der Frage, ob der Angeklagte sich in Zusammenhang mit den festgestellten Richtlinienverstößen und Falschangaben bzw. der Annahme der aufgrund der Falschangaben von Eurotransplant angebotenen Spenderlebern einer Straftat oder Ordnungswidrigkeit schuldig gemacht hat. Aber auch bei den sogenannten „Indikationsfällen“ haben die von der Bundesärztekammer aufgestellten Richtlinien Bedeutung, und zwar insbesondere hinsichtlich der Frage, wann eine „medizinische Indikation“ für eine Lebertransplantation vorliegt und die Voraussetzungen für die Aufnahme in die Warteliste gegeben sind

(c) Beauftragung einer Vermittlungsstelle

In **§ 12 TPG** befinden sich neben den (allgemein gehaltenen) Kriterien, nach denen Organe zu vermitteln sind, auch **Regelungen über die Stelle**, **die die Organe vermittelt**. In § 12 Abs. 1 S. 1 TPG ist insoweit ausgeführt, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Berufsverbände der Krankenhausträger zur Vermittlung der vermittlungspflichtigen Organe gemeinsam eine geeignete Einrichtung (Vermittlungsstelle) errichten oder beauftragen. Diese Vermittlungsstelle muss nach § 12 Abs. 1 Satz 2 TPG Gewähr dafür bieten, dass die Organvermittlung nach dem Transplantationsgesetz verläuft. Als Vermittlungsstelle im Sinne des § 12 TPG wurde die in Leiden (Niederlande) ansässige Stiftung Eurotransplant beauftragt. § 12 Abs. 2 TPG gestattet insoweit, dass als Vermittlungsstelle auch eine geeignete Einrichtung beauftragt werden kann, die ihren Sitz außerhalb des Geltungsbereichs dieses Gesetzes hat. § 12 Abs. 4 TPG normiert, dass der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Bundesärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Vermittlungsstelle durch Vertrag die Aufgaben der Vermittlungsstelle mit Wirkung für die Transplantationszentren regeln.
Eine entsprechende vertragliche Regelung wurde erstmals am 20. April 2000 zwischen dem AOK-Bundesverband, dem Bundesverband der

Betriebskrankenkassen, dem IKK-Bundesverband, dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., der Bundesknappschaft, der See-Krankenkasse, der Bundesärztekammer, der Deutschen Krankenhausgesellschaft („Auftraggeber“) und der „Stichting Eurotransplant International Foundation“ („Auftragnehmerin“) geschlossen und trat am 16. Juli 2000 in Kraft.

In **§ 5 des Vertrages ist zur Vermittlungsentscheidung** unter anderem ausgeführt:

> *„(1) ET verpflichtet sich, die Vermittlungsentscheidung gemäß § 12 Abs. 3 S. 1 TPG nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit zu treffen. ET erstellt zu diesem Zweck Anwendungsregelungen für die Organvermittlung auf der Grundlage der jeweils geltenden Richtlinien der Bundesärztekammer (§ 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 TPG) und der in diesem Vertrag enthaltenen Bestimmungen und leitet sie den Auftraggebern sowie dem Bundesministerium für Gesundheit in der jeweils geltenden Fassung zu.*
>
> *(2) Die Anwendungsregelungen sind organspezifisch festzulegen und müssen insbesondere folgende Kriterien für die Organvermittlung berücksichtigen:*
>
> *[…]*
>
> *3. Leber*
> *3.1 Blutgruppenkompatibilität*
> *3.2 Dringlichkeit*
> *3.3 Wartezeit*
> *3.4 Konservierungszeit*
> *3.5 Regelungen für Kinder*
> *3.6 Kombinierte Organtransplantation*
> *3.7 Beteiligung einer Auditgruppe*
>
> *[…]*
>
> *(3) Alle Patienten auf den Wartelisten sind gleich zu behandeln.*
>
> *(4) Sobald ET ein Spendeorgan zur Vermittlung gemeldet wird, erstellt ET für dieses konkrete Organ entsprechend den Regeln nach Abs. 1 eine Rangliste der geeigneten Patienten. Zunächst bietet ET demjenigen Transplantationszentrum, bei dem der auf dieser Liste für das betreffende Organ an erster Stelle stehende gemeldet ist, das Organ verbindlich an (Vermittlungsentscheidung). Dieses Transplantationszentrum ist verpflichtet, binnen einer im Einzelfall von ET angegebenen Frist das Angebot anzunehmen oder unter Angabe von Gründen abzulehnen. Sofort nach diesem Angebot wird das Organ bereits dem Transplantationszentrum unverbindlich angeboten, bei dem der nächste auf der Rangliste stehende Patient gemeldet ist. Sofern innerhalb der in Satz 3 genannten Frist keine Reaktion des in Satz 2 genannten Transplantationszentrums erfolgt oder dieses Transplantationszentrum das Organ ablehnt, ist ET berechtigt und verpflichtet, das Organ verbindlich dem Transplantationszentrum anzubieten, bei dem der nächste geeignete Patient gemeldet ist. Für dieses gelten die Sätze 3 und 5 entsprechend.*
>
> *(5) Die endgültige Entscheidung über die Tauglichkeit und Verwendungsmöglichkeit des angebotenen Organs für den jeweiligen Empfänger liegt bei dem zuständigen Arzt des Transplantationszentrums.*

[…]

(7) ET kann auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnis von den Richtlinien der Bundesärztekammer mit deren Einverständnis zeitlich befristet abweichen. ET teilt beabsichtigte Abweichungen spätestens einen Monat vor ihrer vorgesehenen Inkraftsetzung den Auftraggebern mit. Die Bundesärztekammer überprüft innerhalb eines Monats die beabsichtigten Abweichungen. Sie passt ggf. die Richtlinien an.

[…]“

(2) Kriterien für die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste für eine Lebertransplantation

Die Kriterien für die Aufnahme in die Wartelisten waren (und sind) entsprechend § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TPG i.V.m. § 10 Abs. 2 Nr. 2 TPG in den **Richtlinien der Bundesärztekammer für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation** (im Folgenden: BÄK-Richtlinien) festgelegt.

Die aktuellen Richtlinien sind untergliedert in die **Allgemeinen Grundsätze für die Aufnahme in die Warteliste zur Organtransplantation (I.),** die **Allgemeinen Grundsätze für die Vermittlung postmortal gespendeter Organe (II.)** sowie die **Besonderen Regelungen zur Lebertransplantation (III.)**. Soweit nachfolgend keine Angaben zur Fassung der Richtlinien gemacht werden, wird jeweils die aktuelle Fassung (zuletzt geändert mit Wirkung vom 9. Dezember 2013) zitiert. Sofern im Einzelfall die zu den verfahrensgegenständlichen Zeitpunkten geltende Fassung relevante inhaltliche, Abweichungen enthält, wird dies gesondert dargelegt. Da eine Aufnahme in die Warteliste Voraussetzung für das Angebot und die Zuteilung eines Organs war (und ist), bedeutete die Ablehnung der Aufnahme eines Patienten in die Warteliste folglich zugleich die Ablehnung einer Lebertransplantation.

In den BÄK-Richtlinien wird bei den besonderen Regelungen zur Lebertransplantation hinsichtlich der **Aufnahme eines Patienten in die Warteliste** unterschieden zwischen **Gründen für die Aufnahme in die Warteliste** (Gliederungspunkt III.1. der BÄK-Richtlinien), **Einschränkungen der Aufnahme in die Warteliste** (Gliederungspunkt III.2. der BÄK-Richtlinien) und Gründen für die **Ablehnung einer Aufnahme in die Warteliste** (Gliederungspunkt III.3. der BÄK-Richtlinien). Sämtliche dieser Aspekte sind für das hiesige Verfahren von Relevanz und werden, da viele Gesichtspunkte für alle verfahrensgegenständlichen Patienten

Bedeutung haben, zunächst allgemein dargestellt. Eine Vertiefung einzelner Aspekte erfolgt, sofern dies weiter relevant ist, bei der Darstellung der Feststellungen, die die Kammer zu den einzelnen verfahrensgegenständlichen Patienten getroffen hat.

(a) Gründe für die Aufnahme in die Warteliste

Eine Aufnahme in die Warteliste kam (und kommt) nach III. 1. der BÄK-Richtlinien in Betracht

- bei Vorliegen einer Indikation für eine Lebertransplantation;
- beim Fehlen von Kontraindikationen und
- wenn die Überlebenswahrscheinlichkeit und / oder die Lebensqualität mit Transplantation größer ist als ohne.

Bei Beurteilung der Frage, wann ein Patient in die Warteliste aufzunehmen war (bzw. ist), war zu berücksichtigen, dass es keine Indikation für die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste gab, sondern nur eine „Indikation“ für eine Lebertransplantation, die wiederum Voraussetzung für die Aufnahme in die Warteliste war. Des Weiteren war es – was evident ist – grundsätzlich denkbar, dass bei einem Patienten bei seiner Aufnahme in die Warteliste eine „Indikation“ für eine Lebertransplantation bestand und diese nachträglich wieder entfiel. Ein nachträglicher Wegfall der „Indikation“ kam und kommt zum Beispiel in Betracht, wenn sich der gesundheitliche Zustand eines Patienten derart verbesserte, dass keine Transplantation mehr erforderlich war. Denkbar ist aber auch, dass sich der gesundheitliche Zustand eines Patienten so sehr verschlechterte, dass aus diesem Grund eine Lebertransplantation nicht mehr angezeigt war.

(aa) „Medizinische Indikation“ für eine Lebertransplantation

(aaa) Bedeutung des Begriffes „medizinische Indikation“ für das hiesige Ver fahren

(aaaa) Dem Angeklagten wird mit der Anklage der Staatsanwaltschaft B. in den sogenannten „Indikationsfällen“ zur Last gelegt, bei den Patienten D., M. und T. jeweils ohne eine ausreichende „medizinische Indikation“ eine Lebertransplantation

vorgenommen und hierdurch den Tod dieser drei Patienten verursacht zu haben. Die Kammer hat jedoch nicht lediglich bezüglich dieser drei Patienten, sondern auch hinsichtlich der weiteren elf verfahrensgegenständlichen Patienten geprüft, ob der Angeklagte sich zum Nachteil dieser Patienten eines Körperverletzungs- und/oder Tötungsdeliktes schuldig gemacht hat. Zwar hat die Staatsanwaltschaft dem Angeklagten mit der Anklage vom 29. Mai 2013 in den sogenannten „Manipulationsfällen“ keine Körperverletzungs- oder Tötungsdelikte zum Nachteil der Organempfänger zur Last gelegt. Da jedoch Gegenstand der Anklage und des Eröffnungsbeschlusses der Kammer vom 4. Juli 2013 in den sogenannten „Manipulationsfällen“ nicht lediglich die vorgeworfenen Richtlinienverstöße, Blutmanipulationen und Falschangaben gegenüber Eurotransplant sind, sondern auch die bei allen betroffenen Patienten durchgeführten Transplantationen, war die Kammer gemäß § 264 StPO gehalten, insoweit auch zu prüfen, ob der Angeklagte durch die Transplantation eine Straftat zum Nachteil der transplantierten Patienten begangen hat. Denn in rechtlicher Hinsicht gilt die allseitige Kognitionspflicht des Gerichts. Der Unrechtsgehalt der Tat ist ohne Rücksicht auf die dem Eröffnungsbeschluss zugrunde gelegte Bewertung auszuschöpfen, soweit dem keine rechtlichen Gründe entgegenstehen (vgl. Meyer-Goßner/Schmitt, StPO, 58. Auflage 2015, § 264, Rdnr. 10).
Anlass für diese Prüfung gab es insbesondere auch deshalb, weil der Sachverständige Prof. Dr. B. bei den Patienten V., F.,W.,W., I. und I. ausgeführt hat, bei diesen Patienten habe keine „medizinische Indikation“ für eine Lebertransplantation bestanden.

(bbbb) Bei der Beurteilung der Frage, ob der Angeklagte sich zum Nachteil der 14 verfahrensgegenständlichen Patienten einer Körperverletzung bzw. Körperverletzung mit Todesfolge schuldig gemacht hat, war es aus tatsächlichen Gründen ohne Bedeutung, ob bei diesen Patienten eine „medizinische Indikation“ für eine Lebertransplantation im Sinne der BÄK-Richtlinien vorlag. Von Bedeutung war vielmehr, ob jeweils eine wirksame (tatsächlich erteilte, mutmaßliche oder hypothetische) Einwilligung in die tatbestandlich als Körperverletzung zu bewertenden Lebertransplantation vorlag. Darüber hinaus durfte die Lebertransplantation nicht gegen die guten Sitten im Sinne des § 228 StGB verstoßen.

Bei dieser Bewertung ist zunächst zu berücksichtigen, dass ein Patient grundsätzlich auch in eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme wirksam einwilligen kann, solange diese Maßnahme nicht gegen die guten Sitten im Sinne des § 228 StGB verstößt. Aber auch in den Fällen, in denen keine wirksame ausdrücklich erteilte Einwilligung in die Transplantation vorlag (z. B. bei den Patienten **W.** und **M.**), war die Frage, ob eine „medizinische Indikation“ für eine Lebertransplantation im Sinne der BÄK-Richtlinien vorlag, aus tatsächlichen Gründen ohne Bedeutung. So kann die Frage, ob eine „medizinische Indikation“ für einen Eingriff vorlag, zwar grundsätzlich indizielle Bedeutung für die Prüfung der Frage haben, ob eine **mutmaßliche** (z. B. im Fall **W.**) oder **hypothetische Einwilligung** (im Fall **M.**) vorlag. Hierfür konnten jedoch die in den BÄK-Richtlinien genannten Voraussetzungen nicht herangezogen werden, weil der Begriff der „medizinischen Indikation“ in den BÄK-Richtlinien aus den nachfolgend dargelegten Gründen nicht eindeutig definiert war bzw. ist. Insbesondere erfolgt in den Richtlinien keine zweifelsfreie Trennung zwischen Aspekten, die dem Schutz der Patienten vor einer voreiligen Transplantation dienen und den Voraussetzungen, die aufgrund des Organmangels festgelegt wurden, damit sichergestellt ist, dass nur die Patienten, die besonders dringlich eine Lebertransplantation benötigen, an der Allokation teilnehmen.
Von Bedeutung war diese Differenzierung in dem vorliegenden Verfahren insbesondere deshalb, weil die medizinischen Sachverständigen bei der Beurteilung der Frage, ob bei den von ihnen begutachteten Patienten eine „medizinische Indikation“ für eine Lebertransplantation vorlag, ebenfalls nicht immer ausreichend zwischen medizinischen Aspekten, die den transplantierten Patienten betrafen und denen, die lediglich der Organknappheit geschuldet waren, differenzierten. Dies wiederum führte zu einer unterschiedlichen Verwendung der Begriffe „Indikation“ und „Kontraindikation“.

(bbb) Allgemeine Ausführungen zum Begriff der „medizinischen Indikation“

Für den Begriff der „medizinischen Indikation“ existierte und existiert keine allgemeingültige Definition. Allgemein wird ein Heileingriff bzw. eine Heilbehandlung als „indiziert“ bzw. „angezeigt“ angesehen, wenn ein Grund zur Anordnung bzw. Verordnung eines bestimmten diagnostischen oder therapeutischen Verfahrens vorliegt, der die ärztliche Maßnahme rechtfertigt (vgl. Kern in: Laufs/Kern, Handbuch

des Arztrechts, 4. Auflage 2010, § 49 Rdnr. 1). Bei der Beurteilung der Frage, ob eine Indikation vorliegt, ist auch eine Interessenabwägung vorzunehmen, das heißt, Risiko und Schwere des Eingriffs, Erfolgsaussichten und erstrebter Zweck der Heilbehandlung müssen in einem angemessenen und vernünftigen Verhältnis zueinander stehen (Kern in: Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 4. Auflage 2010, § 49 Rdnr. 1; Palandt, BGB, 74. Auflage 2015, § 630a, Rdnr. 19). Nicht vorausgesetzt ist indes, dass in jedem Fall die Überlebenswahrscheinlichkeit mit dem Eingriff höher sein muss als ohne Eingriff. Auch der gewagte operative Eingriff kann indiziert sein (Kern in: Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts). Nach den BÄK-Richtlinien hingegen ist es erforderlich, dass mit Transplantation eine größere Überlebenswahrscheinlichkeit und / oder Lebensqualität besteht als ohne. Unklar ist allerdings, ob diese Voraussetzung vorliegen muss, damit von dem Bestehen einer „medizinischen Indikation“ ausgegangen werden kann oder ob es sich hierbei um eine Bedingung handelt, die zusätzlich zur Indikation vorliegen muss, damit eine Aufnahme in die Warteliste erfolgen kann bzw. konnte.

(ccc) Begriff der „medizinischen Indikation“ in den Richtlinien der Bundesärztekammer

In den BÄK-Richtlinien wird zum einen im Rahmen der Allgemeinen Grundsätze für die Aufnahme in die Warteliste zur Organtransplantation ausgeführt, wann eine Organtransplantation „medizinisch indiziert“ sein *kann.* Zum anderen ist unter den besonderen Regelungen zur Lebertransplantation ausgeführt, wann eine Lebertransplantation „angezeigt“ sein *kann*.

(aaaa) So ist unter dem Gliederungspunkt **I.** der **Richtlinien der Bundesärztekammer** (**Allgemeine Grundsätze für die Aufnahme in die Warteliste zur Organtransplantation**) **3.** zur Indikation ausgeführt:

> „*Eine Organtransplantation kann medizinisch indiziert sein, wenn Erkrankungen*
>
> *nicht rückbildungsfähig fortschreiten oder durch einen genetischen Defekt bedingt sind und das Leben gefährden oder die Lebensqualität hochgradig einschränken und durch die Transplantation erfolgreich behandelt werden können.*

In dieser Definition findet sich weder die Einschränkung, dass keine „akzeptable Behandlungsalternative“ bestehen dürfe, noch, dass die Überlebenswahrscheinlichkeit und / oder die Lebensqualität mit Transplantation höher sein müsse, als ohne.

Unter dem **Gliederungspunkt I. 6.** (= I. 5. der mit Wirkung vom 26. März 2011 in Kraft getretenen Richtlinien) ist unter anderem ausausgeführt:

> *„Über die Aufnahme in die Warteliste zur Organtransplantation ist insbesondere nach Notwendigkeit und Erfolgsaussicht zu entscheiden (§ 10 Abs. 2 Nr. 2 TPG). Patienten können dann in die jeweilige Warteliste aufgenommen werden, wenn die Organtransplantation mit größerer Wahrscheinlichkeit eine Lebensverlängerung oder eine Verbesserung der Lebensqualität erwarten lässt als die sonstige Behandlung.*“

[In der am 26. März 2011 in Kraft getretenen Fassung, ist zusätzlich der Satz aufgeführt:

> *„Die Gründe für oder gegen die Aufnahme in die Warteliste sind von dem darüber entscheidenden Arzt zu dokumentieren“]*

Sodann folgt in beiden Fassungen:

> *„Bei der Entscheidung über die Aufnahme ist jeweils zu prüfen, ob die individuelle medizinische Situation des Patienten, sein körperlicher und seelischer Gesamtzustand den erwünschten Erfolg der Transplantation erwarten lässt: das längerfristige Überleben, die längerfristig ausreichende Transplantatfunktion und die verbesserte Lebensqualität. Für diese Beurteilung sind die Gesamtumstände zu berücksichtigen. Dazu gehört auch die Compliance.“*

Die thematische Einordnung der geforderten größeren Wahrscheinlichkeit einer Lebensverlängerung ist bei **den Allgemeinen Grundsätzen für die Aufnahme in die Warteliste zur Organtransplantation** und somit nicht bei der Definition der „medizinischen Indikation“ für eine Organtransplantation erfolgt. Sie findet sich erst bei den Ausführungen, unter welchen Bedingungen eine **Aufnahme** der Patienten **in die Warteliste** erfolgen soll. Das heißt, im allgemeinen Teil wurde eine deutliche Trennung zwischen dem Vorliegen einer „medizinischen Indikation“ für eine Organtransplantation und den Voraussetzungen für die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste vorgenommen. Dies könnte dafür sprechen, dass das Vorliegen einer „medizinischen Indikation“ nicht voraussetzt(e), dass mit Transplantation eine größere Überlebenswahrscheinlichkeit und / oder Lebensqualität besteht, sondern diese Voraussetzung bei Aufnahme in die Warteliste zusätzlich zur „Indikation“ bestehen muss(te).

(bbbb) Unter dem Gliederungspunkt III. (**Besondere Regelungen zur Lebertransplantation**) 1. (**Gründe für die Aufnahme in die Warteliste**) ist im ersten Absatz ausgeführt:

> *„Eine Lebertransplantation kann angezeigt sein bei nicht rückbildungsfähiger, fortschreitender, das Leben des Patienten gefährdender Lebererkrankung, wenn*

> *keine akzeptable Behandlungsalternative besteht und keine Kontraindikationen für eine Transplantation vorliegen. Daneben kommen als Indikation für eine Lebertransplantation auch solche genetischen Erkrankungen in Frage, bei denen der genetische Defekt wesentlich in der Leber lokalisiert ist und dieser durch eine Transplantation korrigiert werden kann."*

Im zweiten Absatz ist festgeschrieben:

> *„Patienten können in die Warteliste zur Lebertransplantation aufgenommen werden, wenn die Überlebenswahrscheinlichkeit und/oder die Lebensqualität mit Transplantation größer ist als ohne. Die häufigsten Indikationsgruppen sind Leberzirrhose, Krebserkrankungen der Leber, genetische und metabolische Erkrankungen, cholestatische Lebererkrankungen und akutes Leberversagen."*

Nach III. 1. Absatz 1 der BÄK-Richtlinien soll(te) folglich das Vorliegen einer medizinischen Indikation für eine Lebertransplantation nicht nur davon abhängen, ob der Patient eine nicht rückbildungsfähige, fortschreitende, das Leben des Patienten gefährdende Lebererkrankung hat, sondern auch davon, ob eine **„akzeptable Behandlungsalternative"** besteht. Insoweit ist aus Sicht der Kammer bereits zweifelhaft, ob diese Voraussetzung ausschließlich dem Schutz des Patienten vor einer vorschnellen Transplantation dient(e) oder – zumindest auch – auf dem Organmangel beruht, da nicht für alle Patienten, die eine Lebertransplantation benötigen, eine Spenderleber zur Verfügung steht. Aspekte des Organmangels haben indes bei der Frage, ob eine Lebertransplantation bezogen auf den Organempfänger eine rechtswidrige Körperverletzung darstellt, außer Betracht zu bleiben.

Über diesen Gesichtspunkt hinaus ist auch festzustellen, dass die Begriffe **„akzeptabel"** und **„Behandlungsalternative"** sehr allgemein gefasst sind und der Begriff „akzeptabel" darüber hinaus von subjektiven Wertungen abhängig ist.
Bei der Beurteilung der Frage, was unter einer **Behandlungsalternative** zu verstehen ist, ist zunächst zu berücksichtigen, dass sich die Ausführungen der Bundesärztekammer zum Vorliegen einer „Indikation" für eine Lebertransplantation auf verschiedene Krankheitsbilder beziehen, also nicht nur auf die Erkrankung „Leberzirrhose". Eine Leberzirrhose stellt nur eine von mehreren möglichen „Indikationen" dar.

Bezogen auf die Lebererkrankung „Leberzirrhose" haben die Sachverständigen **Prof. Dr. B.**, **Prof. Dr. Dr. R.** und **Prof. Dr. D.** bestätigt, dass eine fortgeschrittene Leberzirrhose irreversibel sei und jederzeit und unerwartet zu lebensbedrohlichen

Komplikationen führen könne. Legt man bei der Erkrankung „Leberzirrhose“ den Begriff „Behandlungsalternative“ eng aus, gäbe es bei Vorliegen einer fortgeschrittenen Leberzirrhose, wie sie bei den Patienten **S.**, **V.,** F.,W.,W., **P.**, **I.**, **O.**, **F.**, D. und T. vorlag, keine wirkliche Behandlungsalternative zu einer Lebertransplantation, da die einzige kurative Behandlungsmöglichkeit der fortgeschrittenen Leberzirrhose eine Lebertransplantation ist bzw. war.

Soweit bei Vorliegen einer Leberzirrhose unter „Behandlungsalternativen“ auch diejenigen Behandlungen zu verstehen sind, die der Behandlung der Folgen einer Leberzirrhose dienen, ist zu bedenken, dass es sich hierbei nicht um eine kausale Therapie der Ursache dieser Folgen – der Leberzirrhose – handelt. So kann es beispielweise im Rahmen einer Leberzirrhose zu einer Abflussstörung des Blutes in der Leber kommen. Diese Abflussstörung in der Leber kann wiederum zur Folge haben, dass der Blutdruck in der Pfortader, die der Leber das gesamte Blut aus dem Verdauungstrakt zuführt, ansteigt und eine sogenannte portale Hypertension (Pfortaderhochdruck) entsteht. Dies wiederum kann zur Ausbildung von Varizen (Krampfadern) im Ösophagus (Speiseröhre), von Magen-Fundusvarizen und zur Ausbildung von Aszites (pathologische Ansammlung von Flüssigkeit im Bauchraum) führen. Ösophagus- und Magen-Fundusvarizen beinhalten abhängig vom Schweregrad wiederum das Risiko des Auftretens von lebensbedrohlichen Blutungen. Im Rahmen eines Aszites kann es zu einer lebensbedrohlichen spontanen bakteriellen Peritonitis kommen. Die Behandlung der portalen Hypertension bzw. der Varizen oder des Aszites bewirkt jedoch nicht, dass sich die Erkrankung Leberzirrhose verbessert. Das bedeutet, worauf unter anderem der Sachverständige **Prof. Dr. D.** hingewiesen hat, dass bei den Patienten, die unter einer fortgeschrittenen Leberzirrhose leiden, auch dann, wenn die Folgeerscheinungen der Zirrhose (zumindest vorübergehend) behandelt bzw. gemildert werden können, weiterhin das Risiko besteht, dass es jederzeit und unerwartet zu einer akuten lebensbedrohlichen Verschlechterung der Lebererkrankung kommen kann. Darüber hinaus besteht den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. D. bei Vorliegen einer Leberzirrhose das Risiko der Bildung eines hepatozellulären Karzinoms.

Zudem ist der Begriff **„akzeptabel“** nicht nur unbestimmt, sondern hängt auch von der subjektiven Einschätzung desjenigen ab, der über die Akzeptanz der Behandlungsalternative entscheidet. Der sachverständige Zeuge **Prof. Dr. K.**, der

nach dem Ausscheiden des Angeklagten aus der UMG als leitender Oberarzt der Klinik für Viszeralchirurgie tätig wurde, hat auf die Frage, wer festlege, welche Behandlungsalternative „akzeptabel“ sei und welche nicht, angegeben: „Was akzeptabel ist, entscheiden wir!“, womit er zum Ausdruck gebracht hat, dass die Ärzte und nicht die Patienten darüber zu entscheiden hätten, was für den Patienten akzeptabel sei bzw. was nicht.

Diese Einstellung wäre zumindest dann, wenn ausreichend qualitativ gute Spenderlebern zur Verfügung stünden, im Hinblick auf das Selbstbestimmungsrecht eines Patienten nicht ohne Weiteres vertretbar. Denn es ist evident, dass ein Patient, der über Risiken und Nutzen verschiedener in Betracht kommender Behandlungsalternativen vollständig aufgeklärt ist, sofern keine der Behandlungsalternativen gegen die guten Sitten im Sinne des § 228 StGB verstößt, nur selbst darüber entscheiden kann, welche Behandlungsalternative für ihn „akzeptabel“ ist bzw. in welche Therapie er einwilligen möchte. Dieser Entscheidungsfreiheit ist jedoch im Bereich der Organtransplantation eine Grenze gesetzt, weil nicht ausreichend Spenderorgane zur Verfügung stehen. Aufgrund des Organmangels ist es daher nicht möglich, jedem Patienten bereits zu dem Zeitpunkt, zu dem er eine Transplantation wünscht, ein Spenderorgan zu transplantieren. Daher muss diesen Patienten zugemutet werden, zugunsten von Patienten, die dringender ein Spenderorgan benötigen, Behandlungsalternativen in Anspruch zu nehmen. Diese Gesichtspunkte des Organmangels haben aber, worauf bereits hingewiesen wurde, bei der rechtlichen Beurteilung einer Lebertransplantation, soweit sie den Organempfänger betreffen, außer Betracht zu bleiben.

Zu berücksichtigen ist es Weiteren, dass darüber, was eine **„akzeptable Behandlungsalternative“** ist, unter den von der Kammer gehörten Sachverständigen und (sachverständigen) Zeugen **keine einheitliche Auffassung** besteht. So haben zum Beispiel die Ärztin **Dr. A.**, die in der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie der UMG tätig war, sowie **Prof. Dr. S.**, der als Oberarzt in dieser Abteilung tätig ist, und auch **Dr. B.**, Oberarzt der Kliniken H.u.O. GmbH und Gastroenterologe, der auch mit dem Patienten **T.** befasst war, übereinstimmend bekundet, wenn sie unter einer fortgeschrittenen Leberzirrhose leiden würden und die Wahl zwischen der Anlage eines Transjugulären Intrahepatischen Portosystemischen Shunts (TIPS) oder einer Lebertransplantation hätten, grundsätzlich die Transplantation wählen würden. Der Sachverständige **Prof.**

Dr. Dr. R. hingegen hat bekundet, er würde sich in dieser Situation für einen TIPS entscheiden.

Nach Auffassung der Kammer kann im Hinblick auf das Selbstbestimmungsrecht des Patienten grundsätzlich nur der über die Risiken und Nutzen der Lebertransplantation sowie über die Risiken und Nutzen der Behandlungsalternative(n) vollständig aufgeklärte Patient entscheiden, ob er eine Lebertransplantation wünscht oder eine Behandlungsalternative. Diese Wahlmöglichkeit hat er jedoch in der Regel nicht, weil nicht ausreichend Spenderorgane zur Verfügung stehen und zuerst die Patienten transplantiert werden sollen, die am dringendsten eine Spenderleber benötigen. Dies bedeutet aber nicht, dass eine Lebertransplantation, sofern sie geeignet ist, die Erkrankung des Patienten zu heilen oder sein Leiden zu lindern, nicht durchgeführt werden darf, wenn „akzeptable Behandlungsalternativen“ bestehen.

Soweit unter dem **Gliederungspunkt III.1. Absatz 2 der BÄK-Richtlinien** ausgeführt ist, dass Patienten in die Warteliste zur Lebertransplantation aufgenommen werden, wenn die **Überlebenswahrscheinlichkeit und / oder die Lebensqualität mit Transplantation größer ist als ohne**, ist aus Sicht der Kammer nicht eindeutig feststellbar, ob es sich hierbei um eine Voraussetzung handelt, die vorliegen muss, damit eine „medizinische Indikation“ für eine Lebertransplantation angenommen werden kann oder aber ob die größere Überlebenswahrscheinlichkeit und / oder Lebensqualität neben der Indikation eine zusätzliche Voraussetzung für die Aufnahme des Patienten in die Warteliste darstellt. Beide Auslegungsmöglichkeiten sind denkbar.

Wie bereits dargelegt, spricht die in den **Allgemeinen Grundsätzen für die Aufnahme in die Warteliste zur Organtransplantation** unter I. 3. und 6. (bzw. 5.) vorgenommene Trennung des Indikationsbegriffes von dem Erfordernis der größeren Wahrscheinlichkeit einer Lebensverlängerung oder Verbesserung der Überlebensqualität dafür, dass diese Voraussetzung nicht zur Indikation gehört. Bei den **Besonderen Regelungen zur Lebertransplantation** ist unter dem Gliederungspunkt III.1. ebenfalls eine Trennung in Form eines Absatzes vorgenommen worden. Auch die Einleitung des Satzes mit den Worten *„Patienten können in die Warteliste zur Lebertransplantation aufgenommen werden, wenn…“*

lässt die Schlussfolgerung zu, dass die größere Überlebenswahrscheinlichkeit und / oder die größere Lebensqualität nicht Voraussetzung für das Vorliegen einer Indikation, sondern neben dem Vorliegen der Indikation eine zusätzliche Voraussetzung für die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste darstellt.

Andererseits lässt der Umstand, dass die geforderte größere Überlebenswahrscheinlichkeit bzw. Lebensqualität thematisch bei der Indikation aufgeführt ist und nicht beispielsweise unter dem Gliederungspunkt 2. (Einschränkung der Aufnahme in die Warteliste), darauf schließen, dass dieser Gesichtspunkt zur „Indikationsstellung“ gehört. Hierfür spricht auch, dass der Sachverständige **Prof. Dr. B.** ausgeführt hat, die Lebertransplantation sei ein Behandlungsverfahren, das „indiziert“ sein könne, wenn es keine alternativen Behandlungsmöglichkeiten gebe und die Prognose nach Lebertransplantation deutlich verbessert werden könne. In seltenen Fällen könne eine Lebertransplantation auch indiziert sein, wenn eine aus Patientensicht unerträgliche Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die Organerkrankung vorliege und es berechtigte Hoffnung gebe, dass diese durch Vornahme einer Transplantation verbessert werden könne.

Im Ergebnis ist es aus Sicht der Kammer bei der Beurteilung der Frage, ob die bei einem Patienten durchgeführte Lebertransplantation eine rechtswidrige Körperverletzung zum Nachteil des transplantierten Patienten darstellt, letztlich aus tatsächlichen Gründen ohne Bedeutung, ob das Erfordernis der größeren Überlebenswahrscheinlichkeit und / oder größeren Lebensqualität bereits zum Begriff der „medizinischen Indikation“ gehört oder lediglich eine zusätzliche Voraussetzung für die Aufnahme in die Warteliste darstellt. Denn ein Patient kann unzweifelhaft auch dann in eine Lebertransplantation wirksam einwilligen, wenn die Überlebenswahrscheinlichkeit und / oder die Lebensqualität mit Transplantation nicht größer ist als ohne. Insoweit gelten die Ausführungen, die zur „akzeptablen Behandlungsalternative gemacht wurden. Auch hier ist entscheidend, dass im Hinblick auf das bestehende und zu beachtende Selbstbestimmungsrecht des Patienten nur der über Risiken und Nutzen der Lebertransplantation und Risiken und Nutzen der Behandlungsalternative(n) vollständig aufgeklärte Patient entscheiden kann, ob er die Lebertransplantation wünscht und die hiermit verbundenen Risiken in

Kauf nehmen möchte oder nicht. Das gilt auch dann, wenn die mit der Lebertransplantation verbundenen Risiken für den Patienten höher sind, als die Risiken, die bei einer konservativen Behandlung bestehen. Diese Wahlmöglichkeit hat der Patient jedoch in der Regel nicht, weil nicht ausreichend Spenderorgane zur Verfügung stehen und zuerst die Patienten transplantiert werden sollen, die am dringendsten eine Spenderleber benötigen.

(bb) Keine Kontraindikationen

Hinsichtlich des Vorliegens von Kontraindikationen ist in den am 26. März 2011 in Kraft getretenen Richtlinien der Bundesärztekammer unter dem Gliederungspunkt **I. Allgemeinen Grundsätzen für die Aufnahme in die Warteliste zur Organtransplantation 4. ausgeführt:**

> *„Kontraindikationen einer Organtransplantation können sich anhaltend oder vorübergehend aus allen Befunden, Erkrankungen oder Umständen ergeben, die das Operationsrisiko erheblich erhöhen oder den längerfristigen Erfolg der Transplantation in Frage stellen wie*
>
> *nicht kurativ behandelte bösartige Erkrankungen, soweit sie nicht der Grund für die Transplantation sind,klinisch manifeste oder durch Immunsuppression erfahrungsgemäß sich verschlimmernde Infektionserkrankungen, schwerwiegende Erkrankungen anderer Organe, schwerwiegende operativ-technische Probleme.*
>
> *Die als Beispiele genannten möglichen Kontraindikationen gelten insbesondere dann nur eingeschränkt, wenn die Transplantation eines weiteren Organs indiziert ist.*
>
> *Auch die unzureichende oder sogar fehlende Mitarbeit des Patienten (Compliance) kann zu einer Kontraindikation werden. Compliance eines potentiellen Organempfängers bedeutet über seine Zustimmung zur Transplantation hinaus seine Bereitschaft und Fähigkeit, an den erforderlichen Vor- und Nachuntersuchungen und -behandlungen mitzuwirken. Compliance ist kein unveränderliches Persönlichkeitsmerkmal, sondern kann aus verschiedenen Gründen im Laufe der Zeit schwanken. Deren Fehlen kann auch auf sprachlichen*
>
> [Anmerkung: In der aktuellen Fassung der BÄK-Richtlinien ist hinzugefügt: *„und somit überbrückbaren“*]
>
> *Schwierigkeiten beruhen. Anhaltend fehlende Compliance schließt die Transplantation aus. Bevor die Aufnahme in die Warteliste aus diesem Grund ärztlich endgültig abgelehnt wird, ist der Rat einer weiteren, psychologisch erfahrenen Person einzuholen. Die behandelnden Ärzte müssen sowohl bei der Aufnahme in die Warteliste als auch nach der Transplantation auf die Compliance achten und hinwirken.“*

Für das vorliegende Verfahren ist diese Regelung vor allem bei der rechtlichen Bewertung der bei dem Patienten **D.** am 13. Oktober 2008 durchgeführten Lebertransplantation von Bedeutung. Der Sachverständige **Prof. Dr. B.**, der ein

Gutachten über die Behandlung des Patienten D. erstellt hat, hat insoweit ausgeführt, bei dem Patienten D. habe aus seiner Sicht unter anderem wegen fehlender Compliance eine „Kontraindikation“ zur Lebertransplantation bestanden.

In den zum Zeitpunkt der Transplantation des Patienten **D.** gültigen BÄK-Richtlinien ist unter dem **Gliederungspunkt II.** (**Aufnahme in die Warteliste und Beurteilung der Dringlichkeit der Lebertransplantation**) **2.** (**Einschränkungen der Aufnahme in die Warteliste**) ausgeführt:

> *„2.2 Mangelnde Compliance*
>
> *Compliance eines potentiellen Organempfängers bedeutet über die Zustimmung zur Transplantation hinaus seine Bereitschaft und Fähigkeit, an den vor und nach einer Transplantation erforderlichen Behandlungen und Untersuchungen mitzuwirken. Sie ist kein unveränderliches Persönlichkeitsmerkmal, sie kann aus verschiedenen Gründen im Laufe der Zeit schwanken, gehört aber zu den Grundvoraussetzungen für den Erfolg jeder Transplantation, wie jeder anderen ärztlichen Behandlung. Nach dem Transplantationsgesetz ist die Erfolgsaussicht ein entscheidendes Kriterium der Organzuteilung (§ 12 Abs. 3 TPG). Daher muss die Compliance trotz der Schwierigkeiten ihrer Beurteilung bei der Entscheidung über die Aufnahme auf die Warteliste berücksichtigt werden. […] Anhaltend fehlende Compliance schließt die Transplantation aus. Bevor deswegen die Aufnahme in die Warteliste ärztlich endgültig abgelehnt wird, ist der Rat einer weiteren, psychologisch erfahrenen Person einzuholen. Die behandelnden Ärzte müssen sowohl bei der Aufnahme in die Warteliste als auch nach der Transplantation auf die Compliance achten und auf sie hinwirken.“*

Aus Sicht der Kammer ist ein Ausschluss eines Patienten von der Aufnahme in die Warteliste nur dann verfassungsrechtlich zulässig, wenn die mangelnde Compliance die Behandlung eines Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit als unmöglich erscheinen lässt bzw. aufgrund der mangelhaften Kooperation des Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit bereits kurzfristig eine Abstoßung bzw. Zerstörung des Transplantats zu erwarten ist. Dies war bei dem Patienten **D.** indes nicht der Fall.

Die Kammer ist zwar zu der Überzeugung gelangt, dass der Patient **D.** keine vollständige Compliance aufwies, was sich unter anderem darin zeigte, dass er nicht bereit oder nicht in der Lage war, seinen Distraneurinabusus zu beenden und auch mehrfach gegen ärztlichen Rat die empfohlene stationäre Behandlung abbrach. Gleichwohl konnte nicht ausgeschlossen werden, dass das Leben des Patienten **D.** durch die Lebertransplantation verlängert wurde. Der Sachverständige **Prof. Dr. D.** hat ausgeführt, der Patient **D.** hätte, wäre dieser im Oktober 2008 nicht transplantiert worden, spätestens binnen eines Jahres eine Spenderleber benötigt. Dies bedeutet, dass der Patient **D.** sehr wahrscheinlich innerhalb eines Jahres gestorben wäre,

wenn er aufgrund seiner problematischen Compliance nicht transplantiert worden wäre. Tatsächlich hat er aber noch bis zum 28. Mai 2010 gelebt. Dass die Retransplantation erforderlich wurde, weil der Patient D. seinen Distraneurinabusus fortgesetzt hatte, also aufgrund seiner problematischen Compliance tatsächlich ein Organverlust eintrat, ist, wie bei der Darlegung der zu dem Patienten D. getroffenen Feststellungen ausgeführt werden wird, nicht erwiesen.

(cc) Größere Überlebenswahrscheinlichkeit und / oder größere Lebensqualität

Wie bereits oben unter (aa) (ccc) (bbbb) (bbbbb) ausgeführt, ist nicht eindeutig feststellbar, ob die geforderte größere Überlebenswahrscheinlichkeit und / oder größere Lebensqualität bereits Voraussetzung für das Vorliegen einer Indikation im Sinne der BÄK-Richtlinien ist oder neben der Indikation eine weitere Voraussetzung für die Aufnahme in die Warteliste darstellt. Fest steht jedoch, dass in beiden Fällen den BÄK-Richtlinien zufolge eine Aufnahme in die Warteliste erst dann erfolgen darf, wenn eine entsprechend hohe Überlebenswahrscheinlichkeit bzw. Lebensqualität vorliegt.

Zur Feststellung der Dringlichkeit einer Transplantation sowie der Überlebenswahrscheinlichkeit hat der Sachverständige **Prof. Dr. B.** ausgeführt, bis zur Einführung des MELD-Scores habe die Child-Pugh-Klassifikation als Einschätzungshilfe zur Prognoseabschätzung bei chronischem Leberversagen gedient. Bei dieser Klassifikation würden das Serumalbumin, das Bilirubin, der Quick- bzw. INR-Wert, Aszites und Enzephalopathie mit jeweils 1-3 Punkten berücksichtigt. Die Einteilung erfolge in drei Stadien: Child A-Stadium (5-6 Punkte), Child B-Stadium (7-9 Punkte) und Child C-Stadium (10-15 Punkte). Patienten mit einem Child-Pugh-Score A hätten eine Wahrscheinlichkeit von 3% - 10% binnen eines Jahres zu sterben.
Nach einer Transplantation würden 10% - 30% der Patienten binnen eines Jahres versterben.

Am 16. Dezember 2006 sei sodann das MELD-Modell als neues Allokationsverfahren durch Eurotransplant implementiert worden [zum MELD siehe unten (3) (a) (bb) (ddd) (aaaa)]. Der Sachverständige Prof. Dr. B. hat hierzu ausgeführt, zur Abschätzung des Risikos bzw. Nutzens der Lebertransplantation im Vergleich zum natürlichen

Verlauf der Erkrankung (Survival Benefit) sei angesichts des Organmangels die prognostische Vorhersage der Lebertransplantation im Vergleich zum natürlichen Verlauf einer Erkrankung von Bedeutung. Hierzu sei in den USA das Modell des Überlebensnutzens (Survival Benefit) der Lebertransplantation anhand von 12.996 erwachsenen Patienten, die sich in den Jahren 2001 bis 2003 auf der Warteliste in den USA befunden hätten, errechnet worden. Zusammengefasst ergäben die Daten aus den USA, dass ab einem MELD-Score von 18 bis 20 die Prognose nach Lebertransplantation besser sei als die Prognose auf der Warteliste (also untransplantiert). Dies gelte nicht für Patienten, die einen MELD-Score unter 18 hätten. Bei diesen Patienten sei das Risiko, im Verlaufe eines Jahres an den Folgen der Lebertransplantation zu versterben, größer als das Risiko auf der Warteliste zu bleiben, also ohne Transplantation an den Folgen der Lebererkrankung zu versterben. Bei einem Patienten auf der Warteliste in den USA mit einem MELD-Score von 6 bis 11 sei das Risiko, an den Folgen einer Transplantation zu versterben, circa 3,6 mal höher als ein Jahr auf der Warteliste zu verbleiben. Für Patienten mit einen MELD zwischen 12 und 14 sei das Risiko, an den Folgen einer Lebertransplantation zu versterben, 2,35 mal höher als auf der Warteliste zu verbleiben und mit einem MELD-Bereich von 15 bis 17 sei die Gefahr, an den Folgen einer Lebertransplantation zu versterben, 1,2 fach höher als auf der Warteliste zu verbleiben (Merion 2005).

Der Sachverständige **Prof. Dr. D.** hat bestätigt, dass die derzeitige Listungspraxis für Lebertransplantationskandidaten auf den Arbeiten von Merion et al. beruhe, die die Mortalität in Bezug auf den MELD-Score während der Wartezeit auf eine Lebertransplantation korreliert hätten mit der Mortalität nach Lebertransplantation (survival-benefit-Analyse). Generell werde heute angenommen, dass die Mortalität auf der Warteliste ab einem MELD-Score von 15 höher sei als nach Lebertransplantation. Daher würden in vielen Ländern derzeit Kandidaten zur Lebertransplantation grundsätzlich erst ab einem MELD-Score von 15 gelistet. Auch in Z., wo er – der Sachverständige Prof. Dr. D. – tätig sei, würden die Patienten grundsätzlich erst ab einem MELD-Score von 14 bzw. 15 gelistet. Legt man diese Einschätzung dem Erfordernis der größeren Überlebenswahrscheinlichkeit zugrunde, besteht grundsätzlich erst ab einem MELD > 14 statistisch ein Überlebensvorteil durch die Durchführung einer Transplantation.

Zu berücksichtigen ist hierbei jedoch, worauf bereits hingewiesen wurde, dass ein Patient selbst dann wirksam in eine Lebertransplantation einwilligen kann, wenn sein MELD-Score unter 14 ist und damit statistisch die Überlebenswahrscheinlichkeit mit Transplantation geringer als ohne.

(b) Einschränkungen der Aufnahme auf die Warteliste

Gründe, die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste für eine Lebertransplantation abzulehnen, sind nach den Richtlinien der Bundesärztekammer unter anderem die Nichteinhaltung einer mindestens sechsmonatigen völligen Alkoholabstinenz bei Patienten mit alkoholinduzierter Zirrhose sowie das Vorliegen fortgeschrittener Stadien bösartiger Erkrankungen. Des Weiteren werden Einschränkungen getroffen für Patienten mit akutem Leberversagen. Von diesen Einschränkungen der Aufnahme in die Warteliste sind vorliegend mehrere verfahrensgegenständliche Patienten betroffen.

(aa) Alkoholinduzierte Leberzirrhose

Die Patienten **V.**, **F.** und **W.**, bei denen eine alkoholinduzierte Leberzirrhose vorlag, wurden in die Warteliste aufgenommen, bei Eurotransplant registriert und vom Angeklagten transplantiert, obwohl diese Patienten vor der Aufnahme in die Warteliste keine sechsmonatige Alkoholabstinenz eingehalten hatten.

In den am 26. März 2011 in Kraft getretenen BÄK-Richtlinien findet sich (ebenso wie in den aktuellen Richtlinien) unter dem Gliederungspunkt III. (Besondere Regelungen zur Lebertransplantation) 2. (Einschränkungen der Aufnahme in die Warteliste) folgende Formulierung.

> *„2.1. Alkoholinduzierte Zirrhose*
> *Bei Patienten mit alkoholinduzierter Zirrhose erfolgt die Aufnahme in die Warteliste erst dann, wenn der Patient für mindestens sechs Monate völlige Alkoholabstinenz eingehalten hat.“*

In den bis zum 26. März 2011 gültigen BÄK-Richtlinien für die Warteliste und Beurteilung der Dringlichkeit zur Lebertransplantation ist unter dem Gliederungspunkt II. (Aufnahme in die Warteliste und Beurteilung der Dringlichkeit der Lebertransplantation) unter 2. (Einschränkungen der Aufnahme in die Warteliste) ausgeführt:

> *„2.1. Bei Patienten mit alkoholinduzierter Zirrhose*
> *erfolgt die Aufnahme in die Warteliste erst dann, wenn der Patient für mindestens sechs Monate völlige Alkoholabstinenz eingehalten hat. Krankheitseinsicht und Kooperationsfähigkeit des Patienten müssen einen längerfristigen Transplantationserfolg sowie eine ausreichende Compliance auch in schwierigen Situationen ermöglichen."*

Nach Auffassung der Kammer verstößt der ausnahmslose Ausschluss von Patienten mit alkoholinduzierter Leberzirrhose, die die vorgeschriebene Alkoholabstinenzzeit nicht eingehalten haben, gegen Art. 2. Abs. 1 S. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG und ist damit **verfassungswidrig**. Dies hat wiederum zur Folge, dass diese Richtlinie **rechtlich unverbindlich** ist.

Eine Ablehnung der Aufnahme eines Patienten mit alkoholinduzierter Leberzirrhose in die Warteliste käme allenfalls in Betracht, wenn feststünde, dass der Patient nicht nennenswert von der Transplantation profitieren würde bzw. medizinische Kontraindikationen vorlägen. Dies wäre etwa dann der Fall sein, wenn bei dem Patienten zusätzlich zu der Leberzirrhose andere Begleiterkrankungen vorlägen, die dazu führten, dass der Patient keine nennenswerte Aussicht hätte, die Transplantation zu überleben. Als weiterer Ablehnungsgrund für die Aufnahme in die Warteliste käme in Betracht, dass bei dem Patienten ein anhaltender Alkoholabusus vorläge, der so stark wäre, dass nicht erwartet werden könnte, dass der Patient regelmäßig die erforderlichen Immunsuppressiva einnähme bzw. Kontrolltermine wahrnehmen würde und deshalb mit hoher Wahrscheinlichkeit bereits kurzfristig eine Abstoßung bzw. Zerstörung des Transplantats zu erwarten wäre.

Derartige Umstände liegen indes nur in Ausnahmefällen vor. So hat der Sachverständige **Prof. Dr. B.** ausgeführt, dass zwar circa 25 % der Patienten nach der Transplantation einen Alkoholrückfall erlitten; es verlören jedoch lediglich circa 2 % der Patienten die Spenderleber aufgrund erneuten fortgesetzten Alkoholmissbrauchs. Die Erfolgsrate von Lebertransplantationen bei alkoholinduzierten Leberzirrhosen sei vielfach sogar besser als bei Patienten mit anderen Grunderkrankungen, weil einige dieser Grunderkrankungen (z. B. Leberzellkrebs) auch nach der Transplantation erneut auftreten können.

(bb) Bösartige Erkrankungen

Diese Kontraindikation spielt insbesondere bei dem Patienten **I.** eine Rolle. Bei diesem bestand ein Mischtyp aus einem hepatozellulären und einem cholangiozellulären Karzinom. Die Erkrankung befand sich bereits in einem fortgeschrittenen Stadium und darüber hinaus lag ein extrahepatisches Tumorwachstum vor.

Aber auch bei dem Patienten **S.**, der unter einem hepatozellulären Karzinom (HCC) litt, war das Tumorwachstum bereits so weit fortgeschritten, dass er, wenn man den Richtlinien der Bundesärztekammer folgt, in diesem Zustand nicht hätte auf die Warteliste des Transplantationszentrums aufgenommen und bei Eurotransplant registriert werden dürfen.

In den bis zum 25. März 2011 geltenden **Richtlinien der Bundesärztekammer für die Warteliste und Beurteilung der Dringlichkeit zur Lebertransplantation** ist zu dem Vorliegen bösartiger Erkrankungen unter dem Gliederungspunkt **II.** (**Aufnahme in die Warteliste und Beurteilung der Dringlichkeit der Lebertransplantation**) **2**. (Einschränkungen der Aufnahme in die Warteliste) ausgeführt:

> *2.3. Bei Patienten mit bösartigen Erkrankungenmuss vor der Aufnahme in die Warteliste sowie durch regelmäßige Kontrollen während der Wartezeit extrahepatisches Tumorwachstum ausgeschlossen sein.Patienten in fortgeschrittenen Stadien bösartiger Erkrankungen sollen nur im Rahmen von kontrollierten Studien (z. B. zur Prüfung adjuvanter Therapiemaßnahmen) transplantiert werden. […]“*

In den am **26. März 2011 in Kraft getretenen Richtlinien der Bundesärztekammer** findet sich (ebenso wie in den aktuellen Richtlinien) unter dem Gliederungspunkt **III.** (**Besondere Regelungen zur Lebertransplantation**) **2.** (**Einschränkungen der Aufnahme in die Warteliste**) folgende Formulierung.

> *2.2. Bösartige Erkrankungen*
> *Bei Patienten mit bösartigen Erkrankungen muss vor der Aufnahme in die Warteliste sowie durch regelmäßige Kontrollen während der Wartezeit extrahepatisches Tumorwachstum ausgeschlossen sein. Patienten in fortgeschrittenen Stadien bösartiger Erkrankungen sollen nur im Rahmen von kontrollierten Studien (z. B. zur Prüfung adjuvanter Therapiemaßnahmen) transplantiert werden. […].*

Diese Richtlinie der Bundesärztekammer ist aus Sicht der Kammer ebenfalls **verfassungswidrig** und damit **rechtlich unverbindlich**. Ein ausnahmsloser

Ausschluss von Patienten mit extrahepatischem Tumorwachstum bzw. in fortgeschrittenen Stadien bösartiger Erkrankungen (soweit diese nicht an kontrollierten Studie teilnehmen) von der Aufnahme in die Warteliste verstößt gegen Art. 2 Abs. 2 S. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG. Hinsichtlich der Formulierung „*in fortgeschrittenen Stadien bösartiger Erkrankungen“* ist darüber hinaus bereits zu unbestimmt, was unter einem „fortgeschrittenen Stadium“ zu verstehen ist.

Zwar besteht bei dem Vorliegen eines extrahepatischen Tumorwachstums grundsätzlich eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass nach der Transplantation ein Rezidiv auftritt, was auch durch die Herabsetzung der Immunabwehr durch die Einnahme von Immunsuppressiva begünstigt wird. Dennoch kann eine Transplantation in einigen Fällen eine deutliche Lebensverlängerung bedeuten bzw. kann die Ablehnung der Aufnahme in die Warteliste und damit der Transplantation im Einzelfall eine geringere Lebenserwartung zur Folge haben, als sie mit Transplantation bestanden hätte. So hat der Sachverständige **Prof. Dr. B.** in Bezug auf den Patienten **I.** ausgeführt, dass dieser ohne Lebertransplantation voraussichtlich innerhalb eines halben Jahres verstorben wäre. Mit Lebertransplantation sei innerhalb von zwei Jahren mit einem Tumorrezidiv zu rechnen gewesen. Der Sachverständige hat seine Auffassung, dass er den Patienten **I.** trotz des Umstands, dass dessen Leben durch die Transplantation sehr wahrscheinlich nicht unerheblich verlängert wurde, nicht transplantiert hätte, damit begründet, dass diese Entscheidung vor allem auf dem Organmangel beruhe. Dem Patienten **I.** bereits eine Aufnahme in die Warteliste aus diesem Grund zu versagen, wäre aus Sicht der Kammer jedoch verfassungswidrig. Eine Posteriorisierung von Organempfängern, für deren Rechtfertigung ausschließlich angeführt werden kann, die posteriorisierten Organempfänger würden im Vergleich zu anderen Organempfängern von dem Spenderorgan nur in geringem Umfang profitieren, weil sie an einer die Lebenserwartung limitierenden chronischen Krebserkrankung leiden, ist verfassungswidrig (so auch Dannecker/Streng, Rechtliche Möglichkeiten und Grenzen einer an den Erfolgsaussichten der Transplantation orientierten Organallokation, JZ 2012, 444, 447). Diese Bewertung stützt sich auf die aus dem Grundrecht auf Leben sowie aus der Menschenwürde abgeleitete Lebenswertindifferenztheorie des BVerfG, nach der das menschliche Leben und die Würde des Menschen ohne Rücksicht auf seine Dauer den gleichen

verfassungsrechtlichen Schutz genießen und das Leben keiner irgendwie gearteten unterschiedlichen Bewertung oder gar zahlenmäßigen Abwägung unterworfen werden darf (so auch Dannecker/Streng, Rechtliche Möglichkeiten und Grenzen einer an den Erfolgsaussichten der Transplantation orientierten Organallokation, JZ 2012, 444, 446, 447).

Ebenso wie bei Patienten mit alkoholinduzierter Zirrhose käme eine Ablehnung von Patienten aufgrund fortgeschrittener Stadien bösartiger Erkrankungen bzw. extrahepatischem Tumorwachstum allenfalls dann in Betracht, wenn feststünde, dass der Patient nicht nennenswert von der Transplantation profitieren würde bzw. medizinische Kontraindikationen vorlägen.

(cc) Akutes Leberversagen

Diese Regelung hat für die Beurteilung der Transplantation des Patienten **B.** Relevanz, weil dieser unter einem akuten Leberversagen litt. Unter einem akuten Leberversagen versteht man eine akut auftretende Leberfunktionsstörung bei Patienten ohne vorbestehende Lebererkrankung. Die häufigsten Ursachen für ein akutes Leberversagen sind Paracetamol-Intoxikationen, Virushepatitis sowie eine medikamentös-toxische Genese.

In den vor dem **26. März 2011 gültigen BÄK-Richtlinien für die Warteliste und Beurteilung der Dringlichkeit zur Lebertransplantation** ist hierzu unter dem Gliederungspunkt **II.** (**Aufnahme in die Warteliste und Beurteilung der Dringlichkeit der Lebertransplantation**) **2.** (**Einschränkungen der Aufnahme in die Warteliste**) **2.5.** unter anderem ausgeführt:

> *„Bei Patienten mit akutem Leberversagen kann die Transplantationsindikation gestellt werden, wenn die hierfür entwickelten Prognosekriterien die Notwendigkeit einer solchen Transplantation anzeigen.*
>
> *Danach werden Patienten mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eine Transplantation benötigen, wenn folgende Befunde erhoben werden (King's College-Kriterien):*
>
> *[…] (Es folgen die medizinischen Kriterien)*
>
> *Spezialkriterien für die Paracetamolintoxikation:*
>
> *[…] (Es folgen die medizinischen Kriterien)*
>
> *Bei Empfängern mit viraler Hepatitis soll die Transplantationsindikation unter den folgenden Bedingungen gestellt werden (Clichy-Kriterien):*

- *Enzephalopathie Grad 3 und 4 und*
- *Faktor V < 20 % bei Empfängern < 30 Jahre oder*
- *Faktor V < 30 % bei Empfängern > 30 Jahre.“*

In den am **26. März 2011 in Kraft getretenen Richtlinien der Bundesärztekammer** findet sich (ebenso wie in den aktuellen Richtlinien) unter dem **Gliederungspunkt III.** (**Besondere Regelungen zur Lebertransplantation**) **2.** (**Einschränkungen der Aufnahme in die Warteliste**) **4.** (**akutes Leberversagen**) inhaltlich dieselbe Regelung.
Bei dem Patienten **B.** lag eine Reaktivierung einer Hepatitis-B-Virusinfektion vor. Der medizinische Sachverständige **Prof. Dr. B.** hat zwar ausgeführt, dass die Transplantation insgesamt vertretbar gewesen sei. Der Sachverständige hat allerdings auch darauf hingewiesen, dass der Patient **B.** nicht in die Warteliste hätte aufgenommen und damit auch nicht hätte transplantiert werden dürfen, weil die sogenannten Clichy-Kriterien nicht erfüllt gewesen seien. Aufgrund der Nichterfüllung der Clichy-Kriterien hätte der Patient **B.** den Angaben des Sachverständigen **Prof. Dr. B.** zufolge, die im Einklang mit den BÄK-Richtlinien stehen, eine konservative Therapie erhalten müssen. Dies wiederum hätte zur Überzeugung der Kammer, wie bei der Darlegung der zu dem Patienten **B.** getroffenen Feststellung noch näher ausgeführt werden wird, kurzfristig den sicheren Tod des Patienten zur Folge gehabt.

Das Regelung in den BÄK-Richtlinien, die die Aufnahme eines Patienten mit akutem Leberversagen bei viraler Hepatitis ausnahmslos davon abhängig machen, ob die sogenannten Clichy-Kriterien erfüllt sind, verstößt gegen Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG i.V.m. Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG und ist deshalb in dieser konkreten Form ebenfalls **verfassungswidrig** und damit **rechtlich unverbindlich**. Die Beachtung dieser Richtlinie hätte dazu geführt, dass der Patient **B.**, dessen Leber so sehr beeinträchtigt war, dass weniger als 1 %(!) nachweisbares Lebergewebe vorhanden war, aus rein formalen Gründen untransplantiert hätte sterben müssen, obwohl eine eindeutige Notwendigkeit für die Durchführung einer Lebertransplantation bestand und sein Leben hierdurch verlängert werden konnte.

(dd) Einordnung der Kriterien, die zur Einschränkung der Aufnahme in die Warteliste führen

Aus Sicht der Kammer stellen die unter dem Gliederungspunkt III. (Besondere Regelungen zur Lebertransplantation) 2. dargestellten Einschränkungen der Aufnahme in die Warteliste nicht ohne Weiteres (absolute) Kontraindikationen gegen eine Lebertransplantation dar. Es handelt sich vielmehr um eine Regelung, die bei Vorliegen der unter dem Gliederungspunkt 2. genannten Voraussetzungen die Aufnahme in die Warteliste ausdrücklich untersagt. Diese Untersagung erfolgt aber gerade nicht aus Gründen, die rein medizinische Ursachen haben und ausschließlich dem Schutz des Patienten dienen, sondern – zumindest auch – aufgrund des Organmangels.

Tatsächlich wird unter einer „medizinischen Kontraindikation“ ein Umstand verstanden, der gegen eine bestimmte medizinische Maßnahme spricht. Die Kontraindikation ist absolut, wenn die Maßnahme insgesamt zu einer Schädigung des Patienten führen würde, was zur Folge hat, dass derartige Maßnahmen unzulässig sind (Palandt, BGB, 74. Auflage 2015, § 630a, Rdnr. 19). Die Kontraindikation ist relativ, wenn der zu erwartende Nutzen der Maßnahme den zu befürchtenden Schaden jedenfalls aufwiegt. Solche Maßnahmen sind zulässig (Palandt, BGB, 74. Auflage 2015, § 630a, Rdnr. 19). Bei keinem der verfahrensgegenständlichen Patienten (insbesondere bei den Patienten **V.**, **F.** und **W.**), die unter einer alkoholinduzierten Zirrhose litten und die sechsmonatige Alkoholkarenzzeit nicht eingehalten hatten, lag, wie bei der Darlegung der zu diesen Patienten getroffenen Feststellungen noch näher aufgeführt werden wird, im medizinischen Sinn eine Kontraindikation zur Lebertransplantation vor.

Wie oben unter (aa) und (bb) dargestellt, können zwar im Einzelfall bei fortgesetztem Alkoholkonsum und fortgeschrittenen Stadien bösartiger Erkrankungen bzw. extrahepatischen Tumorwachstum – ebenso wie im Übrigen auch bei anderen Patienten –aus medizinischen Gründen Kontraindikationen vorliegen. Allein die Nichteinhaltung einer vollständigen sechsmonatigen Alkoholabstinenz bzw. allein das Vorliegen bösartiger Erkrankungen im fortgeschrittenen Stadium bzw. extrahepatisches Tumorwachstum stellen – auch wenn diese Patienten den BÄK-Richtlinien zufolge von der Aufnahme in die Warteliste ausgenommen werden sollen – indes noch keine „medizinische“ Kontraindikation dar.

Von Bedeutung ist diese Differenzierung zwischen dem Vorliegen einer Kontraindikation, die ausschließlich zum Schutz des Patienten zum Absehen von einer Lebertransplantation führen kann und der Untersagung der Aufnahme eines

Patienten in die Warteliste, die nicht aus (rein) medizinischen, sondern auch aus Gründen des Organmangels erfolgt, insbesondere deshalb, weil von den medizinischen Sachverständigen, worauf bereits hingewiesen wurde, bei der Beurteilung der bei einem Patienten durchgeführten Lebertransplantation nicht immer in ausreichender Form zwischen den Interessen des Organempfängers und den Interessen der anderen Patienten, die ein Spenderorgan benötigen, differenziert wurde.
So hat insbesondere der Sachverständige **Prof. Dr. B.**, der in sämtlichen 14 verfahrensgegenständlichen Fällen ein Gutachten erstattet hat, in allen Fällen, bei denen er von dem Vorliegen einer alkoholinduzierten Leberzirrhose und der Nichteinhaltung der sechsmonatigen Alkoholabstinenz ausging, also bei den Patienten **V.**, **F.**, **W.** (hier vermochte die Kammer bereits nicht auszuschließen, dass bei diesem Patienten keine alkoholinduzierte Leberzirrhose vorlag), **W.** und **I.** (hier konnte die Kammer die Nichteinhaltung der Alkoholkarenzzeit bereits nicht mit ausreichender Sicherheit feststellen) die Auffassung vertreten, dass bei diesen Patienten keine „medizinische Indikation“ für eine Lebertransplantation vorgelegen habe.

Da die Patienten **V.**, F., W., W. und **I.** ohne Lebertransplantation sehr wahrscheinlich kurzfristig verstorben wären, hat der Sachverständige ausgeführt, bei diesen Patienten habe eine „somatische“ Indikation vorgelegen. Die Nichteinhaltung der Alkoholabstinenz stelle jedoch eine „absolute Kontraindikation“ zur Lebertransplantation dar. Auf die Frage, warum die Nichteinhaltung der sechsmonatigen Alkoholabstinenz aus seiner Sicht eine „absolute Kontraindikation“ darstelle, hat der Sachverständige Prof. Dr. B. erwidert, dies habe seine Ursache in dem Organmangel.

Bei dem Patienten **I.** hat der Sachverständige **Prof. Dr. B.** ebenfalls ausgeführt, es habe zwar eine „somatische“, nicht jedoch eine „medizinische Indikation“ vorgelegen. Da der Tumor sich bereits in einem fortgeschrittenen Stadium befunden und außerdem ein extrahepatisches Tumorwachstum vorgelegen habe, habe eine Kontraindikation zur Transplantation bestanden. Der Sachverständige hat aber auch bestätigt, dass es denkbar sei, dass das Leben des Patienten I. durch die Lebertransplantation nicht unerheblich verlängert wurde.

(c) Gründe für die Ablehnung einer Aufnahme in die Warteliste

Unter dem **Gliederungspunkt III.** (**Besondere Regelungen zur Lebertransplantation**) **3.** (**Gründe für die Ablehnung einer Aufnahme in die Warteliste**) der BÄK-Richtlinien wird auf die im Allgemeinen Teil der BÄK-Richtlinien genannten Kriterien verwiesen.
Hier sind insbesondere die unter dem Gliederungspunkt I. (**Allgemeine Grundsätze für die Aufnahme in die Warteliste**) 4. aufgeführten **Kontraindikationen** von Bedeutung [siehe oben (a) (bb)].

(d) Zwischenergebnis zu den relevanten Kriterien, die bei der Frage zu prüfen sind, ob eine Lebertransplantation ein Körperverletzungsdelikt zum Nachteil des Organempfängers darstellt

Die Frage, ob bei den verfahrensgegenständlichen Patienten eine „medizinische Indikation“ im Sinne der BÄK-Richtlinien vorlag, war für die Entscheidung der Frage, ob die jeweilige Lebertransplantation eine rechtswidrige Körperverletzung zum Nachteil der transplantierten Patienten darstellt, aus tatsächlichen Gründen ohne Bedeutung.

Sämtliche Transplantationen verstießen nicht gegen die guten Sitten im Sinne des § 228 StGB. Daher konnten alle Patienten grundsätzlich auch ohne das Vorliegen einer „medizinischen Indikation“ im Sinne der BÄK-Richtlinien in die Lebertransplantation einwilligen. Sofern keine wirksame ausdrücklich erteilte Einwilligung vorlag, wie zum Beispiel bei den Patienten **W.** und **M.**, hätte die Frage, ob bei diesen Patienten eine „medizinische Indikation“ vorlag, zwar indizielle Wirkung bei der Prüfung, ob von dem Vorliegen einer mutmaßlichen (z. B. bei dem Patienten **W.**) oder hypothetischen (z B. bei der Patientin **M.**) auszugehen ist, haben können. Aus den vorstehend dargelegten Gründen lässt sich den BÄK-Richtlinien nicht eindeutig entnehmen, wann von dem Vorliegen einer „medizinischen Indikation“ auszugehen ist. Darüber hinaus wird in den BÄK-Richtlinien nicht „normklar“ zwischen medizinischen Kriterien unterschieden, die den Organempfänger betreffen und denjenigen, die im Hinblick auf den Organmangel aufgestellt wurden.

Diese Ungenauigkeiten bei der Definition einer „medizinischen Indikation“ haben schließlich auch dazu geführt, dass der Sachverständige **Prof. Dr. B.** bei dem Patienten **W.**, dessen Leben auch nach Auffassung des Sachverständigen nur durch eine Lebertransplantation gerettet werden konnte und bei dem auch die Einhaltung einer sechsmonatigen Alkoholkarenzzeit den Angaben des Sachverständigen zufolge zu keiner Besserung der Leberfunktion mehr geführt hätte, das Vorliegen einer „medizinischen Indikation“ verneint hat. Die Begründung, es habe aufgrund der Nichteinhaltung der Alkoholkarenzzeit eine absolute Kontraindikation vorgelegen, zeigt ebenfalls, dass auch der Sachverständige bei seiner Bewertung der Frage, ob bei den verfahrensgegenständlichen Patienten eine „medizinische Indikation“ für eine Lebertransplantation vorlag, nicht zwischen den medizinischen Kriterien, die den Organempfänger betreffen und den Voraussetzungen, die aufgrund des Organmangels aufgestellt wurden, differenziert hat. Die Frage der Kammer, ob eine längere Alkoholabstinenz erforderlich sei, um einen schweren Eingriff wie eine Lebertransplantation zu überstehen, hat der Sachverständige verneint und geantwortet, es bestehe insoweit keine „medizinische“ Kontraindikation. Wenn es keinen Organmangel gäbe, könnte man aus medizinischer Sicht auch Alkoholkranke, die die Karenzzeit nicht eingehalten hätten, transplantieren.

Da das Leben des Patienten **W.** lediglich durch eine Lebertransplantation gerettet werden konnte und keine medizinischen Aspekte vorlagen, die eine (absolute) Kontraindikation dargestellt hätten, war, wie bei den nachfolgenden zu dem Patienten **W.** getroffenen Feststellungen noch näher ausgeführt werden wird, die Transplantation zur Rettung des Lebens des Patienten W. angezeigt.

Die Kammer hat sich im Hinblick auf die dargelegten Umstände hinsichtlich der Beurteilung der Frage, ob die bei den verfahrensgegenständlichen Patienten durchgeführten Lebertransplantationen ein Körperverletzungsdelikt zum Nachteil der Organempfänger darstellen bzw. bei der Frage, ob eine Rechtfertigung der durch die Lebertransplantation tatbestandlich begangenen Körperverletzung durch Einwilligung vorliegt, nicht an dem ohnehin unklaren „Indikationsbegriff“ der Bundesärztekammer orientiert. Die Kammer hat somit nicht geprüft, ob die Lebertransplantationen im Sinne der BÄK-Richtlinien „medizinisch indiziert“ waren. Sie hat vielmehr geprüft, ob die Transplantationen Heilzwecken dienten, also den Zweck hatten, Erkrankungen

der Patienten zu heilen oder zumindest Leiden zu lindern, ob eine wirksame (ausdrückliche, mutmaßlich oder hypothetische Einwilligung) vorlag und ob die Transplantation gegen die guten Sitten im Sinne des § 228 StGB verstieß.

Darüber hinaus hat die Kammer sich, insbesondere bei den Patienten D., M. und T. im Rahmen der Prüfung, ob eine wirksame ausdrücklich erteilte Einwilligung in die Transplantationen vorlag oder gegebenenfalls eine hypothetische Einwilligung in Betracht kam, mit dem Risiko-Nutzen-Verhältnis, das zwischen der konservativen Behandlung auf der einen und der Lebertransplantation auf der anderen Seite bezogen auf den konkreten Patienten bestand, befasst. Insoweit wird auf die nachfolgend zu den einzelnen Patienten getroffenen Feststellungen Bezug genommen.

(3) Kriterien für die Organverteilung (Allokation)

Voraussetzung für die Organvermittlung an einen Patienten ist seine Aufnahme in die Warteliste eines Transplantationszentrums und die Registrierung bei Eurotransplant mit den für die Vermittlung notwendigen aktuellen Daten. Wie eingangs ausgeführt, sind die vermittlungspflichtigen Organe gemäß § 12 Abs. 3 S. 1 TPG von der Vermittlungsstelle nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit an geeignete Patienten zu vermitteln. Den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft für die Regeln zur Organvermittlung hat die Bundesärztekammer gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 TPG fest- und Richtlinien für die Allokation von Lebern aufgestellt. Darüber hinaus hat auch Eurotransplant entsprechend § 5 des Vertrages über die Vermittlungsstelle (Eurotransplant) ein Handbuch (Im Folgenden: Eurotransplant-Manual) herausgegeben, in dem unter anderem ebenfalls die Kriterien für die Organallokationen im Allgemeinen und für Lebern im Besonderen wiedergegeben sind.

Im Nachfolgenden werden die wesentlichen Allokationsregeln, die bei Lebertransplantationen relevant und für das vorliegende Verfahren von Bedeutung sind, dargelegt. Sofern insoweit zwischen den Richtlinien der Bundesärztekammer und dem Eurotransplant-Manuel inhaltliche Abweichungen bestehen, die für die verfahrensgegenständlichen Tatvorwürfe bedeutsam sind, wird ausdrücklich darauf

hingewiesen. Darüber hinaus wird darauf hingewiesen, wenn Unterschiede zwischen den Vermittlungsregeln, die zu den verfahrensgegenständlichen Zeiten Geltung hatten und den aktuellen Regelungen bestehen. Sofern kein entsprechender Hinweis erfolgt, bestehen keine für das hiesige Verfahren entscheidungserheblichen Änderungen.

Enthalten die Richtlinien der Bundesärztekammer und das Eurotransplant-Manuals hinsichtlich desselben Regelungsgegenstandes unterschiedliche Regelungsinhalte, haben grundsätzlich die Richtlinien der Bundesärztekammer Vorrang. Die Stiftung Eurotransplant hat in ihrem Manual in der Fassung vom 13. ausgeführt:

> *„Das Eurotransplant Handbuch enthält Regeln und Vorschriften für die Umsetzung und Spezifizierung nationaler Vorschriften und nationaler Richtlinien für die Führung der Wartelisten, die Organspende und –Vermittlung. Es wurde nach bestem Wissen und mit größtmöglicher Sorgfalt erstellt. Im Falle von Unstimmigkeiten zwischen dem Inhalt dieses Handbuchs und national verbindlichen Vorschriften gilt Folgendes:*
>
> *-Insofern, als Bestimmungen über die Aufnahme von Organempfängern auf die Warteliste betroffen sind, hat dieses Handbuch nur informativen Charakter. Relevant und rechtlich bindend sind nur die nationalen Vorschriften, die auf die Transplantationszentren anzuwenden sind.*
>
> *-Für die Vermittlung von Organen sind nur die nationalen Bestimmungen rechtlich bindend. Die Darstellung der Vermittlungsregelungen in diesem Handbuch beruht auf diesen rechtlich bindenden nationalen Bestimmungen. Soweit erforderlich, werden sie von Eurotransplant in diesem Handbuch spezifiziert. Abweichungen von solchen spezifizierenden Eurotransplant-Bestimmungen können nicht als Missachtung nationaler Bestimmungen angesehen werden, solange nicht gegen letztere verstoßen wird. […].*

(d) An dieser Stelle wird nochmals hervorgehoben, dass es bei Eurotransplant keine allgemeine Warteliste gibt, auf der sämtliche Patienten, die als Empfänger für eine Spenderleber registriert sind, der Reihenfolge nach aufgelistet sind. Erst wenn eine konkrete Spenderleber bei Eurotransplant gemeldet wird, wird für dieses Organ eine Liste von Patienten, die als Empfänger des Organs in Betracht kommen, erstellt, wobei die Empfänger in einer bestimmten Reihenfolge angeordnet sind. Wenn diese Match-Liste erstellt ist, wird die Spenderleber im Regelfall zunächst dem ersten auf der Liste stehenden Patienten verbindlich angeboten. Lehnt das Transplantationszentrum das Organangebot für diesen Patienten ab, erhält der nachfolgende Patient das Organangebot.

Im Folgenden wird die Auswahl der Patienten, die für den Erhalt eines Spenderorgans in Betracht kommen, die Festlegung der Reihenfolge und schließlich die Vermittlungsentscheidung dargestellt.

(a) Erstellung einer Match-Liste

Zu differenzieren ist zwischen der **Auswahl der Patienten**, die als Empfänger für die gemeldete Spenderleber in Betracht kommen und der **Reihenfolge dieser Patienten** auf der Match-Liste, die für die Spenderleber erstellt wird.

(aa) Auswahl der Patienten

Auf die Match-Liste, die für ein bestimmtes Spenderorgan erstellt wird, werden nicht alle Patienten aufgenommen, die bei Eurotransplant als Empfänger für eine Leber registriert sind, sondern lediglich diejenigen, die aufgrund der an Eurotransplant übermittelten Spenderdaten als Empfänger dieser konkreten Leber in Betracht kommen. Von Bedeutung sind hierbei insbesondere die Blutgruppen der Patienten, das Zentrums-und das Patientenprofil bzw. das ENIS-Spenderprofil sowie die Größe der Spenderleber. Darüber hinaus muss der Empfänger zum Zeitpunkt der Allokation transplantabel sein. Nur dann, wenn alle Kriterien erfüllt sind, kommt ein Patient auf die Match-Liste für das Spenderorgan.

(aaa) Blutgruppenidentität und -kompatibilität

Voraussetzung für die Lebertransplantation ist die Blutgruppenkompatibilität zwischen Spender und Empfänger. Um eine gleichmäßige und zeitgerechte Verteilung zu gewährleisten, hat die Bundesärztekammer Regeln für die Allokation aufgestellt. Danach ist in jeder Dringlichkeitsstufe der zu transplantierende Empfänger zunächst nach der Blutgruppenidentität auszuwählen. Sofern kein blutgruppenidentischer Empfänger vermittelt werden kann, gilt Blutgruppenkompatibilität. Hierzu hat die Bundesärztekammer entsprechende Regeln aufgestellt, nach denen die Verteilung vorzunehmen ist. Diejenigen Patienten, bei denen weder Blutgruppenidentität noch Blutgruppenkompatibilität vorliegen, kommen danach bereits nicht auf die Match-Liste für die konkrete Leber.

(bbb) Passendes Zentrums- und Patientenprofil bzw. ENIS-Spenderprofil

(aaaa) Ein weiteres Auswahlkriterium für die Aufnahme eines Patienten in die Match-Liste besteht darin, ob das Transplantationszentrum ein sogenanntes Zentrumsprofil und / oder für den jeweiligen Patienten ein Spenderprofil erstellt hat.

In den Richtlinien der Bundesärztekammer ist hierzu ausgeführt, das einzelne Transplantationszentrum könne im Rahmen seines Behandlungsspektrums der Vermittlungsstelle allgemeine Akzeptanzkriterien für die Annahme von Spenderorganen für die in die jeweilige Warteliste aufgenommenen Patienten angeben (Zentrumsprofil). Darüber hinaus könne das Transplantationszentrum mit dem einzelnen Patienten nach angemessener Aufklärung persönliche Akzeptanzkriterien absprechen (Patientenprofil). Das Patientenprofil könne sich im Laufe der Wartezeit ändern und sei gegenüber der Vermittlungsstelle unverzüglich zu aktualisieren. Die Weitergabe der für den Patienten wesentlichen Akzeptanzkriterien des Patientenprofils setze die informierte Einwilligung des Patienten oder seines bevollmächtigten Vertreters voraus.

Während in den Richtlinien der Bundesärztekammer ausgeführt ist, dass ein Transplantationszentrum Zentrums- und /oder Patientenprofile aufstellen *könne*, ist in Kapitel 5 des ET-Manuals, das die Zuteilung von Lebern betrifft, unter dem Gliederungspunkt 5.3.2 ausgeführt, dass das Transplantationszentrum für jeden Empfänger ein ENIS-zentrums- bzw. patientenspezifisches Spenderprofil erstellen *müsse* und es in der Verantwortung des Transplantationszentrums liege, das Profil nach den Anforderungen des Empfängers zu aktualisieren. Dies bedeutet, dass von den Patienten, die eine Spenderleber benötigen, nur die Patienten auf die Match-Liste genommen werden, die nach den vom Transplantationszentrum aufgestellten ENIS-Spenderprofil für die Annahme der Spenderleber in Betracht kommen.

(bbbb) Das Spenderprofil schließt die Option ein, eine „marginale“ bzw. eingeschränkt vermittelbare Leber zu akzeptieren. Während Eurotransplant Lebern, bei denen bestimmte Kriterien wie zum Beispiel ein Spenderalter > 65, eine Intensivtherapie des Spenders mit Beatmung > 7 Tage, ein BMI des Spenders > 30 oder eine Fettleber >40 % vorliegen, als „marginale Lebern“ bezeichnet, werden diese Organe in den Richtlinien der Bundesärztekammer als eingeschränkt

vermittlungsfähige Organe und das Verfahren der Zuteilung dieser Organe als „modifiziertes Vermittlungsverfahren“ bezeichnet.
Da aber auch nach den Richtlinien der Bundesärztekammer bei diesen Organen ebenfalls grundsätzlich zunächst versucht werden soll, die Organe nach den allgemeinen für das Organ Leber gültigen Vermittlungsverfahren zu vergeben, handelt es sich bei dem „modifizierten Vermittlungsverfahren“ im Gegensatz zum sogenannten „beschleunigten Vermittlungsverfahren“ nicht um ein Verfahren eigener Art, sondern es werden vor der Vermittlungsentscheidung lediglich diejenigen Patienten ausgefiltert, bei denen das eingeschränkt vermittlungsfähige bzw. das marginale Organ nicht zu dem angegebenen ENIS-Spenderprofil passt.

(cccc) Durch das Aufstellen eines Zentrums- bzw. Patientenprofils, wird für die jeweiligen Patienten eine wichtige Weichenstellung getroffen. So ist es theoretisch denkbar, dass ein Patient, der in einem Zentrum auf der Warteliste steht, das ein sehr eingeschränktes Zentrumsprofil hat, in einem Match-Verfahren nicht auf die Match-Liste kommt, während er, wenn er in einem anderen Zentrum auf der Warteliste gestanden hätte, das ein sehr weites Zentrumsprofil hat, auf die Match-Liste gekommen und ihm gegebenenfalls ein Spenderorgan angeboten worden wäre. Dies kann wiederum Auswirkungen auf die anderen Patienten, die sich auf der Match-Liste befinden, haben: Dazu das nachfolgend stark vereinfachte Beispiel:

Beispiel 1:

> *Zentrum A, in dem der Patient P auf der Warteliste steht, hat gegenüber Eurotransplant angegeben, dass das Alter des Spenders generell 65 Jahre nicht überschreiten solle. Zentrum B, in dem der Patient Q sich auf der Warteliste befindet, hat diese Einschränkung nicht gemacht. Bei Eurotransplant wird ein 66 Jahre alter Spender registriert und das Match-Verfahren I durchgeführt.*
>
> *Der Patient P hätte auf der Match-Liste, die für das Organ des 66 Jahre alten Spenders von Eurotransplant erstellt wird, auf Rang 1 gestanden und das Organangebot als erster erhalten und hiermit erfolgreich transplantiert werden können. Da der Organspender indes nicht zu dem Zentrumsprofil passt, wird der Patient P nicht auf die Match-Liste aufgenommen und erhält dementsprechend in dem Match-Verfahren I auch kein Organangebot.*
>
> *Aus diesem Grund steht nunmehr der Patient Q aus dem Zentrum B auf Rang 1 der Match-Liste und erhält nunmehr als erster das Organangebot, das seine Ärzte für ihn annehmen.*
>
> *Wäre der Patient P ebenfalls in einem Transplantationszentrum auf der Warteliste gewesen, bei dem der Spender und das Spenderorgan zum Zentrumsprofil gepasst hätten, hätte er auf der Match-Liste vor Q gestanden.*

Der Patient P erhält nunmehr im Match-Verfahren III eine Spenderleber. In diesem Verfahren hätte der Patient C die Spenderleber erhalten, wenn P bereits in dem Match-Verfahren I ein Spenderorgan erhalten hätte. C stirbt, weil er kein weiteres Organangebot mehr erhält.

Hätte also das Zentrum A ein anderes Zentrumsprofil erstellt, hätte das Leben des der Patienten P und C (zumindest) vorübergehend gerettet werden können.

Wenn der Patient P in dem Match-Verfahren I bereits die Spenderleber erhalten hätte, hätte wiederum der Patient Q an weiteren Match-Verfahren teilnehmen müssen und gegebenenfalls in einem der nachfolgenden Match-Verfahren ein Organ erhalten, das ohne seine Teilnahme wiederum ein anderer Patient erhalten hätte.

Bereits dieses Beispiel zeigt, dass die Entscheidung eines Transplantationszentrums und nachfolgend des Patienten über die Annahme eines Organs weitreichende Folgen auf nachfolgende Match-Verfahren haben kann.

(ccc) Patient transplantabel

Wenn ein bei Eurotransplant gelisteter Patient vorübergehend nicht transplantabel (= NT) ist, muss er nicht sofort bei Eurotransplant abgemeldet werden, sondern erhält nach einer entsprechenden Mitteilung des Transplantationszentrums den Status „NT“. Patienten, die transplantabel sind, erhalten den Status „T“. Bei dem Match-Verfahren für das konkrete Spenderorgan werden nur diejenigen Patienten berücksichtigt, deren Status mit „T“ = „transplantabel“ gemeldet ist. Die Patienten mit dem Status „NT“ kommen nicht auf die Match-Liste, werden also ebenfalls ausgefiltert.
Auch an dieser Stelle findet eine Weichenstellung statt, die im Einzelfall dieselbe Bedeutung haben kann, wie im Beispielsfall 1 dargestellt. Denn die Einschätzung, ob ein Patient gerade noch oder nicht mehr transplantabel ist, wird gerade in Grenzfällen von verschiedenen Ärzten unterschiedlich bewertet.

(bb) Reihenfolge der Patienten auf der Match-Liste

Wenn feststeht, welche Patienten grundsätzlich als Empfänger der Spenderleber in Betracht und damit auf die Match-Liste kommen, erfolgen die Angebote der Spenderleber entsprechend der Reihenfolge der Patienten auf der Match-Liste.
Diese Reihenfolge richtet sich nach Dringlichkeitsstufen. Hierbei sind im Wesentlichen drei Patientengruppen zu unterscheiden: Hochdringlichkeitspatienten

(= „HU“), Patienten für eine bevorzugte kombinierte Organtransplantation (= „ACO“) und die Gruppe der elektiven, also ausgewählten, transplantablen Patienten (= „T“).

(aaa) High Urgency (HU)

Bei Patienten in akut lebensbedrohlicher Situation (High Urgency, HU) droht der Tod ohne Transplantation in wenigen Tagen. Diese Patienten werden daher vorrangig vor allen anderen Patienten bei der Organzuteilung berücksichtigt.

Indikationen für eine Zuerkennung des HU-Status können zum Beispiel akutes Leberversagen oder akutes Transplantatversagen innerhalb von 14 Tagen nach Transplantation sein. Der Patient, der für eine dringliche Transplantation (Dringlichkeitsstufe HU) angemeldet wird, muss sich in dem anmeldenden Transplantationszentrum in stationärer Behandlung befinden.

Damit der Patient einen HU-Status erlangt, muss ein entsprechender HU-Antrag an den „Duty Desk“ von Eurotransplant gerichtet werden. Das medizinische Personal von Eurotransplant beurteilt den Antrag nach den entsprechenden HU-Kriterien. In Zweifelsfällen führt die Vermittlungsstelle zur Feststellung der Dringlichkeit ein sogenanntes Auditverfahren durch, bei dem zwei Mitglieder des organspezifischen Beratungsausschusses für die Organe Leber und Darm (ELIAC), die aus einem anderen Land, als dem anfragenden Land stammen, die Anfrage beurteilten. Bei Stimmengleichstand entscheidet ein drittes ELIAC-Mitglied über die Bewilligung oder die Ablehnung eines HU-Antrags. Der Status HU wird bewilligt, wenn die insoweit festgelegten Kriterien erfüllt sind. Bei Bewilligung wird die Dringlichkeit im ENIS geändert. Innerhalb der HU-Patienten erfolgt die Organverteilung nach der Wartezeit innerhalb der Dringlichkeitsstufe HU. Das bedeutet, der am längsten wartende HU-Empfänger kommt innerhalb der dringlichkeitsspezifischen Gruppe an erster Stelle.

Von Bedeutung ist insoweit, dass bei der Allokation einer konkreten Leber nicht nur die deutschen Patienten mit HU-Status auf die Match-Liste kommen, sondern auch die HU-Patienten aus den anderen Ländern, deren Spenderorgane durch Eurotransplant vermittelt werden (im Folgenden: „ET-Länder“). In den Match-Listen wird diese Dringlichkeitskategorie als „HU“ bezeichnet.

Von den verfahrensgegenständlichen Patienten wurde von dem Angeklagten für den Patienten **B.** ein HU-Status angemeldet. Dieser Antrag wurde, was bei den Feststellungen zu dem Patienten B. näher dargelegt ist, indes nicht bewilligt.

(bbb) Bevorzugte kombinierte Organtransplantation

Die bevorzugte kombinierte Organtransplantation wird von Eurotransplant als „ACO" = „Approved Combined Organ" (= genehmigte kombinierte Organtransplantation) bezeichnet.

Unter Berücksichtigung von Indikation und Erfolgsaussicht erfolgt eine vorrangige Allokation für Lebertransplantationen in Kombination mit anderen nicht-renalen Organen, wenn diese Kombination nach Prüfung durch die Auditgruppe als besonders dringlich angesehen wird.
Die Anmeldung wird ebenfalls an den Eurotransplant „Duty Desk" gerichtet. Über den Antrag entscheidet im Audit-Verfahren wiederum ein Mitglied des ELIAC (Leber, Darm) und darüber hinaus je nach dem, welches weitere Organ bzw. welche anderen Organe betroffen ist / sind, ein Mitglied dieses organspezifischen Beratungsausschusses. Auch insoweit müssen die Mitglieder jeweils aus einem anderen Land kommen, als dem Land, aus dem der Antrag stammt. Bei Stimmengleichstand entscheidet auch hier ein drittes Mitglied.

Der ACO-Status wird bewilligt, wenn die insoweit festgelegten Kriterien erfüllt sind. Bei Bewilligung wird die Dringlichkeit in ENIS geändert. Innerhalb der ACO-Patienten erfolgt die Organverteilung nach der Wartezeit innerhalb der Dringlichkeitsstufe ACO, das heißt, der am längsten wartende ACO-Empfänger kommt auch hier innerhalb der dringlichkeitsspezifischen Gruppe an erster Stelle. Auch die Allokation von Lebern für Patienten mit dem Dringlichkeitszustand ACO erfolgt unter sämtlichen ET-Ländern. In den Match-Listen wird diese Dringlichkeitskategorie als „ACO" bezeichnet.

(ccc) Angebotsverpflichtung („obligation to offer")

Eine Angebotsverpflichtung („obligation to offer") wird generiert, wenn eine Leber von einem Spender außerhalb des Landes des Transplantationszentrums einem Patienten mit Dringlichkeitsstatus HU oder ACO transplantiert wird. Das

Empfängerland dieser Leber hat dann die Verpflichtung, die nächste verfügbare Leber derselben Blutgruppe für deren Vermittlung im Spenderland anzubieten.
Wenn also beispielsweise ein deutscher Patient mit dem Dringlichkeitsstatus „HU“ die Spenderleber eines Spenders aus Österreich erhält, der die Blutgruppe B hatte, ist Deutschland verpflichtet, Österreich die nächste verfügbare Leber eines Spenders mit der Blutgruppe B anzubieten.

Nur wenn eine „obligation-to-offer“-Leber dem vorherigen Spenderland angeboten und auch dort transplantiert wird, kann eine solche Verpflichtung „geschlossen“ werden. Für eine Angebotsverpflichtung gibt es kein Zeitlimit. Sie bleibt bestehen, bis sie geschlossen wird.
Wird im Rahmen einer Angebotsverpflichtung eine Leber einem Zentrum/Land angeboten, dann gilt diese Leber als lokale/nationale Leber. Daher gelten auch alle lokalen/nationalen Regeln.
Bei mehr als einer offenen Verpflichtung gehen Angebote zunächst an geeignete Patienten aus dem Land mit der ältesten offenen Verpflichtung, d. h. der Verpflichtung, die zuerst entstand. Angebote werden danach in absteigender Reihenfolge an die zweitälteste offene Verpflichtung etc. gemacht. In den Match-Listen wird diese Kategorie als „balance“ = Ausgleich bezeichnet.

(ddd) Transplantable elektive Patienten

In der Gruppe der elektiven (ausgewählten) Patienten wird grundsätzlich nach Dringlichkeit der Transplantation alloziert.

(aaaa) MELD-Score

Maß für die Dringlichkeit einer Transplantation ist bei chronischen Lebererkrankungen der MELD-Score. MELD bedeutet „Model for Endstage Liver Disease“, also Modell für Lebererkrankungen im Endstadium. „Score“ ist der entsprechende (MELD)-Wert. Da es sich bei dem „MELD-Score“ um einen im Transplantationswesen in Deutschland gebräuchlichen Begriff handelt, wird im Folgenden dieser Begriff verwendet.
MELD soll die Patienten nach der Schwere ihrer Erkrankung einteilen, wobei der Score die Wahrscheinlichkeit angibt, innerhalb von drei Monaten auf der Warteliste

zu versterben. Das bedeutet, die Patienten werden auf der Match-Liste in absteigender Reihenfolge eingeteilt, beginnend mit dem höchsten MELD-Score.

Der MELD-Score wird nur bei der Zuteilung von Spenderlebern an elektive, transplantable Patienten mit chronischer Lebererkrankung im Endstadium verwendet, also für Patienten, die nicht für den Status „sehr dringlich“ (High Urgency, HU) oder „bewilligte kombinierte Organtransplantation“ (Approved Combined Organ, ACO) in Frage kommen.

Nach dem MELD-Score ergeben sich folgende Wahrscheinlichkeiten, binnen drei Monaten ohne Transplantation zu versterben:

MELD-Score	3-Monats-Mortalität
6	1 %
10	2 %
15	5 %
20	11 %
22	15 %
24	21 %
26	28 %
27	32 %
28	37 %
29	43 %
30	49 %
31	55 %
32	61 %
33	68 %
35	80 %
36	85 %
37	90 %
38	93 %
39	96 %
40	98 %
41	99 %
42	100 %

Im Match-Verfahren können verschiedene MELD-Scores zum Einsatz kommen, die nachfolgend kurz skizziert werden sollen.

- **labMELD**

„labMELD“ bedeutet, dass dieser MELD-Wert aus Laborwerten errechnet wird. Da es sich bei dem Ausdruck „labMELD“ ebenfalls um einen im Transplantationswesen in Deutschland gebräuchlichen Begriff handelt, wird auch im Folgenden dieser Begriff

verwendet. Die Berechnung des labMELD basiert auf folgenden drei Laborparametern: Prothrombinzeit (International Normalized Ratio, INR), Serum-Kreatinin in mg/dl und Serum-Bilirubin in mg/dl.

INR ist ein labormedizinischer Parameter der Funktionsleistung der Blutgerinnung. Dieser Wert wird anhand der Thromboplastinzeit (TPZ) bestimmt und zur Beurteilung der Syntheseleistung der Leber herangezogen. Mit der Anklage der Staatsanwaltschaft B. vom 29. Mai 2013 wird dem Angeklagten insoweit zur Last gelegt, veranlasst zu haben, dass bei den **Patienten** O. und F. unzutreffende INR-Werte, die aufgrund einer Manipulation bzw. Fehlmessung höher gewesen seien als die tatsächlichen Werte, an Eurotransplant übermittelt wurden.

Bei **Kreatinin** handelt es sich um ein Stoffwechselprodukt, das über den Urin ausgeschieden wird. In der Laboratoriumsmedizin handelt es sich um einen wichtigen Parameter zur Feststellung der Nierenfunktionsleistung.

Bilirubin ist ein gelbes Abbauprodukt des roten Blutfarbstoffs Hämoglobin. Der gemessene Bilirubin-Wert ist ein Maß dafür, wie gut dieses Abbauprodukt über die Leber ausgeschieden wird. Bei einer entsprechenden Erhöhung des Bilirubin-Wertes färben sich zuerst die weiße Augenhaut und sodann die restliche Haut gelb.

Die MELD-Formel, anhand derer der labMELD-Wert berechnet wird, lautet:

$$\text{MELD-Score} = 0{,}957 \times \text{Log}_e(\text{Kreatinin mg/dl}) + 0{,}378 \times \text{Log}_e(\text{Bilirubin mg/dl}) + 1{,}120 \times \text{Log}_e(\text{INR}) + 0{,}643$$

Bei der Berechnung des labMELD-Scores ist für die verfahrensgegenständlichen Zeiten Folgendes zu berücksichtigen:

Der mit der oben genannten Formel errechnete MELD-Score wird mit 10 multipliziert und auf die nächste ganze Zahl gerundet.

Laborwerte unter 1,0 werden in der Berechnung des MELD-Score auf 1,0 aufgerundet.

Der maximale labMELD-Score der im Matching verwendet wird, ist 40, d. h. ein lab MELD-Score über 40 wird auf 40 gesetzt.

Das maximale S-Kreatinin („S“ steht für „Serum“) in MELD-Score - Gleichungen beträgt 4,0 mg/dl.

In den **Richtlinien von Eurotransplant** ist unter dem Gliederungspunkt **5.1.1.1** ausgeführt, dass bei positiver Beantwortung der Frage, ob bei dem Patienten zweimal innerhalb einer Woche vor dem Serum-Kreatinin-Test eine Dialyse/Nierenersatztherapie durchgeführt wurde, der Kreatinin-Wert unabhängig von dem tatsächlich gemessenen Wert auf 4,0 mg/dl festgesetzt wird. Grund hierfür ist, dass aufgrund der Durchführung der Nierenersatztherapie / Dialyse der Kreatinin-Wert in der Regel niedriger ist als vor der Therapie und deshalb die Störung der Nierenfunktion, die bei der MELD-Score-Berechnung eine erhebliche Rolle innehat, durch den nach einer Dialyse gemessenen Kreatinin-Wert nicht adäquat abgebildet wird.

Bei der Anmeldung eines jeden Patienten bei Eurotransplant sowie bei jeder Rezertifizierung muss im ENIS-System die Frage, ob der Patient zweimal innerhalb einer Woche vor dem Serum-Kreatinin-Test eine Nierenersatztherapie hatte, durch Auswählen der Antwortmöglichkeiten „Yes“ = Ja oder „No“ = Nein beantwortet werden. Soweit in dem Manual der Begriff Dialyse und im ENIS-System der Begriff „RRT“ (Renal Replacement Therapy = Nierensatztherapie) verwendet wird, ist anzumerken, dass unter den Begriff der Nierenersatztherapie alle Therapieverfahren subsumiert werden, die einen ausreichenden Ersatz der Nierenfunktion übernehmen. Hierbei kann es sich sowohl um eine Dialyse als auch um eine Nierentransplantation handeln. Bei dem Begriff Dialyse wird die Hämodialyse, die in 95 % der Fälle durchgeführt wird, und die Peritonealdialyse (= Bauchfelldialyse) unterschieden.
Da in den Richtlinien der Bundesärztekammer der Begriff Dialyse verwendet wird und es sich hierbei um die am häufigsten verwendete Form der Nierenersatztherapie handelt, wird nachfolgend, sofern nicht die Eingabe im ENIS-System zitiert wird, zur Vereinheitlichung der Begriffe der Begriff Dialyse verwendet.

Während in dem **Manual von Eurotransplant** ausgeführt ist, dass bei positiver Beantwortung der Frage, ob der Patient zweimal innerhalb einer Woche vor dem Serum-Kreatinin-Test eine Dialyse hatte, der Serum-Kreatinin-Wert in der MELD-

Formel auf 4 mg/dl gesetzt werde, ist in den **Richtlinien der Bundesärztekammer** hierzu dargelegt, dass der Kreatinin-Wert bei *Dialysepatienten* zum Zweck der Bestimmung des MELD-Scores auf 4 mg/dl festgesetzt werde. Diese Formulierung findet sich sowohl in den zu den verfahrensgegenständlichen Zeiten gültigen Fassungen als auch in der aktuellen Fassung der Richtlinie der Bundesärztekammer.

Die Regelung, dass bei Dialysepatienten bzw. Patienten, bei denen zweimal innerhalb einer Woche vor dem Serum-Kreatinin-Test eine Nierenersatztherapie durchgeführt wurde, ist im vorliegenden Verfahren von besonderer Bedeutung, da – wie noch näher darzulegen sein wird – die Kammer davon überzeugt ist, dass in zehn der elf verfahrensgegenständlichen sogenannten „Manipulationsfälle“, mithin in denen der Patienten **S., F., B., I., W., W., P., I.,** O. und F. falsche Angaben über Dialysebehandlungen gemacht wurden. Lediglich im Fall der Patientin V. erfolgten insoweit zutreffende Angaben gegenüber Eurotransplant. In den übrigen Fällen (Ziffern 1., 3.-11. der Anklage) wurde wahrheitswidrig (im Fall I. nicht ausschließbar fahrlässig) eine zweimalige Nierenersatztherapie in der Woche vor dem letzten Kreatinin-Test behauptet, wobei dem Angeklagten bei den Patienten **S.**, **F.** und **O.** nicht mit der erforderlichen Sicherheit nachgewiesen werden konnte, dass er die Falschangaben veranlasste bzw. hiervon wusste. Durch die Falschangaben wurde in allen zehn Fällen bewirkt, dass der Kreatinin-Wert dieser Patienten auf 4,0 mg/dl hochgesetzt wurde. Da die gemessenen Kreatinin-Werte – jedenfalls zum Zeitpunkt der Übermittlung der unzutreffenden Angaben über die Nierenersatztherapie an Eurotransplant – in allen zehn Fällen niedriger waren, wurde in diesen Fällen bereits durch die falsche Angabe der MELD-Score der Patienten – vereinzelt deutlich – erhöht.

Im Tatsächlichen haben sich die unterschiedlichen Formulierungen, die in den **Richtlinien der Bundesärztekammer** und dem **Manual von Eurotransplant** zu den Nierenersatzverfahren bzw. Dialysen aufgeführt sind, letztlich nicht ausgewirkt, weil keiner der verfahrensgegenständlichen Patienten, bei denen die Durchführung einer entsprechenden Nierenersatztherapie behauptet worden war, vor der entsprechenden Meldung an Eurotransplant Dialysepatient war.

Der labMELD muss in bestimmten Abständen aktualisiert bzw. rezertifiziert werden. In dem **Eurotransplant-Manual** sind folgende Rezertifizierungsfristen für den labMELD angegeben:

MELD	labMELD läuft ab nach	Benachrichtigung vor Ablaufdatum	Ablaufzeit von Laborwerten bei Datenaufnahme
MELD ≥ 25	7 Tagen	2 Tage	nicht älter als 48 Stunden
MELD ≤ 23, > 18	30 Tagen	7 Tage	nicht älter als 7 Tage
MELD ≤ 18, ≥ 11	90 Tagen	14 Tage	nicht älter als 14 Tage
MELD ≤ 10	365 Tagen	30 Tage	nicht älter als 30 Tage

In den Richtlinien der Bundesärztekammer sind folgende Rezertifizierungsfristen aufgeführt:

MELD ≥ 25	Rezertifizierung nach 7 Tagen	Laborwerte nicht älter als 48 Stunden
MELD ≤ 24, > 18	Rezertifizierung nach 1 Monat	Laborwerte nicht älter als 7 Tage
MELD ≤ 18, ≥ 11	Rezertifizierung nach 3 Monaten	Laborwerte nicht älter als 14 Tage
MELD ≤ 10, > 0	Rezertifizierung nach 12 Monaten	Laborwerte nicht älter als 30Tage

Ein Vergleich der Rezertifizierungsfristen zeigt, dass Eurotransplant die Rezertifizierungsfristen nach vollen Tagen bemisst und die Bundesärztekammer hinsichtlich der MELD-Werte, die kleiner sind als 25, nach vollen Monaten.

Zurückstufung des MELD-Scores, falls keine rechtzeitige Rezertifizierung erfolgt

In den zu den verfahrensgegenständlichen Zeitpunkten geltenden Fassungen des Eurotransplant-Manuals ist hierzu unter dem Gliederungspunkt 5.6.1.2.1. ausgeführt, dass ein Patient, dessen labMELD nicht während der geplanten Rezertifizierungsphase aktualisiert wurde, am Ende der geplanten Rezertifizierungsphase auf den unmittelbar vorhergenannten niedrigeren MELD zurückzustufen ist. Wird der Patient innerhalb des Zeitintervalls dieses niedrigeren Scores erneut nicht rezertifiziert, wird dieser Kandidat auf MELD 6 zurückgestuft. Gibt es keinen unmittelbar vorhergehenden niedrigeren MELD, so wird der Kandidat auf MELD 6 zurückgestuft.

Wenn ein Patient zunächst einen MELD-Score von 25 hatte und dieser MELD auf 30 stieg, wurde der MELD-Score, wenn der labMELD des Patienten nicht innerhalb von

sieben Tagen rezertifiziert wurde, zunächst wieder auf 25 zurückgestuft. Erfolgte binnen der nächsten sieben Tage erneut keine Rezertifizierung des labMELD, erhielt der Patient den MELD-Score 6.

In den **Richtlinien der Bundesärztekammer** war und ist nach wie vor insoweit ausgeführt, dass der MELD-Score, wenn innerhalb der festgesetzten Fristen keine Rezertifizierung erfolge, auf den Wert 6 zurückzustufen ist. Im Unterschied zu den zu den verfahrensgegenständlichen Zeitpunkten geltenden Fassungen des **Manuals von Eurotransplan**t sahen und sehen die Richtlinien der Bundesärztekammer somit nicht vor, dass die Zurückstufung zunächst – sofern vorhanden – auf den unmittelbar vorherigen MELD erfolgt.

Dieser Unterschied kann ganz erhebliche Auswirkungen auf die Reihenfolge der Patienten auf der Match-Liste haben. Hierzu das nachfolgende

Beispiel 2:

> *Patient P hatte zunächst einen labMELD von 38 und sodann einen labMELD von 40. Nachdem die innerhalb von sieben Tagen erforderliche Rezertifizierung des labMELD nicht erfolgt war, stuft Eurotransplant den labMELD des Patienten P auf 38 zurück. Daraufhin erhält der Patient P in dem Match-Verfahren I ein Organangebot, das die Ärzte des Patienten P annehmen und diesem auch transplantierten.*
> *Hätte der Patient P das Organ nicht erhalten, wäre es dem Patienten Q angeboten und diesem auch nach Annahme des Organs transplantiert worden.*

Wenn Eurotransplant den Patienten P den Richtlinien der Bundesärztekammer folgend nicht auf den MELD-Score 38, sondern sofort auf den MELD-Score 6 zurückgestuft hätte, hätte dies zur Folge gehabt, dass der Patient P in dem Match-Verfahren I keine Chance gehabt hätte, das Organ zu erhalten. An seiner Stelle hätte vielmehr der Patient Q die Spenderleber erhalten. Dies wiederum hätte zur Folge gehabt, dass Q an keinem weiteren Match-Verfahren teilgenommen und den Verlauf dieser Match-Verfahren nicht beeinflusst hätte. Wenn der Patient Q im Match-Verfahren I die Spenderleber erhalten hätte, hätte allerdings der Patient P an weiteren Match-Verfahren teilgenommen und gegebenenfalls dort nach erneutem Anstieg seines MELD-Scores eine Spenderleber erhalten, die ohne seine Teilnahme ein anderer Patient erhalten hätte. Auch dieses Beispiel zeigt, wie vielfältig die Möglichkeiten sind, den Verlauf der Match-Verfahren zu beeinflussen.
Würde man dies als Tötungs- oder Körperverletzungsunrecht ansehen, könnte im Beispielsfall 2 ein strafrechtlich relevantes Verhalten in Betracht kommen. Denkbar

wäre dies zum Beispiel dann, wenn der Patient Q, nachdem er im Match-Verfahren I die Spenderleber nicht erhalten hatte, gestorben wäre. Denn Eurotransplant wäre verpflichtet gewesen, den MELD-Score des Patienten P so, wie es in den Richtlinien der Bundesärztekammer ausgeführt ist, auf 6 zurückzustufen. Dies hätte zur Folge gehabt, dass der Patient Q das Organ erhalten und überlebt hätte.
Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang, dass Eurotransplant diese Regelung mittlerweile geändert hat und nunmehr seit der Version 4.1 (Fassung vom 28. Mai 2013) im Kapitel 5 unter dem Gliederungspunkt 5.6.1.2.1. geregelt hat, dass in den Fällen, bei denen der labMELD eines Empfängers nicht während der festgesetzten Rezertifierungsphase rezertifiziert werde, der Wert am Ende der festgesetzten Rezertifizierungsphase auf MELD 6 zurückzustufen ist.

Qualitätssicherung und Datenprüfung

Hinsichtlich des labMELD der registrierten Patienten findet bei Eurotransplant eine Qualitätssicherung und Datenprüfung statt. Diese Prüfung („audit“) erfolgt regelmäßig bei einem MELD-Score 25+. Dies hat zur Folge, dass bei einem MELD 25+ immer die Original-Labordaten der Patienten an Eurotransplant übersendet werden müssen. Darüber hinaus finden bei Patienten mit berechnetem labMELD < 25 Zufallsprüfungen („random audit“) statt. Auch hier müssen die Original-Labordaten an Eurotransplant übersendet werden.
Wenn bis zum Morgen nach der Registrierung mit labMELD 25+ oder einem „random audit“ keine Labordaten übersandt wurden, wird der bei der Dateneingabe bzw. bei dem random audit angegebene labMELD für ungültig erklärt.

Sofern die Prüfungen keine Auffälligkeiten ergeben, erhält der Empfänger den bewilligten Status und der labMELD wird offiziell für gültig erklärt.

Im Gegensatz zu mitgeteilten Blutwerten wurden die Angaben zur Durchführung von zwei Dialysen in der Woche vor dem Kreatinin-Test zu den verfahrensgegenständlichen Zeiten nicht überprüft.

- **exceptional MELD**

In einigen Fällen wird die Dringlichkeit der Transplantation durch den labMELD nicht adäquat ausgedrückt. Diesen Patienten kann auf Antrag des

Transplantationszentrums ein sogenannter „exceptional (= Ausnahme-) MELD“ zugewiesen werden. Auch hierbei handelt es sich um einen in der Transplantationsmedizin gebräuchlichen Terminus, weshalb im Weiteren der Ausnahme-MELD als exceptionalMELD bezeichnet wird.
Bei den Ausnahmen, die zu der Zuweisung eines exceptional MELD führen können, unterscheidet man Standardausnahmen (= **S**tandard **E**xceptions, abgekürzt: **SE**) und Nicht-Standardausnahmen (= **N**on-**S**tandard **E**xceptions, abgekürzt: **NSE**).

Standardausnahmen (Standard-Exceptions)

Bei den Standardausnahmen handelt es sich um bestimmte Erkrankungen, die in den **Richtlinien der Bundesärztekammer** sowie dem Eurotransplant-Manual aufgeführt sind. Zu diesen Erkrankungen gehört zum Beispiel das hepatozelluläre Karzinom (HCC), das sich unter anderem auch bei dem Patienten **S.** entwickelt hatte. Bei dem Vorliegen eines hepatozellulären Karzinoms wird die Dringlichkeit der Lebertransplantation durch den MELD-Score allein nicht ausgedrückt, weil die Tumorerkrankung in der Regel progredient, also fortschreitend ist und dies wiederum den Erfolg einer Lebertransplantation einschränken oder aber im fortgeschrittenen Stadium eine Lebertransplantation sogar ausschließen kann.

Das Vorliegen einer Erkrankung, die zu den Standardausnahmen gehört, führt indes nicht ohne Weiteres dazu, dass ein exceptionalMELD gewährt wird. Für diese Erkrankungen sind vielmehr Kriterien festgesetzt worden, die vorliegen müssen, damit ein exceptionalMELD gewährt wird. Erfüllt die Erkrankung eines Patienten die spezifizierten Standardkriterien, weist ihm der medizinische Dienst von Eurotransplant auf einen entsprechenden Antrag des Transplantationszentrums einen initialen SE exceptional MELD zu, der in Prozent die Wahrscheinlichkeit des Todes innerhalb von drei Monaten wiedergibt und auf der Warteliste entsprechend vermerkt wird.
Dieser Status bleibt für einen Zeitraum, der in den **Richtlinien der Bundesärztekammer** mit **drei Monaten** und in dem Eurotransplant-Manual mit **90 Tagen** angegeben ist, bestehen und muss vor Ablauf dieser Frist erneut bestätigt werden. Nach der Überprüfung erfolgt bei weiterem Vorliegen der Voraussetzungen sodann eine Höherstufung des SE exceptional MELD. Der Umfang der Höherstufung ist ebenfalls für jede Erkrankung gesondert festgelegt.

So besteht beispielweise bei dem Vorliegen eines hepatozellulären Karzinoms ein initialer exceptional MELD von 15 % MELD-Äquivalent. Die Höherstufung, die nach den **Richtlinien der Bundesärztekammer** nach Überprüfung in **Drei-Monats-Schritten** und nach dem Eurotransplant-Manual nach jeweils **90 Tagen** erfolgt, beträgt 10 % MELD-Äquivalent.

Bei dem Patienten **S.,** dem aufgrund des Vorliegens eines hepatozellulären Karzinoms auf Antrag des Transplantationszentrums der UMG von Eurotransplant ein SE exceptional MELD zugeteilt wurde, wurden die in dem Antrag angegebenen diagnostischen Maßnahmen nicht durchgeführt. Der Patient **I.**, - der im Übrigen unter einem gemischten hepatozellulären und cholangiozellulären Karzinom litt, das bereits zu weit fortgeschritten war - erfüllte nicht die medizinischen Voraussetzungen der Gewährung einer Standardausnahme (SE). Gleiches gilt grundsätzlich auch für den Patienten S.. In diesem Fall blieb jedoch, da das für die Bewilligung eines exceptionalMELD zu weit fortgeschrittene Krankheitsstadium erst postoperativ bei der pathologischen Untersuchung der Leber des Patienten S. festgestellt wurde, zweifelhaft, ob dies für den Angeklagten bereits vor der Lebertransplantation erkennbar war.

Nicht-Standardausnahmen (Non-Standard Exception)

Die Patienten, bei denen keine Standardausnahme vorliegt bzw. die die Kriterien für eine Standardausnahme nicht erfüllen, kann das Transplantationszentrum gegenüber Eurotransplant einen Antrag auf Gewährung eines exceptionalMELD aufgrund einer Nicht-Standausnahme (NSE) stellen. In diesem Fall ist zu begründen, warum im konkreten Fall der labMELD die Dringlichkeit einer Transplantation bei diesem Patienten und dessen Krankheitsbild nicht adäquat widerspiegelt.
Von Eurotransplant wird daraufhin ein sogenanntes Audit-Verfahren durchgeführt. Das heißt, die Patienten müssen von der nationalen Auditgruppe eine Genehmigung erhalten, bevor der exceptionalMELD bewilligt werden kann.
Patienten, die die Bewilligung für eine Nicht-Standardausnahme durch die nationale Auditgruppe erhalten haben, bekommen standardmäßig einen initialen MELD von 15 % MELD-Äquivalent, was, wie vorstehend bereits dargelegt, der Wahrscheinlichkeit

eines Todes innerhalb von drei Monaten entspricht. Auch insoweit gilt, dass dieser Status für einen Zeitraum, der in den **Richtlinien der Bundesärztekammer** mit **drei Monaten** und in dem **Eurotransplant-Manual** mit **90 Tagen** angegeben ist, bestehen bleibt und vor Ablauf dieser Frist erneut bestätigt werden muss. Nach der Überprüfung erfolgt bei weiterem Vorliegen der Voraussetzungen sodann eine Höherstufung des NSE exceptionalMELD. Der Umfang der Höherstufung beträgt 10 % MELD-Äquivalent.

Äquivalent Drei-Monats-Mortalität

Zum Äquivalent Drei-Monats-Mortalität bzw. MELD-Äquivalent ist in Kapitel 5 unter 5.11.2 des Manuals von Eurotransplant folgende Tabelle angegeben:

MELD-Score	Äquivalent 3-Monats-Mortalität
20	10 %
22	15 %
24	20 %
25	25 %
26	30 %
28	35 %
29	40 %
29	45 %
30	50 %
31	55 %
32	60 %
33	65 %
33	70 %
34	75 %
35	80 %
36	85 %
37	90 %
39	95 %
40	100 %

Wenn der exceptionalMELD zu dem Zeitpunkt, zu dem die Match-Liste für eine bestimmte Leber erstellt wird, gleich oder höher ist als der labMELD, kommt für dieses Match-Verfahren der exceptionalMELD zur Anwendung. Ist der exceptionalMELD niedriger als der labMELD, ist der labMELD maßgeblich.

Da in den konkreten Match-Verfahren, in denen den Patienten S. und I. eine Leber zugeteilt wurde, jeweils der labMELD höher war als der zugewiesene exceptionalMELD, hat dieser sich bei beiden Patienten im Ergebnis nicht ausgewirkt.

- **pediatricMELD = Empfänger im Alter von < 16 Jahren**

Während erwachsene Patienten (= Empfänger ab dem Alter von 16 Jahren) nach ihrem labMELD oder exceptionalMELD in absteigender Reihenfolge eingeteilt werden, erhalten alle pädiatrischen Patienten (zusätzlich) automatisch einen initialen pediatricMELD zugeordnet. Der pediatricMELD ist für das hiesige Verfahren nicht entscheidungsrelevant.

- **matchMELD**

Hierbei handelt es sich um den MELD-Score, der im konkreten Match-Verfahren für den Empfänger verwendet wird, also entweder der labMELD oder - sofern vorhanden - der exceptionalMELD bzw. bei pädiatrischen Patienten auch der pedriatricMELD. Welcher dieser drei MELD-Scores als matchMELD für das konkrete Zuteilungsverfahren für ein Organ verwendet wird, hängt davon ab, welcher Wert am höchsten ist.

- **Übersicht**

Zusammengefasst ergeben sich somit folgende MELD-Kategorien:

MELD	Beschreibung
labMELD	MELD-Scores, die nach Dateneingabe von Laborwerten berechnet werden oder zurückgestufte labMELD-Scores wenn die Werte nicht rezertifiziert, also nicht rechtzeitig erneuert werden
pediatricMELD	MELD-Alternative für Kinder < 16 Jahre
exceptionalMELD	MELD-Scores entweder für Standardausnahmen (standard exceptions, SE) oder Nicht - Standardausnahmen (non-standard exceptions, NSE)
matchMELD	Der beim Match-Verfahren zugewiesene MELD-Score, d. h. entweder labMELD, pediatricMELD oder exceptionalMELD. In allen Fällen wird zum Vorteil des Patienten, der höchste gültige MELD-Score zum Zeitpunkt des Match-Verfahrens genommen.

In Match-Listen wird der Dringlichkeitsstatus der transplantablen Patienten, bei denen sich die Verteilung nach dem MELD-Wert richtet, als „T“ bezeichnet.

(bbbb) Region

Haben zwei oder mehr T-Empfänger denselben labMELD bzw. exceptionalMELD, werden diese regional sortiert, um schließlich denjenigen berücksichtigen zu können, der dem Spender an nächsten „liegt“. In Deutschland gibt es die nachfolgend dargestellten sieben Spenderregionen:

Spenderregion	Transplantationszentrum
GBWOR	Heidelberg (GHB), Tübingen (GTU)
GBYOR	München Großhadern (GML), München r.d. Isar (GMH), Nürnberg (GNB), R. (GRB), Würzburg (GWZ)
GMIOR	Frankfurt (GFM), Mainz (GMZ)
GNDOR	**G. (GGO)**, Hamburg (GHG), Hannover (GHO), Kiel (GKI)
GNOOR	Berlin Charité (GBC), Rostock (GRO)
GNWOR	Aachen (GAK), Bonn (GBO), E. (GES), Köln-Lindenthal (GKL), Köln-Merheim (GKM), Münster (GMN)
GOSOR	Jena (GJE), Leipzig (GLP), Magdeburg (GMB)

Das Transplantationszentrum der UMG gehörte zu den verfahrensgegenständlichen Zeiten zu der Region GNDOR.

(cccc) Wartezeit

Innerhalb der Gruppen, d. h. für Empfänger innerhalb und außerhalb der Spenderregionen, erfolgt eine Sortierung nach deren angesammelter Wartezeit. Nach der Registrierung eines Empfängers mit aktiver Dringlichkeit beginnt die allgemeine Wartezeitzählung. Jeder Tag, der in einer aktiven Dringlichkeitsstufe verbracht wird zählt zur allgemeinen Wartezeit. Die Wartezeit wird in Tagen gezählt und ist unbegrenzt.

In dem **Eurotransplant-Manual** ist hierzu ausgeführt, dass die Wartezeit, die für die Einteilung zählt, aus der verbrachten Zeit in Tagen im aktuellen MELD, zuvor (im aktuellen MELD) oder in einem höheren labMELD oder exceptionalMELD, zuvor in HU besteht. Der Kandidat mit der längsten Wartezeit kommt an die erste Stelle.

Seit der Version 4.3. in der (Fassung vom 26. September 2013) ist ausgeführt:

Die Wartezeit, die für die Einstufung herangezogen wird, setzt sich aus der Zeit in Tagen zusammen, die verbracht wurde:

- im aktuellen MELD,
- zuvor höherer labMELD oder exceptionalMELD,
- zuvor in HU.

Wartezeit in dem vorangegangenem höheren labMELD oder exceptionalMELD wird nur gezählt, wenn dazwischen keine Rückstufung oder niedriger MELD vorlag.

In den **Richtlinien der Bundesärztekammer** ist geregelt, dass bei der Allokation nach Wartezeit die zusammenhängenden Tage der Wartezeit mit diesem und gegebenenfalls einem unmittelbar vorausgehenden, höheren MELD zu berücksichtigt seien. Wenn auch diese Wartezeit identisch ist, erfolgt die Allokation nach der Gesamtwartezeit.

(b) Organverteilung

Hinsichtlich der Organverteilung kann man das Standardverfahren (Regelallokation) und das beschleunigte Vermittlungsverfahren unterscheiden.

(aa) Standardvergabeverfahren

Bei der Regelallokation erfolgen die Angebote empfängerorientiert gemäß der Reihenfolge der Patienten, die sich auf der für dieses Organ erstellten Match-Liste befinden. Es wird zunächst ein verbindliches Erstangebot an den Patienten abgegeben, der als erster auf der Liste steht. Gleichzeitig wird dem nachfolgenden Patienten ein Zweit- bzw. Reserveangebot gemacht. Das Zentrum, in dem der Patient mit dem Erstangebot registriert ist, darf das Organ nur für diesen Patienten annehmen und auch nur diesem Patienten transplantieren. Die Entscheidungsfrist bei Lebern beträgt grundsätzlich 30 Minuten. Entsprechendes gilt für das Reserveangebot. Deshalb ist es denkbar, dass das Zentrum, das für den zweiten Patienten das Reserveangebot erhalten hat, seine ablehnende oder zustimmende

Entscheidung schon mitgeteilt haben kann, bevor das erste Zentrum entschieden hat.
Wenn das Erstangebot angenommen wird, erhält das Zentrum, das für den zweiten Patienten das Reserveangebot erhielt, eine Mitteilung, dass das Reserveangebot zurückgezogen wird.
Wenn das Zentrum, das das Erstangebot erhalten hat, dieses Angebot ablehnt und das Zentrum, dessen Patient das Reserveangebot erhalten hat, dieses angenommen hat, darf auch dieses Zentrum nur diesem Patienten das Organ transplantieren. Wenn sowohl das Erst- als auch das Reserveangebot abgelehnt werden, erfolgen weitere Angebote an die nachfolgenden Patienten auf der Matchliste und zwar nach der Reihenfolge ihrer Auflistung.
Sollte die Situation eintreten, dass ein Organ für einen bestimmten Patienten angenommen und erst kurz vor der Transplantation festgestellt wird, dass es für diesen nicht geeignet ist, darf das Transplantationszentrum dieses Organ nicht einem anderen Patienten dieses Zentrums transplantieren, sondern muss Eurotransplant hiervon unterrichten.

(bb) Beschleunigtes Vermittlungsverfahren – Rettungsallokation

Wenn ein Organ nicht über die reguläre Allokation akzeptiert wird, kann Eurotransplant von dem Standardvergabeverfahren in das beschleunigte Vermittlungsverfahren übergehen, um den Verlust des Organs für die Transplantation zu vermeiden. Es gibt verschiedene Gründe, warum ein Organ möglicherweise nicht über eine reguläre Allokation akzeptiert wird und in das beschleunigte Vermittlungsverfahren gegeben wird. Die häufigsten Gründe sind:

- medizinische Gründe: Wenn ein nicht-renales Organ von drei verschiedenen Zentren aus medizinischen Gründen zurückgewiesen wurde,
- logistische Gründe: Wenn das Entnahmezentrum nicht rechtzeitig erreicht werden kann, etwa aufgrund schlechten Wetters oder der Spender instabil ist.

Für Lebern wurde im Jahr 2012 – also nach den verfahrensgegenständlichen Transplantationen – das Prozedere für die Rettungsallokation bei Eurotransplant geändert. Eine Leber-Rettungsallokation wird seitdem nur noch dann eingeleitet, wenn eine Leber eine Stunde vor dem geplanten Explantationszeitpunkt noch nicht alloziert wurde.

Eurotransplant nutzt **zwei Arten von Rettungsallokationen**: die **Rettung in der Reihenfolge der Match-Liste** und die **„Kompetitive“ Rettungsallokation**. Zu den verfahrensgegenständlichen Zeiten gab es die nachfolgenden Regelungen:

(aaa) Rettung in der Reihenfolge der Match-Liste (reguläres Zentrumsangebot)

Sofern noch ausreichend Zeit zur Allokation bestand, gingen die Rettungsangebote an Zentren der Spenderregion in derjenigen Reihenfolge, in der die Empfänger auf der von Eurotransplant erstellten Match-Liste standen. Falls innerhalb dieser Region keine Empfänger gefunden werden konnten, etwa weil deren Ärzte das Organ letztlich doch nicht für geeignet hielten, wurde das Organ weiter entfernt liegenden Zentren angeboten.

(bbb) Kompetitive Rettungsallokation (kompetitives Zentrumsangebot)

Wenn nur noch eine begrenzte Zeit für die Allokation zur Verfügung stand, erging ein kompetitives Angebot an mindestens drei Zentren der Region mit einer Zuteilung an dasjenige Zentrum, welches das Angebot als erstes akzeptierte. Das Zentrum konnte den Empfänger unter allen AB0-komkompatiblen Empfängern dieses Zentrums auswählen.

Bei den Patienten **D., T.** und **M.** nahm der Angeklagte entsprechende kompetitive Zentrumsangebote an und transplantierte diese den genannten Patienten.

In den **Richtlinien der Bundesärztekammer**, die zum Zeitpunkt der Transplantationen der Patienten M. und T. in Kraft waren, wurde nicht ausdrücklich zwischen dem regulären und dem kompetitiven Zentrumsangebot unterschieden. Unter der Überschrift „Beschleunigtes Vermittlungsverfahren“ war insoweit ausgeführt:

> *„Die Vermittlungsstelle ist zu diesem Verfahren berechtigt, wenn*
> - *eine Kreislaufinstabilität des Spenders eintritt oder*
> - *aus logistischen oder organisatorischen Gründen ein Organverlust droht oder*
> - *aus spender- oder aus organisatorischen Gründen*
>
> *drei Zentren das Angebot eines Herzens, von Lungen, eines Pankreas oder einer Leber oder fünf Zentren das Angebot einer Niere abgelehnt haben.*

Im beschleunigten Vermittlungsverfahren gilt für jedes Organangebot eine Erklärungsfrist von maximal 30 Minuten. Wenn sie überschritten wird, gilt das Angebot aus organisatorischen Gründen als abgelehnt.

Um die Ischämiezeit möglichst kurz zu halten, werden Organe im beschleunigten Vermittlungsverfahren primär innerhalb einer Region angeboten. Die Vermittlungsstelle stellt dabei dem Zentrum oder den Zentren eine Liste von potentiellen Empfängern zur Verfügung, nach der das Zentrum oder die Zentren den gegenwärtig am besten geeigneten Empfänger in der Reihenfolge der Auflistung auswählen. Wenn Patienten aus mehr als einem Zentrum in Betracht kommen, wird das Organ dem Patienten zugeteilt, für den die Akzeptanzerklärung des zuständigen Zentrums als erste bei der Vermittlungsstelle eingegangen ist. Die Zentren müssen die Auswahlentscheidung gegenüber der Vermittlungsstelle dokumentieren."

Zum Zeitpunkt der Transplantation des Patienten D. war der Ablauf des beschleunigten Vermittlungsverfahrens ebenso.

Zwischenzeitlich wurde der Ablauf des beschleunigten Vermittlungsverfahrens modifiziert, was jedoch für das hiesige Verfahren keine Bedeutung hat.

(ee) Übersicht über den Allokationsalgorithmus erwachsener Spender (≥ 46 kg)

Bei der Zuteilung von Spenderlebern ergibt sich somit in Deutschland bei erwachsenen Spendern ≥ 46 kg folgende Reihenfolge:

1. HU-Patienten aus allen ET-Ländern
(pädiatrisch & erwachsen)

Wenn mehr als 1 HU-Patient vorhanden ist, erscheinen die HU-Patienten in der Reihenfolge ihrer Wartezeit im HU-Status.

|

2. ACO-Multiorgan-Patienten aus allen ET-Ländern
(pädiatrisch & erwachsen)

Wenn mehr als ein ACO-Patient vorhanden ist, erscheinen die ACO-Patienten in der Reihenfolge ihrer Wartezeit im ACO-Status.

|

3. Pädiatrische & erwachsene Patienten in Ländern/Zentren mit offener Angebotsverpflichtung eingestuft nach MELD

|

4. Pädiatrische & erwachsene Patienten in Deutschland

Eingestuft nach
a) MELD
b) Spenderregion
c) Wartezeit

|

5. Pädiatrische & erwachsene Patienten in anderen ET-Ländern eingestuft nach MELD.
|
6. Gegebenenfalls Angebot des Organs außerhalb der Eurotransplant-Region

cc) Lebertransplantationen in der U.G.

Da die wesentlichen organisatorischen und personellen Strukturen der U.G. (UMG) sowie der Ablauf der Behandlung der Patienten von der Diagnose einer Lebererkrankung bis zur Transplantation für sämtliche verfahrensgegenständlichen Patienten von Bedeutung ist, werden diese Strukturen und Abläufe zunächst allgemein dargestellt. Dies gilt auch für Umstände, die im Rahmen der Beweiswürdigung bei allen Patienten zu bedenken waren und deshalb in den konkreten Fällen im Rahmen der Gesamtwürdigung zu berücksichtigen waren Dies gilt etwa für die Frage nach Anhaltspunkten dafür, ob der Angeklagte, wie ihm vorgeworfen, unzutreffende allokationsrelevante Patientendaten durch die Zeugen W. und S. an Eurotransplant hat übermitteln lassen bzw. ob der Angeklagte Geld oder andere Vorteile für die Bevorzugung eines Patienten **S.**, **V. etc**. erhielt. Hierfür ist insbesondere von Bedeutung, dass der überwiegende Teil dieser Patienten vor der Aufnahme in die Warteliste im Zentrum Innere Medizin in der Abteilung „Gastroenterologie und Endokrinologie“ behandelt wurde, deren Leiter zu den verfahrensgegenständlichen Zeiten der gesondert Verfolgte Prof. Dr. R. war. Zudem wurde die Entscheidung, ob es bei einem Patient angezeigt war, eine Lebertransplantation durchzuführen oder ob alternative Behandlungsmöglichkeiten wie zum Beispiel eine medikamentöse Behandlung oder die Anlage eines TIPS vorzuziehen waren, in der Regel in dieser Abteilung und nicht durch den Angeklagten getroffen.

Da gerade im Bereich der Lebertransplantationen verschiedene Zentren der UMG und innerhalb dieser Zentren auch unterschiedliche Abteilungen in die Diagnostik und Therapie der Transplantationspatienten involviert waren, ist die Kenntnis der Verfahrensabläufe zur damaligen Zeit wichtig für die Beurteilung der Frage, an welchen Stellen Manipulationen bzw. Falschangaben überhaupt und wenn ja durch wen erfolgen konnten. Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, dass der

gesondert Verfolgte Prof. Dr. R., gegen den im Zusammenhang mit möglichen Manipulationen bei der Organvergabe in der UMG ebenfalls strafrechtliche Ermittlungen geführt werden und der sich im hiesigen Verfahren auf § 55 StPO berufen und nicht ausgesagt hat, eine frühzeitige Aufnahme leberkranker Patienten in die Warteliste befürwortete. Darüber hinaus vertrat er die Auffassung, dass die Beurteilung der Dringlichkeit einer Transplantation nach dem MELD-Score unzulänglich sei. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, dass der gesondert Verfolgte Prof. Dr. R. ihm unterstehende Ärzte veranlasste, Manipulationen der Blutwerte von Patienten vorzunehmen und durch einen besonders autoritären Führungsstil jegliche Kritik oder Widerstand anderer Ärzte unterband.

(1) Wesentliche organisatorische und personelle Strukturen der UMG, soweit sie in der verfahrensgegenständlichen Zeit mit Lebertransplantationen in Zusammenhang standen

[…]

(2) Allgemeiner Ablauf von der ersten Behandlung der Patienten bis zu deren Transplantation in der UMG

(a) Ambulante und stationäre Behandlung sowie Evaluation von Patienten für eine Lebertransplantation

Die Patienten kamen in der Regel in die UMG, weil niedergelassene Ärzte oder Ärzte anderer Krankenhäuser den Verdacht oder aber auch bereits die diagnostische Gewissheit hatten, dass bei ihren Patienten eine Lebererkrankung vorlag, die eine Transplantation erforderlich machen könnte. Einige Patienten begaben sich mit ihren Beschwerden auch direkt in die UMG, wo gegebenenfalls eine Lebererkrankung diagnostiziert wurde. Des Weiteren gab es Patienten, die bei dem Auftreten schwerwiegender Komplikationen ihrer Lebererkrankung, wie zum Beispiel massiven Blutungen aus der Speiseröhre oder dem Magen-Darm-Trakt, einer Enzephalopathie oder einer Sepsis notfallmäßig in die UMG eingeliefert wurden und dort entweder auf einer der Intensivstationen, einer der Stationen von Prof. Dr. R. oder in der Abteilung Allgemein- oder Viszeralchirurgie Aufnahme fanden.

Wenn ein Patient wegen seiner Lebererkrankung bzw. der hierdurch aufgetretenen Symptome und Komplikationen in der UMG vorstellig wurde und nicht den Wunsch geäußert hatte, von dem Angeklagten oder einem anderen Arzt aus der Abteilung der Transplantationschirurgie behandelt zu werden, wurde er im Regelfall – je nach seiner gesundheitlichen Verfassung – zunächst ambulant in der hepatologischen (Leber-) Ambulanz der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie untersucht und behandelt oder auf einer der Stationen von Prof. Dr. R. aufgenommen.
Sofern die Ärzte im Rahmen der ambulanten oder stationären Untersuchungen zu der Einschätzung gelangten, dass bei dem betreffenden Patienten eine Lebertransplantation als Therapieoption in Betracht kam, wurden weitere Untersuchungen dahingehend durchgeführt, ob eine Indikation für die Durchführung einer Lebertransplantation bestand bzw. ob gegebenenfalls Kontraindikationen oder Hinderungsgründe für die Aufnahme in die Warteliste vorlagen. Es wurde mithin eine sogenannte Evaluation für eine Lebertransplantation durchgeführt.

Diese Evaluationen, die im Regelfall stationär erfolgten, wurden in der ganz überwiegenden Anzahl der Fälle in der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie von Prof. Dr. R. durchgeführt. Dieser verfolgte das Ziel, möglichst alle Patienten, bei denen eine Lebertransplantation als Therapieoption geprüft wurde, in seiner Abteilung evaluieren zu lassen. Gleichwohl wurde ein Teil der Patienten in der Transplantationschirurgie für eine Lebertransplantation evaluiert. Hierbei handelte es sich zum Beispiel um Patienten, die ausdrücklich von dem Angeklagten behandelt werden wollten.

(b) Entscheidung über die Aufnahme von Patienten in die Warteliste und deren Registrierung bei Eurotransplant - Transplantationskonferenz

(aa) Bei den Patienten, die in der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie evaluiert wurden, wurde über die Frage, ob die Durchführung einer Lebertransplantation angezeigt war oder geeignete Behandlungsalternativen bestanden, in dieser Abteilung entschieden.

Die Patienten wurden im Rahmen einer sogenannten „Mittagsbesprechung“, die täglich stattfand, erörtert. An dieser Mittagsbesprechung nahmen in der Regel unter anderem Prof. Dr. R. und dessen Stellvertreter, der Oberarzt Prof. Dr. S., sowie

andere Oberärzte und Stations- bzw. Assistenzärzte teil. Ärzte der (Transplantations-)Chirurgie waren bei diesen Mittagsbesprechungen in der Regel nicht anwesend. Prof. Dr. R. vertrat die Auffassung, dass Patienten, bei denen eine Lebertransplantation in Betracht kam, möglichst frühzeitig in die Warteliste aufgenommen und bei Eurotransplant registriert werden sollten. Er war weiter der Ansicht, dass die Patienten auch mit einem niedrigen MELD-Score gelistet werden sollten. Wenn die durchgeführten Untersuchungen bzw. die Evaluation zu dem Ergebnis führten, dass bei einem Patienten eine Lebertransplantation in Betracht kam – worüber in der Regel Prof. Dr. R. selbst abschließend befand – wurden die Patienten in der Regel in der sogenannten Transplantationskonferenz vorgestellt.

(bb) Hinsichtlich der Patienten, die nicht in der Abteilung Gastroenterologie behandelt bzw. evaluiert worden waren, sondern in der Transplantationschirurgie, traf der Angeklagte die letztverantwortliche Entscheidung über die Durchführung einer Transplantation grundsätzlich ebenfalls allein. Auch diese Patienten wurden in der Regel in der Transplantationskonferenz vorgestellt.

(cc) Die Transplantationskonferenz fand einmal wöchentlich und zwar jeweils dienstags nachmittags statt. In der Regel waren Prof. Dr. R., sein Stellvertreter Prof. Dr. S. (Oberarzt der Station 4024 der Abteilung Gastroenterologie) und der Angeklagte sowie der gesondert Verfolgte Dr. L., der zu den verfahrensgegenständlichen Zeiten Oberarzt in der Transplantationschirurgie war, anwesend. Auch gegen diesen wurden im Zusammenhang mit der Organvermittlung und Transplantation an der UMG strafrechtliche Ermittlungen geführt. Er hat ebenso wie Prof. Dr. R. von seinem Auskunftsverweigerungsrecht Gebrauch gemacht. Die übrigen Teilnehmer und die Teilnehmerzahl wechselten. Ärzte anderer Fachrichtungen (z.B. Anästhesisten, Psychiater, Kardiologen, Onkologen) nahmen im Regelfall an der Transplantationskonferenz nicht teil. Ärzte dieser Fachrichtungen nahmen an den Konferenzen zumeist nur teil, wenn bei Patienten gesundheitliche Probleme bestanden, die in einen dieser Fachbereiche fielen.

Vor der Transplantationskonferenz wurde von einem Mitarbeiter der Abteilung Gastroenterologie eine Liste erstellt, auf der Patienten aufgelistet waren, die evaluiert wurden sowie Patienten, die sich bereits auf der Warteliste befanden oder schon transplantiert waren. Darüber hinaus war aufgeführt, welche Patienten in der

Konferenz besprochen werden sollten. Diese Listen bzw. Einladungen zur Konferenz wurden an die Ärzte verteilt, die regelmäßig an den Konferenzen teilnahmen.

In der Transplantationskonferenz wurde die Krankheitsgeschichte bzw. der Krankheitsverlauf der Patienten, bei denen Erörterungsbedarf bestand, in der Regel von den jeweiligen Assistenz- bzw. Stationsärzten vorgestellt. Der Schwerpunkt der Transplantationskonferenz bestand nicht in der Vorstellung von Patienten, deren Aufnahme in die Warteliste und Registrierung bei Eurotransplant in Betracht kamen, sondern bei Patienten, die bereits in die Warteliste aufgenommen oder auch bereits transplantiert worden waren und bei denen gesundheitliche Probleme bestanden.

Im Rahmen der Beweisaufnahme nicht verlässlich festgestellt werden, ob, wie von dem Angeklagten behauptet, tatsächlich alle Patienten, bei denen dies organisatorisch möglich gewesen wäre, vor ihrer Aufnahme in die Warteliste in der Transplantationskonferenz vorgestellt wurden. Eine Protokollierung bzw. eine Dokumentation der Konferenzen erfolgte nicht. Wenn Patienten zwischen zwei Transplantationskonferenzen in die UMG aufgenommen und im Hinblick auf die Eilbedürftig der Lebertransplantation noch vor Stattfinden der nächsten Transplantationskonferenz in die Warteliste aufgenommen, bei Eurotransplant registriert und sodann transplantiert wurden, wie dies zum Beispiel bei den Patienten, **F.**, **W.** und **W.** der Fall war, war die Vorstellung dieser Patienten in der Transplantationskonferenz vor der Aufnahme in die Warteliste nicht möglich. In diesen Fällen trafen, wenn es sich um Patienten von Prof. Dr. R. handelte, in der Regel dieser und der Angeklagte die Entscheidung über die Erforderlichkeit einer Transplantation und die Registrierung bei Eurotransplant. Wenn es sich um Patienten des Angeklagten handelte, die nicht in der Abteilung von Prof. Dr. R. evaluiert worden waren, traf der Angeklagte die letztverantwortliche Entscheidung allein.

Aber auch dann, wenn ein Patient nach seiner Evaluation in der Transplantationskonferenz vorgestellt wurde, erfolgte die Entscheidung darüber, ob der Patienten in die Warteliste für eine Lebertransplantation aufgenommen und bei Eurotransplant registriert werden sollte – sofern diese Entscheidung überhaupt in der Transplantationskonferenz getroffen wurde – nicht in einem förmlichen Konferenzbeschluss und auch nicht durch alle Anwesenden gemeinsam. Diese Entscheidung trafen vielmehr ausschließlich Prof. Dr. R. sowie der Angeklagte. Beide

tauschten sich auch außerhalb der Transplantationskonferenz über die Patienten aus.

(c) Aufklärung der Patienten vor der Aufnahme in die Warteliste und Registrierung bei Eurotransplant

Nach der Entscheidung, dass ein Patient in die Warteliste aufgenommen und bei Eurotransplant registriert werden sollte, wurde der Patient von dem Angeklagten, dem Oberarzt Dr. L. oder einem Arzt der Transplantationschirurgie über Risiken und Nutzen der Lebertransplantation sowie die Folgen der Transplantation für die weitere Lebensführung aufgeklärt. Das Aufklärungsgespräch fand, sofern der Patient nicht. bettlägerig bzw. intensivpflichtig und damit nicht transportfähig war, im Regelfall in der sogenannten Transplantations-Ambulanz statt. Wenn der Patient sich zu dieser Zeit nicht (mehr) stationär in der UMG befand, wurde er in die Transplantations-Ambulanz einbestellt.

Für die Durchführung der Aufklärung gab es keine SOP (Standard Operation Procedure = Standardanweisung). Die Aufklärung betraf schwerpunktmäßig chirurgische Aspekte. Es wurde im Wesentlichen über die Risiken, die bei einer Lebertransplantation bestehen, aufgeklärt. Insbesondere wurde darauf hingewiesen, dass die Gefahr bestehe, während der Operation oder im weiteren Verlauf an den Folgen der Transplantation zu versterben. Des Weiteren wurden die Patienten darüber aufgeklärt, dass sie lebenslang Immunsuppressiva einnehmen und regelmäßig Kontrolluntersuchungen durchführen lassen müssen. Die Patienten erhielten in der Regel eine mehrseitige Patienteninformation, die unter anderem Ausführungen über den Ablauf und die Risiken einer Lebertransplantation, mögliche Komplikationen und Informationen zur Nachbetreuung enthielt.

Eine konkrete Aufklärung darüber, ob und gegebenenfalls welche Behandlungsalternativen bestehen, erfolgte in der Regel im Rahmen der chirurgischen Aufklärung nicht mehr. Insoweit wurde seitens der Chirurgen davon ausgegangen, dass – sofern die Patienten in der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie evaluiert worden waren – die Entscheidung darüber, dass die Transplantation anderen Behandlungsalternativen vorzuziehen sei, bereits durch die Internisten getroffen worden sei. In der Abteilung Gastroenterologie wurde eine derartige Aufklärung allerdings schriftlich nicht dokumentiert.

Wenn der Patient mit der Aufnahme in die Warteliste und der Registrierung bei Eurotransplant sowie der Durchführung einer Lebertransplantation einverstanden war, unterzeichnete er, sofern er hierzu in der Lage war, ein entsprechendes Einwilligungsformular.

Nach der erteilten Einwilligung erhielt das Transplantations-Koordinationsbüro hierüber eine Mitteilung.

(d) Registrierung der Patienten bei Eurotransplant - Transplantations-Koordination

(aa) Besetzung des Transplantations-Koordinationsbüros

Das Transplantations-Koordinationsbüro wurde zum 1. September 2009 von der Stabsstelle des Vorstands Krankenversorgung direktionsrechtlich in die Abteilung Allgemeinchirurgie und dort in den Schwerpunkt der Transplantationschirurgie überführt, deren Leitung der Angeklagte innehatte. Zu den verfahrensgegenständlichen Zeiten waren der Transplantations-Koordinator R. W. und dessen Assistentin E.S. in der Transplantations-Koordination tätig.

In der Zeit von 2006 bis August 2010 hatten die Mitarbeiter des Transplantations-Koordinationsbüros W. und S. getrennte Büros auf unterschiedlichen Etagen im Hauptgebäude der UMG. Im August 2010 bezogen beide ein gemeinsames Büro, das aus zwei Zimmern bestand. Vom Klinikgang aus war das Büro nur durch eine Tür zu betreten. Von diesem Bürozimmer, in dem sich die Mitarbeiterin S. befand, gab es eine Verbindungstür zu dem Büro des Transplantations-Koordinators W..

(bb) Aufgabenbereich der Mitarbeiter des Transplantations-Koordinationsbüros

Aufgabe des Transplantations-Koordinationsbüros war es vor allem, die Patienten bei Eurotransplant anzumelden, Patientendaten in das sogenannte ENIS-System von Eurotransplant einzugeben, Aktualisierungen der Patientendaten vorzunehmen sowie Patienten bei Eurotransplant abzumelden. Darüber hinaus war dafür Sorge zu tragen, dass bei den Patienten, die sich auf der Warteliste befanden und bei Eurotransplant registriert waren, rechtzeitig Rezertifizierungen des MELD durchgeführt wurden. Diese Aufgaben nahm in erster Linie die Mitarbeiterin des

Transplantations-Koordinationsbüros S. wahr, während der Transplantations-Koordinator W. unter anderem Fortbildungsveranstaltungen über Transplantationen durchführte und die Abteilung nach außen repräsentierte.

(cc) Dateneingabe in das ENIS-System von Eurotransplant

(aaa) Die Anmeldung eines Patienten bei Eurotransplant sowie die Aktualisierung der entsprechenden Patientendaten erfolgte durch Eingabe der Angaben bzw. Daten in das ENIS-System von Eurotransplant. Bei dem ENIS-System („Eurotransplant Network Information System“) handelt es sich um eine Internet-Browser basierende Datenbank der Stiftung Eurotransplant in Leiden (Niederlande), in der in verschiedenen Bereichen die zur Organzuteilung und -vergabe notwendigen Daten aufgenommen und verwaltet werden. Die jeweiligen Eingaben erfolgten hierbei insbesondere durch entsprechende Zugriffsberechtigte der einzelnen Transplantationszentren, die jeweils über ein eigenes, personenbezogenes Passwort und einen Nutzernamen verfügten. Der Nutzername des Transplantations-Koordinators W. war „W.“ und der seiner Assistentin S. war „ES.“. Zu den verfahrensgegenständlichen Zeiten waren nicht nur der Transplantations-Koordinator W. und seine Assistentin S. berechtigt und in der Lage, Eintragungen im ENIS-System vorzunehmen, sondern auch bestimmte Ärzte, darunter die zu dieser Zeit in der Abteilung Gastroenterologie tätigen Ärzte Dr. L. und Dr. M.. Beide Ärzte pflegten in Einzelfällen allokationsrelevante Daten in das ENIS-System ein. Der Angeklagte verfügte ebenfalls über einen ENIS-Zugang.

Anhand der von Eurotransplant zur Verfügung gestellten Logfiles konnte zurückverfolgt werden, durch wen die Eintragungen, die in dem hiesigen Verfahren von Bedeutung sind, erfolgten. In den sogenannten „Manipulationsfällen“ wurden die relevanten Einträge danach in vier Fällen (bei den Patienten S., V., B. und P.) von dem Transplantations-Koordinator W. und in den übrigen sieben Fällen von dessen Assistentin S. gemacht.

(bbb) Die ENIS-Datenbank ist im Wesentlichen in folgende Bereiche aufgeteilt:

„ENIS-Remote“, „ENIS-LAB“ und „ENIS-Donordata“. „ENIS-Remote“ beinhaltet alle relevanten Daten der auf der Warteliste befindlichen Patienten. „ENIS-Lab“ enthält

alle Labordaten, die im Gewebetypisierungslabor ermittelt werden und „ENIS-Donordata“ alle relevanten Daten der Organspender.

(ccc) Der Zugang zum „ENIS-Remote-System“ erfolgte über den Aufruf der Internetseite von Eurotransplant sowie der Eingabe eines sogenannten Logins. Die Eingabe der Daten für die Patienten, die bei Eurotransplant gelistet werden sollten oder bereits gelistet waren, erfolgte über den Bereich „ENIS-Remote“. Die für die Berechnung des MELD-Wertes relevanten Daten wurden in der Menümaske „MELD“ eingegeben. Unter anderem waren dort das Eintragungsdatum, die Eingabeuhrzeit sowie das Probendatum und die gemessenen Werte für Kreatinin, Bilirubin und INR anzugeben. Zusätzlich war durch das Auswählen von „Yes“ für „Ja“ oder „No“ für „Nein“ anzugeben, ob zweimal innerhalb einer Woche vor dem Kreatinin-Test eine Nierenersatztherapie stattfand. Außerdem wurde, was für die Berechnung des labMELD ohne Bedeutung war, angegeben, ob eine sogenannte MARS-Therapie stattfand, bei der es sich um ein Leberersatzverfahren handelt. Darüber hinaus konnten unter anderem die Werte für Albumin, Natrium und Eisen sowie weitere Werte eingegeben werden, die aber ebenfalls keinen Einfluss auf die Berechnung des labMELD hatten. In der Eingabemaske wurde anhand der neu eingegebenen INR-, Kreatinin- und Bilirubin-Werte sowie der Angabe, ob eine Nierenersatztherapie stattfand oder nicht, der aktuelle MELD-Wert errechnet und angezeigt.

(dd) Herkunft der Daten, die in das ENIS-System eingegeben wurden

Die Daten und Blutwerte, die der Transplantations-Koordinator W. bzw. dessen Assistentin S. bei der Anmeldung und Registrierung der Patienten bei Eurotransplant in das ENIS-System eingeben mussten, entnahmen sie der Ambulanzakte, die von den Ambulanzschwestern E.S. bzw. E.H. nach der Evaluation der Patienten angelegt worden war. Die Mitarbeiterin des Koordinationsbüros, die Zeugin S., fertigte aus eigenem Antrieb, das heißt, ohne dass dies erwartet wurde, aus der Ambulanzakte Ablichtungen und legte mit diesen Ablichtungen eine sogenannte „Transplantations-Koordinationsakte“ bzw. „TX-Koordinationsakte“ an, die sie im weiteren Verlauf regelmäßig aktualisierte. Insbesondere heftete sie Ausdrucke bzw. Ablichtungen von Befunden und Unterlagen, die von Eurotransplant eingingen, in diese Akte. Auf die TX-Koordinationsakte hatten nur der Transplantations-Koordinator W. sowie die

Zeugin S. Zugriff. Wenn die Ärzte sich zum Beispiel anlässlich einer durchzuführenden Untersuchung oder eines Organangebotes über den Gesundheitszustand des Patienten bzw. den Sachstand informieren wollten, holten sie sich diese Informationen aus der Ambulanzakte, die sich wiederum in der Transplantations-Ambulanz befand.

Der Zeuge W. sowie die Zeugin S. erhielten, wenn die Blutwerte eines Patienten sich verändert hatten oder eine Rezertifizierung des MELD-Scores erforderlich war, entweder von der Transplantations-Ambulanz oder einer der Stationen der UMG, auf denen die Patienten behandelt wurden oder von auswärtigen Krankenhäusern bzw. auswärtigen Ärzten Laborausdrucke, denen sie die Daten, die sie an Eurotransplant übermittelten sollten, also vor allem die INR-, Bilirubin- und Kreatinin-Werte entnehmen konnten. Teilweise wurde ihnen aber auch von einem Arzt oder einem anderen Mitarbeiter der UMG, zum Beispiel den in der Transplantations-Ambulanz tätigen Krankenschwestern, den Zeuginnen U.H. oder E.S. mündlich mitgeteilt, dass sich die Blutwerte bzw. der Gesundheitszustand eines Patienten verändert hätten. In diesem Fall entnahmen die Zeugen W. und S. die Werte dieses Patienten aus dem klinikinternen Befundmanagementsystem IXSERV und meldeten die Werte durch Eingabe in das ENIS-System an Eurotransplant. Ob bei einem Patienten eine Dialyse durchgeführt worden war, war für die Zeugen W. und S. im IXSERV-System nicht ersichtlich. Sie erhielten hierüber auch keine schriftlichen Unterlagen. Der Umstand, dass Dialysen stattfanden bzw. stattgefunden haben sollen, wurde den Zeugen W. und S. unter anderem von dem Angeklagten mündlich mitgeteilt. Es konnte jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass diese Mitteilungen auch von anderen Ärzten bzw. Mitarbeitern erfolgten.
Wenn der MELD-Wert eines Patienten größer als 25 war oder ein Zufallsaudit stattfand, mussten die Laborausdrucke an Eurotransplant übersandt werden. Sofern diese Ausdrucke nicht bereits vorlagen, wurden, wenn die Blutuntersuchungen in der UMG stattgefunden hatten, die entsprechenden Laboruntersuchungen von der Zeugin S. bzw. dem Zeugen W. im IXSERV-System aufgerufen und ausgedruckt. Die aus dem IXSERV ausgedruckten bzw. bereits anderweitig (zum Beispiel durch auswärtige Ärzte) übermittelten Laborausdrucke wurden sodann an Eurotransplant übersandt. Nachweise für die Durchführung von Dialysebehandlungen waren nicht erforderlich.

(ee) Ermittlungsverfahren gegen die Mitarbeiter des Transplantations-Koordinationsbüros

Da die verfahrensgegenständlichen Angaben in vier Fällen durch den Zeugen W. und in den übrigen Fällen durch die Zeugin S. gemacht wurden, hat die Staatsanwaltschaft B. gegen beide ein Ermittlungsverfahren eingeleitet. Dieses wurde zwischenzeitlich nach § 170 Abs. 2 StPO eingestellt.

(e) Verlauf nach der Registrierung bei Eurotransplant

Nachdem ein Patient bei Eurotransplant registriert worden war, erhielt dieser von der Zeugin S. bzw. dem Zeugen W. hierüber eine schriftliche Mitteilung. In der Regel führte die Assistentin S. mit den Patienten, die sie, wenn die Patienten stationär behandelt wurden, auch auf der Station aufsuchte, zuvor ein persönliches Gespräch. In diesem Gespräch erklärte sie den Patienten den organisatorischen Ablauf und wies darauf hin, dass der Patient von nun an seine ständige Erreichbarkeit sicher stellen und eine vorübergehende Abwesenheit, aufgrund einer Urlaubsreise, dem Transplantations-Koordinationsbüro mitteilen müsse. Der weitere Verlauf nach der Listung bei Eurotransplant hing davon ab, in welchem gesundheitlichen Zustand sich die Patienten befanden und welche Behandlungen erforderlich waren. Für das hiesige Verfahren ist dieser Behandlungsabschnitt deshalb von besonderer Bedeutung, weil in der Zeit nach der Aufnahme in die Warteliste und Registrierung bei Eurotransplant bis zur Transplantation in regelmäßigen oder unregelmäßigen Abständen Aktualisierungen der MELD-relevanten Werte erfolgten und der Umstand, wo den Patienten beispielsweise Blut zur Bestimmung der INR-, Kreatin- und Bilirubin-Werte abgenommen wurde, Bedeutung für die Prüfung hat, wer für die Veranlassung bzw. Durchführung etwaiger Manipulationen in Betracht kommt.

(aa) Transplantations-Ambulanz

Gesundheitlich stabile Patienten, die sich in ambulanter Behandlung befanden, erschienen in ihnen vorgegebenen Abständen in der UMG zu Kontrolluntersuchungen und zur Rezertifizierung der Blutwerte bei Eurotransplant. Diese Kontrolluntersuchungen erfolgten in der Regel in der sogenannten Transplantations-Ambulanz. Diese Ambulanz war interdisziplinär mit Chirurgen,

Hepatologen und Nephrologen besetzt und ist von der hepatologischen (Leber-) Ambulanz zu unterscheiden, die in der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie angesiedelt war und Prof. Dr. R. unterstand. Räumlich befanden sich die beiden Ambulanzen im selben Haus der UMG auf derselben Ebene und waren nur wenige Flure voneinander entfernt. Manche Kontrolluntersuchungen der Patienten, die auf der Warteliste standen bzw. bereits transplantiert waren, fanden auch in der Leberambulanz statt.

In der Transplantations-Ambulanz waren die Krankenschwestern E.S. und U.H. tätig. Wenn Patienten evaluiert worden waren und in die Warteliste des Zentrums aufgenommen werden sollten, erhielten die Ambulanzschwestern, sofern die Patienten in der Abteilung Gastroenterologie evaluiert worden waren, von der Inneren Medizin und, sofern die Patienten in der Transplantationschirurgie evaluiert worden waren, von der Chirurgie die jeweiligen Patientenakten. Sie legten daraufhin eine sogenannte Ambulanzakte an, bei der es sich um einen Stehordner handelte. In diesen Stehordner hefteten sie Ablichtungen, die sie aus den Akten der Inneren Medizin bzw. der Chirurgie gefertigt hatten. Die Originalpatientenakten wurden wieder an die jeweilige Station zurückgegeben. Sobald die Transplantation stattgefunden hatte, wurde der Inhalt der Ambulanzakte Bestandteil der Patientenakte. Nach der Transplantation wurde ebenfalls eine Ambulanzakte geführt, die, wenn der Patient verstarb, ebenfalls Bestandteil der Patientenakte wurde.

Die Ambulanzschwestern standen mit der Transplantations-Koordination, mit den Zeugen W. und S. in regelmäßigem Kontakt. So kam es vor, dass die Krankenschwestern H. und / oder S. von einem Arzt die Mitteilung erhielten, dass sich der Zustand bzw. die Blutwerte eines Patienten verändert hätten. Dies leiteten die Ambulanzschwestern daraufhin an den Transplantations-Koordinator W. oder - was häufiger der Fall war - an dessen Assistentin S. weiter. Diese meldeten sodann wiederum die neuen Werte durch Eingabe in das ENIS-System an Eurotransplant. Es kam aber auch vor, dass sich die Zeugin S. eigeninitiativ in die Transplantations-Ambulanz begab, um sich nach einzelnen Patienten zu erkundigen. Dies kam insbesondere dann vor, wenn für die Patienten eine Rezertifizierung erforderlich war.

Wenn die Patienten in der Transplantations-Ambulanz zu Kontrolluntersuchungen erschienen, wurden sie in der Regel von dem diensthabenden Arzt körperlich untersucht. Insbesondere wurde eine Sonographie der Leber durchgeführt und eine Blutprobe entnommen. Die Entnahme der Blutprobe erfolgte in einem gesonderten Bereich. Dieser war ebenfalls auf derselben Ebene wie die Leberambulanz und die Transplantations-Ambulanz angesiedelt. Diese Blutentnahmestelle war die Entnahmestelle für die gesamte Ambulanz der Inneren Medizin.

(bb) Niedergelassene Ärzte und andere Krankenhäuser

Einige der auswärtigen ambulanten Patienten ließen die Kontrolluntersuchungen, insbesondere die Blutuntersuchungen, von auswärtigen niedergelassenen Ärzten oder anderen Krankenhäusern durchführen. Die Ergebnisse dieser Blutuntersuchungen wurden sodann in der Regel postalisch oder per FAX an die Transplantations-Koordination oder die Transplantations-Ambulanz übermittelt und von dort an die Zeugen S. bzw. W. weitergeleitet.

(cc) Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie

Leiter der Abteilung Gastroenterologie war, wie bereits festgestellt, zu den verfahrensgegenständlichen Zeiten Prof. Dr. R..

(aaa) Behandlung der Patienten

Einige Patienten wurden nach der Aufnahme in die Warteliste und der Registrierung bei Eurotransplant (weiterhin) ambulant oder stationär in der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie behandelt. Dies war insbesondere dann der Fall, wenn bei den Patienten Komplikationen, wie zum Beispiel Ösophagusvarizen oder Aszites vorlagen und insoweit spezielle Therapien oder Untersuchungen durchzuführen waren, die in den Zuständigkeitsbereich der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie fielen. Entsprechende Blutuntersuchungen wurden dort ebenfalls generiert. Insbesondere wurden Veränderungen des Gesundheitszustandes auch von Ärzten der Abteilung Gastroenterologie an das Transplantations-Koordinationsbüro oder die Transplantations-Ambulanz übermittelt.

Wenn die Mitteilung an eine der Ambulanzschwestern erfolgt war, leitete diese die Information wiederum an das Transplantations-Koordinationsbüro weiter. Die Zeugen W. oder S. gaben die relevanten Werte, die sie, sofern ihnen kein Laborausdruck übermittelt wurde, dem IXSERV-System entnahmen, in das ENIS-System ein.

Innerhalb der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie gab es keine typischen Schwerpunktstationen für Transplantationspatienten. Auf der sogenannten „Privatstation“ von Prof. Dr. R., der Station 4024, wurden sämtliche Krankheitsbilder diagnostiziert und behandelt, wobei die Station in der Regel auch mit Patienten belegt war, bei denen es sich nicht um Privatpatienten handelte.

(bbb) Manipulationen und Führungsstil von Prof. Dr. R.

Prof. Dr. R. pflegte in seiner Abteilung einen sehr autoritären Führungsstil und duldete keinerlei Widerspruch seiner Mitarbeiter.

Da er den MELD-Score zur Beurteilung der Dringlichkeit einer Lebertransplantation für unzureichend hielt, versuchte er in einigen Fällen, durch die Anordnung von Manipulationen die Chancen seiner Patienten auf Zuteilung einer Spenderleber zu erhöhen. Unter anderem forderte er verschiedene Ärzte auf, die Blutwerte von bisher unbekannten Patienten zu manipulieren. Dies erfolgte zum einen durch das Zusammengießen des Inhalts von zwei Citratröhrchen, die für die Blutentnahme zur Bestimmung von Gerinnungsparametern vorgesehen waren, wodurch die Gerinnungszeit des Blutes verlängert und der MELD-relevante INR-Wert falsch hoch gemessen wurde. Zum anderen wurden von bisher nicht ermittelten Patienten, die einen hohen MELD-Wert hatten, Blutproben entnommen und mit dem Aufkleber anderer Patienten versehen, deren MELD-Werte noch nicht ausreichend hoch waren, um überhaupt Aussicht auf eine zeitnahe Organzuteilung zu haben. Darüber hinaus hat die Ärztin Dr. A., die in der Abteilung von Prof. Dr. R. tätig war, ausgesagt, ihr sei berichtet worden, Prof. Dr. R. habe von einem Patienten 30.000 Euro als Gegenleistung für die Vermittlung einer Leber gefordert und erhalten. Dies habe allerdings bereits vor dem Dienstantritt des Angeklagten in der UMG stattgefunden. Im Hinblick auf diesen Vorwurf wird dienstrechtlich gegen Prof. Dr. R. ermittelt.

Das gegen diesen eingeleitet Strafverfahren der Staatsanwaltschaft B. ist noch nicht abgeschlossen.

(ccc) (Allgemeine) Kenntnis des Angeklagten von den Manipulationen

Dem Angeklagten dürfte allgemein bekannt gewesen sein, dass in der Abteilung von Prof. Dr. R. auf dessen Veranlassung unter anderem Manipulationen von Blutproben bzw. Blutwerten stattfanden, um den MELD-Score von Patienten zu erhöhen und um diesen Patienten schneller bzw. überhaupt zu einem Spenderorgan zu verhelfen.

(dd) Transplantationschirurgie

Leiter der Transplantationschirurgie war zu den verfahrensgegenständlichen Zeiten der Angeklagte.

(aaa) Behandlung der Patienten

Einige Patienten wurden nach ihrer Listung stationär in der Transplantationschirurgie (weiter-)behandelt. Die Transplantationschirurgie wurde zunächst als vollständig integrierter Bereich der Abteilung Allgemein- und Viszeralchirurgie geführt und sodann als Schwerpunktbereich etabliert.
Dem Angeklagten (zunächst mit dem Titel PD Dr., dann bis zu seinem Austritt Univ. Prof. Dr.) oblag ab seinen Dienstantritt zum 1. Oktober 2008 die Verantwortung und Zuständigkeit zunächst als Oberarzt und im weiteren Verlauf als leitender Oberarzt. Ihm unterstellt war ein Team von Ärzten. Weiterer Oberarzt war der gesondert Verfolgte Dr. L., der vor dem Dienstantritt des Angeklagten der Leiter der Abteilung war und ebenfalls Transplantationen durchführte. Dr. L. war jedoch im weiteren Verlauf aus gesundheitlichen Gründen phasenweise nur eingeschränkt belastbar und häufiger krankheitsbedingt abwesend. Insbesondere war er im Oktober 2008 sowie in der Zeit vom 7. Oktober 2010 bis 18. April 2011 erkrankt. In dieser Zeit führte der Angeklagte sämtliche Transplantationen als erster Operateur durch.

[…]

(bbb) Manipulationen durch den Angeklagten

Dem Angeklagten konnte nicht nachgewiesen werden, dass er in den verfahrensgegenständlichen (bzw. sonstigen) Fällen Blutprobenmanipulationen anordnete oder eigenhändig durchführte.

In dem vorliegenden Verfahren spielen Blutprobenmanipulationen bzw. die Weiterleitung unzutreffender Blutwerte im Wesentlichen in drei Fällen eine Rolle. So wird dem Angeklagten zur Last gelegt, veranlasst zu haben, dass bei der Patientin **V.** ein **falsch hoher Bilirubin-Wert** an Eurotransplant übermittelt wurde und bei den Patienten O. und F. der **INR-Wert** manipuliert bzw. auf Veranlassung des Angeklagten die falschen INR-Werte an Eurotransplant übermittelt worden seien. Bei der Patientin V. handelte es sich hinsichtlich des Bilirubin-Wertes nicht ausschließbar um eine Fehlmessung. Auffällig ist insoweit, dass der Transplantations-Koordinator W. die MELD-relevanten Blutwerte, obwohl es sich lediglich um einen Vorabbefund handelte, der medizinisch noch nicht validiert war und später im IXSERV auch nicht mehr erschien, gleichwohl an Eurotransplant meldete. Die im weiteren Verlauf des Tages gemessenen – korrekten – Bilirubin-Werte wurden indes nicht mehr an Eurotransplant übersandt. Hier konnte zugunsten des Angeklagten nicht ausgeschlossen werden, dass die Falschmeldung durch einen anderen Arzt veranlasst wurde und dem Angeklagten dies unbekannt war. Bei dem Patienten F. konnte letztlich nicht ausgeschlossen werden, dass der INR-Wert zutreffend war.
Bei der Patientin O. beruhten INR-Werte, die am 8. und 15. Juni 2011 an Eurotransplant gemeldet wurden, zur Überzeugung der Kammer zwar jeweils auf einer Blutmanipulation. Es konnte dem Angeklagten jedoch nicht mit der erforderlichen Sicherheit nachgewiesen werden, dass er diese Manipulation veranlasste oder zumindest hiervon Kenntnis hatte.

(ccc) Annahme von Geldleistungen oder anderen Gegenleistungen durch den Angeklagten für die regelwidrige Verschaffung von Spenderlebern

Anhaltspunkte dahingehend, dass der Angeklagte Geld oder andere Gegenleistungen dafür erhielt, dass er durch Falschangaben gegenüber Eurotransplant oder durch die Veranlassung entsprechender Falschangaben

Patienten eine Spenderleber verschaffte, obwohl diese bei wahrheitsgemäßen Angaben keine erhalten hätten, haben sich nicht ergeben.

(ee) Andere Abteilungen der UMG

Manche Patienten wurden, sofern dies erforderlich war, auf Intensivstationen oder auch auf anderen Stationen der UMG behandelt.

(f) Organangebot von Eurotransplant, erneute Aufklärung und Transplantation

Wenn von Eurotransplant ein Organangebot im Standardverfahren erfolgte, wurde der zuständige Oberarzt, das heißt, in der Regel der Angeklagte, gelegentlich aber auch der gesondert Verfolgte Dr. L., hierüber informiert. Der Angeklagte bzw. der Dr. L. ließen sich, sofern sie zum Zeitpunkt des Angebots nicht vor Ort waren, die relevanten Spenderdaten von dem Arzt, dem das Angebot von Eurotransplant in der UMG vorlag, schildern und entschieden sodann darüber, ob die Annahme des Organs in Betracht kam oder nicht. Wenn das Angebot nicht angenommen wurde, wurde dies Eurotransplant mitgeteilt. In diesem Fall konnte Eurotransplant das Organ dem nächsten Patienten auf der Match-Liste anbieten.

Bei den sogenannten kompetitiven Zentrumsangeboten, bei denen das Zentrum das Organ erhält, das das Angebot als erstes annimmt, hatte der Angeklagte gegenüber den Mitarbeitern der Station und den Ärzten die Anweisung erteilt, jedes Zentrumsangebot sofort – also noch vor der Prüfung der Geeignetheit des Organs durch den Angeklagten bzw. den Oberarzt Dr. L. – anzunehmen. Wenn zum Zeitpunkt der Mitteilung eines kompetitiven Organangebots nicht sofort ein diensthabender Arzt erreichbar war, der gegenüber Eurotransplant die (vorläufige) Annahme erklären konnte, wurden die Organe auch vom Pflegepersonal angenommen.
Sofern der Angeklagte oder der Dr. L. nach der Prüfung der Spenderdaten festgestellten, dass dieses Organ für keinen der in Frage kommenden Patienten geeignet war bzw. aus anderen Gründen eine Transplantation nicht erfolgen konnte, wurde dies Eurotransplant mitgeteilt. Das Organ wurde sodann von dort erneut als Zentrumsangebot anderen Zentren angeboten.

Wenn ein Organ im Standardverfahren oder als Zentrumsangebot angenommen worden war, wurde der entsprechende Patient informiert und einbestellt. In der Regel wurde er von einem beauftragten Taxiunternehmen zuhause abgeholt und in die UMG gebracht. Dort wurde er über das Organangebot informiert und nochmals eine Aufklärung durchgeführt. Diese Aufklärung war nicht mehr so ausführlich wie die Aufklärung vor der Aufnahme in die Warteliste. In der Regel wurde erneut auf die Risiken der Transplantation und die Erforderlichkeit der Einnahme von Immunsuppressiva sowie von regelmäßigen Kontrolluntersuchungen hingewiesen. Der Patient wurde gefragt, ob er nach wie vor mit der Transplantation einverstanden sei. Wenn dies der Fall war, unterzeichnete der Patient, sofern er hierzu gesundheitlich in der Lage war, erneut dasselbe Einwilligungsformular, das er bereits vor der Aufnahme in die Warteliste unterzeichnet hatte – allerdings an einer anderen, speziell hierfür vorgesehenen Stelle.

Vor der Transplantation wurde der Patient nochmals dahingehend untersucht, ob aktuell gesundheitliche Gründe einer Transplantation entgegenstanden. War dies nicht der Fall, wurde der Patient auf die Operation vorbereitet.

Nach Eintreffen der Spenderleber in der UMG wurde diese im Operationssaal von dem Angeklagten präpariert und auf ihre Eignung geprüft. Während dieser Zeit befand sich der Patient bereits im Operationssaal. Wenn der Angeklagte bei der Präparation feststellte, dass das Organ entgegen seiner ursprünglichen Erwartung doch nicht für den vorgesehenen Patienten geeignet war, wurde dies dem Patienten und Eurotransplant mitgeteilt und keine Transplantation durchgeführt. Hielt der Angeklagte die Spenderleber weiterhin für geeignet, teilte er dies dem Patienten mit, der daraufhin narkotisiert und sodann transplantiert wurde.

(g) Behandlung der Patienten nach der Transplantation

Nach der Transplantation lagen die Patienten in den verfahrensgegenständlichen Zeiträumen nahezu ausschließlich auf der Intensivstation 0118. Anschließend wurden sie in der Regel von dieser Station zunächst in die Chirurgie und dort auf den

Stationsteil 1012 verlegt. Bei Verbesserung des gesundheitlichen Zustands erfolgte die Verlegung auf den Stationsteil 1016.
Die weitere Betreuung erfolgte grundsätzlich – sofern die Patienten diese nicht in anderen Kliniken durchführen ließen – in der Transplantations-Ambulanz. Aber auch in der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie wurden die Patienten weiterbehandelt, und zwar insbesondere dann, wenn eine stationäre Aufnahme erforderlich war bzw. bestimmte diagnostische bzw. therapeutische Eingriffe erforderlich waren.

(h) Gewebe- und Organuntersuchungen durch die Abteilung Pathologie

Die explantierten Lebern wurden ebenso wie Gewebeproben, die vor oder nach einer Transplantation in der UMG entnommen worden waren, in dem Zentrum Pathologie und Rechtsmedizin, Abteilung Pathologie, untersucht.

(i) Elektronische Datenverarbeitung und Blutuntersuchungen

(aa) EDV

In der UMG wurde das Krankenhausinformationssystem „SAP“ verwendet. Zu diesem System gehörte das Modul „ISH“ (Industriel Solution Hospital). In dem „ISH“ wurden beispielsweise bei der Patientenaufnahme die Patientenstammdaten erfasst.

Durch das „SAP“ werden über einen Kommunikationsserver „EGate“ die verschiedenen anderen Systeme der UMG mit Informationen versorgt. Zu diesen Systemen gehört unter anderem das „IXSERV“. Hierbei handelt es sich praktisch um eine elektronische Patientenakte, die aus drei Bereichen besteht, und zwar der Befundpräsentation, dem Laborauftragsmanagement und einem Dokumentenmanagement mit Arztbriefschreibung.
Die einzelnen Stationen haben für das IXSERV ein Benutzerkonto (im Folgenden: Account) als Sammel-Account. Das bedeutet, dass alle Benutzer denselben Account verwenden Die Ärzte haben auch einen persönlichen Account. Diese können sich aber auch über den Sammel-Account einloggen. Deshalb kann im Gegensatz zu der Dateneingabe im ENIS-System nicht ohne Weiteres nachvollzogen werden, welcher

Nutzer einzelne Einträge gemacht hat. Ärzte oder andere Mitarbeiter der UMG, die im IXSERV eingeloggt waren, konnten die Befunde im IXSERVE nicht abändern.

(bb) Blutuntersuchungen

Die Abteilung klinische Chemie (Zentrallabor) fungiert ebenso wie die Abteilung Pathologie für alle Anforderungen der UMG als zentrale Dienstleisterin für diagnostische Untersuchungen.

Die in regelmäßigen Abständen bei den Patienten durchgeführten Verlaufskontrollen und Blutentnahmen erfolgten entweder auf den Stationen, auf denen sich die Patienten befanden oder in „Flur 13“, wo sämtliche Blutentnahmen der inneren Ambulanzen durchgeführt wurden.
Untersucht wurde das Blut in dem Zentrallabor der UMG. Nach Vorliegen der Analysenergebnisse erfolgte eine technische und eine medizinische Validation, das heißt es wurde eine Plausibilitätsprüfung der Testergebnisse vorgenommen.
Bei der technischen Validation wurde das Laborergebnis lediglich unter methodischen Aspekten beurteilt. In diesem Fall wurde geprüft und bewertet, ob die Analyse technisch einwandfrei erfolgte. Bei der medizinischen Validation wurde unter anderem geprüft, ob kritische Werte gemessen wurden, die ein rasches Eingreifen des behandelnden Arztes erforderten. Darüber hinaus beinhaltete die medizinische Validation eine Kontrolle der Laborwertekonstellation sowie von Trends, bei denen geprüft wurde, inwieweit Abweichungen von Vormessungen vorlagen.
Bei Auffälligkeiten im Rahmen der technischen oder medizinischen Validation wurde die Messung in der Regel wiederholt. Wenn sich die Befunde als unplausibel erwiesen, wurde dies dem Einsender der Blutprobe, also in der Regel einem Mitarbeiter der Station oder der Ambulanz, die die Blutprobe übersandt hatte, mitgeteilt und von dort gegebenenfalls eine neue Blutprobe zur Untersuchung übermittelt.
Wenn im Laborsystem ein Befund erstellt wird, gelangt er über die Schnittstelle EGate in das IXSERV. Dies geschieht nach der technischen und medizinischen Validation und Freigabe des Befundes. Der freigegebene Befund wird bei UMG-internen Einsendern (Stationen, Ambulanzen) automatisch ausgedruckt.

Die gemessenen Blutwerte konnten von Ärzten und anderen Mitarbeitern, die über eine entsprechende Zugangsberechtigung verfügten, mit dem Computer über das System „XSERV“ jederzeit eingesehen und ausgedruckt werden. So war es auch den Zeugen W. und S. möglich, die aktuellen Blutbefunde der Patienten über IXSERV einzusehen und auszudrucken und die auf diese Weise erlangten INR-, Kreatinin- und Bilirubin-Werte an Eurotransplant zu melden.

Zusätzlich gab es die Möglichkeit, (Vorab-) Befunde bereits nach der technischen Validation im IXSERV einzusehen und diese manuell auszudrucken. Wenn nach Abschluss der medizinischen Validation eine Rücknahme der Freigabe erfolgte, wurde dies automatisch auf der Station, die den Untersuchungsauftrag erteilt hatte, ausgedruckt. Der Befund konnte nach der Rücknahme der Freigabe nicht mehr im IXSERV eingesehen werden. Im Fall der Patientin V. wurde ein solcher Vorabbefund, der einen auffällig hohen Bilirubin-Wert enthielt, ausgedruckt und die Blutwerte dieses Vorabbefundes, bei dem also noch keine medizinische Validation erfolgt war, an Eurotransplant gemeldet. Nach der medizinischen Validation und damit auch nach der Meldung der Werte an Eurotransplant erfolgte eine Rücknahme der Freigabe. Dies wurde jedoch nicht an Eurtransplant gemeldet.

(cc) Erfassung von Dialysen

Dialyseprozeduren wurden von der Verwaltungsangestellten E.Z. Z. erfasst. In der UMG gibt es verschiedene Stationen, auf denen Dialysen durchgeführt werden. Hierbei handelt es sich um die Stationen 1011 (chronische Dialyse), 1013 (neurologische Intensivstation), 1014 (allgemeinchirurgische Intensivstation), 1022 (Akut-Dialyse) und 1026 (kardiologische Intensivstation). Die Zeugin Z. erhielt von diesen Stationen jeweils schriftliche Belege über durchgeführte Dialysen. Darüber hinaus gab es für Patienten, die nicht transport- bzw. verlegungsfähig waren, sogenannte „mobile Dialysen“. Diese Dialysen sind organisatorisch der Station 1011 zugeordnet. Auch über diese Dialysen erhielt die Zeugin Z. Belege. Anhand dieser ihr übermittelten Belege erfasste sie sämtliche Dialysen im Datensystem SAP IS-H. Die Intensivstationen 0117 und 0118 übermittelten ihre Daten eigenständig über ESERV. Allerdings ist es möglich, im System SAP IS-H nachzusehen, ob für diese

beiden Intensivstationen Dialysen erfasst sind. Insgesamt ist es daher möglich, alle Dialysen, die im SAP erfasst sind, einzusehen.
Nach der Erfassung der Dialysen durch diese Zeugin erfolgte im weiteren Verlauf eine Weitergabe der Unterlagen an die Abrechnungsabteilung der UMG, in der es sodann zur Abrechnung der medizinischen Leistung kam.

Die Überprüfung abgerechneter Dialysen durch den Verwaltungsangestellten H.A., der in der UMG in der Patientenabrechnung tätig ist, ergab, dass bei den Patienten **S.**, **F.**, **I.**, **W.**, **W.**, **P.**, **I.** und **F.** in der UMG keinerlei Dialysen abgerechnet wurden. Bei dem Patienten **B.** wurden zwei Dialysen abgerechnet, die jedoch erst nach der Meldung an Eurotransplant stattfanden. Darüber hinaus wurden bei der Patientin **O.** insgesamt vier Dialysen abgerechnet, die allerdings erst nach der Lebertransplantation durchgeführt wurden.

b) Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung

aa) Wesentliche tatsächliche Abläufe ab der Diagnose einer Lebererkrankung bis zur Transplantation

Die Feststellungen zu den Abläufen einer Lebertransplantation ergeben sich zum einen aus den zitierten gesetzlichen Regelungen. Darüber hinaus haben der **Angeklagte** und der Zeuge **Dr. H.** den Ablauf von der Diagnose einer Lebererkrankung bis zur Registrierung des erkrankten Patienten bei Eurotransplant übereinstimmend und glaubhaft geschildert.

Der damalige Medizinische Vorstand der DSO, **Prof. Dr. G.K.** und der Bereichsleiter für Controlling und EDV der DSO, **T.L.R.,** haben im Rahmen ihrer polizeilichen Aussage vom 9. Oktober 2012 angegeben, die DSO werde von den Krankenhäusern informiert, wenn ein Patient als Organspender in Frage komme. In diesen Fällen werde von der DSO ein Koordinator in die jeweilige Klinik entsandt, der sich zusätzlich zu den beiden begutachtenden Ärzten nochmals von dem eingetretenen Hirntod des Patienten überzeuge und auch das Einverständnis des Patienten und der Angehörigen überprüfe.

Die in Bezug auf die Stiftung Eurotransplant festgestellten Abläufe hat der Zeuge und Sachverständige **Dr. A.O.R.**, der bis 2014 Medizinischer Direktor bei der Stiftung Eurotransplant war, geschildert.

bb) Wesentliche rechtliche Rahmenbedingungen, die bei einer Lebertransplantation bestehen

(1) Gesetzliche Regelungen der Lebertransplantation

Die Feststellungen hierzu folgen aus den entsprechenden Vorschriften sowie dem Inhalt des Vertrages mit der Vermittlungsstelle – Stiftung Eurotransplant.

(2) Kriterien für die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste für eine Lebertransplantation

Die Kriterien für die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste ergeben sich aus den von der **Bundesärztekammer** gemäß § 10 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 i.V.m. § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TPG aufgestellten und zitierten **Richtlinien für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation**.

(3) Kriterien für die Organverteilung (Allokation)

(a) Die Kriterien für die Organvermittlung ergeben sich aus den von der **Bundesärztekammer** gemäß § 12 Abs. 3 S. 1 i.V.m. § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 TPG aufgestellten und zitierten **Richtlinien für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation** sowie dem zitierten Inhalt des **Eurotransplant-Manuals**.

(b) Darüber hinaus hat der Zeuge **Dr. A.R.** die wesentlichen Abläufe der Vermittlungsentscheidung geschildert.

(c) Die Bedeutung der Laborparameter Bilirubin, Kreatinin und INR wurde von dem Sachverständigen **Prof. Dr. M.O.**, bei dem sich um einen Facharzt für Laboratoriumsmedizin handelt, erläutert. Die Bedeutung des Kreatinins wurde außerdem von dem Sachverständigen **PD Dr. J.M.**, Oberarzt des Zentrums Innere Medizin Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten, Medizinische Hochschule Hannover, dargestellt.

(d) Der Sachverständige **Prof. Dr. M.** hat auch ausgeführt, dass das Nierenersatzverfahren, das man in der englischen Sprache als „Renal Replacement

Therapy“ bezeichne, ein Oberbegriff für jede Form des Nierenersatzverfahrens sei. Eine Nierenersatztherapie müsse eingeleitet werden, wenn es zu einem ausgeprägten (fast vollständigen) Verlust der Nierenfunktion komme. Unter dem Begriff der Nierenersatztherapie würden alle Therapieverfahren subsumiert, die einen ausreichenden Ersatz der Nierenfunktion übernähmen. Hierzu gehörten die Hämodialyse, die Peritonealdialyse (= Bauchfelldialyse) sowie die Nierentransplantation. Der wesentliche Unterschied zwischen dem Begriff „Nierenersatztherapie“ und dem Begriff „Dialyse“ liege darin, dass der Begriff Nierenersatztherapie auch die Nierentransplantation einschließe. Im alltäglichen Sprachgebrauch sei in Deutschland mit dem Begriff Dialyse in der Regel die Hämodialyse gemeint, da 95 % der Patienten mit diesem Verfahren und nur 5 % mit einer Peritonealdialyse behandelt würden.

cc) Lebertransplantationen in der U.G.

(1) Wesentliche organisatorische und personelle Strukturen der UMG, soweit sie in der verfahrensgegenständlichen Zeit mit Lebertransplantationen in Zusammenhang standen

Der Zeuge **U.O.**, Stabsstelle Interne Revision, hat die organisatorischen und personellen Strukturen glaubhaft geschildert.

(2) Allgemeiner Ablauf von der ersten Behandlung der Patienten bis zu deren Transplantation in der UMG

(a) Ambulante und stationäre Behandlung sowie Evaluation von Patienten für eine Lebertransplantation

aa) Der **Angeklagte** hat den äußeren Ablauf so wie festgestellt geschildert. Seine Angaben wurden insoweit insbesondere durch die Aussagen der Zeugen **Dr. G.** und **Dr. H.** bestätigt.

Die Ärzte **Dr. A.D.G.**, der eigenen Angaben zufolge in der Zeit von 2008 bis 2011 in der Transplantationschirurgie tätig war und auch bei Transplantationen assistierte und **Dr. K.H.**, der nach seinen Angaben zwei Jahre Transplantationsarzt war und einige Wochen nachdem der Angeklagte seinen Dienst in der UMG angetreten hatte, die Abteilung verließ, haben inhaltlich übereinstimmend und glaubhaft geschildert, in der Regel seien die Patienten vor der Transplantation auf einer gastroenterologischen und nach der Transplantation auf einer chirurgischen Station behandelt worden.

Wenn bei einem Patienten die Diagnostik ergeben habe, dass dieser unter einer Erkrankung gelitten habe, bei der eine Lebertransplantation angezeigt gewesen sei, sei der Patient dahingehend untersucht worden, ob die Durchführung einer Lebertransplantation möglich sei bzw. ob Kontraindikationen bestehen. Diese sogenannte Evaluation für eine Lebertransplantation habe entweder in der Inneren Medizin (Abteilung Gastroenterologie) oder in der Chirurgie stattgefunden. Manchmal hätten auch die Hausärzte die Untersuchungen durchgeführt.

Der Zeuge **Dr. H.** hat des Weiteren bekundet, es habe auch Patienten gegeben, die zusätzlich zu der Lebererkrankung weitere internistische Probleme gehabt hätten, die in keinem direkten Zusammenhang mit der Lebererkrankung gestanden hätten. Diese Patienten seien in der Gastroenterologie behandelt worden. Die Entscheidung, ob bei einem Patienten eine Transplantation in Betracht komme, sei in der Regel in der Gastroenterologie getroffen worden.

bb) Bezüglich des Anteils der Patienten, die in der Abteilung Gastroenterologie und in der Transplantationschirurgie evaluiert wurden, hat der **Angeklagte** bekundet, etwa 90 % bis 95 % der Patienten seien in der Gastroenterologie evaluiert worden. Lediglich 5 % bis 10 % der Patienten in der Transplantationschirurgie. Die chirurgische Evaluation sei auf speziellen Wunsch der jeweiligen zuweisenden Ärzte erfolgt.

Die Angabe des Angeklagten, wonach die überwiegende Anzahl der Patienten in der Gastroenterologie evaluiert worden sei, wurde insbesondere von den Zeugen **Prof. Dr. S.**, **Dr. G.**, **Dr. H.**, **Dr. T.H.A.-G**, der eigenen Angaben zufolge in der Zeit vom 1. Oktober 2010 bis zum 30. September 2011 auf der Station 1016 tätig war, **Dr. P.**, der bekundet hat, er sei im Frühjahr 2011 sechs Monate auf der Transplantationsstation tätig gewesen sowie der Krankenschwester **H.** bestätigt. Der Zeuge **Prof. Dr. S.** hat ergänzend ausgesagt, es habe eine Vorgabe von Prof. Dr. R. gegeben, dass alle Patienten in der Gastroenterologie evaluiert werden sollten. Dies sei aber nicht immer der Fall gewesen. Einige der Patienten seien auch in der Transplantationschirurgie auf der Station des Angeklagten evaluiert worden.

cc) Zum Ablauf einer Evaluation hat die Ärztin **R.M.**, die eigenen Angaben zufolge 2010 Assistenzärztin auf der gastroenterologischen Station 4021 war und im Juli 2010 auf die gastroenterologische Station 4024 wechselte und auch die Evaluation der Patientin M. begleitete, ausgeführt, die Patienten seien zunächst zwischen Internisten und Chirurgen besprochen worden. Wenn bei einem Patienten eine Lebertransplantation in Betracht gekommen sei, sei dieser Patient auf der gastroenterologischen Station evaluiert worden. Im Rahmen der Evaluation seien die Patienten umfassend untersucht worden. Hierbei seien auch entsprechende Konsile aus anderen Fachbereichen eingeholt worden. In einer großen Klinik wie der UMG

würden die Assistenzärzte die Untersuchungen allerdings nicht selbst durchführen, sondern lediglich die Untersuchungstermine, die jeweils bei unterschiedlichen Ärzten stattfänden, koordinieren. Wenn die Untersuchungsergebnisse vorgelegen hätten, seien sie mit dem Oberarzt besprochen worden.

Eine der Ärztinnen, die Untersuchungen im Rahmen einer Evaluation durchführte, ist Zeugin **Dr. I.A.**. Diese hat ausgesagt, sie sei von August 2000 bis Juni 2011 in der UMG tätig gewesen. Zunächst sei sie Doktorandin, sodann Assistenzärztin, danach Fachärztin und zuletzt Oberärztin in der Gastroenterologie gewesen. Im Juni 2011 habe sie die UMG verlassen. Die Zeugin hat bekundet, sie sei während ihrer Dienstzeit unter anderem auch in der Leberambulanz tätig gewesen, wobei sie den genauen Zeitraum nicht mehr angeben könne. Bei der Leberambulanz handele es sich um die internistische Ambulanz. Sie – die Zeugin A. – habe teilweise auch in der Transplantations-Ambulanz Patienten gesehen und untersucht.
Bei den Untersuchungen, die im Rahmen der Evaluation durchgeführt worden seien, habe es sich zumeist um Blut- und Ultraschalluntersuchungen gehandelt. Manchmal seien Computertomographien der Leber, MRTs der Leber sowie Magen- und Darmspiegelungen durchgeführt worden. Die Verfahren hätten sich im Laufe der Zeit geändert. Früher hätten auch psychiatrische und HNO-Konsile zu den Standarduntersuchungen gehört. Dies sei im weiteren Verlauf nicht mehr der Fall gewesen.

(b) Entscheidung über die Aufnahme der Patienten in die Warteliste und deren Registrierung bei Eurotransplant – Transplantationskonferenz

Die Kammer hat zu der Frage, wie die Transplantationskonferenzen abliefen, welchen Stellenwert sie hatten und wer letztlich über die Durchführung einer Transplantation entschied, den Angeklagten und eine Vielzahl von Zeugen gehört. Diese Thematik war insbesondere für die Frage von Bedeutung, ob die Entscheidung über die Aufnahme der Patienten in die Warteliste transparent war, inwieweit andere Ärzte an der Entscheidungsfindung mitwirken konnten und ob von anderen Ärzten geäußerte Bedenken Gehör fanden. Darüber hinaus diente die Frage, wie die Entscheidungsfindung stattfand, der Prüfung, ob die Entscheidung über die Durchführung einer Transplantation allein anhand medizinischer Kriterien getroffen wurde oder gegebenenfalls (auch) sachfremde Erwägungen wie zum Beispiel die

Steigerung der Transplantationszahlen zur Gewinnmaximierung und Reputationssteigerung eine Rolle spielten.
Im Ergebnis ist die Kammer zu der Überzeugung gelangt, dass über die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste sowie dessen Registrierung bei Eurotransplant in den Fällen, in denen die Evaluation in der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie stattfand, Prof. Dr. R. und der Angeklagte letztverantwortlich entschieden. In den übrigen Fällen, also bei den Patienten, die von Beginn an auf der Station des Angeklagten behandelt und evaluiert wurden, entschied der Angeklagte allein, und zwar jeweils unabhängig davon, ob die Patienten zuvor im Rahmen der Transplantationskonferenz besprochen wurden oder nicht. Der Entscheidungsprozess fand keine Niederlegung in der jeweiligen Patientenakte. In den Transplantationskonferenzen fand ebenfalls keine Protokollierung statt. Insbesondere erfolgte die Entscheidung auch nicht in einem förmlichen Konferenzbeschluss.

Der Angeklagte und Prof. Dr. R. vertraten übereinstimmend die Auffassung, dass Patienten frühzeitig in die Warteliste aufzunehmen seien. Aus Sicht der Kammer hat die Beweisaufnahme keinen Hinweis darauf ergeben, dass der Angeklagte Patienten – insbesondere nicht die verfahrensgegenständlichen Patienten – ohne Rücksicht darauf, ob bei diesen Patienten eine Lebertransplantation aus medizinischen Gründen erforderlich war oder nicht, in die Warteliste aufnahm und transplantierte.

(aa) Einlassung des Angeklagten

Der **Angeklagte** hat behauptet, alle Patienten seien in der Transplantationskonferenz erörtert worden, und zwar auch die Patienten, die in der Chirurgie evaluiert worden seien.
90 % bis 95 % der Patienten seien in der Abteilung Gastroenterologie evaluiert worden. Bei diesen Patienten sei die Entscheidung, dass eine Lebertransplantation indiziert sei, bereits vor der Vorstellung der Patienten in der Transplantationskonferenz durch die internistischen Kollegen getroffen worden. Er, der Angeklagte, habe lediglich die Durchführbarkeit der Transplantation aus chirurgischer Sicht geprüft. Prof. Dr. R. sei ein erfahrener Hepatologe und weltweit anerkannter Arzt. Eine prophylaktische Aufnahme in die Warteliste sei nicht erfolgt.

Bei den Patienten, die in die Warteliste aufgenommen worden seien, habe auch eine Indikation für eine Lebertransplantation bestanden.

Der Angeklagte hat des Weiteren ausgeführt, über Aufnahme der Patienten in die Warteliste sei in der Regel in der Transplantationskonferenz entschieden worden. Wenn ein Patient zwischen zwei Konferenzen in der UMG aufgenommen worden sei und hinsichtlich der Durchführung der Transplantation Eilbedürftigkeit bestanden habe, sei es ausnahmsweise vorgekommen, dass diese Patienten in die Warteliste aufgenommen und gegebenenfalls auch transplantiert worden seien, bevor sie in der Transplantationskonferenz hätten vorgestellt werden können. In diesem Fall hätten sich die entscheidenden Ärzte aber am Bett der Patienten getroffen und den Fall vor der Aufnahme in die Warteliste erörtert. Darüber hinaus seien diese Patienten in der nächsten Konferenz nachbesprochen worden.

Zu den Transplantationskonferenzen hat der Angeklagte des Weiteren ausgeführt, diese hätten jeweils dienstags um 14.30 Uhr auf Einladung der Inneren Medizin stattgefunden. Die Einladungen zur Transplantationskonferenz seien per E-Mail verteilt worden. Die Internisten hätten sich zu diesem Zweck eigene Listen erstellt. Auf der Konferenz seien zum einen Patienten besprochen worden, die evaluiert worden seien und in die Warteliste aufgenommen werden sollten. Zum anderen seien auch Patienten besprochen worden, die schon in die Warteliste aufgenommen oder aber bereits transplantiert gewesen seien und gesundheitliche Probleme gehabt hätten. Außerdem seien Patienten, die von der Liste genommen werden sollten und Patienten aus der Leberambulanz, bei denen gesundheitliche Probleme bestanden hätten, erörtert worden.

Die Konferenzen seien für jeden Studenten und jeden Assistenzarzt offen gewesen. An der Transplantationskonferenz hätten unter anderem Chirurgen, Hepatologen und Ärzte der Stationen der Inneren Medizin, auf denen die Patienten stationär behandelt worden seien, teilgenommen. Bei Bedarf seien auch Pathologen und Radiologen anwesend gewesen. In der Regel habe einmal im Monat ein Pathologe an der Konferenz teilgenommen und zu interessanten Befunden, die er im zurückliegenden Monat gesammelt habe, einen Vortrag gehalten.

Die Assistenzärzte der Abteilung Gastroenterologie, die über die Evaluationsergebnisse verfügt hätten, hätten die Krankengeschichte der Patienten

aus den Akten vorgetragen. Wenn die Internisten nach der Evaluation der Auffassung gewesen seien, dass eine Indikation für eine Lebertransplantation bestanden habe, seien diese Patienten in der Transplantationskonferenz vorgestellt worden. Das bedeute, dass hinsichtlich der Patienten, die in der Gastroenterologie evaluiert und von den Internisten in der Transplantationskonferenz vorgestellt worden seien, bereits zuvor durch die Gastroenterologen die Frage entschieden worden sei, ob die Durchführung einer Lebertransplantation angezeigt gewesen sei und Behandlungsalternativen in Betracht gekommen seien.
Er – der Angeklagte – habe den Patienten sodann unter dem besonderen chirurgischen Aspekt angeschaut und geprüft, ob aus chirurgischer Sicht bei der Transplantation etwas zu beachten sei. Wenn chirurgisch keine Einwände bestanden hätten, sei der Patient in die Warteliste aufgenommen worden.

In der Transplantationskonferenz hätten durchaus Diskussionen stattgefunden. Bei Vorliegen eines Konsenses seien die Patienten in die Warteliste aufgenommen worden. Es sei auch vorgekommen, dass die Teilnehmer der Konferenz über das Bestehen einer Indikation diskutiert hätten und es sodann im Ergebnis nicht zu einer Aufnahme des betreffenden Patienten in die Warteliste gekommen sei.

Protokolle über die Transplantationskonferenz seien zwar nicht erstellt worden. Die Ärzte hätten sich jedoch handschriftliche Vermerke gemacht. Dies sei schon vor seinem Dienstantritt so gehandhabt worden. Die Ergebnisse der Konferenz seien aufgrund der angefertigten Notizen in die Behandlung und Therapie eingeflossen.

In der Transplantationskonferenz habe er – der Angeklagte – noch keine Akten von den Patienten gehabt. Die Informationen über die in der Abteilung Gastroenterologie evaluierten Patienten habe er durch die Transplantationskonferenz erlangt. Erst danach sei eine Transplantationsakte angelegt, worden, in der sich unter anderem wichtige Befunde und Arztbriefe der Patienten und vor allem auch das Evaluationsprogramm befunden habe.

Sie hätten auch Bilder von Computertomographien, Sonographien, Darmspiegelungen usw. gehabt, die vorgestellt und erörtert worden seien.

Der Angeklagte hat darüber hinaus ausgeführt, nicht nur in der Transplantationskonferenz sei eine Erörterung des gesundheitlichen Zustands der Patienten erfolgt, sondern die Beteiligten hätten sich auch zwischen den Konferenzen getroffen und den Zustand der Patienten weiter erörtert.

(bb) Zeugenaussagen

Diese Einlassung des Angeklagten wurde im Wesentlichen durch den Oberarzt **Prof. Dr. S.** bestätigt. Andere Zeugen, darunter die Zeugin **Dr. A.,** haben behauptet, die Entscheidung der Aufnahme von Patienten in die Warteliste sei sehr frühzeitig erfolgt und nicht transparent gewesen. Auch seien keineswegs alle Patienten, die in die Warteliste hätten aufgenommen werden sollen, in der Transplantationskonferenz besprochen worden.

(aaa) Grundsätzliche Einstellung, wann Patienten in die Warteliste aufgenommen und bei Eurotransplant registriert werden sollten

Die Zeugin **Dr. A.** hat bekundet, der Entscheidungsprozess über die Aufnahme der Patienten in die Warteliste und deren Transplantation sei aus ihrer Sicht nicht immer nachvollziehbar gewesen. Es sei allgemein festgelegt gewesen, dass jeder Patient, der leberkrank gewesen sei, in die Warteliste aufgenommen werden sollte. Jeder Patient, der irgendwann durch seine Krankheit in eine lebensbedrohliche Situation hätte kommen können, sei auf die Warteliste gesetzt worden. Es habe Patienten gegeben, bei denen absehbar gewesen sei, dass sie zu gesund gewesen seien, um jemals eine Leber zu bekommen. Ihr Eindruck sei gewesen, dass aus „politischen Gründen“ so viele Patienten wie möglich in die Warteliste aufgenommen werden sollten, um mehr Leberangebote zu bekommen und/oder als Transplantationszentrum besser dazustehen.

Prof. Dr. R., der als Oberarzt in der Abteilung Gastroenterologie der UMG tätig ist, hat die Aussage der Zeugin A. insoweit bestätigt, als er angegeben hat, es habe einen Trend gegeben, Patienten frühzeitig auf die Warteliste aufzunehmen. Es sei Abteilungspolitik gewesen, die Warteliste aufzufüllen. Wenn man dies mit der Listungspolitik von heute – Februar 2014 (= Zeitpunkt der Vernehmung des Zeugen) – vergleiche, sei es damals vorgekommen, dass auch Patienten mit normaler Leberfunktion in die Warteliste aufgenommen worden seien. Prof. Dr. R. sei stolz darauf gewesen, dass viele Patienten auf der Warteliste gestanden hätten. Der Zeuge Prof. Dr. R. hat indes auch bekundet, er könne keine Angaben zu der diesbezüglichen Einstellung des Angeklagten machen.

Der Zeuge **Dr. M.** hat ebenfalls angegeben, es sei das Ziel gewesen, das Transplantationszentrum aufzuwerten und viele Patienten in die Warteliste zu aufzunehmen. Als der 100. Patient in die Warteliste aufgenommen worden sei, sei dies unter Federführung von Prof. Dr. R. in einem G. Restaurant gefeiert worden. Hieran hätten zirka 20 Personen teilgenommen, unter anderem Oberärzte aus der Inneren Medizin, die Mitarbeiter des Transplantations-Koordinationsbüros sowie der Angeklagte.

Demgegenüber hat der Zeuge **Prof. Dr. S.** die Angaben des Angeklagten bestätigt und bekundet, eine vorsorgliche Aufnahme in die Warteliste bzw. eine prophylaktische Listung sei nicht erfolgt. Auch der Arzt **Dr. L.R.**, der eigenen Angaben zufolge in der Abteilung Gastroenterologie der UMG tätig ist, hat in Abrede genommen, dass es eine Devise gegeben habe, Patienten möglichst früh in die Warteliste aufzunehmen.

(bbb) Transplantationskonferenz und Entscheidung über die Aufnahme in die Warteliste sowie die Registrierung der Patienten bei Eurotransplant

Die zu den Transplantationskonferenzen gehörten Zeugen haben sich diesbezüglich sehr unterschiedlich geäußert. So hat die Zeugin **Dr. A.** die Transplantationskonferenzen als „Scheinkonferenzen“ bzw. „Scheinveranstaltungen“ bezeichnet, während der Zeuge **Prof. Dr. S.** dies in Abrede genommen und bekundet hat, es sei vielmehr „ein Ringen um Patienten“ gewesen.

Im Einzelnen hat die Zeugin **Dr. A.** ausgesagt, sie habe, als sie in der Leberambulanz tätig gewesen sei, die Einladungen für die Transplantationskonferenz gefertigt und an den Konferenzen teilgenommen. Weitere Teilnehmer der Transplantationskonferenz seien unter anderem Prof. Dr. R., Prof. Dr. S., der Angeklagte, der gesondert Verfolgte Dr. L., Dr. M., Dr. L. und Dr. G. gewesen.

Sie habe auf Anweisung von Prof. Dr. R. eine Liste erstellen müssen über die Patienten, die evaluiert bzw. in die Warteliste aufgenommen worden seien sowie die Patienten, die sich nach einer Lebertransplantation in stationärer Behandlung befunden hätten. Aus diesem Grund habe sie sich vor den Konferenzen bei der Ambulanzschwester E.H. erkundigt, ob seit der letzten Konferenz ein Patient neu in die Warteliste aufgenommen oder transplantiert worden sei. Manchmal habe sie auf diese Weise von der Transplantation von Patienten erfahren, deren Existenz sie bis

dahin gar gekannt habe. Diese Patienten seien zwischen zwei Transplantationskonferenzen transplantiert worden.

An den Konferenzen hätten nur sehr wenige Ärzte teilgenommen. Manchmal seien nur Prof. Dr. R., der Angeklagte, Dr. L., Dr. G. und Assistenten anwesend gewesen. In der Regel hätten acht bis zehn Personen an der Konferenz teilgenommen. Die Konferenzen, die in den Jahren 2010 und 2011 stattgefunden hätten, seien sehr schnell abgelaufen, wobei manchmal lediglich ein Fall erörtert worden sei. Die von ihr für die Konferenz erstellten Listen, deren Erstellung sie viel Zeit gekostet habe, hätten mitunter keinerlei Beachtung gefunden. Die Patienten, die transplantiert werden sollten, seien manchmal nur „en passant“ besprochen worden. So habe es Konferenzen gegeben, auf denen medizinische oder politische Themen erörtert worden seien.
Die Transplantationskonferenz habe maximal eine Stunde gedauert, manchmal sogar nur eine viertel Stunde. Man habe den Eindruck gehabt, dass es sich um eine Scheinkonferenz gehandelt habe. Die anberaumte Zeit habe nicht ausgereicht, um sich ein Bild von dem Patienten zu machen.

Diskussionen darüber, ob Patienten in die Warteliste aufgenommen werden sollten, habe es nicht gegeben. Ihrem Eindruck nach hätten die Leiter der Transplantationschirurgie und der Abteilung Gastroenterologie die Frage der Listung mehr oder weniger allein unter vier Augen besprochen. Diese Angabe wurde von dem Zeugen **Dr. C.P.,** der bekundet hat, er habe an zirka zehn Transplantationskonferenzen teilgenommen, bestätigt. Der Zeuge Dr. P. hat insoweit bekundet, in der Regel seien auf der Transplantationskonferenz medizinische Komplikationen besprochen worden, die im postoperativen Verlauf aufgetreten seien. Entscheidungen über eine Listung für eine Lebertransplantation seien auf den Transplantationskonferenzen, an denen er teilgenommen habe, nicht getroffen worden. Es habe nur wenige Mitarbeiter gegeben, die das „know how“ für die Beurteilung der Indikation gehabt hätten. Dies wurde auch durch den Zeugen **Dr**. **F.** bestätigt, der ebenfalls angegeben hat, er habe an circa zehn Transplantationskonferenzen teilgenommen. Es habe sich hierbei nicht um eine Entscheidungskonferenz gehandelt, sondern mehr oder weniger um eine Bekanntgabe der Indikationen bzw. Mitteilung von Entscheidungen. Die Entscheidungen seien vielmehr schon im Vorfeld getroffen worden.

Der Zeuge **Prof. Dr. S.** hingegen ist der Behauptung der Zeugin A., bei der Transplantationskonferenz habe es sich um eine Scheinveranstaltung gehandelt, entgegengetreten. An den Transplantationskonferenzen hätten in der Regel Prof. Dr. R. und der Angeklagte sowie Oberärzte, Stationsärzte und gegebenenfalls Pathologen und Radiologen teilgenommen, um das Krankheitsbild der entsprechenden Patienten zu besprechen. Diese Patienten seien durch die Assistenten der Lebersprechstunde für die Konferenz angemeldet worden. Die Konferenz sei für 60 Minuten angesetzt gewesen und es habe ein Programm gegeben, das durchgesprochen worden sei.

Der Zeuge **Prof. Dr. S.** hat ebenso, wie der Angeklagte und auch die Zeugen **Dr. G.**, **Dr. N.**, **Dr. M.**, **Dr. H.** und **Dr. F.** ausgesagt, auf der Transplantationskonferenz seien sowohl Patienten besprochen worden, die in die Warteliste aufgenommen und bei Eurotransplant registriert werden sollten, als auch Patienten, die schon auf der Liste gestanden hätten oder bereits transplantiert gewesen seien. So seien unter anderem Probleme mit Immunsuppression, Gallenwegsprobleme und Infektionen besprochen wurden. Tumore und Entzündungen seien mit Lebertransplantationschirurgen ebenfalls erörtert worden. Die meisten Veranstaltungen hätten den angesetzten Zeitraum eingenommen. Es habe sich um ein „Durchgehen“ der Patienten mit bildlicher Demonstration gehandelt, wobei sie Laptops gehabt hätten. Die Transplantationskonferenz sei keine Scheinveranstaltung, sondern „ein Ringen um Patienten“ gewesen. In der Regel seien die Entscheidungen über die Aufnahme in die Warteliste in der Konferenz getroffen worden, wobei die Chefärzte diese Entscheidung getroffen hätten. Es habe keine Abstimmungen oder Mehrheitsentscheidungen gegeben.

Die Zeugen **Dr. G.**, **Dr. M.**, **Dr. L.**, **Dr. N.** und **Dr. H.-y.**, die eigenen glaubhaften Bekundungen zufolge ebenfalls – in unterschiedlicher Anzahl der Fälle – an Transplantationskonferenzen teilnahmen, haben in Übereinstimmung mit dem Zeugen **Prof. Dr. S.** angegeben, dass die Chefärzte, also Prof. Dr. R. und der Angeklagte bzw. der gesondert Verfolgte Dr. L. die abschließende Entscheidung über die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste und damit über dessen Registrierung bei Eurotransplant entschieden hätten.

Die Zeugen **Dr. G.**, **Dr. M.** und **Dr. H.** haben hinsichtlich der Transplantationskonferenz über die bereits mitgeteilten Bekundungen hinaus unter anderem folgende Angaben gemacht:

Dr. G. hat ausgeführt, in der Transplantationskonferenz seien die Patienten, die auf einer zuvor mitgeteilten Liste gestanden hätten, einzeln besprochen worden. Hierbei hätten Diskussionen zwischen dem Prof. Dr. R. und dem Oberarzt der Chirurgie, also dem Angeklagten oder dem gesondert Verfolgten Dr. L. stattgefunden, welche Behandlung für den Patienten am besten sei.
Eine offizielle Regelung, in welcher Form über eine Aufnahme in die Warteliste entschieden werden sollte, habe es nicht gegeben. Die letzte Entscheidung habe der Chirurg getroffen. In der Regel seien die Fälle, die er – der Zeuge G. – mitbekommen habe, nicht gegen die Meinung der Inneren transplantiert worden. Die Patienten seien in der Regel besprochen und die Notwendigkeit der Lebertransplantation erörtert worden. Dies sei entweder während der Evaluation oder auf der Transplantationskonferenz geschehen. Es habe auch Patienten gegeben, die schon zum Zeitpunkt der Evaluation auf Oberarztebene besprochen worden seien. Bei der Transplantationskonferenz sei dieser Fall dann bereits unproblematisch gewesen. Der Schwerpunkt der Transplantationskonferenz habe bei der Besprechung der Problemfälle gelegen. Patienten mit akutem Leberversagen, die einen Tag nach der Konferenz in der UMG aufgenommen worden seien, hätten im Hinblick auf die Eilbedürftigkeit der Transplantation nicht auf der Konferenz besprochen werden können.

Der Zeuge **Dr. V.M.**, der eigenen Angaben zufolge bis August 2010 in der Inneren Medizin tätig und dessen Vorgesetzter Prof. Dr. R. war, hat bekundet, er habe an vielen Transplantationskonferenzen teilgenommen. Die Patienten seien von den Kollegen der einzelnen Stationen oder von dem Ambulanzarzt, der die Patienten in der Ambulanz gesehen habe, vorgestellt worden.

Der Zeuge **Dr. H.** hat ausgesagt, die Ärzte hätten für die Transplantationskonferenz einen Ausdruck von etwa fünf bis zehn Seiten erhalten, bei dem es sich um eine Liste der Wartelistenpatienten sowie eine Liste von Patienten gehandelt habe, die bereits transplantiert gewesen seien und nachbesprochen bzw. nachversorgt werden mussten. Auf diesen Listen bzw. Seiten habe man sich Notizen machen können, was

manche Kollegen auch getan hätten. Es seien in der Transplantationskonferenz auch Patienten besprochen worden, die auf die Warteliste aufgenommen werden sollten. Patienten, die sich zum Zeitpunkt der Transplantationskonferenz in stationärer Behandlung befunden hätten, seien vom Stationsarzt vorgestellt worden. Ambulante Patienten seien von Ärzten der Transplantations-Ambulanz bzw. Transplantationsärzten vorgestellt worden.

Der Zeuge **T.H.A.-G**, der einen Angaben zufolge vom 1. Oktober 2010 bis zum 30. September 2011 auf der Station 1016 tätig war und eine Ausbildung zum Allgemein- und Viszeralchirurgie-Facharzt absolviert, hat ausgeführt, er habe an einigen Transplantationskonferenzen teilgenommen. Einer der Gastroenterologen habe den Patienten vorgestellt. Es seien Laptops eingesetzt worden und es habe eine Data-Show gegeben.

(cc) Würdigung und Zwischenergebnis

(aaa) Grundsätzliche Einstellung, wann Patienten in die Warteliste aufgenommen und bei Eurotransplant gelistet werden sollten

(aaaa) Zur Überzeugung der Kammer wurden die Patienten mit Lebererkrankungen nach alledem sehr frühzeitig in die Warteliste des Zentrums aufgenommen und bei Eurotransplant registriert. Dies wurde zum einen glaubhaft von den Zeugen **Dr. A.** und **Prof. Dr. R.** geschildert und zum anderen hat auch der Angeklagte selbst ausgeführt, dass grundsätzlich jede Leberzirrhose eine Indikation für eine Lebertransplantation darstelle und auch die Patienten, die einen niedrigen MELD-Score hätten, plötzlich und unerwartet an den Folgen einer Zirrhose sterben könnten. Zu den Risiken, die zum plötzlichen Tod eines Patienten mit fortgeschrittener Leberzirrhose führen könnten, zählten insbesondere Blutungen aus Ösophagusvarizen, die manchmal so heftig aufträten, dass der Patient versterbe, bevor er die Klinik erreicht habe. Es komme auch vor, dass Patienten im Krankenhaus eine Blutung bekämen und vor den Augen des Arztes in der Klinik verbluteten, ohne dass dem Patienten geholfen werde könne. Eine Grippe könnte für Patienten mit Leberzirrhose ebenso lebensbedrohlich sein wie das Auftreten einer spontanen bakteriellen Peritonitis (SBP).

Dafür, dass die Patienten frühzeitig auf die Warteliste aufgenommen wurden, spricht auch, dass auf der Leberwarteliste des Transplantationszentrums der UMG vom 22. November 2011, die 138 Patienten enthielt, 49 Patienten einen MELD-Score zwischen 6 und 8 und 37 Patienten einen MELD-Score von 9 - 13 hatten, wobei bei dieser Aufzählung die Patienten, die einen exceptionalMELD hatten, der höher war als der labMELD nicht berücksichtigt wurden. Dies bedeutet, dass 86 und damit 62 % der Patienten einen MELD-Score zwischen 6 und 13 hatten.

Schließlich spricht auch die Aussage des Nachfolgers des Angeklagten, des Zeugen **Prof. Dr. K.**, der bekundete, er habe die gesamte Warteliste des Zentrums überprüft und bis Mitte des Jahres 2012 insgesamt 69 Patienten von der Warteliste genommen, dafür, dass Patienten in dem Transplantationszentrum der UMG sehr früh in die Warteliste für eine Lebertransplantation aufgenommen wurden.
[…]

(bbbb) Der Umstand, dass die Patienten frühzeitig und insbesondere auch mit einem niedrigen MELD-Score in die Warteliste aufgenommen wurden und Prof. Dr. K. eine Vielzahl von Patienten wieder von der Warteliste herunternahm, belegt aus Sicht der Kammer jedoch nicht, dass der Angeklagte, was dieser bestritten hat, Patienten ohne Rücksicht darauf, ob bei diesen Patienten eine Lebertransplantation erforderlich war oder nicht, in die Warteliste aufnahm und auch transplantierte.

Zunächst ist zu berücksichtigen, dass es unter den Transplantationsmedizinern unterschiedliche Auffassungen darüber gibt, ab welchem Zeitpunkt eine Transplantation in Betracht kommt.
So hat der Zeuge **Prof. Dr. K.** angegeben, sein damaliger Vorgesetzter habe die Auffassung vertreten, dass die Patienten so spät wie möglich transplantiert werden sollten. Dies habe dazu geführt, dass die Internisten die Patienten in einigen Fällen so lange behandelt hätten, dass sie schließlich nicht mehr transplantabel gewesen seien. Der Sachverständige **Prof. Dr. D.** hingegen hat bekundet, insgesamt gebe es bei Vorliegen einer Leberzirrhose und reversibler einmaliger Dekompensation wenig Alternativen zur Lebertransplantation. Der günstigste Zeitpunkt, wann eine Transplantation durchzuführen sei, sei eine schwierige Frage. Sehr oft könne man argumentieren, dass die Transplantation zu spät durchgeführt worden sei. Prinzipiell

sei bei stimmiger Indikation eine Transplantation so früh wie möglich zu befürworten, wenn kardiologische oder andere Risiken außerhalb der Leber klein seien.

Den Ausführungen des sachverständigen Zeugen **Prof. Dr. K.** ist des Weiteren zu entnehmen, dass bei seiner Entscheidung, die Patienten von der Warteliste zu nehmen, teilweise nicht nur rein medizinische, sondern vielmehr auch Aspekte des Organmangels eine Rolle spielten. Deshalb kann ohne weitere Überprüfung, wie das Krankheitsbild der Patienten konkret war, nicht zu Lasten des Angeklagten davon ausgegangen werden, dass bei sämtlichen Patienten, die der sachverständige Zeuge Prof. Dr. K. von der Warteliste nahm, eine Lebertransplantation aus medizinischen Gründen nicht erforderlich bzw. nicht vertretbar war.

- **Patientenalter**

Der Zeuge **Prof. Dr. K.** hat in Zusammenhang mit dem Patienten, der mit einem Alter von 70 Jahren auf der Warteliste gestanden habe, kundgetan, man sollte bei Patienten, die 65 Jahre oder älter seien, darüber nachdenken, ob bei diesen Patienten überhaupt noch eine Lebertransplantation durchgeführt werden sollte. Ein Mann habe gegenwärtig eine durchschnittliche Lebenserwartung von 76 Jahren. Wenn ein Patient 75 Jahre alt sei, könne man die Lebenserwartung durch eine Lebertransplantation nicht erhöhen.
Hierzu ist anzumerken, dass ein Ausschluss von Patienten, bei denen keine medizinischen Kontraindikationen gegen eine Transplantation vorliegen und der allein aufgrund des Alters erfolgt, aus Sicht der Kammer verfassungswidrig wäre, weil der Ausschluss einen Verstoß gegen das Verbot der Differenzierung nach dem Lebenswert und damit einen Verstoß gegen Art. 2 Abs. 2 S. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG darstellen würde. Auf den Vorhalt, dass Patienten im Alter von 75 Jahren und älter auch noch Hüftprothesen eingebaut würden, hat der sachverständige Zeuge Prof. Dr. K. spontan erwidert, dass schließlich auch kein Mangel an diesen bestehe. Hingegen bestehe ein Organmangel, den man verwalten müsse. Genau diese Äußerung des sachverständigen Zeugen Prof. Dr. K. belegt die bereits dargelegte Problematik, dass zahlreiche Ärzte bei der Beurteilung der Frage, ob bei einem Patienten die Durchführung einer Lebertransplantation angezeigt ist oder nicht, nicht lediglich berücksichtigen, ob der konkrete Patient von einer Transplantation profitieren würde,

sondern auch, welche Lebenserwartung der Patient mit der neuen Leber hat und damit derartige Entscheidungen anhand statistischer Überlegungen getroffen werden.

Bei der statistischen Lebenserwartung eines Menschen handelt es sich nicht um ein Kriterium, dass ohne Weiteres auf einen konkreten Patienten übertragbar ist. Das Erreichen eines Lebensalters von 80 Jahren oder mehr ist heute gerade keine Seltenheit. Das heißt, wenn ein 75jähriger Mann, bei dem keine medizinischen Gründe vorliegen, die gegen eine Lebertransplantation sprechen, mit einer Lebertransplantation die Aussicht hätte, 80 Jahre oder älter zu werden und ohne Lebertransplantation eine wesentlich geringere Überlebenswahrscheinlichkeit hätte, wäre es evident, dass dieser Patient von der Transplantation nennenswert profitieren könnte. Die Festlegung der Altersgrenze beruht somit – jedenfalls wenn man auf die von dem sachverständigen Zeugen Prof. Dr. K. verwendete Begründung zurückgreift, die sich lediglich auf die statistische Lebenserwartung bezieht – auf dem Organmangel und der verfassungsrechtlich unzulässigen Bewertung, ein älterer Patient habe eine geringere Lebenserwartung als ein jüngerer, weshalb ein Organ dem jüngeren zugeteilt werden sollte.

- **Fortgeschrittene Tumorerkrankungen**

Eine Aufnahme von Patienten auf die Warteliste, die unter einer bösartigen Erkrankung leiden, die sich in einem fortgeschrittenen Stadium befindet bzw. bei denen bereits extrahepatisches Tumorwachstum vorliegt, stellt zwar einen Verstoß gegen die die Regelung unter III. 2.2. der BÄK-Richtlinien dar. Da ein vollständiger Ausschluss dieser Patienten von der Aufnahme in die Warteliste indes einen Verstoß gegen Art. 2 Abs. 2 S. 1, Art. 1 Abs. 1, Art. 3 Abs. 1 GG darstellt und verfassungswidrig ist, belegt der Umstand, dass der sachverständige Zeuge Prof. Dr. K. Patienten mit fortgeschrittenen Tumorleiden von der Warteliste nahm, nicht, dass diese Patienten nicht doch von einer Lebertransplantation hätten profitieren können. Nur dann, wenn aufgrund der fortgeschrittenen Tumorerkrankung bzw. aufgrund medizinischer Kontraindikationen ein Zustand der Patienten vorgelegen haben sollte, der erwarten ließ, dass diese Patienten eine Transplantation nicht oder nur für kurze Zeit überlebten, wäre deren Herunternahme von der Warteliste zu rechtfertigen

gewesen. Da diese Patienten nicht verfahrensgegenständlich waren, kann nicht beurteilt werden, inwieweit sich diese zu Unrecht auf der Warteliste befanden.

- **Patienten mit niedrigem MELD-Score**

Soweit der Zeuge Prof. Dr. K. Patienten mit niedrigem MELD-Score von der Warteliste nahm, weil von wenigen Ausnahmen abgesehen Patienten generell erst dann von einer Lebertransplantation profitierten, wenn der MELD-Score höher sei als 15, kann auch hieraus nicht ohne Weiteres geschlossen werden, dass bei diesen Patienten eine Lebertransplantation medizinisch nicht sinnvoll bzw. nicht vertretbar gewesen wäre.

Nach Auffassung der Kammer ist die Beurteilung, inwieweit ein Patient von einer Lebertransplantation profitiert oder nicht von dessen individuellem Krankheitsbild und nicht allein von statistischen Erwägungen abhängig. Die Frage, inwieweit die Transplantation eines Patienten mit einem MELD-Score unter 15 zugunsten anderer Patienten, die kränker und deutlich stärker vom Tode bedroht sind, zurückgestellt werden sollte, kann bei der Prüfung, inwieweit eine Lebertransplantation bei dem konkreten Patienten angezeigt ist, keine Berücksichtigung finden. Das heißt, bei der Frage, wie die Lebertransplantation bezogen auf den Organempfänger zu beurteilen ist, spielt der Aspekt, ob bzw. dass andere Patienten das Spenderorgan gegebenenfalls dringender benötigt hätten, keine Rolle.

Dass Transplantationen auch bei Patienten mit niedrigem MELD-Score in Betracht kommen, zeigen die nicht verfahrensgegenständlichen Fälle der Patienten B., E. und F. und wurden der Kammer im Ergebnis von allen Sachverständigen bestätigt.

Bei der **Patientin B.** bestand ausweislich des Gutachtens des Sachverständigen **Prof. Dr. D.** eine Leberzirrhose, die dekompensiert war. Zudem habe diese Patientin auch unter Aszites gelitten. Nach der Aufnahme in die Warteliste habe sich der Zustand der Patientin so weit verbessert, dass ihr MELD-Score, der initial 24 betragen habe, auf 8 abgefallen sei. Der Sachverständige Prof. Dr. D. hat hierzu ausgeführt, dass Patienten mit Leberzirrhose und Aszites generell eine hohe Mortalität hätten. Auch wenn bei der Patientin aufgrund der Behandlung eine verbesserte Leberfunktion erzielt worden sei, gebe es wenig Alternativen zur Lebertransplantation.

Die Zeugin **B.** hat bekundet, ihr sei es zum Zeitpunkt der Diagnosestellung gesundheitlich sehr schlecht gegangen. Sie habe aufgrund des Bauchwassers einen geschwollenen Bauch gehabt. Darüber hinaus habe sie nichts mehr essen können und 20 kg abgenommen. Sie habe so gut wie nicht mehr laufen können. Ihr Ehemann habe sie waschen und zur Toilette bringen müssen. Des Weiteren habe ihre Haut eine starke Gelbfärbung aufgewiesen.
Als ihr telefonisch mitgeteilt worden sei, dass eine Leber für sie zur Verfügung stehe, sei es ihr trotz des niedrigen MELD-Scores noch immer gesundheitlich sehr schlecht gegangen. Sie sei deshalb glücklich gewesen, eine Spenderleber zu erhalten. Aktuell gehe es ihr – zirka dreieinhalb Jahre nach der Transplantation – gesundheitlich sehr gut.
Auf die Frage, wie sie sich entschieden hätte, wenn sie vor der Transplantation dahingehend aufgeklärt worden wäre, dass die statistische Wahrscheinlichkeit ohne Lebertransplantation das nächste Jahr zu überleben höher gewesen sei als die Überlebenswahrscheinlichkeit nach der Transplantation, hat die Zeugin B. glaubhaft bekundet, diese Information hätte ihre Entscheidung nicht beeinflusst, weil niemand hätte vorhersehen können, wann bei ihr die nächste Dekompensation eingetreten wäre.

Der Fall des **Patienten A.E.** zeigt ebenfalls, dass grundsätzlich auch bei einem niedrigen MELD-Score durchaus eine Lebertransplantation angezeigt sein kann. Der Zeuge **A.E.** der ebenfalls eine Leberzirrhose hatte und im Jahr 2008 eine schwerwiegende Ösophagusvarizenblutung erlitt, wurde mit einem MELD-Score von 8 transplantiert. Im Gegensatz zur Zeugin B. ging es dem Zeugen E., wie dieser und dessen Ehefrau **D.E.** bekundet haben, vor der Transplantation gesundheitlich gut und nach der Transplantation, die am 18. März 2010 erfolgte, schlecht. Die Zeugen **A. und D.E.** haben insoweit bekundet, vor der Transplantation sei der Zeuge A.E. vollständig belastbar gewesen. Seit der Transplantation sei er hingegen arbeitsunfähig. Der Zeuge **E.** hat hinzugefügt, er habe einen Arbeitsversuch unternommen, die Wiedereingliederung jedoch aus gesundheitlichen Gründen nicht geschafft. Die Zeugen **A. und D.E.** sind nunmehr der Auffassung, die bei dem Patienten A.E. durchgeführte Transplantation sei nicht erforderlich gewesen, weshalb sie beabsichtigten, zivilrechtliche Ansprüche auf Schadensersatz und Schmerzensgeld geltend zu machen. **Prof. Dr. Dr. R.**, der im Auftrag der Staatsanwaltschaft B. ein schriftliches Sachverständigengutachten zu der bei dem

Patienten E. durchgeführten Transplantation erstellt hat, hat indes ausgeführt, dass die bei dem Patienten E. durchgeführte Lebertransplantation durchaus vertretbar gewesen sei. Bei diesem Patienten habe zum Zeitpunkt der Lebertransplantation eine stabile nachgewiesene Leberzirrhose vorgelegen, die zu Komplikationen geführt habe. Der Patient habe unter Ösophagusvarizen gelitten, die zu einer Blutung geführt hätten. Damit sei prinzipiell die Indikation zur Lebertransplantation gegeben gewesen. Die Verwendung eines Organs eines alkoholkranken Spenders, der sich ein Schädelhirntrauma zugezogen habe, erscheine zwar diskussionswürdig; dennoch habe bei dem Zeugen E. bei immer wieder nachgewiesenen Ösophagusvarizen und fortdauernder Ligaturbehandlung ein hohes Risiko für eine Rezidivblutung aus den Ösophagusvarizen bestanden.

Schließlich belegt der Verlauf der Erkrankung des **Patienten H.F.,** dass es schwierig ist, Krankheitsverläufe und die Frage, ob eine Lebertransplantation oder aber eine konservative Behandlung angezeigt ist, zu beurteilen. An diesem Fall wird aber vor allem deutlich, dass die rein statistische Abwägung von Überlebenswahrscheinlichkeiten sich im Einzelfall gegebenenfalls auch zu Lasten eines Patienten auswirken kann.

Der Zeuge **F.**, der unter einer primär sklerosierenden Cholangitis (PSC) litt und im Februar 2014 an den Folgen eines cholangiozellulären Karzinoms (CCC) verstarb, hat in dem an die Staatsanwaltschaft B. gerichteten Schreiben vom 27. Juli 2012 ausgeführt, im Mai 2011 seien bei ihm im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung deutlich erhöhte Leberwerte festgestellt worden. Einen Monat später sei in der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie der UMG die Diagnose PSC gestellt worden. Im November 2011 sei er aufgrund einer Gallenblasenentzündung notfallmäßig mit starken Bauchschmerzen in die UMG eingeliefert worden. Anlässlich dieses stationären Aufenthalts sei in der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie eine Evaluation für eine Lebertransplantation durchgeführt worden. In diesem Zusammenhang habe auch der Angeklagte im November 2011 ein Aufklärungsgespräch mit ihm – dem Zeugen F. – geführt und ihm erläutert, dass die Erkrankung PSC bereits weit fortgeschritten und eine Lebertransplantation aufgrund des fortgeschrittenen Stadiums der Erkrankung sinnvoll sei. Zu einem späteren Zeitpunkt habe er – der Zeuge F. – mit seiner Ehefrau ein Gespräch mit dem Oberarzt der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie geführt. Dieser habe bestätigt, dass eine zügige Transplantation sinnvoll sei, auch wegen der

Tumorprophylaxe. Auf die Frage, wie er – der Oberarzt – in seiner – des Zeugen F. – Situation entscheiden würde, wenn er eine Leber angeboten bekommen würde, habe der Oberarzt geantwortet, er würde die Leber nehmen. Da er Zweifel an der Erforderlichkeit einer Transplantation gehabt habe, habe er Ende Januar 2012 ein Gespräch mit Prof. Dr. K. geführt. Dieser habe ihm mitgeteilt, die Überlebenswahrscheinlichkeit bei einer Transplantation betrage im ersten Jahr 80 %. Solange er – Prof. Dr. K. – die Verantwortung in G. habe, werde er – der Zeuge F. – von ihm keine Spenderleber erhalten. Er – der Zeuge F. – gehöre auch nicht auf die Warteliste. Wenn es ihm richtig schlecht gehe und er mehrmals ins Krankenhaus müsse, würde man über eine Listung nachdenken. Selbst das erhöhte Tumorrisiko rechtfertige nicht das Risiko einer Transplantation. Des Weiteren habe Prof. Dr. K. angekündigt, ihn im April 2012 von der Warteliste nehmen zu lassen.
Diese Angaben hat der Zeuge H.F. ausweislich des schriftlichen Protokolls der polizeilichen Vernehmung vom 5. Februar 2013 inhaltlich wiederholt und ergänzend ausgeführt, dass es sich bei dem Oberarzt, der ihm ebenfalls zur Durchführung einer Lebertransplantation geraten habe, um Prof. Dr. R. gehandelt habe und seine – des Zeugen F. – Listung bei Eurotransplant am 24. November 2011 erfolgt sei.

Der Zeuge **Prof. Dr. R.** hat bestätigt, dass er mit dem Zeugen F. ein intensives Gespräch über eine Lebertransplantation führt habe. Dieser sei sehr skeptisch gewesen, ob eine Lebertransplantation angezeigt sei. Er habe dem Patienten F. geraten, sich in die Warteliste aufnehmen zu lassen. Der Patient habe PSC gehabt. Hierbei handele es sich um eine Immun-Gallenwegserkrankung, bei der ein erhöhtes Risiko bestehe, ein Cholangiozelluläres Karzinom (CCC) zu entwickeln. Er habe den Patienten anschließend aus den Augen verloren und weder gewusst, dass der Patient F. in die Warteliste aufgenommen und bei Eurotransplant gelistet noch dass dieser wieder von der Warteliste heruntergenommen worden sei. Er habe den Namen des Patienten F. erst wieder gelesen, als dieser mit der Diagnose eines CCC in der UMG aufgenommen worden sei.

Ausweislich des schriftlichen Protokolls der polizeilichen Vernehmung des Zeugen **H.F.** vom 16. September 2013 hat dieser zum weiteren Verlauf seiner Erkrankung nach der Herausnahme aus der Warteliste geschildert, dass er, weil ihn die unterschiedlichen Angaben zur Erforderlichkeit bzw. Nichterforderlichkeit einer Lebertransplantation verunsichert hätten und er das Vertrauen in die Abteilungen Gastroenterologie und Transplantationschirurgie verloren gehabt habe, sich im

November / Dezember 2012 in die Behandlung der M.H. Hannover (MHH) begeben habe. Dort sei bei im März 2013 im Rahmen einer Biopsie ein Tumor in seinen Gallengängen festgestellt worden sei. Im April 2013 sei er aufgrund des Tumors operiert worden. Während der Operation sei sodann in der linken Leberhälfte ein zweiter Tumor festgestellt worden, der nicht habe entfernt werden können.

Der sachverständige Zeuge **Prof. Dr. K.** hat die Angaben des Zeugen F. bestätigt und ausgeführt, der Zeuge F. habe unter der Erkrankung Morbus Crohn gelitten und sei aufgrund eines unklaren Beschwerdebildes im Jahr 2011 abgeklärt worden. Nachdem die Diagnose PSC gestellt worden sei, sei der Patient in die Warteliste aufgenommen worden. Im Januar 2012 habe er – Prof. Dr. K. – ein langes Gespräch mit dem Patienten F. geführt. Dieser habe ihm mitgeteilt, dass er keine Lebertransplantation durchführen lassen wolle. Daraufhin sei der Patient F. mit dessen Einverständnis im Februar 2012 von der Warteliste genommen worden. Da der Patient mit der UMG unzufrieden gewesen sei, habe dieser im Herbst 2012 die MHH aufgesucht und sich dort zweimal untersuchen lassen. Auch in der MHH sei keine Indikation für eine Lebertransplantation angenommen worden.
Im weiteren Verlauf habe der Patient F. einen Ikterus bekommen und im März / April 2013 habe man bei ihm einen Tumor in den Gallenwegen gefunden. Da der Patient F. sodann auch mit der Behandlung in der MHH unzufrieden gewesen sei, habe dieser sich anschließend wieder in seine – des Zeugen Prof. Dr. K. – Behandlung begeben. Im weiteren Verlauf sei der Patient F. an den Folgen des CCC verstorben.

Trotz dieser Entwicklung des Krankheitsverlaufs und der Möglichkeit, dass eine Lebertransplantation das Leben des Patienten F. hätte verlängern können, hat der sachverständige Zeuge Prof. Dr. K. ausgeführt, auch aus seiner heutigen Sicht habe keine Indikation für eine Lebertransplantation bestanden, weil der Patient F. lediglich einen MELD-Score von 6 gehabt habe und keine Komplikationen der PSC vorgelegen hätten. Er hätte den Patienten F. deshalb nicht transplantiert. Aufgrund des niedrigen MELD-Scores hätte dieser im Standard-Verfahren kein Organangebot bekommen. Er hätte dem Patienten F., da dieser keine Komplikationen seiner Erkrankung und auch nur einen niedrigen MELD-Score gehabt habe, auch nicht im Rahmen der sogenannten Rescue-Allokation (Rettungsallokation) ein Organ zugeteilt.

Das Risiko, im Verlauf der Erkrankung PSC an einem CCC zu erkranken hat der sachverständige Zeuge Prof. Dr. K. mit 5 – 15 % angegeben und ausgeführt, allein die hypothetische Möglichkeit, aufgrund des PSC ein Karzinom zu entwickeln, hätte für ihn als Grund für die Durchführung einer Lebertransplantation nicht ausgereicht. Auf die Frage, ob durch eine frühzeitige Lebertransplantation die Entstehung des CCC hätte verhindert werden können, hat der Zeuge Prof. Dr. K. ausgeführt, es sei möglich, dass der Patient F. den Tumor im Januar 2012, also zu dem Zeitpunkt, als er das Gespräch mit dem Patienten F. geführt habe, schon gehabt habe. Diese Tumore würden sich nicht kurzfristig entwickeln, sondern es handele sich hierbei um einen jahrelangen Prozess. Wäre der Patient F. damals transplantiert worden, hätte er die beste Prognose gehabt.
Mit der Darlegung des sachverständigen Zeugen Prof. Dr. K., es sei denkbar, dass der Patient F. bereits im Januar 2012 unbemerkt an dem CCC erkrankt gewesen sei, wird aus Sicht der Kammer die Auffassung des Angeklagten und des Sachverständige Prof. Dr. D., die ausgeführt haben, aus ihrer Sicht sollte bei Patienten mit PSC möglichst frühzeitig eine Lebertransplantation durchgeführt werden, bestätigt, weil die Prognose bei Auftreten eines CCC sehr schlecht ist.

Der Umstand, dass der Patient F. im Januar 2012 eine gute Leberfunktion und aus Sicht des sachverständigen Zeugen Prof. Dr. K. keine Krankheitssymptome aufwies, ließ offensichtlich gerade nicht die sichere Schlussfolgerung zu, dass der Patient F. zu diesem Zeitpunkt noch nicht an einem CCC erkrankt war. Im Ergebnis bestand somit losgelöst von der Frage, ob der Patient F. bereits im Januar 2012 unerkannt an CCC erkrankt war oder sich diese Erkrankung erst im weiteren Verlauf bildete, unzweifelhaft zum einen das Risiko der Entstehung dieser Erkrankung und zum anderen das Risiko, dass die Erkrankung aufgrund der schlechten Prognose zum Tode führen wird.

Der Fall des Patienten F. zeigt besonders deutlich, dass zum einen unter Transplantationsmedizinern unterschiedliche Auffassungen über die Frage bestehen, zu welchem Zeitpunkt und unter welchen Umständen eine Lebertransplantation durchgeführt werden sollte und zum anderen, dass statistische Erwägungen zwar einen Anhaltspunkt für die Entscheidung über die Durchführung einer Lebertransplantation bieten können, eine Lebertransplantation jedoch keineswegs

generell unvertretbar ist, wenn statistisch gesehen ohne Lebertransplantation eine höhere Überlebenswahrscheinlichkeit besteht als mit.

Während der sachverständige Zeuge Prof. Dr. K. auch bei Patienten mit PSC eine Lebertransplantation erst bei dem Auftreten von Komplikationen bzw. schlechter Leberfunktion für angezeigt hält und auch das erhöhte Risiko, an einem CCC zu erkranken keinen Grund für eine Transplantation darstellt, hat der Sachverständige Prof. Dr. D. ausgeführt, er halte bei Patienten mit PSC im Hinblick auf das Risiko, dass sich ein CCC bilden kann und diese Erkrankung eine sehr schlechte Prognose habe, grundsätzlich eine frühzeitige Transplantation für angezeigt.

Statistische Erwägungen ermöglichen weder ex ante noch ex post eine Beurteilung, ob der Patient F. ohne Transplantation tatsächlich länger lebte als er mit Transplantation gelebt hätte. Tatsächlich lebte der Patient F. nach dem mit dem sachverständigen Zeugen Prof. Dr. K. im Januar 2012 geführten Gespräch noch zwei Jahre. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass der Patient F., hätte er sich im Verlauf des Jahres 2012 transplantieren lassen, an den Folgen der Transplantation früher gestorben wäre als an den Folgen des CCC. Wesentlich wahrscheinlicher erscheint es indes, dass der Patient F., wenn bei ihm frühzeitig eine Transplantation durchgeführt worden wäre, heute noch am Leben wäre.

Aus Sicht der Kammer kann im Ergebnis daher nicht davon ausgegangen werden, dass bei dem Patienten F., als er von dem Angeklagten im November 2011 mit niedrigem MELD-Score in die Warteliste aufgenommen wurde, keine Notwendigkeit für die Durchführung eine Lebertransplantation bestand. Entscheidend ist insoweit vielmehr, ob der Patient über das Für und Wider der Transplantation bzw. des Unterlassens der Transplantation ausreichend aufgeklärt war und in Kenntnis der Umstände, die für und gegen eine Lebertransplantation sprachen, seine Entscheidung, sich nicht transplantieren zu lassen, traf.

Die Frage, ob bei den von dem sachverständigen Zeugen **Prof. Dr. K.** von der Warteliste entfernten Patienten die Durchführung einer Lebertransplantation medizinisch nicht erforderlich bzw. nicht vertretbar war, war nicht geboten. Wie in vorausgegangen Ausführungen dargelegt, kann nicht allein aufgrund der Angaben

des sachverständigen Zeugen Prof. Dr. K. zu Lasten des Angeklagten davon ausgegangen werden, dass eine Transplantation bei den von der Warteliste entfernten Patienten nicht erforderlich bzw. unvertretbar gewesen wäre. Hierzu hätte es einer weiteren Aufklärung bedurft. So hat insbesondere die zu den Patienten D., M. und T. durchgeführte Beweisaufnahme gezeigt, dass die Beurteilung der Frage, inwieweit die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste und die Registrierung bei Eurotransplant sowie die spätere Transplantation vertretbar waren oder nicht, eine genaue Kenntnis des Krankheitszustandes der Patienten voraussetzt und diese Feststellungen erst nach umfangreicher Beweisaufnahme möglich sind. So hat die Kammer im Rahmen der Beweisaufnahme zu den Patienten D., M. und T. mehrere Sachverständigengutachten pro Patient eingeholt und zusätzlich zahlreiche auch sachverständige Zeugen gehört. Hierbei kamen, was im Rahmen der zu den Patienten D., M. und T. getroffenen Feststellungen noch näher ausgeführt werden wird, die Sachverständigen teilweise zu unterschiedlichen bzw. gegensätzlichen Ergebnissen.

Eine pauschale Feststellung, dass in der UMG Patienten aus sachfremden Beweggründen bzw. ohne dass dies vertretbar war in die Warteliste aufgenommen und transplantiert wurden, konnte daher nicht getroffen werden.

Die Kammer hat in sämtlichen der 14 verfahrensgegenständlichen Patienten Sachverständigengutachten eingeholt. Im Ergebnis waren alle 14 Transplantationen geeignet, Heizwecken zu dienen und keine dieser Transplantationen war medizinisch unvertretbar. So hat der Sachverständige **Prof. Dr. B.** in den sogenannten „Manipulationsfällen“ zu jedem der elf Patienten ein Gutachten erstattet. In allen elf Fällen kam der Sachverständige zu der Einschätzung, dass zumindest eine „somatische Indikation“ für eine Lebertransplantation vorgelegen habe. Soweit er bei den Patienten **V.**, F.,W.,W. und **I.** das Vorliegen einer „medizinischen Indikation“ verneint hat, hat der Sachverständige dies mit der Nichteinhaltung der sechsmonatigen Alkoholkarenzzeit begründet. Bei dem Patienten **I.** hat der Sachverständige das Vorliegen einer „medizinischen Indikation“ mit dem extrahepatischen Tumorwachstum verneint, gleichzeitig aber auch angegeben, dass das Leben des Patienten I. durch die Transplantation verlängert worden sein könne. Bei dem Patienten **B.** hat der Sachverständige Prof. Dr. B. ausgeführt, dieser habe

zwar nicht in die Warteliste aufgenommen werden dürfen, weil die sogenannten Clichy-Kriterien nicht erfüllt gewesen seien, die Transplantation sei aber gleichwohl aufgrund der Schwere des Leberversagens vertretbar gewesen.

Hinsichtlich der sogenannten „Indikationsfälle“ ist der Sachverständige **Prof. Dr. B.** zu dem Ergebnis gelangt, die Transplantationen der Patienten D., M. und T. seien aus seiner Sicht zwar nicht „medizinisch indiziert“ gewesen. Die Lebertransplantationen der Patienten D. und T. seien jedoch zumindest vertretbar gewesen. Die Lebertransplantation der Patientin **M.** hingegen sei nur bei Vorliegen einer portalen hypertensiven Biliopathie, deren Vorliegen nicht ausgeschlossen werden konnte, vertretbar gewesen. Der Sachverständige **Prof. Dr. D.** hat hinsichtlich der Patientin M. im Ergebnis ausgeführt, dass die bei dieser Patientin durchgeführte Transplantation geeignet und auch angezeigt gewesen sei, um die gesundheitlichen Probleme, die aufgrund der Pfortaderthrombose sowie der Gallengangs- und Lebererkrankung bestanden hätten, zu therapieren, die Lebertransplantation mithin ebenfalls geeignet gewesen sei, Heilzwecken zu dienen.

(bbb) Transplantationskonferenz und Entscheidung über die Aufnahme in die Warteliste sowie die Listung bei Eurotransplant

Angesichts der geschilderten Zeugenaussagen, insbesondere der Zeugen **Dr. A.** und **Dr. P.,** hat die Kammer erhebliche Zweifel an der Glaubhaftigkeit der Einlassung des **Angeklagten**, dass jeder Patient vor dessen Aufnahme in die Warteliste bzw. vor der Registrierung bei Eurotransplant in der Transplantationskonferenz besprochen worden sei und lediglich in den Fällen, bei denen die vorherige Erörterung aufgrund der Eilbedürftigkeit der Transplantation nicht möglich gewesen sei, die Vorstellung des Patienten bzw. die Besprechung des Krankheitsbildes nachträglich erfolgt sei. Anderseits geht die Kammer angesichts der Aussagen der Zeugen **Dr. G.**, **Dr. M.**, **Dr. H.** und **A.-G.** nicht davon aus, dass es sich bei den Konferenzen regelmäßig lediglich um Scheinveranstaltungen handelte.

Dafür, dass es Transplantationskonferenzen gab, bei denen Patienten, die zur Evaluation stationär in der UMG aufgenommen waren, als Patienten angekündigt wurden, die erörtert werden sollten, sprechen etwa die Einladungsschreiben der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie für Transplantationskonferenzen

vom 14. und 21. Juni 2011 und 12. Juli 2011, die der Kammer von der UMG zur Verfügung gestellt wurden. Dass es andererseits auch Konferenzen gab, auf denen kein Patient angekündigt war, der gerade für eine Lebertransplantation evaluiert wurde, kann der Einladung für die Konferenz vom 7. Juni 2011 entnommen werden.

Die genannten Listen sind wie folgt untergliedert:
Unter dem Datum und der Uhrzeit der Konferenz sowie dem Ort, steht:

„Vor jeder Konferenz bitte kontrollieren, wann der Patient zuletzt da war und wann er wiederkommt!

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,
hiermit wollen wir Sie zur nächsten Transplantationskonferenz einladen. Folgende Patienten sollen diesmal besprochen werden:“

Patenten aktuell auf Station !!!“

Sodann sind tabellarische Auflistungen eingefügt, wobei die einzelnen Spalten untergliedert sind nach dem **Namen** und **Vornamen** des Patienten, dem Geburtsdatum, der Erkrankung, dem MELD und Station.
Die Zeilen der Tabellen sind in drei Überschriften untergliedert, die lauten:
entweder

„**Patienten auf Station in Evaluation für LTX**“ oder **„Evaluation für LTX“**
„**Patienten auf Station auf LTX-Warteliste**“ oder **„Patienten auf Warteliste“**
„**Patienten auf Station nach LTX**“ oder **„Patienten nach LTX“**

Anschließend folgt eine Überschrift, in der die **Anzahl der Patienten auf der Warteliste** angegeben wird.
Darunter ist wiederum eine tabellarische Auflistung der Patienten geordnet nach den Blutgruppen A, AB, B, O und innerhalb der Blutgruppen nach Alphabet. Neben der Blutgruppe ist in den einzelnen Spalten unter anderem der Name, Vorname und das Geburtsdatum der Patienten sowie deren Erkrankung, MELD sowie ein etwaiger SE (Standardausnahme)-MELD angegeben.
Danach folgt eine weitere Auflistung mit der Überschrift ***„Patienten nach LTX“.*** Darunter erfolgt die Auflistung der Patienten, wobei die Auflistung untergliedert ist nach Jahreszahlen und mit der Überschrift ***„LTX 2001 und früher“*** endet.

In der Einladung für die **Transplantationskonferenz vom 7. Juni 2011** sind in der Aufstellung der Patienten, die in der Konferenz besprochen werden sollen, lediglich unter der Überschrift ***„Patienten auf Station nach LTX“*** vier Patienten aufgeführt, darunter auch der verfahrensgegenständliche Patient **K.I**, der am 30. Mai 2011 transplantiert worden war. Hieraus kann geschlossen werden, dass es zum Zeitpunkt der Einladung nicht geplant war, Patienten zu besprechen, die evaluiert wurden oder sich bereits auf der Warteliste befanden.

In der Einladung für die **Transplantationskonferenz vom 14. Juni 2011** sind in der Aufstellung der Patienten, die in der Konferenz besprochen werden sollten, unter der Überschrift ***„Patienten auf Station in Evaluation für LTX“*** drei Patienten, unter der Überschrift ***„Patienten auf Station auf LTX-Warteliste“*** zwei Patienten und unter der Überschrift ***„Patienten auf Station nach LTX“*** fünf Patienten aufgeführt.

In der Einladung für die **Transplantationskonferenz vom 21. Juni 2011** sind in der Aufstellung der Patienten, die in der Konferenz besprochen werden sollen, unter der Überschrift ***„Patienten auf Station in Evaluation für LTX“*** drei Patienten, unter der Überschrift ***„Patienten auf Station auf LTX-Warteliste“*** zwei Patienten und unter der Überschrift ***„Patienten auf Station nach LTX“*** vier Patienten aufgeführt.

Ein Abgleich der Patienten, die in den Einladungen der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie für die **Transplantationskonferenzen** vom **21. Juni 2011** und **12. Juli 2011** aufgeführt sind mit denen in der von Eurotransplant übermittelten **Leberwarteliste des Transplantationszentrums** der UMG vom **15. Juli 2011**, zeigt, dass hier deutliche Unterschiede bestehen. So ist auf der Einladung für die **Transplantationskonferenz vom 21. Juni 2011** angegeben, dass sich 126 Patienten auf der Warteliste befänden, wohingegen auf der Einladung für die Konferenz vom **12. Juli 2011** lediglich 107 Patienten als auf der Warteliste stehend aufgeführt sind. Auf der **Leberwarteliste des Transplantationszentrums der UMG** vom **15. Juli 2011**, die aus dem ENIS-System von Eurotransplant stammt, sind hingegen 132 Patienten aufgelistet. Dies bestätigt die Angaben der Zeugin Dr. A., dass es sehr schwierig gewesen sei, an die entsprechenden Informationen zu gelangen und die Liste vollständig und auf dem neuesten Stand zu halten.

Losgelöst von der Frage, ob die Patienten, die in die Warteliste des Transplantationszentrums der UMG aufgenommen und bei Eurotransplant registriert

wurden, zuvor in der Transplantationskonferenz besprochen und in dieser Konferenz über die Aufnahme in die Warteliste entschieden wurde, haben im Ergebnis alle Zeugen übereinstimmend bestätigt, dass in der Regel letztendlich Prof. Dr. R. und der Angeklagte über die Frage, ob bei einem Patienten eine Lebertransplantation in Betracht kommt und dieser in die Warteliste aufgenommen wird, entschieden hätten. Inwieweit diese Entscheidung im Rahmen der Transplantationskonferenz fiel oder nicht und ob tatsächlich – wie von dem Angeklagten behauptet – abgesehen von den Patienten, bei denen die Transplantation unaufschiebbar war – jeder Patient in der Transplantationskonferenz besprochen wurde, lässt sich nicht zweifelsfrei feststellen. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme erfolgte jedoch zur Überzeugung der Kammer kein förmlicher Konferenzbeschluss.

(c) Aufklärung der Patienten vor der Aufnahme in die Warteliste und Registrierung bei Eurotransplant

Eine konkrete Regelung, wie eine Aufklärung durchzuführen ist, gab es nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme zur Überzeugung der Kammer nicht.

(aa) Einlassung des Angeklagten

Der **Angeklagte** hat sich dahingehend eingelassen, die Patienten seien, nachdem sie in der Transplantationskonferenz besprochen und bevor sie in die Warteliste aufgenommen worden seien, chirurgisch aufgeklärt worden.
Wenn die Patienten bereits aus der stationären Behandlung bzw. Evaluation entlassen gewesen seien, seien sie einbestellt und chirurgisch erstmals gesehen, besprochen und in der Regel von ihm oder dem Oberarzt Dr. L. aufgeklärt worden. Es hätten aber auch andere kompetente Kollegen die erste Aufklärung durchgeführt. Er – der Angeklagte – habe jeden Patienten gesehen und auch nach der Aufnahme in die Warteliste bzw. nach der Registrierung bei Eurotransplant mit den Patienten über deren Zustand gesprochen.

Er habe die Patienten in der Regel „von Kopf bis Fuß“ aufgeklärt, und zwar auch über alle Komplikationen, die auftreten könnten. Wenn Bedenken gegen die Transplantation bestanden hätten, habe er den Patienten diese ebenfalls mitgeteilt und sodann seine Einschätzung abgegeben.

Sofern es chirurgisch mehrere Therapiemöglichkeiten gegeben habe, habe er auch hierüber aufgeklärt. Wenn ein Patient zum Beispiel ein hepatozelluläres Karzinom (HCC), das drei Zentimeter groß sei und eine gute Leberfunktion habe, bestehe die Möglichkeit, das Karzinom zu entfernen oder eine Lebertransplantation durchzuführen. Der Patient habe somit die Wahl zwischen Resektion und Transplantation.

In G. werde ein Lebertransplantationspatient mindestens zweimal, manchmal aber auch drei bis vier Mal aufgeklärt, je nachdem wie viele Organangebote der Patient vor der Transplantation erhalten habe. Zunächst willige ein Transplantationspatient nach der ersten Aufklärung in die Transplantation ein. Bei dem ersten Organangebot willige er zum zweiten Mal ein. Wenn das Organ abgelehnt worden sei, habe der Patient bei dem nächsten Organ nochmals eine Einwilligung erteilt.

Prof. Dr. R., der vor dem Oberarzt Dr. L. die Abteilung Transplantationschirurgie geleitet habe, habe mit der Rechtsabteilung einen Einwilligungsbogen entwickelt. Dieser Einwilligungsbogen habe eine Zusammenfassung der notwendigen Informationen dargestellt und sei den Patienten vorgelesen worden. Zusätzlich sei eine spezifische Aufklärung vor dem Hintergrund des individuellen Patientenbildes erfolgt. Mit den Patienten sei viel mehr besprochen worden als das, was im Einwilligungsbogen bzw. der Patienteninformation gestanden habe. Es habe auch eine Aufklärung über Zentrumsangebote und die Möglichkeit der Lebendspende stattgefunden. Die Patienten seien ebenfalls darüber Informiert worden, dass sie jederzeit von der Einwilligung zurücktreten können.

(bb) Zeugenaussagen

Der Oberarzt **Prof. Dr. S.** hat bekundet, mit den Patienten, die in der Gastroenterologie behandelt worden seien und bei denen sich die Frage nach dem Stadium der Lebererkrankung und möglicher Therapien gestellt habe, sei als letztmögliche Maßnahme auch die Option der Lebertransplantation besprochen worden. Zunächst sei erörtert worden, welche Therapieoptionen bzw. Alternativen zur Lebertransplantation bestünden und welche zeitlichen Beschränkungen der Alternativen zu bedenken seien. Wer die Aufklärungsgespräche geführt habe, sei

unterschiedlich und davon abhängig gewesen, auf welcher Station die Patienten behandelt worden seien. Eine detaillierte Zuteilung, wer die Aufklärung durchzuführen habe, habe es nicht gegeben.
Die Patienten seien sodann in der Transplantationskonferenz besprochen worden. Wenn die Patienten mit der Transplantation einverstanden gewesen seien, habe die eigentliche Aufklärung für die Lebertransplantation stattgefunden. Dies habe in der Zuständigkeit der Transplantationschirurgie gelegen.

Die Ärztin **Dr. A.** hat zur Aufklärung geschildert, sie sei früher gelegentlich bei Aufklärungen zugegen gewesen, weil zu dieser Zeit, als der Angeklagte noch nicht in der UMG tätig gewesen sei, viele italienische Patienten behandelt worden seien und sie bei der Aufklärung gedolmetscht habe. Anlässlich dieser Aufklärung sei immer wieder mitgeteilt worden, dass die Aufnahme in die Wartelisteliste nicht bedeute, dass der Patient sofort eine Spenderleber erhalte. Darüber hinaus seien die Patienten über die Risiken und Folgen der Operation aufgeklärt worden und darüber, wie die Situation mit und ohne Operation wäre.
Es sei immer erwähnt worden, dass die Möglichkeit bestehe, an den Folgen der Transplantation zu versterben. Außerdem sei mitgeteilt worden, dass die Einnahme immunsuppressiver Medikamente erforderlich sei und die Transplantation Konsequenzen im Alltagsleben sowie Einschränkungen im sozialen und beruflichen Leben zur Folge habe und mit der Wahrnehmung vieler Arzttermine verbunden sei. Erläutert worden sei auch das Risiko, dass neue (Krebs-)Erkrankungen entstehen könnten.

Zur Aufklärung der Patienten hat der Zeuge **Dr. G.** ausgesagt, dass nach Vorliegen aller erforderlichen Befunde einer der Oberärzte, also der Angeklagte oder der gesondert Verfolgte Dr. L., sofern eine Lebertransplantation in Betracht gekommen sei, mit dem Patienten gesprochen und diesem Papiere für die Aufklärung ausgehändigt habe.

Der Zeuge **Dr. H.** hat ausgeführt, vor der Aufnahme des Patienten in die Warteliste und die Registrierung bei Eurotransplant würden mit dem Patienten in einem ausführlichen Aufklärungsgespräch unterschiedliche Aspekte erörtert.
Er habe mit den Patienten über deren Erkrankung, die Notwendigkeit der Operation, fehlende Therapieoptionen sowie den Ablauf der Transplantation gesprochen. Des Weiteren habe er mögliche operative und postoperative Komplikationen erörtert,

insbesondere die bei einer Lebertransplantation bestehenden Risiken, die Erforderlichkeit einer lebenslangen Immunsuppression und deren Konsequenzen. Er – der Zeuge H. – habe mit den Patienten auch über das erforderliche Verhalten während der Wartezeit gesprochen, vor allem darüber, dass der Patient erreichbar sein müsse.
Üblicherweise habe er im Rahmen der Aufklärung den Patienten auch darauf hingewiesen, wie der Verlauf der Erkrankung ohne Transplantation wäre und wie er nach einer Transplantation sein werde. Es sei aber auch zu bedenken, dass der Patient nicht verschreckt werden dürfe, so dass er sich verängstigt fühle. Grundsätzlich habe er versucht, alles so darzustellen, dass der Patient es verstehe und eine eigene Entscheidung treffen könne.

Hierbei handelt es sich indes um allgemein gehaltene Aussagen der genannten Zeugen. Eine generelle Regelung, in welcher Form die Patienten aufzuklären sind, gab es in der UMG zu den verfahrensgegenständlichen Zeiten indes nicht. Der Zeuge **Dr. S.** hat insoweit dargelegt, im Zeitraum von Oktober 2008 bis Oktober 2011 habe es keine spezifischen Dienstanweisungen zur Durchführung von Aufklärungen gegeben. Die Ärzte **Prof. Dr. J.-G.S.**, der bekundet hat, er habe in der UMG in der Zeit, bevor er im Herbst 2009 die UMG verlassen habe, in der Gastroenterologie gearbeitet und **Dr. L.R.**, der eigenen Angaben zufolge ebenfalls in der Gastroenterologie tätig war und aktuell auch noch tätig ist, haben übereinstimmend und glaubhaft bestätigt, dass es keine SOP (Standard Operation Procedure = Standardanweisung) gegeben habe, wie man Patienten über die Indikation zur Lebertransplantation aufzuklären habe. Der Zeuge **Dr. R.** hat ergänzend hinzugefügt, die Aufklärung zur Evaluation hätten die Stationsärzte gemacht.

(cc) Würdigung und Zwischenergebnis

Den Äußerungen der genannten Zeugen ist zu entnehmen, dass es keine konkrete Regelung gab, wie die Patienten, bei denen eine Aufnahme in die Warteliste in Betracht kam, aufzuklären waren. Während der **Angeklagte** sich dahingehend eingelassen hat, die Aufklärung in der Transplantationschirurgie habe vor der Aufnahme in die Warteliste lediglich unter chirurgischen Aspekten stattgefunden, weil über die Frage, ob alternative Behandlungsmöglichkeiten in Betracht gekommen

seien vorab bereits die Internisten entschieden gehabt hätten, hat der Zeuge **Dr. H.** bekundet, er habe mit den Patienten auch erörtert, wie der Verlauf der Erkrankung ohne Transplantation wäre.

Im Ergebnis kann nur im konkreten Einzelfall geprüft werden, ob ein Patient ausreichend und wirksam aufgeklärt wurde. Eine generelle Feststellung, dass die Aufklärung der Transplantationspatienten generell unzureichend war, konnte nicht getroffen werden.

(d) Registrierung des Patienten bei Eurotransplant – Transplantations-Koordination

Der Ablauf der Meldung von Patientendaten an Eurotransplant ist für das vorliegende Verfahren deshalb von besonderer Bedeutung, weil dem Angeklagten in den sogenannten Manipulationsfällen zur Last gelegt wird, in zehn Fällen wider besseres Wissens veranlasst zu haben, dass bei den betreffenden Patienten an Eurotransplant gemeldet worden sei, in der Woche vor dem letzten Kreatinin-Test habe zweimal eine Nierenersatztherapie stattgefunden. Aus diesem Grund haben die Umstände der Meldung der Daten an Eurotransplant erhebliches Gewicht.

(aa) Besetzung des Transplantations-Koordinationsbüros

Die Feststellungen hinsichtlich der Zuordnung sowie der Besetzung des Transplantations-Koordinationsbüros beruhen auf den insoweit glaubhaften und übereinstimmenden Angaben der Zeugen **E.S.**, **R. W.** sowie des Zeugen **O.**. Die Lage und Aufteilung der Büros hat die Zeugin **S.** so, wie festgestellt geschildert und hinzugefügt, sie habe, wenn sich der Transplantations-Koordinator W. nicht im Büro befunden habe, dieses immer abgeschlossen, wenn sie es verlassen habe.

(bb) Aufgabenbereich der Mitarbeiter des Transplantations-Koordinations-büros

Die zu den Aufgaben des Transplantations-Koordinationsbüros getroffenen Feststellungen beruhen auf den insoweit ebenfalls übereinstimmenden Angaben der Zeugen **S.** und **W.**, wobei der Transplantations-Koordinator **W.** ergänzend ausgeführt

hat, die Eingabe der Daten in das ENIS-System sei in über 90 % der Fälle durch die Zeugin S. erfolgt, bei der es sich um seine Assistentin für die Wartelistenpflege handele. Er selbst habe nur in Ausnahmefällen Daten eingepflegt. Zu seinem Tätigkeitsbereich hat der Zeuge W. ausgeführt, er habe das Zentrum nach außen repräsentiert und interne und externe Fortbildungen gemacht.
Hinsichtlich der Anlage der Transplantations-Koordinationsakte hat die Zeugin **S.** ergänzend ausgeführt, diese habe sie angelegt, um die Wartelisten ordnungsgemäß führen zu können. Erforderlich sei dies nicht gewesen. Die Transplantations-Koordinationsakten habe sie in ihrem Büro aufbewahrt, diese seien von den Ärzten nicht eingesehen worden.

(cc) Dateneingabe bei Eurotransplant

(aaa) Das ENIS-System wurde von dem sachverständigen Zeugen **Dr. R.** so beschrieben, wie in eingangs getroffenen Feststellungen dargelegt. Insbesondere hat der Zeuge ausgeführt, dass jeder Benutzer (user) des ENIS-Programms über ein Passwort und einen Nutzernamen verfüge und anhand des Passwortes feststellbar sei, welche Person eine bestimmte Eintragung gemacht habe.

Die Zeugen **W.**, **S.** und **KHK J.** haben insoweit ergänzend und übereinstimmend ausgesagt, anhand der von Eurotransplant zur Verfügung gestellten Logfiles habe festgestellt werden können, von welchem Nutzer eine entsprechende Eintragung getätigt wurde. Die Zeugin **S.** hat des Weiteren bestätigt, dass ihr Nutzername „ES." und der des Transplantations-Koordinators W. „W." gewesen sei. Das bedeute, wenn in den verfahrensgegenständlichen Aufstellungen über die an Eurotransplant übermittelten Daten „ES." stehe, habe sie diese Eintragungen gemacht und wenn dort „W." stehe, habe der Transplantations-Koordinators W. die Eintragung getätigt. Die Zeugen **S.** und **W.** haben des Weiteren übereinstimmend geschildert, jeder Nutzer habe über sein eigenes Passwort verfügt, anhand dessen Eurotransplant den Nutzer habe identifizieren können.

Die Zeugen **KHK J.** und **W.** haben darüber hinaus übereinstimmend bestätigt, dass zum verfahrensgegenständlichen Zeitpunkt mehrere Ärzte Zugang zum ENIS-System gehabt hätten und in der Lage gewesen seien, Eintragungen in das ENIS-System zu machen. Der Zeuge **KHK J.** hat des Weiteren angegeben, dass auch der Angeklagte Zugriff auf das ENIS-System gehabt habe. Die Prüfung anhand der

abgerufenen Logfiles habe indes ergeben, dass der Angeklagte in keinem Fall Daten in das ENIS-System eingegeben bzw. Eingaben zu den sogenannten Dialysefällen getätigt habe.

(bbb) Die Zeugin **S.** hat den Zugang zum ENIS-System, den Aufbau der Bereiche des ENIS-Systems sowie die Ablauf der Eingabe von Daten, insbesondere die Eingabe MELD-relevanter Daten so, wie festgestellt, geschildert. Sämtliche Angaben im ENIS-System sind in englischer Sprache verfasst. Die Zeugin S. hat angegeben, sie beherrsche die englische Sprache und sei in der Lage, die Menüpunkte zu verstehen und deshalb die erfragten Angaben, wie sie zum Beispiel bei der Beantragung einer Standardausnahme (standard exception) erforderlich sind, korrekt zu machen.
Ergänzend hat die Zeugin S. ausgeführt, sie habe den Ausdruck bzw. das FAX, auf dem die Laborwerte gestanden hätten, die sie an Eurotransplant gemeldet habe, zu der von ihr angelegten Koordinationsakte genommen. Den im ENIS-System nach der Eingabe der Blutwerte und nach der Beantwortung der Frage zu der Durchführung einer Nierenersatztherapie errechneten und angezeigten MELD-Wert habe sie auf dem Ausdruck bzw. dem FAX oben rechts handschriftlich notiert.

(dd) Herkunft der Daten, die bei Eurotransplant eingegeben wurden

Die Beweisaufnahme hat insoweit ergeben, dass der Transplantations-Koordinator W. und dessen Assistentin S. die Blutwerte der Patienten vor der Eingabe dieser Werte in das ENIS-System in Papierform vorliegen hatten. Die Mitteilung, dass bei Patienten Dialysen stattfanden, erfolgte indes mündlich durch den Angeklagten oder, was die Kammer nicht auszuschließen vermochte, in Einzelfällen auch durch andere Ärzte. Die Mitarbeiter des Transplantations-Koordinationsbüros W. und S. verließen sich insoweit auf die mündlichen Angaben. Eine schriftliche Bestätigung darüber, dass Dialysen stattfanden, gab es nicht.

(aaa) Blutwerte

Die Eingaben der MELD-relevanten Blutwerte in das ENIS-System durch den Transplantationskoordinator W. und dessen Assistentin S. erfolgten zur Überzeugung

der Kammer anhand schriftlich vorliegender Befunde. Dies folgt aus den insoweit übereinstimmenden Angaben der Zeugen **W.**, **S.**, **H.** und **S.**.

Die Zeugin **S.** hat ausgeführt, sie habe sich, sofern die Blutuntersuchung in der UMG stattgefunden habe, die aktuellem Blutwerte im XSERV-Programm aufgerufen und ausgedruckt. Sofern die Blutuntersuchung in einem anderen Krankenhaus oder anderen Labor erfolgt sei, habe sie die Befunde entweder von auswärtigen Ärzten per Post oder FAX erhalten. Außerdem sei sie, wenn die Transplantations-Ambulanz neue Blutbefunde erhalten habe, hiervon in Kenntnis gesetzt worden und habe diese ebenfalls per FAX erhalten oder aus dem XSERV ausgedruckt. Sie habe auch selbst persönlich die Transplantations-Ambulanz aufgesucht und erfragt, ob es neue Befunde gebe.

Die Zeuginnen **H.** und **S.** haben zu der Weitergabe von Patientendaten übereinstimmend ausgesagt, bei den an das Transplantations-Koordinationsbüro weitergegebenen Daten habe es sich entweder um Laborwerte gehandelt, die (nach der Laboruntersuchung) aus dem Drucker gekommen oder um Daten, die ihnen von Ärzten und Stationen weitergegeben worden seien. Diese von Ärzten und Stationen übermittelten Daten seien ihnen – den Zeuginnen H. und S. – nicht mündlich, sondern sie seien per FAX übermittelt oder von dem in der Ambulanz stehen Drucker ausgedruckt worden. Das FAX bzw. den Ausdruck hätten sie sodann an das Transplantationsbüro weitergefaxt oder in das Fach, das die Mitarbeiterin des Transplantations-Koordinationsbüros S. in der Transplantations-Ambulanz gehabt habe, gelegt.

Die Zeugin **H.** hat des Weiteren ausgesagt, es sei nur selten vorgekommen, dass Patientenwerte mündlich an die Ambulanz weitergegeben worden seien. Eine mündliche Mitteilung sei, was von der leitenden **MTA, der Zeugin A.O.**, die im Zentrallabor der UMG tätig ist, bestätigt worden ist, beispielsweise dann erfolgt, wenn im Labor auffällige Patientenwerte festgestellt worden seien. Dies sei von einem Mitarbeiter des Labors telefonisch mitgeteilt worden. Diese Meldung habe sie – die Zeugin **H.** – sodann an den Angeklagten oder in Vertretung an den gesondert Verfolgten Dr. L. weitergegeben. Der Angeklagte habe daraufhin über die weitere Verfahrensweise entschieden. In einigen Fällen habe der Angeklagte sie sodann aufgefordert, diese Werte an das Transplantations-Koordinationsbüro weiterzuleiten. Dies habe sie indes nicht mündlich gemacht. Die im Labor gemessenen Werte seien

automatisch von dem in der Ambulanz befindlichen Drucker ausgedruckt worden, so dass sie in schriftlicher Form vorgelegen hätten. Diese Werte habe sie dem Transplantations-Koordinationsbüro in der Regel per FAX übermittelt.
Die Zeugin **H.** hat des Weiteren bestätigt, dass es vorgekommen sei, dass von Stationen der UMG mitgeteilt worden sei, dass von einem neu aufgenommen Patienten dessen Blutwerte bei Eurotransplant aktualisiert werden müssten. Auch der Angeklagte habe sie – die Zeugin H. – in einigen Fällen gebeten, dafür zu sorgen, dass Werte aktualisiert werden bzw. das Transplantations-Koordinationsbüro darauf hinzuweisen, dass sich ein Patient nunmehr auf einer bestimmten Station befinde und dessen Werte aktualisiert werden müssten. Sie – die Ambulanzschwestern H. und S. – seien aber auch von anderen Ärzten gebeten worden, das Transplantations-Koordinationsbüro auf veränderte Werte hinzuweisen, was sie umgehend getan hätten. Dies wiederum wurde von dem Zeugen **Dr. A.** bestätigt, der ausgesagt hat, Prof. Dr. R. habe angeordnet, dass Veränderungen von Blutwerten umgehend an das Transplantations-Büro weiterzuleiten seien. Wenn es bei Patienten zu entsprechenden Veränderungen der Blutwerte gekommen sei, habe er die Ambulanzschwestern H. und / oder S. hierüber informiert und diese gebeten, sie sollten das Transplantations-Koordinationsbüro informieren, damit diese die Werte der Patienten bei Eurotransplant aktualisieren. Die Zeugin H. hat des Weiteren bekundet, ihre Kollegin E.S. und sie hätten dem Transplantations-Koordinator W. und dessen Assistentin nur mitgeteilt, *dass* Werte eines bestimmten Patienten aktualisiert werden müssten. Sie hätten jedoch keine einzelnen Werte weitergegeben.

Die Zeugin **S.** hat diese Angaben der Zeuginnen **H.** und **S.** bestätigt und bekundet, dass ihr keine konkreten Blutwerte mündlich mitgeteilt worden seien, sondern sie – die Zeugin S. – aus der Ambulanz oder von den Stationen die Mitteilung erhalten habe, dass für einen entsprechenden Patienten neue Blutwerte vorlägen bzw. dass ein Patient nunmehr stationär aufgenommen worden sei. Sie habe sich sodann die neuen Werte aus dem Computer ausgedruckt, die Werte in das ENIS-System eingegeben und das System habe den aktuellen MELD-Wert errechnet. Die Zeugin S. hat insoweit nachvollziehbar darauf hingewiesen, dass sie die Blutwerte ohnehin in schriftlicher Form benötigt habe, weil sie diese, wenn ein „Audit“ von Eurotransplant gekommen sei, an Eurotransplant habe übermitteln müssen.

Auch der Zeuge **W.** hat bestätigt, dass die bei Eurotransplant angegebenen Blutwerte aus dem von der Zeugin S. genannten Grund immer schriftlich vorgelegen hätten.

Aufgrund dieser übereinstimmenden Angaben der Zeugen S., W., H. und S. kann aus Sicht der Kammer verlässlich geschlossen werden, dass die Eingabe von Blutwerten in das ENIS-System, wenn sie durch den Transplantations-Koordinator W. und dessen Assistentin S. durchgeführt wurde, nicht aufgrund einer mündlichen Mitteilung von einzelnen Blutwerten erfolgte, sondern erst, wenn hierzu ein schriftlicher Befund vorlag.

(bbb) Nierenersatztherapien / Dialysen

Aus Sicht der Kammer konnte nicht verlässlich festgestellt werden, dass die Mitteilung, bei einem Patienten sei innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test zweimal eine Dialyse durchgeführt worden, generell und ausnahmslos von dem Angeklagten kam. Deshalb konnte auch nicht ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass der Angeklagte in den verfahrensgegenständlichen Fällen den Transplantationskoordinator W. bei den Patienten **S.**, **B.** und **P.** bzw. dessen Assistentin S. bei den Patienten **F.**, **I.**, **W.**, **W.**, **I.**, O. und F. jeweils veranlasste, gegenüber Eurotransplant insoweit falsche Angaben zu machen.
Die Zeugen W. und S. haben angegeben, sich an konkrete Eintragungen von Patientenwerten und Angaben zu Nierenersatztherapien nicht mehr erinnern zu können, also auch nicht an die Eingaben, die die verfahrensgegenständlichen Patienten betreffen. Beide Zeugen haben darüber hinaus angegeben, es sei anhand der Logfiles von Eurotransplant feststellbar, von wem die Dateneingaben durchgeführt wurden.

Diese von Eurotransplant für die relevanten Eintragungen mitgeteilten Logfiles weisen aus, dass die verfahrensgegenständlichen Eintragungen in das ENIS-System bei den Patienten **S.**, **B.** und **P.** von dem **Transplantations-Koordinator W.** und bei den Patienten **F.**, **I.**, **W.**, **W.**, **I.**, O. und F. von dessen **Assistentin S.** erfolgten.

(aaaa) Einlassung des Angeklagten

Der **Angeklagte** hat bestritten, die Zeugen W. und S. gegenüber Eurotransplant zu falschen Angaben bzgl. Dialysen veranlasst zu haben. Er hat sich vielmehr dahingehend eingelassen, dass die Information, dass ein bestimmter Patient dialysiert worden sei, ebenso, wie die Mitteilung über die Veränderung von Blutwerten von unterschiedlichen Ärzten und Stationen erfolgt und davon abhängig gewesen sei, auf welcher Station sich die Patienten befunden hätten.

(bbbb) Zeugenaussagen

Die Zeugen **S.** und **W.** haben hingegen ausgesagt, zu ihrer Überzeugung sei der Angeklagte derjenige gewesen, der ihnen bei den verfahrensgegenständlichen Patienten mitgeteilt habe, dass bei diesen Patienten eine Dialyse stattgefunden habe. Auch wenn sie sich an konkrete Meldungen nicht mehr erinnern könnten, folgerten sie dies aus dem Umstand, dass die Mitteilungen über durchgeführte Dialysen ihnen gegenüber generell durch dem Angeklagten erfolgt seien.

Der Zeuge **W.** hat bekundet, Mitteilungen über durchgeführte Dialysebehandlungen seien ausschließlich von dem Angeklagten erfolgt. Er könne sich nicht daran erinnern, dass seit dem Dienstantritt des Angeklagten jemals ein anderer Arzt als der Angeklagte Dialysemitteilungen gemacht habe.

Die Zeugin **S.** hat ausgeführt, sie habe die Mitteilung über durchgeführte Dialysen entweder von dem Angeklagten direkt – persönlich oder telefonisch – erhalten oder ihr sei von einer der Ambulanzschwestern mitgeteilt worden, sie – die Ambulanzschwester – solle ihr von dem Angeklagten ausrichten, dass ein bestimmter Patient dialysiert werde. Im Weiteren hat die hierzu wiederholt angehörte Zeugin S. allerdings angegeben, sie könne nicht ausschließen, dass die Ambulanzschwestern die Informationen über die Durchführung von Dialysen nicht lediglich von dem Angeklagten, sondern auch von einem anderen Arzt erhalten hätten. Die Aussage der Zeugin S. über die Weiterleitung der durch den Angeklagten (oder einen anderen Arzt) erfolgten Mitteilung einer Dialysebehandlung wurde weder von dem Zeugen W. noch den Ambulanzschwestern H. und S. bestätigt. Allerdings vermochten die Zeuginnen H. und S., die zu dieser Frage zweimal vor der Kammer

gehört wurden, am Ende ihrer Vernehmung nicht mehr vollständig auszuschließen, dass sie der Zeugin S. von einem Arzt ausgerichtet hätten, dass ein Patient dialysiert worden sei. Auf weiteres Nachfragen der Kammer nach ihrer diesbezüglichen genauen Erinnerung vermochten beide Zeuginnen keine konkreten Umstände zu benennen.

Zwar hat der Zeuge **W.** ausgesagt, er habe zu keinem Zeitpunkt gehört, dass die Mitteilung dass ein bestimmter Patient dialysiert werde, von einer Ambulanzschwester übermittelt worden sei. Er halte es für unwahrscheinlich, dass eine solche Eintragung auf Ansage einer Ambulanzschwester erfolgt sein solle. Die Zeuginnen H. und S. vermochten dies hingegen nicht auszuschließen.

Die Ambulanzschwestern **E.S.** und **E.H.** hatten beide in ihrer ersten Vernehmung vor der Kammer hinsichtlich der Weiterleitung von Informationen über durchgeführte Dialysen übereinstimmend bekundet, sie könnten sich nicht daran erinnern, dass sie eine Meldung über erfolgte Dialysen an das Transplantations-Koordinationsbüro weitergeleitet hätten. Auf den Vorhalt, dass die Zeugin S. behauptet habe, sie habe auch von ihnen die Mitteilung erhalten, der Angeklagte lasse ihr auszurichten bzw. weise darauf hin, dass ein Patient dialysiert worden sei, haben die Zeuginnen H. und S. jeweils wiederholt, daran keine Erinnerung zu haben. Gleichwohl ergänzte die Zeugin H. sodann ihre Angaben, indem sie mitteilte, wenn, dann seien derartige Informationen aber von unterschiedlichen Ärzten gekommen. Den Widerspruch, wie sie diese Aussagen machen könne, wenn sie unmittelbar zuvor noch erklärt habe, daran keine Erinnerung zu haben, vermochte die Zeugin H. nicht aufzuklären.

Als die Zeuginnen S., H. und S. im Rahmen einer zweiten Vernehmung vor der Kammer gemeinsam nochmals zu der Frage der Mitteilung von durchgeführten Dialysen angehört wurden, hat die Zeugin **S.** in Gegenwart der Zeuginnen S. und H. ihre Aussage, dass die Informationen über erfolgte Dialysebehandlungen entweder von dem Angeklagten telefonisch bzw. persönlich mitgeteilt worden seien oder der Angeklagte ihr – der Zeugin S. – die Mitteilung über Dialysebehandlungen von Patienten durch die Ambulanzschwestern habe ausrichten lassen, wiederholt. Daraufhin haben die Zeuginnen **H.** und **S.** zunächst wiederum angegeben, sie könnten sich nicht daran erinnern, auf Anweisung des Angeklagten der Zeugin S. mitgeteilt zu haben, dass ein Patient dialysiert werde. Auf die weitere Frage, ob sie dies ausschließen könnten, haben beide Zeuginnen geantwortet, dass sie dies nicht

der Fall sei. Die Zeugin **H.** hat hinzugefügt, diese Information sei dann aber von unterschiedlichen Ärzten gekommen. Daraufhin hat die Zeugin **S.** bekundet, sie meine sich zwar zu erinnern, dass ihr mitgeteilt worden sei, der Angeklagte habe die Ambulanzschwestern gebeten, ihr – der Zeugin S. – mitzuteilen, dass eine Dialyse stattgefunden habe. Es sei aber auch möglich, dass die Ambulanzschwestern diese Mitteilung von anderen Ärzten erhalten hätten.

Keiner der übrigen hierzu gehörten Zeugen vermochte Angaben dazu zu machen, wer Dialysemeldungen an das Transplantations-Koordinationsbüro oder gegebenenfalls die Transplantations-Ambulanz weitergeleitet hat.

So hat der Zeuge **Dr. F.** bekundet, er habe während seiner gesamten Tätigkeit in der Transplantationschirurgie (September 2009 bis circa November 2010) nicht mitbekommen, von wem Mitteilungen über Dialysebehandlungen erfolgt seien. Er selbst habe keine Dialysemitteilungen weitergeleitet und sei hierzu auch nicht aufgefordert worden. Er habe auch nicht erlebt, dass ein anderer Mitarbeiter der Station hierzu aufgefordert worden sei.

Der Zeuge **Dr. G.,** der ebenfalls in der Transplantationschirurgie tätig war, hat bekundet, er sei zu keinem Zeitpunkt aufgefordert worden, Dialysemeldung weiterzuleiten. Er habe lediglich mitbekommen, dass sowohl der Angeklagte als auch Dr. L. dem Transplantations-Koordinationsbüro die Veränderung von Blutwerten mitgeteilt hätten. Ob ausschließlich der Angeklagte Dialysemeldungen gemacht habe, könne er nicht angeben.
Der Oberarzt der Station 4024 der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie, **Prof. Dr. S.**, hat ausgesagt, er könne sich nicht erinnern, dass von der Abteilung Gastroenterologie Dialysemitteilungen erfolgt seien.

Der Zeuge **Dr. A.**, der in der Zeit von April 2006 bis Ende März 2009 in der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie tätig war und seit März 2010 wiederum dort arbeitet, hat erklärt, Prof. Dr. R. habe angeordnet, dass Veränderungen von Blutwerten umgehend an das Transplantationsbüro weiterzuleiten seien. Wenn es bei Patienten zu entsprechenden Veränderungen der Blutwerte gekommen sei, habe er die Ambulanzschwestern H. und / oder S. hierüber informiert und diese gebeten, sie sollten das Transplantations-Koordinationsbüro informieren, damit diese die Werte der Patienten bei Eurotransplant aktualisieren. Mitteilungen über

Dialysebehandlungen habe er nicht gemacht. Er habe auch weder mitbekommen, dass andere Mitarbeiter entsprechende Mitteilungen gemacht hätten noch habe er Kenntnis darüber gehabt, dass unzutreffende Dialysemitteilungen erfolgt seien sollen.

(cccc) Würdigung

Zur Überzeugung der Kammer kann im Hinblick auf die Aussagen der Zeuginnen **H.**, **S.** und **S.** nicht ausgeschlossen werden, dass die Mitarbeiterin des Transplantations-Koordinationsbüros S. die Mitteilungen, dass ein bestimmter Patient dialysiert werde – zumindest in Einzelfällen – von einer der Ambulanzschwestern erhielt und die von der Ambulanzschwester an die Zeugin S. weitergeleitete Information von einem anderen Arzt als dem Angeklagten stammte. Darüber hinaus kann aus Sicht der Kammer ebenfalls nicht ausgeschlossen werden, dass die Zeugen W. und / oder S. die Mitteilungen über Dialysebehandlungen nicht nur von dem Angeklagten, sondern auch von anderen Ärzten direkt erhielten.

Hinsichtlich der Frage, ob die Ambulanzschwestern H. und S. Dialysemitteilungen an die Zeugin S. weiterleiteten oder nicht, waren die Aussagen der Zeuginnen H. und S. ebenso wie die Aussage der Zeugin S. nicht uneingeschränkt glaubhaft.

So haben die Zeuginnen **H.** und **S.** nach dem Eindruck der Kammer auf die Fragen, ob sie Dialysemitteilungen des Angeklagten an die Zeugin S. weitergeleitet hätten, eher ausweichend geantwortet. Erst, als die Zeugin **S.** in Anwesenheit der Zeuginnen **H.** und **S.** ihre entsprechende Aussage aufrechterhalten hatte, haben diese angegeben haben, sie könnten die Weiterleitung von Dialysemitteilungen an die Zeugin S. nunmehr nicht mehr ausschließen. In diesem Zusammenhang spricht auch gegen die Glaubhaftigkeit der Angaben der Zeugin **H.**, dass diese ihrer Aussage hinzugefügt hat, dass diese Information über die Durchführung von Dialysen dann aber von unterschiedlichen Ärzten gekommen sei. Da die Zeugin H. behauptet hat, sie könne keinen einzigen Fall erinnern, in dem sie eine Mitteilung über eine erfolgte Dialysebehandlung an die Mitarbeiterin des Transplantations-Koordinationsbüros S. weitergeleitet habe, stellt sich die Frage, aufgrund welcher Umstände die Zeugin H. zu der Einschätzung gelangte, dass die Dialysemitteilungen von unterschiedlichen

Ärzten erfolgt seien. Wenn die Zeugin H. sich an die Weiterleitung entsprechender Informationen, wie sie behauptet hat, nicht positiv erinnern könnte, könnte sie auch keine Einschätzung darüber abgegeben, dass eine Mitteilung oder mehrere Mitteilungen von unterschiedlichen Ärzten erfolgt seien.

Bei der Beurteilung der Glaubhaftigkeit der Angaben der Zeuginnen **H.** und **S.** ist zu berücksichtigen, dass diese, falls sie Dialysemeldungen an die Zeugin S. weitergeleitet haben sollten, befürchtet haben könnten, gegebenenfalls auch unzutreffende Dialysemitteilungen weitergeleitet zu haben und deshalb aus Angst vor straf- oder dienstrechtlichen Konsequenzen vor der Kammer nicht bestätigen wollten, dass durch sie – die Zeuginnen H. und S. – die Weiterleitung von Dialysemitteilungen erfolgte. So haben beide Zeuginnen ihre Aussagen ebenso wie auch die Zeugen W. und S. in Gegenwart eines Zeugenbeistands gemacht. Zwar wurden alle vier Zeugen über das Bestehen eines Auskunftsverweigerungsrechts nach § 55 StPO belehrt und hätten somit die Möglichkeit gehabt, die Beantwortung unter anderem von Fragen, die die Dialysemeldungen und die Weiterleitung von Dialysemitteilungen betreffen, zu verweigern. Dies bedeutet aus Sicht der Kammer im Hinblick auf das geschilderte Aussageverhalten der Zeuginnen H. und S. indes nicht, dass aus dem Umstand, dass sie in Kenntnis ihres Auskunftsverweigerungsrechts angegeben haben, sie könnten sich an eine Weiterleitung von Dialysemitteilungen nicht erinnern, geschlossen werden kann, dass tatsächlich keine Weiterleitung entsprechender Mitteilung erfolgte. Auch wenn die Kammer die Aussage der Zeugin S. hinsichtlich der Dialysemitteilungen nicht für uneingeschränkt glaubhaft hält, ist aus Sicht der Kammer kein nennenswerter Grund erkennbar, weshalb die Zeugin S. sich diese Angabe, auch Mitteilungen von den Ambulanzschwestern erhalten zu haben, hätte ausdenken bzw. wider besseres Wissen hätte behaupten sollen.

Wenn es der Erinnerung der Zeugin S. entsprechen sollte, dass sie ausschließlich vom Angeklagten die Information über erfolgte Dialysen erhalten habe, hätte es keine Veranlassung gegeben, wider besseres Wissen zu behaupten, eine Ambulanzschwester habe ausgerichtet, dass der Angeklagte diese gebeten habe, ihr – der Zeugin S. – Dialysebehandlungen weiterzuleiten.

Auch dann, wenn die Aussage der Zeugin **S.**, sie könne sich nicht erinnern, dass die Dialyseinformation auch von anderen Ärzten gekommen sei, unzutreffend sein sollte und sie dies angegeben haben sollte, um den Angeklagten zu Unrecht zu belasten,

wäre es für eine etwaige Falschbelastung des Angeklagten nicht erforderlich gewesen, zu behaupten, die Ambulanzschwestern hätten Mitteilungen des Angeklagten an sie weitergeleitet. Für eine etwaige Falschbelastung des Angeklagten wäre es ausreichend gewesen, anzugeben, dass sie Mitteilungen über Dialysebehandlungen ausschließlich von dem Angeklagten erhalten habe.

Im Übrigen erscheint es aus Sicht der Kammer auch nicht fernliegend, dass die Mitteilung von Dialysebehandlungen von den Ambulanzschwestern S. und H. weitergeleitet wurde. So haben die Ambulanzschwestern übereinstimmend ausgesagt, sie seien von unterschiedlichen Ärzten bzw. von den Stationen in Kenntnis gesetzt worden, dass Blutwerte von Patienten aktualisiert werden müssten und gebeten worden, dies an das Transplantations-Koordinationsbüro weiterzuleiten. So hat beispielsweise auch der Zeuge **Dr. A.** bestätigt, dass er die Ambulanzschwestern gebeten habe, dem Transplantations-Koordinationsbüro mitzuteilen, dass sich Blutwerte bestimmter Patienten verändert hätten und deren Werte bei Eurotransplant aktualisiert werden müssten. Es erscheint daher nicht fernliegend, dass von anderen Ärzten nicht nur die Veränderung von Blutwerten, sondern auch die Durchführung von Dialysebehandlungen an die Ambulanzschwestern oder an das Transplantations-Koordinationsbüro mitgeteilt wurde.

Wenn beispielsweise ein Patient, der auf der Warteliste für eine Lebertransplantation stand, stationär behandelt wurde und sich im Laufe der Behandlung aufgrund einer Verschlechterung der Nierenfunktion eine Dialysepflichtigkeit ergab und dieser Patient auf einer nephrologischen Station behandelt wurde, erschiene es aus Sicht der Kammer nicht fernliegend, dass der Arzt, der den Ambulanzschwestern mitteilte, dass eine Verschlechterung der Blutwerte des Patienten eingetreten sei und dies an Eurotransplant gemeldet werden solle zugleich auch mitteilte, dass bei dem Patienten nunmehr eine Dialysebehandlung durchgeführt werde bzw. wurde. Mit anderen Worten: Es ist nach Auffassung der Kammer nicht einleuchtend, dass die Mitteilung der Veränderung von Blutwerten und die Mitteilung, dass ein Patient dialysiert werde, in derartigen Konstellationen durch verschiedene Personen erfolgt sollen (Mitteilung der Blutwertveränderung durch einen Arzt der Nephrologie und Dialysemitteilung durch den Angeklagten).

Aus Sicht der Kammer kann somit nicht ausgeschlossen werden, dass die Ambulanzschwestern S. und / oder H. zumindest in Einzelfällen der Zeugin S. mitteilten, dass ein Patient dialysiert werde bzw. dialysiert worden sei.

Es konnte darüber hinaus auch nicht mit ausreichender Sicherheit festgestellt werden, dass die Ambulanzschwestern ihre Informationen über durchgeführte Dialysen ausschließlich von dem Angeklagten erhielten. Zum einen vermochte die Zeugin S. eigenen Angaben zufolge nicht auszuschließen, dass auch andere Ärzte eine der Ambulanzschwestern ober beide veranlasst haben könnten, Dialyseangaben an sie weiterzugeben. Zum anderen bestehen aus den nachfolgend dargelegten Gründen erhebliche Zweifel an der Glaubhaftigkeit der Angaben der Zeugin S. zur den Dialysemeldungen.

Aus Sicht der Kammer konnte nicht mit der erforderlichen Sicherheit festgestellt werden, dass (abgesehen von den Mitteilungen, die von einer der Ambulanzschwestern gegenüber der Mitarbeiterin des Transplantations-Koordinationsbüros S. gemacht worden sein sollen) die Mitteilungen über durchgeführte Dialysen ausschließlich von dem Angeklagten erfolgten. Die Kammer hält insoweit die Behauptungen der Zeugen S. und W., sie könnten sich nicht erinnern, von einem anderen Arzt als dem Angeklagten Dialysemitteilungen erhalten zu haben, für unglaubhaft. Zum einen wiesen die Aussagen der Zeugen S. und W. gewichtige Unstimmigkeiten auf und zum anderen war bei beiden Zeugen eine Belastungstendenz gegenüber dem Angeklagten deutlich erkennbar.

Ausgangspunkt der Würdigung der Aussagen der Zeugen S. und W. ist, dass beide Zeugen ausgesagt haben, sich an konkrete Mitteilungen über erfolgte Dialysebehandlungen nicht mehr erinnern und daher auch nicht mehr angeben zu können, wer ihnen bei den verfahrensgegenständlichen Patienten die Mitteilung gemacht habe, dass diese Patienten dialysiert worden seien. Den Rückschluss, dass der Angeklagte derjenige gewesen sei, der den Zeugen W. und S. gegenüber diese Mitteilung gemacht habe, haben die Zeugen W. und S. damit begründet, sie hätten keine Erinnerung daran, die Dialysemitteilungen jemals von einem anderen Arzt als dem Angeklagten erhalten zu haben.

Gegen die Glaubhaftigkeit dieser Angaben bestehen aus Sicht der Kammer erhebliche Bedenken.

Die Aussage der Zeugen W. und S. wiesen keine ausreichende Konstanz auf.
So hat der Zeuge **W.** zunächst angegeben, seiner Erinnerung nach seien die Angaben zu Dialysen *in der überwiegenden Anzahl der Fälle* von dem Angeklagten erfolgt, und zwar entweder anlässlich eines persönlichen Gesprächs oder telefonisch. Auf Nachfrage, wie die Formulierung *„in der überwiegenden Anzahl der Fälle“* zu verstehen sei, hat der Zeuge W. erklärt, nicht nur die Zeugin S. und er hätten einen Zugang zum ENIS-System gehabt, sondern auch andere ärztliche Mitarbeiter der UMG. *Vorwiegend* seien die „Ansagen“, dass dialysiert worden sei, von dem Angeklagten erfolgt. Ihm – dem Zeugen W. – sei nicht erinnerlich, dass auch andere Personen solche „Ansagen“ gemacht hätten. Im weiteren Verlauf der Vernehmung hat der Zeuge W. sodann angegeben, es sei *immer* der Angeklagte gewesen, der die Durchführung der Dialysen an das Transplantations-Koordinationsbüro weitergegeben habe. Grundsätzlich hätte zwar jeder, der im Bereich der Gastroenterologie und der Transplantationschirurgie gearbeitet habe, eine Dialyse mitteilen können; er, W., könne sich indes nicht daran erinnern, dass diese Mitteilung jemals von einer anderen Person als dem Angeklagten erfolgt sei.

Die Zeugin **S.** hat ebenfalls inkonstant ausgesagt. So hat sie zunächst angegeben, sie habe die Mitteilungen über durchgeführte Dialysen von dem Angeklagten entweder telefonisch oder, wenn sie den Angeklagten in der Ambulanz getroffen habe, auch von diesem persönlich erhalten. In weiteren Fällen sei ihr von einer der Ambulanzschwestern mitgeteilt worden, dass der Angeklagte sie – die Ambulanzschwester – gebeten habe, ihr auszurichten, dass ein bestimmter Patient dialysiert werde. Im weiteren Verlauf der Vernehmung hat die Zeugin S. ausgesagt, sie könne nicht ausschließen, dass die Ambulanzschwestern auch mal gesagt hätten, sie sollten ihr ausrichten, dass ein Patient dialysiert werde und die Ambulanzschwester hierbei *„nicht direkt erwähnt“* hätten, dass diese Information von dem Angeklagten gekommen sei. In einer weiteren Vernehmung hat die Zeugin S. angegeben, sie könne sich zwar nicht daran erinnern, dass die Ambulanzschwestern die an sie, S., weitergeleitete Dialyseinformationen von anderen Ärzten erhalten hätten, sie könne dies aber auch nicht ausschließen.

Gegen die Glaubhaftigkeit der Angaben des Zeugen W., dass ausschließlich der Angeklagte ihm gegenüber Dialysemitteilungen machte, spricht darüber hinaus die Antwort des Zeugen **W.** auf die Frage, ob er auch Mitteilungen über die Beendigung von Dialysebehandlungen erhalten habe. Insoweit hat der Zeuge W. bekundet, dass es vorgekommen sei, dass *„ein Arzt mal angerufen“* und ihm mitgeteilt habe, dass ein Patient nicht mehr dialysiert werde.

Es ist aus Sicht der Kammer nicht nachvollziehbar, weshalb einerseits die Mitteilung über die Durchführung von Dialysen ausschließlich durch den Angeklagten erfolgt sein soll, die Beendigung einer Dialysebehandlung hingegen (auch) durch andere Ärzte. Hierfür ist kein sachlicher Grund erkennbar. Denn die Mitteilung, dass keine Dialyse mehr stattfindet, kann für den betreffenden Patienten ebenso bedeutsam sein, wie die, dass eine Dialysebehandlung erfolgt. Im Fall der Mitteilung an Eurotransplant, dass innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test zweimal eine Dialysebehandlung stattgefunden habe, hat die Auswirkung, dass der Kreatinin-Wert auf den – für die MELD-Berechnung – höchsten Wert von 4 mg/dl hochgesetzt wird, wodurch eine deutliche Erhöhung des MELD-Wertes eintreten kann. Wenn diese Meldung gegenüber Eurotransplant nicht mehr abgegeben wird, wird der MELD-Berechnung der tatsächlich gemessene Kreatinin-Wert zugrunde gelegt, der nach einer durchgeführten Dialysebehandlung in der Regel niedriger sein wird als 4 mg/dl. Dies wiederum kann zur Folge haben, dass auch der MELD-Wert des betreffenden Patienten niedriger ausfallen wird und sich dementsprechend die Chancen auf Zuweisung einer Spenderleber deutlich verschlechtern können.
Wenn aber, was der Aussage des Zeugen W., dass *„ein Arzt mal angerufen“* und die Beendigung der Dialysebehandlung mitgeteilt habe, zu entnehmen ist, die Mitteilung über die Beendigung von Dialysebehandlungen auch von anderen Ärzten als dem Angeklagten vorgenommen wurde, kann nicht ohne Weiteres ausgeschlossen werden, dass Mitteilungen über durchgeführte Dialysebehandlungen ebenfalls durch andere Ärzte erfolgten.

Gegen die Glaubhaftigkeit der Aussagen der Zeugen S. und W., ausschließlich der Angeklagte habe Dialysemitteilungen veranlasst, spricht darüber hinaus auch der Umstand, dass der Angeklagte in der Zeit von Anfang 2009 bis zu seiner Beurlaubung im November 2011 nicht durchgehend anwesend, sondern vielmehr

auch urlaubs- und krankheitsbedingt abwesend war bzw. sich auch auf Dienstreisen befand.

Den Urlaubskarten für 2009 bis 2011 ist zu entnehmen, dass der Angeklagte beispielsweise in der Zeit vom 7. Juli 2011 bis zum 20. Juli 2011 und in der Zeit vom 21. Juli 2011 bis 28. Juli 2011 Urlaub hatte und somit 22 Tage, mithin drei Wochen durchgehend nicht im Dienst war.

Aus Sicht der Kammer erscheint es nicht glaubhaft, dass während der Abwesenheitszeiten des Angeklagten von keinem anderen Arzt Dialysemitteilungen an Eurotransplant erfolgten. Auch hier ist zu bedenken, dass, wie bereits dargelegt, die Angabe gegenüber Eurotransplant, es habe zweimal innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test eine Dialyse-Behandlung stattgefunden, dazu führt, dass der Kreatinin-Wert auf den der MELD-berechnung höchsten zugrunde gelegten Wert von 4 mg/dl hochgesetzt wird, was zu einer deutlichen Erhöhung des MELD-Wertes und damit zu einer höheren Wahrscheinlichkeit, zeitnah ein Organangebot zu erhalten, führt. Wenn nur der Angeklagte Dialysemitteilungen gemacht hätte, hätte dies während seiner Abwesenheit eine Benachteiligung von Patienten zur Folge haben können. Hierzu das nachfolgende

Beispiel 3:

> *Die Patientin P, die in dem Zentrum A behandelt wird, ist klein und zierlich und bereits seit geraumer Zeit bettlägerig. Aufgrund der geringen Muskelmasse ist ihr Kreatinin-Wert sehr niedrig und spiegelt nicht die tatsächlich schlechte Leistung ihrer Nieren wider. Deshalb beträgt ihr MELD-Wert „lediglich" 30.*
> *Nachdem ihre Nierenfunktion sich weiter verschlechtert hatte, wurde bei ihr ab dem 01.01. regelmäßig eine Dialysebehandlung durchgeführt. Da der Transplantationsarzt sich drei Wochen im Urlaub befindet, wird erst ab dem 22.01. die Dialysebehandlung an Eurotransplant gemeldet. Daher behält die Patientin P, die bei Meldung der durchgeführten Dialysen einem MELD-Score von 40 erreicht hätte, den Score von 30. Dies hat zur Folge, dass bei den nachfolgenden Match-Verfahren weiterhin nur ein MELD-Score von 30 berücksichtigt wird. Am 23.01. verstirbt die Patientin P, weil sie nicht mehr rechtzeitig ein Organgebot erhielt. Wäre die Dialysemeldung gegenüber Eurotransplant bereits nach Durchführung der 2. Dialysebehandlung erfolgt, hätte sie, da sie mit einem MELD-Score von 40 an den Match-Verfahren teilgenommen hätte, noch rechtzeitig ein Organangebot erhalten.*

Eine verspätete Dialyseweiterleitung an Eurotransplant könnte aber nicht nur deshalb einen Nachteil darstellen, weil der betreffende Patient mit einem niedrigeren MELD-Score an den Match-Verfahren teilnimmt, sondern auch, weil die Wartezeit in dem hohen MELD-Score-Bereich verkürzt wird. Bei Patienten, die den gleichen MELD-

Wert haben und aus derselben Region stammen wie der Spender, wird zunächst die Wartezeit, die der Empfänger im aktuellen MELD hatte, berücksichtigt. Das bedeutet, dass bei zwei Empfängern, die den gleichen MELD-Score haben und beide aus derselben Region stammen, der Empfänger, der sich länger in dem aktuellen MELD-Status befindet, auf der Match-Liste vor dem Empfänger steht, der sich erst kürzere Zeit in dem entsprechenden MELD-Status befindet. Da somit die Dauer der Zeit, in der ein Patient einen bestimmten MELD-Wert hat, durchaus bei einer Allokation ausschlaggebende Bedeutung haben kann, ist es für einen Patienten von großer Erheblichkeit, dass Verschlechterungen seines Gesundheitszustandes, die zu einer Erhöhung des MELD-Wertes führen, so schnell wie möglich an Eurotransplant gemeldet werden. Hierzu das nachfolgende

Beispiel 4:

> *Die Patientin P, die in dem Zentrum A behandelt wird, ist klein und zierlich und bereits seit geraumer Zeit bettlägerig. Aufgrund der geringen Muskelmasse ist ihr Kreatinin-Wert sehr niedrig und spiegelt nicht die tatsächlich schlechte Leistung ihrer Nieren wider.*
> *Nachdem ihre Nierenfunktion sich weiter verschlechtert hatte, wurde bei ihr ab dem 01.01. eine Dialysebehandlung durchgeführt. Da der Transplantationsarzt sich drei Wochen im Urlaub befindet, wird erst ab dem 22.01. die Dialysebehandlung an Eurotransplant gemeldet. Ab diesem Tag hat die Patientin P einen MELD von 40.*
> *Der Patient Q ist ebenfalls Patient im Zentrum A. Am 20.01. steigt sein MELD-Wert von 30 auf 40, weil sich seine Blutwerte verschlechtert haben. Seine aktuellen Werte werden umgehend an Eurotransplant gemeldet.*
> *Als in dem Match-Verfahren I ein Organ angeboten wird, dessen Spender aus der Region stammt, zu der auch das Transplantationszentrum A gehört, steht der Patient Q an erster Stelle vor der Patientin P. Da beide Patienten denselben MELD-Score haben und aus derselben Region stammen, wie der Spender, richtet sich die Reihenfolge auf der Warteliste nach der Wartezeit im MELD 40. Da Q seit dem 20.01. bei Eurotransplant mit MELD 40 registriert war, P hingegen erst ab dem 22.01, steht die Patientin A auf der Match-Liste hinter dem Patienten Q. Nachdem Q das Organ erhalten hat, verstirbt die Patientin P, weil sie nicht mehr rechtzeitig ein Organangebot erhielt. Wären die Dialysemeldung sofort gegenüber Eurotransplant erfolgt, hätte die Patientin P das Spenderorgan erhalten und überlebt.*

Wenn man, was nach Auffassung der Kammer nicht der Fall ist, in der pflichtwidrigen Beeinflussung der Allokation Tötungsunrecht sähe, käme im Beispielsfall 3 der Tatbestand einer fahrlässigen oder gar (bedingt vorsätzlichen Tötung) der Patientin P in Betracht. Denn das Transplantationszentrum wäre verpflichtet gewesen, die Verschlechterung der Werte der Patientin umgehend an Eurotransplant weiterzuleiten. Dass die – in diesem Fall sogar erhebliche – Verzögerung der Weiterleitung der Daten zur Folge haben kann, dass ein Patient nicht mehr rechtzeitig ein Spenderorgan erhält und stirbt, ist ohne Weiteres vorhersehbar.

Dieser Beispielsfall zeigt jedoch vor allem, wie unwahrscheinlich es ist, dass während der Abwesenheitszeiten des Angeklagten keine Dialysemeldungen an Eurotransplant erfolgten.

Auf die entsprechende Nachfrage, ob Dialysemitteilungen erfolgt seien, wenn der Angeklagte abwesend gewesen sei, hat die Zeugin **S.** angegeben, *„eigentlich“* sei der Angeklagte immer da gewesen. Als sie zu einem späteren Zeitpunkt der Vernehmung hierzu nochmals befragt wurde, hat sie erklärt, sie könne sich nicht daran erinnern, dass während der Abwesenheit des Angeklagten Dialysemitteilungen erfolgt seien. Diese pauschale Behauptung erscheint der Kammer vor dem Hintergrund der Bedeutung rechtzeitiger Meldungen von Gesundheitsveränderungen an Eurotransplant nicht glaubhaft und die Angaben, der Angeklagte sei „eigentlich“ immer anwesend gewesen, widerspricht auch den Feststellungen über die Abwesenheitszeiten des Angeklagten.

So hat der Zeuge **O.** ausgesagt, dass die Abwesenheitszeiten anhand der Urlaubskarten des Angeklagten festgestellt werden könnten. Auf den Ablichtungen dieser **Urlaubskarten für die Jahre 2009 bis 2011**, die in tabellarischer Form erstellt sind, wobei in den senkrechten Spalten die Wochentage und in den waagerechten Zeilen die Monate aufgeführt sind, ist ersichtlich dass sich an manchen Tagen die Eintragungen „U“, „K“ und „D“ befinden. Diese Abkürzungen haben, was der Angeklagte bestätigt hat, folgende Bedeutung: „U“ = Abwesenheit aufgrund Urlaub“, „D“ = Abwesenheit aufgrund Dienstreise und „K“ Abwesenheit aufgrund Erkrankung. Hinsichtlich der Dienstreisen hat der Zeuge **O.** ausgesagt, dass die Dienstreisen des Angeklagten nur eingeschränkt belegbar seien. Zwar sei grundsätzlich für die Durchführung einer Dienstreise ein Antrag erforderlich. Es sei aber auch möglich, dass eine Dienstreise „sozusagen auf dem Gang besprochen“ worden und dies lediglich mündlich erörtert worden sei. Wenn in den Fällen, die nur mündlich erörtert worden seien, nach der Dienstreise keine Abrechnung eingereicht worden sei, existiere die Dienstreise arbeitsrechtlich nicht.
In den Urlaubskarten, die den Angaben des Angeklagten zufolge von einer Sekretärin der UMG geführt wurde, finden sich an folgenden Tagen nachfolgende Eintragungen:

[…]

Die Urlaubskarten belegen, dass der Angeklagte nicht durchgehend anwesend war. Im Hinblick auf die dargelegte Bedeutung einer schnellen Weiterleitung von MELD-relevanten Angaben, wozu auch die Dialysebehandlung zählt, erscheint es der Kammer nicht glaubhaft, dass während der Abwesenheitszeiten des Angeklagten grundsätzlich keine Dialysemitteilungen von anderen Ärzten an die Zeugen W. und S. erfolgten.
Zwar ist grundsätzlich denkbar, dass während der Abwesenheitszeiten des Angeklagten (zufällig) keine Dialysen bei Lebertransplantationspatienten durchgeführt wurden und deshalb auch keine Dialysemeldungen an Eurotransplant erforderlich waren. Die Zeugen S. und W. konnten keine verlässlichen Aussage dazu machen, in welcher Häufigkeit sie gegenüber Eurotransplant die Angaben, dass zweimal innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test eine Nierenersatztherapie stattgefunden habe, gemacht haben. Während der Zeuge **W.** ausgesagt hat, er habe bei zirka 10 oder 11 Patienten die Frage nach der Nierenersatztherapie mit „JA“ beantwortet, hat die Zeugin **S.** bekundet, sie habe hunderte von Updates gemacht und könne keine Zahl benennen. Es seien weniger als 50 % der Fälle gewesen.
Aber selbst dann, wenn tatsächlich während der Abwesenheit des Angeklagten kein Patient neu dialysiert worden sein sollte, zeigt die Formulierung der Zeugin S. „Er [der Angeklagte] war eigentlich immer da“, wie wenig differenziert sie ausgesagt hat, was wiederum die Verlässlichkeit ihrer diesbezüglichen Angaben erheblich in Frage stellt.

Aus Sicht der Kammer ist auch nicht nachvollziehbar, dass Mitteilungen über die Veränderung von Blutwerten, wie die Zeugen W. und S. behauptet haben, durchaus von unterschiedlichen Ärzten bzw. den Ambulanzschwestern erfolgt sein sollen, Mitteilungen über Dialysen hingegen nicht. Insoweit wäre es aus Sicht der Kammer durchaus naheliegend, dass ein Arzt, der auf die Veränderung von Blutwerten hinwies und um Aktualisierung der Werte bei Eurotransplant bat, im Fall der Durchführung von Dialysen auch mitteilte, dass diese stattfanden.

So hat beispielsweise der Arzt **Dr. L.** bestätigt, dass der Prof. Dr. R. ihn in drei Fällen aufgefordert habe, hinsichtlich bestimmter Patienten Daten in das ENIS-System

einzugeben, was er auch getan habe. Zwar hat der Zeuge die Daten in diesem Fall selbst eingegeben und nicht Mitteilungen gegenüber den Zeugen W. und S. gemacht. Darüber hinaus hat der Zeuge Dr. L. keine Angaben dazu gemacht, wie er in diesen Fällen die Frage zur Dialysebehandlung im ENIS-System beantwortete. Die Aussage dieses Zeugen belegt, dass auch andere Personen als der Angeklagte für eine Aktualisierung der Daten sorgten und zwar auch Ärzte aus einer ganz anderen Abteilung. Wenn aber Ärzte aus einer anderen Abteilung wie der Gastroenterologie selbst MELD-relevante Eintragungen in das ENIS-System vornahmen, zeigt dies, dass es zu den verfahrensgegenständlichen Zeiten gerade kein Privileg des Angeklagten war, die Meldung MELD-relevanter Daten an Eurotransplant zu veranlassen. Daher erscheint es aus Sicht der Kammer nicht ausgeschlossen, dass den Zeugen W. und S. bzw. den Ambulanzschwestern von anderen Ärzten nicht nur die Veränderung von Blutwerten, sondern auch Dialysemitteilungen mündlich mitgeteilt wurden.

Insbesondere ist auch die Aussage des Zeugen W., der gesondert Verfolgte Dr. L. habe nach dem Dienstantritt des Angeklagten keine Dialysebehandlungen an das Transplantations-Koordinationsbüro weitergeleitet, nicht glaubhaft.
Der Zeuge **W.** hat angegeben, er sei im Jahr 2006 in die UMG zurückgekehrt. In der Zeit von 2006 bis 2008 habe der Oberarzt Dr. L. durchgeführte Dialysen telefonisch mitgeteilt. Die Nachfrage, ob durch den Oberarzt Dr. L. auch nach dem Dienstantritt des Angeklagten Dialysenmitteilungen erfolgt seien, hat der Zeuge W. verneint und behauptet, nach dem Dienstantritt des Angeklagten habe ausschließlich dieser derartige Mitteilungen gemacht.

Aus Sicht der Kammer erscheint es wenig glaubhaft und lebensfremd, dass der gesondert Verfolgte Dr. L. nach dem Dienstantritt des Angeklagten gegenüber den Zeugen S. und W. keine Dialysemitteilungen mehr vornahm. Der Oberarzt Dr. L. war der Vorgänger des Angeklagten in der Abteilung Transplantationschirurgie und machte, wie der Zeuge W. für die Jahre 2006 bis 2008 bestätigt hat, vor dem Dienstantritt des Angeklagten die entsprechenden Mitteilungen gegenüber den Zeugen S. und W.. Da Dr. L. über mehrere Jahre die Abteilung Transplantationschirurgie vor dem Dienstantritt des Angeklagten leitete und auch Lebertransplantationen durchführte, kann zweifellos davon ausgegangen werden, dass Dr. L. die Kenntnis hatte, wann die Voraussetzungen für eine Dialysemeldung

bei Eurotransplant vorlagen. Da der gesondert Verfolgte Dr. L. von seinem Auskunftsverweigerungsrecht nach § 55 StPO Gebrauch gemacht hat, konnte er hierzu nicht befragt werden.

Darüber hinaus ist zu bedenken, dass die Zeugin **S.** in einem anderen Zusammenhang angegeben hat, dass der Angeklagte von Dr. L. vertreten worden sei. Die Zeugin hat insoweit ausgesagt, nach der Annahme eines Zentrumsangebots habe gegenüber Eurotransplant eine Begründung für die Auswahl des Patienten angegeben werden müssen. Generell hätten der Zeuge W. und sie diese Begründung von dem Angeklagten eingeholt. Sie habe aber in zwei anderen Fällen festgestellt, dass auch Dr. L. entsprechende Begründungen für die Auswahl eines Patienten für ein Zentrumsangebot abgegeben habe. Da der Angeklagte als Leiter der Abteilung der Hauptansprechpartner gewesen sei, gehe sie davon aus, dass in den Fällen, in denen Dr. L. die Begründungen angegeben habe, der Angeklagte nicht erreichbar gewesen sei. Wenn aber Dr. L. den Angeklagten insoweit vertrat, ist nicht nachvollziehbar, weshalb es ausgeschlossenen sein sollte, dass Dr. L. auch Mitteilungen über Dialysebehandlungen machte.

Gegen die Glaubhaftigkeit der Angaben der Zeugen S. und W. zu den Dialysemitteilungen spricht darüber hinaus, dass ihre Aussagen auch in anderen Bereichen nicht übereinstimmten. So hat der Zeuge **W.** bekundet, die Zeugin S. habe ihm berichtet, der Angeklagte habe sie angerufen und ihr mitgeteilt, dass ein bestimmter Patient dialysiert werde, sie solle den Button „yes“ ankreuzen. Da der Patient bis dahin noch nicht dialysiert worden sei, sei dies der Zeugin S. und ihm – dem Zeugen W. – auffällig erschienen. Als die Zeugin S. den Angeklagten hierzu befragt habe, habe dieser sie abgewiesen und gesagt, davon verstehe sie nichts. Es handele sich hierbei um eine ärztliche Anordnung. Diese habe sie auszuführen.
Die Zeugin **S.** hat zwar ausgesagt, ihr sei einmal aufgefallen, dass bestimmte Werte auffällig hoch gewesen seien. Hierbei sei es allerdings um Kriterien für eine Sonderdringlichkeit gegangen. Der Angeklagte habe ihr, als sie ihn darauf hingewiesen habe, das Wort abgeschnitten und gesagt, davon verstehe sie nichts. Sie solle entspannt bleiben, man wolle Menschenleben retten. Die Zeugin S. hat indes nicht berichtet, dass sie den Angeklagten auf eine auffällige Dialyseangabe hingewiesen habe.

Hinsichtlich der von ihnen verwendeten ENIS-Passwörter waren die Angaben der Zeugen S. und W. ebenfalls widersprüchlich.
So hat der Zeuge **W.** auf die Frage, ob er das Passwort ENIS-Passwort der Zeugin S. kenne und ob die Zeugin S. sein ENIS-Passwort kenne, behauptet, dass er über ihr Passwort nicht verfüge und diese auch nicht sein Passwort kenne. Wenn er sich an dem Rechner der Zeugin S. bei Eurotransplant eingeloggt habe, habe er sich mit seinem eigenen Passwort eingeloggt.

Die Zeugin **S.** hat auf die Frage, inwieweit sie das ENIS-Passwort des Zeugen W. kenne und ob dieser Kenntnis von ihrem ENIS-Passwort habe, hingegen zunächst ausgesagt, sie habe Kenntnis vom Passwort des Zeugen W. und der Zeuge W. kenne auch ihr Passwort. In einer weiteren Vernehmung hat die Zeugin sodann erklärt, sie sei lediglich davon ausgegangen, dass der Zeuge W. ihr Passwort gekannt habe. Sie habe das ENIS-Passwort und weitere Passwörter, die sie zum Einloggen in andere Programme benötigt habe, an einer bestimmten Stelle notiert gehabt. Sie habe zirka 10 verschiedene Passwörter für unterschiedliche Programme. Der Zeuge W. habe Zugang zu ihrem Rechner. Da er manche klinikinterne Programme nur über ihren Rechner aufrufen könne, benötige er hierfür ihre Passwörter. Ihm sei deshalb bekannt gewesen, wo sich ihre Passwortliste befunden habe. Weil auf der Passwortliste auch ihr ENIS-Passwort gestanden habe, sei sie davon ausgegangen, dass der Zeuge W. ihr ENIS-Passwort gekannt habe. Der Zeuge W. und sie hätten ihre ENIS-Passwörter aber nicht direkt ausgetauscht.

Diese Einlassung ist zunächst bereits deshalb unglaubhaft, weil die Zeugin S. im Rahmen ihrer ersten Vernehmung nicht angegeben hat, sie *vermute*, dass der Zeuge W. ihr Passwort kenne, sondern sie hat dies uneingeschränkt behauptet. Darüber hinaus vermag diese Erklärung nicht den Widerspruch zu erklären, dass die Zeugin S. zunächst ausgesagt hat, sie habe auch das ENIS-Passwort des Zeugen W. gekannt, was dieser ebenfalls in Abrede genommen hat. Soweit die Zeugin S. nunmehr hierzu angegeben hat, sie habe die Frage nach dem Passwort wohl falsch verstanden und mit ihrer Angabe, sie kenne das Passwort des Zeugen W., ein anderes Passwort des Zeugen W. gemeint, erscheint dies wenig glaubhaft. Denn in der vorausgegangenen Vernehmung wurden die Eintragungen in das ENIS-System thematisiert und ausdrücklich nach dem ENIS-Passwort gefragt. Andere Passwörter wurden in dieser Vernehmung nicht besprochen. Auf die Nachfrage, ob sie nach ihrer

vorangegangenen Aussage vor der Kammer mit dem Zeugen W. über den Inhalt ihrer Aussage gesprochen habe, bekundete die Zeugin, sie *„nehme es mal an“*. Im weiteren Verlauf hat sie sodann gesagt, sie habe mit dem Zeugen W. über die „Passwortgeschichte“ gesprochen. Der Zeuge W. habe ihr gesagt, dass er die Frage, ob er ihr ENIS-Passwort kenne, verneint habe.

Dieses Aussageverhalten der Zeugin S. belegt, dass ihre Angaben nicht in allen Bereichen verlässlich sind. Entweder hat die Zeugin hinsichtlich der gegenseitigen Kenntnis der ENIS-Passwörter bewusst die Unwahrheit gesagt oder sie hat eine Vermutung als Tatsache dargestellt. Wenn es, wie die Zeugin behauptet hat, so gewesen sein sollte, dass sie lediglich geschlussfolgert hat, dass der Zeuge W. ihr ENIS-Passwort kenne, weil dieses auf einer Passwortliste stehe, hätte sie deutlich machen müssen, dass ihr nicht bekannt sei, ob der Zeuge W. Kenntnis von ihrem ENIS-Passwort habe.

Die Kammer hat bei der Beurteilung der Glaubhaftigkeit der Angaben der Zeugen W. und S. auch bedacht, dass beide Zeugen ein Motiv gehabt haben könnten, den Angeklagten hinsichtlich der Dialyseangaben zu Unrecht zu belasten.

Als Motiv für eine Falschaussage könnte in Betracht kommen, dass die Zeugen S. und W. eine eigene (Mit-)schuld an falschen Dialyseangaben gegenüber Eurotransplant haben könnten.

Indes haben sich keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass diese Zeugen eigeninitiativ Falschmeldungen machten, etwa um Patienten zu helfen oder gar von Patienten für eine entsprechende Falschmeldung Geld oder andere geldwerte Vorteile zu erhalten, haben sich nicht ergeben. Ein Motiv, den Angeklagten zu belasten, um von einem etwaigen eigenen Fehlverhalten abzulenken, vermag die Kammer daher nicht zu erkennen.

Darüber hinaus könnte das Motiv bestanden haben, durch eine Belastung des Angeklagten andere Ärzte, die gegebenenfalls falsche Dialyseangaben veranlassten, vor straf- oder dienstrechtlichen Folgen schützen zu wollen. Auch hierfür haben sich jedoch keinerlei Anhaltspunkte ergeben.

Ein weiteres Motiv für eine Falschbelastung könnte sich schließlich daraus ergeben, dass sich nach dem Dienstantritt des Angeklagten im Tätigkeitsbereich der Zeugen W. und S. Änderungen ergaben, mit denen sie nicht einverstanden waren.

So haben die Zeugen **W.** und **S.** übereinstimmend ausgesagt, sie seien vor dem Dienstantritt des Angeklagten als Stabsstelle beim Vorstand angesiedelt gewesen. Nach dem Dienstantritt des Angeklagten sei die Stabsstelle aufgelöst worden und sie seien direkt dem Angeklagten unterstellt worden. Im Mai 2009 sei eine Zeiterfassung eingeführt worden. Schließlich seien sie im Mai 2010 gar von der Transplantationskonferenz ausgeschlossen worden.

Die Zeugin **S.** hat hinzugefügt, der Zeuge W. und sie hätten den Eindruck gehabt, sie seien vom Vorstand fallen gelassen worden. Im Rahmen der Vernehmung der Zeugen wurde deutlich, dass sich beide ausgegrenzt und ungerecht behandelt fühlten und davon ausgingen, dass der Angeklagte Urheber dieser Veränderungen war. Beide Zeugen haben darauf hingewiesen, dass der Angeklagte die Veränderungen mit ihnen nicht besprochen habe und er ihnen auch nicht persönlich mitgeteilt habe, dass sie nicht mehr an den Transplantationskonferenzen teilnehmen sollten, sondern ihnen dies im Mai 2009 durch eine Ambulanzschwester ausgerichtet worden sei. Der Zeuge **W.** hat des Weiteren geschildert, der Angeklagte habe zu ihm gesagt: „Lassen Sie die diesen Organspendescheiß“, womit der Angeklagte die von dem Zeugen durchgeführten Schulungen gemeint habe. Der Zeuge **Dr. S.** hat bekundet, der Zeuge W. habe ihm berichtet, dieser sei von dem Angeklagten unterdrückt worden. Der Zeuge KOK Beuermann hat ausgesagt, die Zeugin S. habe berichtet, das Verhältnis zu dem Angeklagten sei zerrüttet gewesen. Sie habe sich gemobbt gefühlt und nicht verstehen können, dass ihr auferlegt worden sei, eine Arbeitszeiterfassung durchzuführen.

Diese Angaben belegen, dass zwischen den Zeugen W. und S. auf der einen Seite und dem Angeklagten auf der anderen Seite kein gutes Verhältnis bestand und die Zeugen sich von dem Angeklagten schlecht behandelt fühlten.
Entgegen der Annahme der Zeugen W. und S. war es indes nicht der Angeklagte, der die Veränderungen initiiert hat, sondern der Vorstand der UMG. So hat die Zeugin **B.S.** glaubhaft ausgesagt, im Zusammenhang mit der Einstellung des Angeklagten habe der Vorstand die Idee gehabt, die Organisationseinheit

(Transplantations-Koordination), die direkt an den Vorstand angehängt gewesen sei, enger an die Transplantation anzubinden.
Es habe in Zusammenhang mit dem Zeugen W. schon vor dem Erscheinen des Angeklagten Probleme gegeben. Der Vorstand habe in die Lage versetzt werden wollen, nachvollziehen zu können, welche Leistungen der Zeuge W. tatsächlich erbringe. Dies sei für den Vorstand nicht transparent gewesen. Die Präsenz des Zeugen W. in der Klinik sei sehr gering gewesen. Die Initiative zur Kontrolle des Zeugen W. sei vom Vorstand ausgegangen, nicht von dem Angeklagten. Der Vorstand habe den Angeklagten gebeten, die Aufgaben des Zeugen W. zu ermitteln und darzustellen. Diese Diskussionen über den Zeugen W. habe es schon vor dem Dienstantritt des Angeklagten gegeben.

Diese Angaben der Zeugin S. werden bestätigt durch das **Protokoll vom „6“. August 2009 über das Gespräch mit dem Angeklagten am „20.“ August 2009**, in dem unter anderem ausgeführt ist:

„[…]

Transplantationsbeauftragter Herr W.

Frau S. spricht das Problem an, dass dem außerordentlich guten Gehalt keine Leistung von Herrn W. entgegensteht.

Problem war, dass er am Vorstand V 2 anhing und damit ohne Führung war.

Frau S. stellt sich die Frage, ob Herr Dr. O. Herrn W. noch benötigt?

Dr. O. ist sich nicht sicher, in jedem Falle legt er Wert darauf, Frau S., die im Transplantationsbüro tätig ist, zu halten. Diese ist für die Administration sehr wichtig und könnte am besten vollbeschäftigt sein.

Herr W. darf in Bezug zur DSO nicht mehr tätig sein (lt. Herrn Dr. O.).

Frau S. informiert Herrn Dr. O., dass Herr M. derzeit dabei sei, die Arbeitsregelungen mit Herrn W. festzulegen Zeiterfassung muss sich immer konkret abmelden und Rechenschaft ablegen, wenn er außer Haus ist Dienstreisen erfolgen nur mit Dienstreiseantrag“.

Im Hinblick darauf, dass die Zeugen S. und W. ein ernstzunehmendes Motiv hatten, den Angeklagten zu belasten, ist ihre Aussage insoweit besonders kritisch würdigen.

Die Kammer hat auch bedacht, dass die Zeugen S. und W. die Dialysefalschmeldungen gezielt und bewusst gegenüber Eurotransplant gemacht haben könnten, um den Angeklagten später hierdurch Schaden zuzufügen. Hiergegen spricht jedoch, dass die verfahrensgegenständlichen Dialysefalschmeldungen vom 4. Mai 2010 bis zum 20. Juni 2011, also innerhalb

eines Zeitraums von mehr als 13 Monaten erfolgten. Wenn die Zeugen beabsichtigt gehabt hätten dem Angeklagten durch Falschmeldungen, Schaden zuzufügen, wäre u. a. zu erwarten gewesen, dass sie die Falschmeldungen nicht über einen derart langen Zeitraum durchführen.

Im **Ergebnis** kann festgestellt werden, dass die Zeugen S. und W. insbesondere in den verfahrensgegenständlichen Fällen keine konkrete Erinnerung daran haben, wie es zu den Dialysefalschmeldungen gegenüber Eurotransplant kam. Die Aussagen der Zeugen S. und'W., die Dialysemeldungen seien ausschließlich von dem Angeklagten erfolgt, ist aus den dargelegten Gründen unglaubhaft. Die Prüfung, ob dem Angeklagten im Einzelfall nachgewiesen werden kann, in den verfahrensgegenständlichen Fällen falsche Dialysemeldungen veranlasst zu haben, konnte daher nur im Einzelfall im Rahmen einer Abwägung der Gesamtumstände getroffen werden.

(e) Verlauf nach Aufnahme in die Warteliste bzw. Registrierung bei Eurotransplant

Der **Angeklagte** hat sich dahingehend eingelassen, stabile Patienten seien nach der Evaluation oder nach der Aufklärung nach Hause entlassen worden und hätten sich in regelmäßigen Abständen zu Kontrolluntersuchungen in der Transplantations-Ambulanz vorgestellt. Andere Patienten seien stationär weiterbehandelt worden.
Diese Einlassung wurde u. a. durch die nachfolgend dargelegten Aussagen der Zeugen **Dr. G.**, **Dr. H.** und **Prof. Dr. S.** bestätigt. An der Glaubhaftigkeit der diesbezüglichen Angaben bestehen aus Sicht der Kammer keine Zweifel.

(aa) Transplantations-Ambulanz

Zur Transplantations-Ambulanz hat der **Angeklagte** ausgeführt, es handele sich bei der Transplantations-Ambulanz um eine interdisziplinäre Ambulanz, in der sich auch Gastroenterologen befänden. Manchmal stellten sich die Patienten in der Leberambulanz und manchmal in der Transplantations-Ambulanz vor.

Der Zeuge **Dr. G.** hat die Einlassung des Angeklagten, dass die Patienten sowohl in der Transplantations-Ambulanz als auch in der Leberambulanz der Inneren Medizin

erschienen seien, bestätigt und bekundet, dies gelte sowohl für den Zeitraum vor der Aufnahme in die Warteliste als auch für den Zeitraum danach. Wo die Patienten nach der Aufnahme in die Warteliste betreut worden seien, sei unter anderem davon abhängig gewesen, ob sie bei Prof. Dr. R. in der Transplantationschirurgie oder aber bei auswärtigen Ärzten in Behandlung gewesen seien.
In der Transplantations-Ambulanz seien die Patienten abwechselnd von Dr. L. und dem Angeklagten gesehen worden.

Zum organisatorischen Ablauf hat der Arzt Dr. G. ausgeführt, die Ambulanztermine der Patienten seien von den Ambulanzschwestern organisiert worden. Es sei durchaus vorgekommen, dass er einen Patienten in der Transplantations-Ambulanz das erste Mal gesehen habe. Dies sei insbesondere dann vorkommen, wenn der Patient in der Inneren Medizin evaluiert worden sei. Er habe sich in diesen Fällen anhand der in der Ambulanz vorliegenden Transplantationsakte über den Patienten informiert.

Hinsichtlich der Untersuchungen habe es ein Standardprogramm gegeben. Den Patienten sei Blut abgenommen und es sei eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt worden. Er habe mit den Patienten über deren gesundheitlichen Zustand gesprochen.

Auf die Frage, wer von Blutwerten der in der Transplantations-Ambulanz zuvor entnommenen Proben Kenntnis genommen habe, hat der Zeuge Dr. G. ausgeführt, dies sei von der Arbeitsbelastung abhängig gewesen. Wenn er im OP gewesen sei, habe er von den Blutwerten nicht sofort Kenntnis nehmen können. In diesen Fällen sei er nachmittags in die Ambulanz gegangen, habe sich die Blutwerte, die von einem Arzt hätten abgezeichnet werden müssen, angesehen und diese abgezeichnet. Wenn er keine Zeit gehabt habe, sei einer der Kollegen, darunter auch die Oberärzte, gebeten worden, sich die Werte anzuschauen und abzuzeichnen. Man habe sein Kürzel auf den Ausdruck mit den Werten gemacht. Anschließend seien sie in der Ambulanzakte abgeheftet worden.

Auch die Oberärzte hätten die Patienten und deren Akten angeschaut. Der Oberarzt habe sich in der Regel auf die Information des Assistenten verlassen. Wenn keine Auffälligkeiten bestanden hätten und der Oberarzt von dem Assistenten die Information erhalten habe, dass alles in Ordnung sei, habe der Oberarzt die Patientenakte nicht vollständig angeschaut. Wenn es indes Probleme gegeben habe,

seien die Patienten den Oberärzten vorgestellt worden. Man habe die Patienten auch oft besprochen.

Der Zeuge **Prof. Dr. S.** hat die Einlassung des Angeklagten bestätigt, dass die Transplantations-Ambulanz interdisziplinär besetzt gewesen sei. Es habe einen Tag gegeben, an dem schwerpunktmäßig die (Transplantations-) Patienten einbestellt worden seien.
Die Krankenschwestern **E.H.**, die eigenen Angaben zufolge zu den verfahrensgegenständlichen Zeiten in der Transplantations-Ambulanz tätig war und **E.S.**, die angegeben hat, sie sei seit dem Jahr 2000 in der Transplantations-Ambulanz tätig, haben übereinstimmend bekundet, in der Transplantations-Ambulanz seien sowohl auf der Warteliste stehende Patienten als auch Patienten betreut worden, die sich nach einer Leber- oder Nierentransplantationen in der Nachsorge befunden hätten. Patienten, die an der Leber operiert worden seien, seien ebenfalls in der Transplantations-Ambulanz betreut worden.
Die Zeugin **E.H.** hat des Weiteren ausgeführt, dass die Transplantations-Ambulanz interdisziplinär besetzt gewesen sei. An zwei Tagen in der Woche seien nierentransplantierte Patienten, an einem Tag lebertransplantierte Patienten und an einem anderen Tag die Wartelistenpatienten in der Transplantations-Ambulanz erschienen. Dementsprechend hätten die Gastroenterologen an einem Tag Sprechstunde gehabt, an zwei Tagen die Nephrologen und an einem Tag die Chirurgen, die insbesondere die bereits transplantierten Patienten betreut hätten. Am fünften Tag hätten ihre Kollegin S. und sie Büroarbeiten erledigt.

Das Blut hätten sie nicht selbst abgenommen. Sie hätten eine zentrale Blutabnahmestelle gehabt, zu der sie die Patienten hingeschickt hätten.
Der Ablauf sei der, dass die Patienten, die zur Leitstelle gekommen seien und sich dort gemeldet hätten, im System erschienen seien. Dies habe man im Computer sehen und jede Laboruntersuchung dort anklicken können. Das System habe die sogenannten „kleinen Klebchen“ ausgedruckt, die ihre Kollegin und sie den Patienten mitgegeben hätten. Auf den Klebchen hätten unter anderem der Patientenname, die Patientennummer und eine Labornummer gestanden.
Die Ergebnisse der Blutuntersuchungen seien nachmittags aus dem Labor gekommen, und zwar per Fax oder aus dem Drucker.

Da sich das Büro der Transplantations-Koordination eine Etage tiefer befunden habe, habe sie bei ambulanten Patienten die neuen Blutwerte an das Transplantationsbüro gefaxt. Manchmal habe die Zeugin S. sich telefonisch erkundigt, welche Patienten zur Kontrolle erschienen seien und sich die Ergebnisse persönlich aus der Ambulanz abgeholt. Wenn Blutwerte eines Patienten hochpathologisch gewesen seien, hätten ihre Kollegin und sie einen Anruf aus dem Labor erhalten, um die Werte zu hinterfragen. Diese Meldung habe sie dann an den zuständigen Chefarzt, also den Angeklagten oder in Vertretung an Dr. L. weitergegeben. Der Angeklagte habe sodann über die weitere Verfahrensweise mit diesen Werten entschieden. In einigen Fällen habe der Angeklagte sie aufgefordert, diese Werte an das Transplantationsbüro weiterzuleiten. Diese Werte habe sie per FAX übermittelt. Auch andere Ärzte hätten darum gebeten, die Blutwerte weiterzuleiten bzw. das Transplantations-Koordinationsbüro darauf hinzuweisen, dass es zu Veränderungen der Patientenwerte gekommen sei.

Wenn Transplantationspatienten stationär in der UMG aufgenommen worden seien, hätten der Angeklagte oder ein Stationsarzt ihre Kollegin S. und / oder sie gebeten, dies an das Koordinationsbüro weiterzugeben und mitzuteilen, dass die Werte dieses Patienten aktualisiert werden müssten. Hierbei habe es sich um unterschiedliche Ärzte gehandelt. Die Zeugin S. bzw. der Transplantationskoordinator W. hätten sich dann um die Aktualisierung der Werte gekümmert.

Die Krankenschwester **E.S.** hat geschildert, die meisten Patienten seien in der Gastroenterologie evaluiert worden. Die Wartelistenpatienten seien am häufigsten von den Gastroenterologen und die transplantierten Patienten seien zunächst einmal von den Chirurgen behandelt worden. Wenn die Patienten in die Warteliste hätten aufgenommen werden sollen, hätten ihre Kollegin H. und sie von der Inneren Medizin die Patientenakte erhalten und einen eigenen Ordner angelegt. Es gebe insoweit ein Protokoll, in dem aufgelistet sei, welche Aktenbestandteile in die Transplantationsakte zu nehmen seien. Diese Aktenteile seien aus der Akte Innere Medizin abgelichtet und die Ablichtungen zur Transplantationsakte genommen worden.

(bb) Niedergelassene Ärzte und andere Krankenhäuser

Der Arzt **Dr. G.** und die Mitarbeiterin des Transplantations-Koordinationsbüros **E.S.** haben insoweit übereinstimmend und glaubhaft bekundet, insbesondere auswärtige Patienten seien (auch) durch niedergelassene Ärzte oder auswärtige Krankenhäuser betreut worden. So hat die Zeugin S. angegeben, dass mitunter die Laborwerte, die sie für die Rezertifizierung des labMELD bei Eurotransplant benötigt habe, von anderen Ärzten und Krankenhäusern übermittelt worden seien.

(cc) Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie

Der Leiter der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie **Prof. Dr. R.** hat in dem vorliegenden Verfahren umfassend von seinem Auskunftsverweigerungsrecht nach § 55 StPO Gebrauch gemacht.

(aaa) Behandlung der Patienten

Der Zeuge **Prof. Dr. S.** hat insoweit glaubhaft ausgesagt, dass auf allen Stationen der Gastroenterologie Patienten mit Lebererkrankungen behandelt worden seien. Hierbei habe es sich um die Stationen 4022, 4023 und 4024 gehandelt. Die Station 4024 sei die Privatstation von Prof. Dr. R. gewesen. Dort hätten sich nicht nur Patienten mit Lebererkrankungen, sondern auch Patienten mit anderen Erkrankungen befunden.

(bbb) Manipulationen und Führungsstil des gesondert Verfolgten Prof. Dr. R.

Zur Überzeugung der Kammer pflegte Prof. Dr. R. in seiner Abteilung einen sehr autoritären Führungsstil und duldete keinerlei Widerspruch seiner Mitarbeiter. Die Kammer ist des Weiteren davon überzeugt, dass es während der Dienstzeit von Prof. Dr. R. zu Manipulationen der Laborwerte von Patienten und unzutreffenden Angaben über den Gesundheitszustand von Patienten kam und der Angeklagte dies allgemein wusste. Ob dem Angeklagten die konkreten Fälle bekannt waren, in denen Prof. Dr. R. Manipulationen veranlasste, konnte hingegen nicht festgestellt werden.
In der Abteilung von R. fanden insbesondere Fälschungen der Gerinnungswerte (INR) von Patienten statt. Zu diesem Zweck wurde der Inhalt von zwei Citratröhrchen, die zur Blutentnahme verwendet wurden, zusammengeschüttet.

Durch die Veränderung des Mischungsverhältnisses von Blut und Citratlösung wurde der INR-Wert erhöht. Darüber hinaus kam es zur bewussten Vertauschung von Blutproben. Hierbei wurden Blutproben von Patienten mit Blutwerten, die zu einem hohen MELD-Score führten, für andere Patienten verwendet, deren MELD-Werte noch nicht ausreichend hoch waren. Dies folgt insbesondere aus den nachfolgend dargestellten Aussagen der Ärzte **Dr. A.**, **Dr. M.** und **Dr. N.**, **Dr. L.** sowie des Zeugen **KHK J.**, der die Aussage des Arztes **M.** wiedergegeben hat. Alle Zeugen haben geschildert, in der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie seien auf Veranlassung von Prof. Dr. R. Blutprobenmanipulationen erfolgt bzw. es sollen entsprechende Manipulationen erfolgt seien.

(aaaa) Einlassung des Angeklagten

Der **Angeklagte** hat behauptet, ihm sei nicht bekannt gewesen, dass Prof. Dr. R. entsprechende Manipulationen veranlasst habe. Diese Einlassung hält die Kammer nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme für widerlegt.

(bbbb) Zeugenaussagen

Die Ärztin **Dr. I.A.**, die eigenen Angaben zufolge in der Vergangenheit in der Gastroenterologie gearbeitet hatte und deren Chef Prof. Dr. R. war, hat ausgesagt, sie sei einmal von einer ukrainischen Kollegin, die auf der Privatstation des gesondert Verfolgten R. gearbeitet habe, gefragt worden, ob sie einen Patienten mit schlechten Leberwerten habe, dem Blut für einen anderen Patienten abgenommen werden könne. Dieser Patient habe einen Lebertumor gehabt, jedoch gute Leberwerte und einen guten Allgemeinzustand und keine Chance gehabt, zeitnah eine neue Leber zu erhalten. Die Kollegin sei Berufsanfängerin gewesen und habe die deutsche Sprache schlecht gesprochen. Es sei nicht zu klären gewesen, wie die ukrainische Ärztin darauf gekommen sei, Blutwerte zu fälschen zu wollen. Die ukrainische Kollegin habe später behauptet, sie, die Zeugin Dr. A., habe sie falsch verstanden.

Die Kammer hatte keine Veranlassung an der Glaubhaftigkeit dieser Angaben der Zeugin Dr. A. zu zweifeln. Ihre Schilderungen über diesen Vorfall betreffen Prof. Dr.

R. und dessen Abteilung. Die Zeugin wies hinsichtlich der von ihr wahrgenommenen Auffälligkeiten in Bezug auf den Angeklagten keine Be- oder Entlastungstendenz auf Der Umstand, dass die ukrainische Ärztin Berufsanfängerin war, spricht gegen die Annahme, dass diese aus eigenem Antrieb und ohne Kenntnis bzw. Billigung durch Prof. Dr. R. eine entsprechende Blutprobenmanipulation vornehmen wollte. Im Übrigen spricht hiergegen ebenfalls, dass auch andere Ärzte berichtet haben, Prof. Dr. R. habe zu Manipulationen aufgefordert.

Soweit die Zeugin Dr. A. des Weiteren behauptet hat, Dr. V.M. M. habe erzählt, von der Ärztin G.-J.T. habe erfahren zu haben, Dr. L. habe diese und auch andere Kollegen aufgefordert, mit einer falschen Monovette Blut zu gewinnen und die Ärztin T. habe sich geweigert, andere Kollegen indes nicht, hat die **Zeugin T.** dies in Abrede genommen.

Da die Zeugin Dr. A. hierzu keine weiteren Einzelheiten, insbesondere keine Patientennamen und auch nicht die Namen der anderen Ärzte benennen konnte, war der Widerspruch in den Aussagen der Zeuginnen Dr. A. und T. nicht aufzuklären, zumal auch der Zeuge Dr. L. bestritten hat, andere Ärzte zu Manipulationen aufgefordert zu haben.

Der Zeuge **Dr. V.M. M.**, der ebenfalls in der Gastroenterologie tätig war, hat bekundet, Dr. L. habe ihm berichtet, er sei von Prof. Dr. R. aufgefordert worden, einen Kollegen zu beauftragen, bei einem Patienten Blut abzunehmen und diese Blutprobe für einen anderen Patienten zu verwenden. Der Zeuge Dr. M. hat insoweit darauf hingewiesen, dass er in seiner polizeilichen Vernehmung zwar angegeben habe, diese Aufforderung sei von dem Angeklagten gekommen. Der Zeuge Dr. L. habe ihm indes auf Nachfrage berichtet, es habe sich hierbei nicht um den Angeklagten, sondern um R. gehandelt.

Der Zeuge **Dr. L.**, der zu den verfahrensgegenständlichen Zeitpunkten in unterschiedlichen Bereichen der Gastroenterologie als Arzt tätig war, hat zwar bestätigt, dass Prof. Dr. R. ihn zu einer Blutmanipulation aufgefordert habe. Er habe diese allerdings durch Zusammenschütten von zwei Citratröhren und eine hierdurch bedingte Veränderung des Gerinnungswertes vornehmen sollen. Prof. Dr. R. habe ihn aufgefordert, sich auf dessen Privatstation zu begeben und dort einem Patienten „auf spezielle Weise“ Blut abzunehmen. Er habe bei dieser Aufforderung gewusst, wie Prof. Dr. R. dies gemeint habe, weil dieser ihm das „schwammig“ erklärt habe. Er

habe es abgelehnt, dies zu tun. Anschließend sei er zu der Privatstation von Prof. Dr. R. gegangen und habe einem Kollegen von dem Ansinnen des Prof. Dr. R. berichtet. Er sei sich nicht mehr sicher, aber er meine, er habe dies dem Zeugen Dr. N. berichtet. Den Patientennamen und genauen Zeitpunkt dieses Vorfalls konnte der Zeuge Dr. L. nicht benennen.

Der Zeuge **Dr. N.**, der eigenen Angaben zufolge am 1. Januar 2009 seinen Dienst in der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie antrat und zirka ein Jahr auf der Station 4024 arbeitete, hat geschildert, im zweiten Halbjahr 2009 seien auf Veranlassung von Prof. Dr. R. Manipulationen erfolgt. So seien im November 2009 für einen Patienten mit Namen Banning die Blutwerte eines anderen Patienten ins System gestellt worden.
Darüber hinaus habe er im zweiten Halbjahr 2009 in zwei bis drei Fällen zwei Citratröhrchen zusammengeschüttet mit der Folge, dass das Verhältnis Blut/Citrat nicht mehr gestimmt und die Werte (hier gemeint: Quick-Werte) falsch niedrig (bzw. die INR-Werte falsch hoch) gewesen seien. Der Arzt M. habe ihm geschildert, dass dieser ebenfalls einmal durch Zusammenschütten von Citratröhrchen eine Manipulation vorgenommen habe.
Zur Motivation hat der Zeuge Dr. N. geschildert, Prof. Dr. R. habe insoweit geäußert, dass das MELD-Score-System ein schlechtes System sei. Die Patienten würden zu spät transplantiert oder würden bereits vor der Transplantation sterben. Für ihn, Dr. N., habe eine Drucksituation und eine Abhängigkeit von Prof. Dr. R. bestanden. Dieser habe über die Teilnahme an Weiterbildungen und Fortbildungsveranstaltungen und auch darüber entschieden, welcher Arzt in welche Abteilungen rotiere. Ohne Rotation könne man keinen Facharzt erlangen. Auch das Arbeitszeugnis sei von Prof. Dr. R. abgefasst worden.

Der Zeuge **M.**, der in der Hauptverhandlung hinsichtlich der Frage von Manipulationen von seinem Auskunftsverweigerungsrecht nach § 55 StPO Gebrauch gemacht hat, hat ausweislich der **Aussage des polizeilichen Vernehmungsbeamten KHK J.** im Rahmen der polizeilichen Vernehmung behauptet, dass er nicht aktiv an Manipulationen mitgewirkt habe. Der Zeuge KHK J. hat bekundet, M. habe auf die konkrete Frage, ob es zu Blutmanipulationen gekommen sei, geantwortet, Prof. Dr. R. habe einmal geäußert, es müssten Blutwerte „optimiert“ werden

Dafür, dass Prof. Dr. R. mit dem MELD-System unzufrieden war und nach Möglichkeiten suchte, seinen Patienten frühzeitig zu einer Spenderleber zu verhelfen, spricht auch die Aussage des Zeugen **Prof. Dr. B.**, der bekundet hat, Prof. Dr. R. habe schon immer gegen den MELD-Score „geschimpft“ und wiederholt öffentlich geäußert, wie schlecht und ungerecht dieser sei. Prof. Dr. R. habe zum Beispiel davon berichtet, dass man bei Organentnahmen ein Organ „schlecht reden“ könne, um es im eigenen Zentrum zu behalten und dort einem Patienten zu implantieren, zu dem es passt. Auch der Zeuge **Dr. G.** hat glaubhaft bekundet, Prof. Dr. R. habe geäußert, er halte nichts von dem MELD-Score. Insbesondere habe dieser kritisiert, dass bestimmte Beschwerden, wie Enzephalopathien und Bauchwasser, nicht durch den MELD abgebildet worden seien.

(cccc) Würdigung

An der Glaubhaftigkeit der Angaben der Zeugin **A.**, die sich sichtlich empört über die von ihr geschilderten Manipulationsvorwürfe und den Führungsstil von Prof. Dr. R. geäußert hat, hat die Kammer aus den bereits oben genannten Gründen keine Zweifel. Die Zeugin A. hat sich insgesamt sehr differenziert und ausgewogen geäußert und nicht nur Negatives über Prof. Dr. R. angegeben. So hat sie beispielsweise in einem anderen Zusammenhang ausgesagt, dass sie es durchaus nachvollziehbar finde, Patienten möglichst frühzeitig in die Warteliste aufzunehmen und aus ihrer Sicht grundsätzlich statt der Anlage eines TIPS eine Lebertransplantation vorzuziehen sei.

Auch die Aussagen der Zeugen **Dr. M.**, **Prof. Dr. B.** und **Dr. N.**, wobei sich letzterer durch seine Aussage selbst erheblich belastet hat, hält die Kammer hinsichtlich der Angaben zu Prof. Dr. R. für glaubhaft.

Der Zeuge **Dr. M.** hat letztlich lediglich wiedergegeben, was der Zeuge Dr. L. ihm berichtet haben soll. Eine Belastungstendenz gegenüber dem Angeklagten war nicht erkennbar. Auch die Aussage des Zeugen **Prof. Dr. B.** hält die Kammer insoweit für glaubhaft. Dieser Zeuge hat bekundet, er sei mit Prof. Dr. R. befreundet, aber fachlich konträr. Die Kammer hatte nicht den Eindruck, dass der Zeuge Prof. Dr. B. den gesondert Verfolgten Prof. Dr. R. zu Unrecht belasten wollte.

Die Kammer hat allerdings erhebliche Zweifel daran, dass die Zeugen **M.** und **Dr. L.** hinsichtlich einer etwaigen eigenen aktiven Mitwirkung an Blutmanipulationen vollständig wahrheitsgemäße Angaben gemacht haben.

So besteht aus Sicht der Kammer der Verdacht, dass der Zeuge **M.,** der in der Hauptverhandlung insoweit von seinem Auskunftsverweigerungsrecht nach § 55 StPO Gebrauch gemacht hat, zumindest in einem Fall eine Blutmanipulation vornahm. Es ist kein Grund erkennbar, weshalb der Zeuge Dr. N. seinen Kollegen M. zu Unrecht belastet haben sollte. Der Zeuge Dr. N. hat sich vielmehr durch seine Aussage, eigenhändig Blutmanipulationen vorgenommen zu haben selbst erheblich belastet, obwohl er zuvor gemäß § 55 StPO belehrt worden war. Es erscheint nach Auffassung der Kammer daher wenig wahrscheinlich, dass der Zeuge Dr. N. bewusst wahrheitswidrig behauptet hat, der Arzt M. habe ihm erzählt, er, M., habe auch einmal die Blutgerinnung verändert.
Die Kammer hält es insoweit auch für unwahrscheinlich, dass der Zeuge M., dem Zeugen Dr. N. gegenüber hinsichtlich der Manipulation bewusst die Unwahrheit sagte. Denn auch wenn dem Zeugen M. zu diesem Zeitpunkt unklar gewesen sein sollte, ob entsprechende Manipulationen strafrechtliche Relevanz haben, kann davon ausgegangen werden, dass ihm jedenfalls bekannt war, dass Manipulationen von Patientendaten berufsrechtliche Konsequenzen haben können. Insoweit ist kein Grund erkennbar, warum der Arzt sich mit unwahren Angaben dem Verdacht hätte aussetzen sollen, - zumindest – eine Dienstverletzung begangen zu haben.

An der Glaubhaftigkeit der Angaben des Zeugen **Dr. L.** bestehen, soweit er behauptet hat, weder selbst Blutmanipulationen vorgenommen noch einen anderen Arzt zu einer Manipulation aufgefordert zu haben, ebenfalls erhebliche Zweifel. Auffällig war insoweit, dass der Zeuge Dr. L. auf die Frage, wie Prof. Dr. R. auf seine Weigerung, die Blutentnahme vorzunehmen, reagiert habe, nur sehr ausweichend geantwortet und bekundet hat, er habe hieran keine Erinnerung. Er habe nach dieser Aufforderung die Privatstation des von R. aufgesucht. Auf die Frage, warum er dies getan habe, hat der Zeuge Dr. L. wiederum sehr ausweichend geantwortet, er sei „echauffiert“ auf Station gegangen. Er habe niemanden aufgefordert, das (die Blutmanipulation) durchzuführen, sondern gesagt: „Ihr könnt normal Blut abnehmen.“

Diese Schilderung erscheint aus mehreren Gesichtspunkten unglaubhaft. Trotz mehrfacher Nachfrage zur Reaktion von Prof. Dr. R. hat der Zeuge Dr. L. nur sehr ausweichend geantwortet. Seine Behauptung, er könne sich an die Reaktion des gesondert Verfolgten Prof. Dr. R. nicht erinnern, erscheint deshalb so bemerkenswert und völlig unglaubhaft, weil mehrere Zeugen übereinstimmend und vor allem anschaulich und damit glaubhaft ausgesagt haben, Prof. Dr. R. habe einen sehr autoritären Führungsstil gehabt und keinen Widerspruch geduldet.

So hat die Zeugin **Dr. A.** geschildert, sie sei in einem Fall von Prof. Dr. R. bedroht worden. Anlass sei gewesen, dass sie bei einer Patientin, bei der eine unklare Raumforderung bestanden habe, entschieden habe, eine zunächst geplante Biopsie nicht durchzuführen, weil dies aus ihrer Sicht zu riskant gewesen sei und andere Untersuchungsmethoden vorzuziehen gewesenen seien. Prof. Dr. R. sei in den Untersuchungsraum gekommen und habe vor der Patientin gesagt, sie – die Zeugin Dr. A. – müsse die Untersuchung durchführen. Sie habe sodann mit Prof. Dr. R. den Untersuchungsraum verlassen und ihm auf dem Flur mitgeteilt, dass sie die Biopsie nicht durchführen wolle. Prof. Dr. R. sei auf sie zugekommen, habe sie mit der Faust bedroht und angeschrien, sie habe die Biopsie durchzuführen. Auf diese Weise habe R. sie dazu gebracht, die Untersuchung unter Zittern durchzuführen.

Der Zeuge **Dr. N.** hat zu den von ihm durchgeführten Manipulationen bekundet, es habe eine Drucksituation und eine Abhängigkeit zu Prof. R. bestanden. Dieser habe die Entscheidungsgewalt gehabt. An eine konkrete Drohung könne er sich zwar nicht erinnern; es habe aber Situationen gegeben, wo auch Oberärzte mit Tränen in den Augen das Zimmer von Prof. Dr. R. verlassen hätten.

Der Zeuge **KHK J.** hat ausgesagt, der Zeuge M., der auch hinsichtlich der Frage, wie das Arbeitsklima gewesen sei, in der Hauptverhandlung ausdrücklich von seinem Auskunftsverweigerungsrecht nach § 55 StPO Gebrauch gemacht hat, habe ihm gegenüber im Rahmen der polizeilichen Vernehmung angegeben, der Führungsstil von Prof. Dr. R. sei autoritär gewesen und es habe wenig Spielraum gegeben, sich dem zu widersetzen. Auch der Zeuge **Dr. M.** hat bekundet, es habe eine „gewisse diktatorische Führungsweise“ vorgelegen. Als Assistenzarzt habe man kaum die Möglichkeit gehabt, sich Anordnungen zu widersetzen. Die Ärzte hätten nur kurzfristige Zweijahresverträge gehabt und befürchten müssen, dass diese nicht verlängert würden.

Schließlich hat auch der Zeuge **Dr. L.Z.**, bestätigt, dass der Prof. Dr. R. keinen Widerspruch geduldet habe und er – Dr. Z. – die Abteilung des gesondert Verfolgten R. habe verlassen müssen, da er sich einer Anordnung widersetzt habe.
Im Einzelnen hat der Zeuge Dr. Z., der eigenen Angaben zufolge im Rahmen seines Praktischen Jahres (PJ) vier Monate in der Abteilung des Angeklagten und darüber hinaus in der Abteilung von R. tätig war, bekundet, er habe Prof. Dr. R. sechs Monate lang „erleben müssen“ und traue ihm „einiges an Willkür“ zu. So hätten bei diesem wirtschaftliche Gesichtspunkte dominiert. Profit sei wichtiger gewesen als einzelne anvertraute Menschen.

Er, Dr. Z., sei angewiesen worden, in Arztbriefen Symptome zu erfinden, damit sich eine Rechtfertigung ergeben habe, die Patienten stationär zu behandeln, obwohl diese tatsächlich auch ambulant hätten behandelt werden können. Als Beispiel hat der Zeuge Dr. Z. angeführt, dass einmal eine Patientin zur Durchführung einer Darmspiegelung in die Abteilung von R. gekommen sei. Da Prof. Dr. R. gewollt habe, dass diese Untersuchung stationär durchgeführt werde, habe er bei der Patientin heftige Bauchschmerzen „erfinden“ sollen. Dies habe er abgelehnt.

Des Weiteren hat der Zeuge Dr. Z. geschildert, dass er während eines Nachtdienstes auf die Privatstation R. gerufen worden sei. Von dort habe er einen Patienten, der eine halbseitige Lähmung und damit einen Verdacht auf Schlaganfall gehabt habe, auf die sogenannte „stroke-unit“ – eine Überwachungsstation – verlegt. Später habe er erfahren, dass Prof. Dr. R. sich hierüber „heftigst aufgeregt“ habe. Er – Dr. Z. – habe nicht gewusst, dass man Prof. Dr. R. vor einer Verlegung der Patienten sogar nachts anrufen sollte. Aus seiner Sicht habe er leitliniengemäß reagiert. Prof. Dr. S. habe ihm im Auftrag von Prof. Dr. R. schließlich nahe gelegt, zu gehen und ihm mitgeteilt, es werde immer Konflikte geben. Er, Dr. Z., müsse sich anpassen. Der „Laden“ müsse laufen, es dürfe keine Reibung geben.
Der hierarchischen Ordnung gegenüber habe es totalen Opportunismus gegeben. „Klappe halten!“ habe er am häufigsten zu hören bekommen und dass er keine Fragen stellen und nicht diskutieren solle.

Angesichts der eindrucksvollen und glaubhaften Aussagen der genannten Zeugen **Dr. A.**, **Dr. M.**, **Dr. N.**, **M.** und **Dr. Z.** zum Führungsstil von Prof. Dr. R. erscheint es wenig wahrscheinlich bzw. geradezu abwegig, dass Prof. Dr. R. die von dem Zeugen Dr. L. behauptete Weigerung, eine Blutmanipulation vorzunehmen, widerspruchslos

hingenommen haben soll. Wenn der Zeuge Dr. L. die Blutmanipulation tatsächlich – wie von ihm behauptet – abgelehnt haben sollte, wäre unter Berücksichtigung der Aussagen der vorgenannten Zeugen zu erwarten gewesen, dass Prof. Dr. R. diese Weigerung des Zeugen Dr. L. nicht akzeptiert, sondern versucht hätte, diesem mehr oder weniger eindeutig zu verstehen zu geben, dass er seinen Anweisungen widerspruchslos zu folgen habe. Deshalb wäre zu erwarten gewesen, dass der Zeuge Dr. L., wenn er sich tatsächlich geweigert haben sollte der Aufforderung zur Blutmanipulation nachzukommen, sich auch an die Reaktion von Prof. Dr. R. hierauf erinnert hätte. Es ist trotz mehrfacher Nachfrage seitens der Kammer stattdessen insgesamt unklar und wenig konkret geblieben, wie die Situation tatsächlich ablief. Angesichts der Schilderungen der vorgenannten Zeugen erscheint es auch nicht vorstellbar, dass Prof. Dr. R. es widerspruchslos hingenommen haben soll, dass der Zeuge Dr. L. sich nach seiner behaupteten Weigerung, die Blutprobenmanipulation vorzunehmen, zusätzlich auch von diesem abgewandt und auf dessen Station begeben haben soll. Aus demselben Grund erscheint es noch weniger vorstellbar, dass der Zeuge Dr. L., wie er behauptet hat, auf der Station von Prof. Dr. R. die anderen Kollegen warnte und zu ihnen sagte, diese sollten „normal“ Blut abnehmen. In diesem Fall hätte sich der Zeuge Dr. L. in zweifacher Weise R. entgegengestellt: Zum einen durch die Weigerung, eigenhändig eine Blutmanipulation vorzunehmen und zum anderen dadurch, auch andere Ärzte von Manipulationen abzuhalten.
Angesichts der glaubhaften Schilderungen über den autoritären Führungsstil von Prof. Dr. R. durch die Zeugen Dr. A., Dr. N., M., Dr. M. und Dr. Z. hält die Kammer die Aussage des Zeugen Dr. L. insoweit für unglaubhaft, zumal auch seine übrigen diesbezüglichen Schilderungen wenig konkret waren.

Im Ergebnis kann den Aussagen der Zeugen Dr. A., Dr. M., Dr. L., Dr. N., M. und Dr. Z. zur Überzeugung der Kammer im Rahmen der Gesamtwürdigung entnommen werden, dass es in der Abteilung des gesondert Verfolgten Prof. Dr. R. in der zurückliegenden Zeit zu diversen Manipulationen von Blutproben kam, wobei, da die Zeugen keine Einzelheiten benennen konnten, keine Konkretisierung der Manipulationen möglich war. Diese Manipulationen fanden, was insbesondere den Zeugen Dr. A. und Dr. N. zu entnehmen ist, sowohl vor dem Dienstantritt als auch als auch nach dem Dienstantritt des Angeklagten in der UMG im Oktober 2008 statt.

Darüber hinaus hat der Zeuge **U.O.** die Angabe der Zeugin **Dr. A.** bestätigt, dass der Verdacht bestehe, dass der gesondert Verfolgte Prof. Dr. R. in Zusammenhang mit einer Lebertransplantation Geld von einem Patienten angenommen haben soll. Aus diesem Grund werde gegenwärtig im Rahmen der Dienstaufsicht gegen den gesondert Verfolgten R. ermittelt.

(ccc) (Allgemeine) Kenntnis des Angeklagten von den Manipulationen

Zur Überzeugung der Kammer kann davon ausgegangen werden, dass dem Angeklagten bekannt war, dass auf Veranlassung des gesondert Verfolgten R. Manipulationen stattfanden, um den MELD-Score von Patienten zu erhöhen und diesen schneller bzw. überhaupt zu einem Spenderorgan zu verhelfen.

Der **Angeklagte** hat bestritten, von Manipulationen Kenntnis gehabt zu haben.

Auch wenn nicht festgestellt werden konnte, dass dem Angeklagten konkrete Manipulationen bekannt waren, die auf Veranlassung des gesondert Verfolgten Prof. Dr. R. durchgeführt wurden, geht die Kammer davon aus, dass ihm zumindest allgemein bekannt war, dass in der Abteilung des Prof. Dr. R. Manipulationen erfolgten. Dies schließt die Kammer aus der engen Zusammenarbeit des Angeklagten mit dem gesondert Verfolgten Prof. Dr. R. sowie unter anderem insbesondere den Angaben der Zeugen **Dr. A.** und **Dr. M.**, wonach Prof. Dr. R. aus den Manipulationen kein Geheimnis gemacht zu haben schien.

So hat die Zeugin **Dr. A.** von einem Vorfall berichtet, der sich in der internistischen Mittagsbesprechung ereignet haben soll. Hierzu hat sie ausgeführt, im Jahr 2005, also bereits zu einem Zeitpunkt, als der Angeklagte noch nicht in der UMG tätig gewesen sei, sei in der internistischen Mittagsbesprechung während der urlaubsbedingten Abwesenheit des gesondert Verfolgten Prof. Dr. R. ein Patient oder eine Patientin besprochen worden, bei dem/der es um die Frage gegangen sei, ob der Patient bzw. die Patientin Aszites gehabt habe. Ein Kollege, der bei dem Patienten bzw. der Patientin eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt habe, habe in seinem Befund ausgeführt gehabt, dass kein Aszites vorgelegen habe. Prof. Dr. S. habe als Oberarzt und Vertreter von Prof. Dr. R. geäußert, dass dieser Befund geändert werden müsse. Der Patient/die Patientin solle schnell eine Leber

bekommen. Als der Kollege sich geweigert habe, habe Prof. Dr. S. darauf bestanden und gesagt, sie wüssten doch, wie das läuft. Dies habe in der Mittagsbesprechung stattgefunden, und zwar in offizieller Besprechung in Anwesenheit unbeteiligter Zeugen. Sie sei von dieser Offenheit, einen medizinischen Befund zu fälschen, beeindruckt gewesen. Verantwortlicher Transplanteur sei damals der gesondert Verfolgte Dr. L. gewesen. Die Zeugin A. hat insoweit hinzugefügt, die Manipulationen seien ein offenes Geheimnis gewesen. Über diese Praxis habe jeder gesprochen.

Der Zeuge **Dr. M.** hat ebenfalls bekundet, Prof. Dr. R. habe in der internistischen Mittagsbesprechung, die täglich stattgefunden habe, offen bekannt gegeben, sie – die Ärzte – müssten manipulieren, sonst würden die Leute nicht transplantiert werden. An den Mittagsbesprechungen hätten der Abteilungsleiter, Prof. Dr. R., Oberärzte, Assistenz- bzw. Stationsärzte und Studenten teilgenommen. Der gesondert Verfolgte Prof. Dr. R. habe die zitierte Äußerung über die Erforderlichkeit von Manipulationen vor allen Anwesenden, darunter auch Studenten im Praktischen Jahr, geäußert, was „ein gewisses Kopfschütteln“ ausgelöst habe.

Der Zeuge **U.O.** hat ausgesagt, es seien nach dem Eingang des anonymen Hinweises viele Gespräche geführt worden, auch auf der Privatstation des gesondert Verfolgten Prof. Dr. R.. „Überall“ sei bestätigt worden, dass es Auffälligkeiten gegeben habe. Er – der Zeuge O. – habe nicht verstanden, warum der Vorstand in den zurückliegenden Zeiten nicht informiert worden sei.

Die gesondert Verfolgten **Prof. Dr. R.** und **Dr. L.** haben von ihrem Auskunftsverweigerungsrecht Gebrauch gemacht und konnten daher zu den von den Zeugen Dr. A. und Dr. M. abgegebenen Schilderungen nicht befragt werden. Auch der Zeuge **Prof. Dr. S.** hat zu der Frage, ob er Kenntnis von Manipulationen hatte, von seinem Auskunftsverweigerungsrecht Gebrauch gemacht.

Die Kammer hält diese Aussagen der Zeugen **Dr. A.** und **Dr. M.** für glaubhaft. Die Angaben haben keine Belastungstendenz gegenüber dem Angeklagten aufgewiesen, sondern sich im Wesentlichen gegen den gesondert Verfolgten Prof. Dr. R. gerichtet. Darüber hinaus haben beide Zeugen sich übereinstimmend und überzeugend dahingehend geäußert, dass der gesondert Verfolgte Prof. Dr. R. keine Hemmungen gehabt habe, vor allen Anwesenden, zu denen auch Studenten gehört hätten, kundzutun, dass manipuliert werden müsse. Dies spricht im Übrigen aus

Sicht der Kammer auch dafür, dass deutlich mehr Ärzte und Mitarbeiter in der UMG von den Manipulationen wussten als in der Hauptverhandlung tatsächlich eingeräumt wurde.

Zur Überzeugung der Kammer war auch dem **Angeklagten** bekannt, dass der gesondert Verfolgte Prof. Dr. R. Manipulationen von Blutproben veranlasste.

Zwar war der Angeklagte bei dem von der Zeugin **Dr. A.** geschilderten Vorfall, der sich im Jahr 2005 in einer Mittagsbesprechung der Inneren Abteilung ereignet haben soll, noch nicht in der UMG tätig. Der Zeuge **Dr. N.** hat jedoch angegeben, dass die von ihm geschilderten Blutmanipulationen im 2. Halbjahr 2009, insbesondere November/Dezember 2009 stattgefunden hätten. Zu diesem Zeitpunkt war der Angeklagte bereits Leiter der Transplantationschirurgie. Die Schilderungen des Zeugen Dr. N. über die stattgehabten Manipulationen sprechen dafür, dass der gesondert Verfolgte Prof. Dr. R. seine Einstellung zu der Erforderlichkeit von Manipulationen bis zu dieser Zeit nicht geändert hatte. Hierfür spricht auch die Aussage des Zeugen **Prof. Dr. B.**, der bekundet hat, der gesondert Verfolgte Prof. Dr. R. habe immer wieder öffentlich geäußert, wie schlecht und ungerecht der MELD-Score sei.

Da der Angeklagte seit Oktober 2008 der Leiter der Transplantationschirurgie und der gesondert Verfolgte Prof. Dr. R. Leiter der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie war, in der die meisten der Patienten, die für eine Lebertransplantation in Frage kamen, evaluiert wurden, hatten beide beruflich sehr viel Kontakt und tauschten sich über die Behandlung der Patienten und das Bestehen der Indikation für eine Lebertransplantation aus. So haben unter anderem die Zeugen **Dr. G.**, **Dr. M.**, **Dr. L.**, **Dr. N.**, **Dr. H.** und **Prof. Dr. S.** übereinstimmend angegeben, dass die Chefärzte, also der gesondert Verfolgte Prof. Dr. R. und der Angeklagte bzw. der gesondert Verfolgte Dr. L. die abschließende Entscheidung über die Aufnahme der Patienten in die Warteliste und deren Registrierung bei Eurotransplant getroffen hätten.

Der Zeuge **Prof. Dr. B.** hat bekundet, die Gastroenterologie und Transplantationschirurgie lebten voneinander. Es handele sich um zwei Abteilungen, die sehr an einer gemeinsamen Entwicklung interessiert seien. Sie hätten ein

gemeinsames Interesse an dem Auffüllen der Transplantationsliste. Dieses Auffüllen sei durch beide Abteilungen erfolgt. Ein Großteil der Patienten sei von dem gesondert Verfolgten Prof. Dr. R. eingebracht worden, der Rest von dem Angeklagten. Der Hepatologe führe die Lebertransplantation nicht selbst durch, stelle aber die Indikation für eine Lebertransplantation und habe ein Interesse daran, dass möglichst viele Transplantationen durchgeführt werden, um dessen Klinik und Personal aufstocken zu können.
Der Zeuge **Prof. Dr. R.**, Oberarzt in der Gastroenterologie, hat auf die Frage, wie die Zusammenarbeit zwischen dem gesondert Verfolgten Prof. Dr. R. und dem Angeklagten gewesen sei, bekundet, diese sei intensiv gewesen. Beide hätten bei allen möglichen Gelegenheiten über Patienten gesprochen.

Der Angeklagte, der Leiter der Transplantationschirurgie war, hatte mit dem gesondert Verfolgten R. viele Berührungspunkte, weil er, nachdem in der Abteilung des gesondert Verfolgten Prof. Dr. R. die „Indikationsstellung“ für eine Lebertransplantation erfolgt und die Evaluation durchgeführt worden war, darüber entschied, ob auch aus chirurgischer Sicht eine Lebertransplantation in Betracht kam. Es erscheint insoweit insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass der gesondert Verfolgte Prof. Dr. R. kein Geheimnis daraus machte, dass er Manipulationen für gerechtfertigt halte, um den Patienten zu helfen und diesen ein Organ zu verschaffen, lebensfremd, dass er diese Auffassung nicht auch gegenüber dem Angeklagten kundtat. Die Kammer ist daher davon überzeugt, dass der gesondert Verfolgte Prof. Dr. R. dem Angeklagten mitteilte, auf welche Weise er in einigen Fällen den MELD-Score seiner – des gesondert Verfolgten Prof. Dr. R. – Patienten erhöhe bzw. erhöht habe. Der Umstand, dass der Angeklagte, wie er angegeben hat, ebenfalls der Auffassung war, dass der MELD-Score erhebliche Nachteile beinhalte und nicht uneingeschränkt geeignet sei für die Auswahl von Patienten, die für eine Transplantation in Betracht kämen, spricht ebenfalls in hohem Maße dafür, dass der Angeklagte sich mit dem gesondert Verfolgten Prof. Dr. R. über die Möglichkeiten der Beeinflussung von Blutwerten austauschte und sich (zumindest allgemein) des Umstandes bewusst war, dass im Zuständigkeitsbereich des gesondert Verfolgten Prof. Dr. R. Manipulationen erfolgten. Ob ihm konkrete Fälle bekannt waren, konnte indes nicht festgestellt werden.

(dd) Transplantationschirurgie

(aaa) Behandlung der Patienten

Die Feststellungen hierzu beruhen zum einen auf den Angaben des **Angeklagten** sowie des Zeugen **O.**, der die organisatorischen Strukturen der Transplantationschirurgie bzw. der Station 1012/1016, so, wie festgestellt, geschildert hat. Auch die Ärztin **A.K.**, die eigenen Angaben zufolge zwischen August/September 2008 und Juni 2009 als Assistenzärztin in der Transplantationschirurgie auf der Station 1012 arbeitete und der Krankenpfleger **H.-J.G.**, der, wie er bekundet hat, stellvertretender Stationsleiter der Station 1012 / 1016 ist, haben die Strukturen der geteilten Station 1012/106 übereinstimmend und glaubhaft so, wie in den eingangs getroffenen Feststellungen ausgeführt, geschildert.

Der Krankenpfleger **H.-J.G.** hat darüber hinaus ausgeführt, zwischen dem Pflegepersonal und den Ärzten habe es bei der Visite und bei Auftreten von Problemen zwischen Pflegepersonal und Ärzten Berührungspunkte gegeben.
Er – der Zeuge G. – sei mit seinem Team für Patienten, die transplantiert wurden, zuständig gewesen wenn sie von der Transplantationsoperation bzw. von der Intensivstation gekommen seien.

Der Zeuge **Dr. C.P.**, der bekundet hat, er sei im Frühjahr 2011 sechs Monate auf der Transplantationsstation tätig gewesen und habe kleine Operationseingriffe vorgenommen und bei Eingriffen, darunter auch bei Lebertransplantationen assistiert, hat ausgesagt, auf der Transplantationsstation seien nicht nur transplantierte Patienten behandelt worden, sondern auch Patienten, die eine vorübergehende Therapie erhalten hätten und erst zu einem späteren Zeitpunkt transplantiert worden seien. Darüber hinaus seien auch Patienten behandelt worden, die für eine Operation nicht in Frage gekommen, aber dennoch behandlungsbedürftig gewesen seien.
Er habe die Patienten morgens visitiert und sie dann mit dem Angeklagten besprochen. Dies gelte sowohl für postoperative als auch präoperative Patienten.

(bbb) Veranlassung von Manipulationen bzw. Falschangaben durch den Angeklagten

Dass der Angeklagte im Allgemeinen oder in den verfahrensgegenständlichen Fällen Blutmanipulationen anordnete oder selbst durchführte, konnte nicht nachgewiesen werden.

Der **Angeklagte** hat bestritten, Manipulationen durchgeführt oder veranlasst zu haben.

Der gesondert Verfolgte **Prof. Dr. R.** und einige der engsten Mitarbeiter des Angeklagten – der Transplantationschirurg und Oberarzt **Dr. L.** sowie der Arzt **A.-A.** – haben jeweils von ihrem Auskunftsverweigerungsrecht gemäß § 55 StPO Gebrauch gemacht und konnten somit hierzu nicht gehört werden. Zwar haben einige Zeugen von Auffälligkeiten berichtet, die aus ihrer - der Zeugen - Sicht auf darauf hindeuteten, dass auch der Angeklagte an Manipulationen beteiligt gewesen sei, ein konkreter Nachweis konnte jedoch nicht geführt werden.

So hat der Arzt **A.M.**, der insoweit in der Hauptverhandlung ebenfalls von seinem Auskunftsverweigerungsrecht gemäß § 55 StPO Gebrauch gemacht hat, im Rahmen seiner polizeilichen Vernehmung dem Vernehmungsbeamten KHK J. von einer Situation mit dem Angeklagten berichtet, die ihm – dem Zeugen M. – „mysteriös“ vorgekommen sei. Der Zeuge **KHK J.** hat hierzu glaubhaft ausgesagt, der Arzt M. habe ihm gegenüber angegeben, er – der Zeuge M. – habe sich einmal mit dem Zeugen Dr. N. auf der Station 4024 befunden, als der Angeklagte auf Station gekommen sei. Dieser habe eine Nierenschale in der Hand gehabt, in der sich eine Blutmonovette befunden habe und ihn – den Zeugen M. – oder den Zeugen Dr. N. aufgefordert, den Aufkleber eines bestimmten Patienten auf diese Blutmonovette aufzukleben. Der Zeuge M. habe bekundet, er könne sich an die konkreten Umstände dieses Vorfalls und insbesondere daran, um welchen Patienten es sich hierbei gehandelt habe, nicht erinnern. Des Weiteren habe der Zeuge **M.** angegeben, er wisse auch nicht mehr, wie es nach der Aufforderung des Angeklagten, die Blutprobe mit dem Aufkleber eines bestimmten Patienten zu versehen, weitergegangen sei. Die Situation sei ihm „mysteriös“ vorgekommen, weil es außergewöhnlich gewesen sei, dass der Angeklagte mit einer Blutmonovette auf der Station erschienen sei.

Der Zeuge **KHK J.** hat darauf hingewiesen, dass man, weil der Zeuge **M.** den geschilderten Sachverhalt nicht näher habe konkretisieren können, aus dessen Schilderungen nicht habe ableiten können, ob es in dem konkreten Fall zu einer Manipulation gekommen sei. Dies entspricht auch der Auffassung der Kammer.

Wenn der Angeklagte tatsächlich mit einer Blutmonovette auf der Station des gesondert Verfolgten Prof. Dr. R. erschienen sein sollte und den Arzt M. oder Dr. N. aufgefordert haben sollte, den Aufkleber eines bestimmten Patienten auf die Blutmonovette aufzukleben, könnte diese Situation zwar dafür sprechen, dass durch Anbringen eines falschen Patientenaufklebers eine Manipulation der Blutprobe erfolgen sollte, weil es ungewöhnlich erscheint, dass eine Blutprobe erst nach der Abnahme beschriftet wird. Dennoch ist die Schilderung, die der Zeuge M. gegenüber dem Zeugen KHK J. abgegeben hat, zu unkonkret, als dass daraus belastbare Schlussfolgerungen gezogen werden können. Da der Zeuge M. unter anderem hinsichtlich dieses Sachverhalts von seinem Auskunftsverweigerungsrecht nach § 55 StPO Gebrauch gemacht hat, war eine weitere Aufklärung diesbezüglich nicht mehr möglich.

Der Zeuge **Dr. N.** hat auf die Frage, ob auch der Angeklagte Manipulationen angeordnet bzw. durchgeführt habe, angegeben, er habe hierüber keine Kenntnis. Von dem Angeklagten habe er so etwas nicht erlebt. Ihm sei allerdings im Nachhinein einmal zugetragen worden, dass auch der Angeklagte junge Kollegen, Assistenzärzte, in Bezug auf die Durchführung von Manipulationen angesprochen haben soll. Der Zeuge Dr. N. konnte indes weder angeben, wer ihm diese Information gegeben habe, noch, um welche Patienten es gegangen sein soll.

Auch die Aussage des Zeugen **B.G.**, der zu den verfahrensgegenständlichen Zeiten Krankenpfleger auf der Station 1012/1016 war und auch heute noch ist, belegt nicht, dass der Angeklagte Blutmanipulationen durchführte oder anordnete. So hat der Zeuge G. behauptet, die Ärztin A.K. sei im Sommer 2011 im Spätdienst oder am Anfang eines Nachtdienstes völlig aufgelöst, geschockt und bleich aussehend auf seine Station gekommen und habe berichtet, der Angeklagte, mit dem sie zuvor bei dem Patienten I. auf der Station 0118 gewesen sei, habe sie aufgefordert, von einem Nachbarpatienten Blut abzunehmen und dieses unter dem Namen des Patienten I. ins Labor zu geben. Als sie sich geweigert habe, sei der Angeklagte sehr verärgert gewesen. Sie – die Ärztin K. – habe sich gefragt, wie sie diesen Dienst überstehen sollte.

Die Zeugin **K.** hat jedoch bestritten, dass sie dem Zeugen G. gegenüber die von ihm behaupteten Angaben gemacht hat und behauptet, sie habe von Manipulationen nichts mitbekommen. Insoweit ist nicht erkennbar, weshalb die Zeugin K., wenn der

Angeklagte sie tatsächlich zu der von dem Zeugen G. beschriebenen Blutmanipulation aufgefordert hätte, dies hätte bestreiten sollen. Der Zeuge G. hat insoweit ausgesagt, die Zeugin K. habe ihm berichtet, sie habe das Ansinnen des Angeklagten abgelehnt. In diesem Fall hätte die Zeugin K. keinen Grund gehabt, den Vorfall nachträglich nicht zu bestätigen und nunmehr nachträglich wahrheitswidrig zu behaupten, der Angeklagte habe sie nicht zu einer Manipulation aufgefordert.
Auch die hierzu gehörten Ärzte, die – zumindest phasenweise – in der Transplantationschirurgie tätig waren, darunter die Zeugen **Dr. G.**, **Dr. R.**, **A.-G.**, **Dr. Z.**, **Dr. P.** und **Dr. F.** haben jeweils ausgesagt, ihnen sei nicht aufgefallen bzw. bekannt geworden, dass es zu Manipulationen gekommen sei.

(ccc) Annahme von Geldleistungen oder anderen Gegenleistungen durch den Angeklagten für die regelwidrige Verschaffung von Spenderlebern

Anhaltspunkte dahingehend, dass der Angeklagte Geld oder andere Gegenleistungen dafür erhielt, dass er durch Falschangaben gegenüber Eurotransplant oder durch die Veranlassung entsprechender Falschangaben Patienten eine Spenderleber verschaffte, obwohl diese bei wahrheitsgemäßen Angaben keine erhalten hätten, haben sich nicht ergeben.

Der **Angeklagte**, der bereits bestritten hat, Manipulationen und/oder Falschangaben gegenüber Eurotransplant durchgeführt bzw. veranlasst zu haben, hat darüber hinaus in Abrede genommen, von anderen Personen Geld für eine regelwidrige Verschaffung von Organen erhalten zu haben. Die Beweisaufnahme hat ebenfalls keine Anhaltspunkte hierfür ergeben.

Der Zeuge **PHK J.a.d.B.**, der eigenen Angaben zufolge Polizeibeamter in der Zentralen Kriminalinspektion G. ist, hat zu seiner beruflichen Qualifikation ausgeführt, er sei bei der Polizei als Vermögensermittler tätig und mache seit neun Jahren Finanzermittlungen. Vermögensermittlungen tätige er seit etwa fünf Jahren und habe in diesem Bereich eine langjährige Erfahrung und eine gewisse Routine.

Er habe im Rahmen der Ermittlungen den Auftrag gehabt, festzustellen, ob im Zusammenhang mit Lebertransplantationen Zahlungen erfolgt seien. Die Staatsanwaltschaft habe eine Überprüfung aller Patienten gewünscht und ihm – dem

Zeugen PHK a.d.B. – eine Liste der gesamten Patienten übergeben. In der Folge habe er etwa 20 bis 30 Patienten und zirka 200 Konten überprüft. Im Ergebnis hätten keine Zahlungen an den Angeklagten festgestellt werden können.

Zur Durchführung der Ermittlungen hat der Zeuge aus dem Brauch ausgeführt, er habe die in Frage kommende „Geberseite“, also die Patienten sowie die „Nehmerseite“, also den Angeklagten, überprüft. Konkret habe er die Finanztransaktionen geprüft, die ein halbes Jahr vor und ein halbes nach den jeweiligen von dem Angeklagten durchgeführten Lebertransplantation stattgefunden hätten.
Die entsprechenden Kontoauswertungen habe er über BaFin-Auskünfte ermittelt und die Zahlungseingänge des Angeklagten und die Zahlungsausgänge der jeweiligen Patienten überprüft. Anhand der Kontenübersichten seien die Kontenumsätze verfolgt und darauf geachtet worden, ob dort irgendetetwas nicht Alltägliches erscheine. Dies sei in dem Wissen erfolgt, dass entsprechende Zahlungen in der Regel nicht über Konten erfolgen, sondern in diesen Fällen – also bei Vorteilsgabe/Vorteilsannahme bzw. Bestechung/Bestechlichkeit – Barzahlungen erfolgen würden, was eher die Regel sei. Bei den überprüften Patienten habe es sich um Personen gehandelt, deren Kontostände nicht auf Reichtum hingedeutet hätten. Im Gegenteil, die Kontostände der Patienten seien eher niedrig gewesen.

Er – der Zeuge a.d.B. – habe zirka 10-15 Konten des Angeklagten geprüft. Insgesamt seien alle in Betracht kommenden Konten geprüft worden, nicht nur die Konten des Angeklagten. Das heißt, es seien auch die Konten überprüft worden, für die der Angeklagte verfügungsberechtigt gewesen sei und Konten, die Familienangehörigen gehört hätten. Diese Überprüfungen hätten sämtlich keine Anhaltspunkte für auffällige Zahlungen ergeben. Es seien darüber hinaus die beiden Pkw des Angeklagten überprüft worden. Insoweit seien ebenfalls keine Unregelmäßigkeiten festzustellen gewesen.

Auffälligkeiten hätten sich indes zunächst hinsichtlich eines Grundstückkaufs ergeben. Ein Assistenzarzt habe diesbezüglich geschildert, die Familie des Angeklagten habe ein Haus gekauft, das sich in einer guten Wohngegend befunden habe und dort Immobilien in der Regel nur unter Familien, Angehörigen und guten Bekannten verkauft würden. Die Verkäuferin des Hauses sei von dem Angeklagten operiert worden, wobei es sich hierbei nicht um eine Lebertransplantation, sondern

um eine Leberteilresektion gehandelt habe. Seine – des Zeugen a.d.B. – Ermittlungen bei der Stadt G. hätten jedoch ergeben, dass das Haus zum ortsüblichen Preis erworben worden sei. Die als Zeugin vernommene Verkäuferin habe ausgesagt, dass sie den Kaufpreis wegen diverser Mängel sogar noch herabgesetzt habe. Die Familie des Angeklagten und sie seien gute Freunde. Es habe sich bei dem Verhältnis der Verkäuferin und der Familie des Angeklagten um eine Art „Oma-Verhältnis“ zur Familie des Angeklagten bzw. dessen Kindern gehandelt. Der Umstand, dass die Verkäuferin des Hauses zuvor von dem Angeklagten operiert worden war, habe dennoch zu Restzweifeln geführt, zumal das Grundstück kurz nach dem Ankauf mit erheblichem Gewinn teilweise weiter verkauft worden sei. Aber auch hinsichtlich dieses Verkaufs hätten jedoch keine Irregularien festgestellt werden können.

Eine weitere Auffälligkeit habe sich in Zusammenhang mit dem verfahrensgegenständlichen Patienten I. ergeben, der als Adresse „c/o Dr. O.“ angegeben und dies bei der Bank so hinterlassen habe. Dies sei ihm – dem Zeugen a.d.B. – auffällig erschienen. Im Ergebnis habe aber nicht festgestellt werden können, dass der Angeklagte Zahlungen für den Patienten I. geleistet habe. Es sei lediglich auf einem der Konten als Anschrift „c/o Dr. O.“ vermerkt gewesen. Es habe sich um eine Konto-BaFin-Eintragung gehandelt. Es sei nicht festgestellt worden, ob der Angeklagte für dieses Konto überhaupt verfügungsberechtigt gewesen sei. Bei der entsprechenden Kontobewegung habe es sich um eine Zahlung an die DSO gehandelt.

Der Zeuge **KHK J.**, der eigenen Angaben zufolge die Ermittlungen in dem hiesigen Verfahren im April 2012 übernahm, hat ebenfalls ausgesagt, der zu Beginn der Ermittlungen in Bezug auf den Angeklagten vorhandene Korruptionsverdacht habe sich nicht bestätigt.

Der Zeuge **O.** hat bekundet, er habe ebenfalls keine Kenntnisse darüber erlangt, dass der Angeklagte Geld für die Verschaffung von Spenderlebern gefordert oder erhalten habe. Er habe diesbezüglich auch keine Gerüchte in der UMG gehört. Gleiches gilt für den Zeugen **Dr. P.**, der ebenfalls angegeben hat, er habe keine irregulären Zahlungen mitbekommen.

Darüber hinaus hat auch keiner der als Zeugen vernommenen Patienten des Angeklagten, behauptet, dass der Angeklagten Geld gefordert oder erhalten habe, damit sie – die Patienten – eine Spenderleber bekommen. Die weiteren Ausführungen hierzu erfolgen bei den zu den einzelnen Patienten getroffenen Feststellungen.

(ee) Andere Abteilungen der UMG

Die Feststellungen hierzu beruhen auf den Angaben des **Angeklagten**. Darüber hinaus ist es evident, dass Patienten, die aufgrund gesundheitlicher Probleme, die nicht nur die Leber, sondern (auch) andere Bereiche betreffen, stationärer Behandlung bedürfen, auf den entsprechenden Stationen aufgenommen werden. So wurden zum Beispiel die Patienten **S.**, **V., B., W.** und **I.** unmittelbar vor ihren Transplantationen auf Intensivstationen behandelt.

(f) Organangebot von Eurotransplant, erneute Aufklärung und Transplantation

(aa) Organangebot und -annahme

Der **Angeklagte** hat sich dahingehend eingelassen, dass bei einer Organallokation im **Standardverfahren** die Station 1016 von Eurotransplant vorab telefonisch informiert worden sei, dass für einen bestimmten Patienten des Zentrums ein Primärangebot bestehe. Ein paar Minuten später sei ein FAX von Eurotransplant mit den Daten des Spenders eingegangen. Wenn er – der Angeklagte – zum Zeitpunkt des Organangebots nicht auf Station gewesen sei, sei er von einem Mitarbeiter der Station 1016 telefonisch hiervon informiert worden. Der diensthabende Kollege habe ihm – dem Angeklagten – die wesentlichen Daten des Organspenders telefonisch mitgeteilt. Wenn das Spenderorgan für den Patienten in Betracht gekommen sei, sei das Organ angenommen worden. Dieser Entscheidungsprozess habe in der Regel 15 Minuten angedauert. Nach der Annahme sei der Kontakt zu Eurotransplant aufrecht erhalten geblieben. In der Regel habe sich der Spender zu dieser Zeit noch auf der Intensivstation befunden. Es gehe dann insbesondere um die Frage, wann das Spenderorgan entnommen werde. Dies könne unterschiedlich sein, je nachdem, wann die Chirurgen, die das Organ entnommen hätten, Zeit gehabt hätten. Wenn das Entnahmeteam die Spenderleber entnommen gehabt habe, sei das Organ von

dem Entnahmeteam gesichtet und anschließend vom Entnahmeteam nochmals entschieden worden, ob das Organ tatsächlich für eine Transplantation geeignet sei. Nach der sogenannten kalten Konservierung der Spenderleber habe es noch einmal einen Kontakt mit Eurotransplant gegeben. Wenn das Organ abschließend freigegeben und weiterhin als geeignet eingeschätzt worden sei, sei es in die UMG transportiert worden.
Zwischenzeitlich sei der Patient über das Organangebot informiert und – wenn er sich nicht bereits stationär in der UMG befunden gehabt habe, von zuhause abgeholt und in die UMG gebracht worden. Nach seinem Eintreffen in der UMG sei der Patient nochmals chirurgisch aufgeklärt worden. Darüber hinaus hätten im Hinblick auf die bevorstehende Transplantation Untersuchungen stattgefunden.

Wenn keine Kontraindikationen vorgelegen hätten, sei der Patient in den Operationssaal gebracht worden. Währenddessen sei im Operationssaal eine letzte Prüfung erfolgt, ob das Organ akzeptabel gewesen sei. Wenn das der Fall gewesen sei, sei dem Patienten dies mitteilt worden. Der Patient hätte zu diesem Zeitpunkt noch immer zurücktreten können.

Wenn das Organ nicht in Ordnung gewesen sei, habe keine Transplantation stattgefunden. Er – der Angeklagte – habe viele Organe abgelehnt, weil die Qualität dieser Organe aus seiner Sicht nicht akzeptabel gewesen sei.
Manche Chirurgen hätten keine ausreichenden Kenntnisse über die korrekte Entnahme von Organen, weshalb einige Organe aufgrund der unsachgemäßen Entnahme nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr verwendbar gewesen seien. Es sei aber auch vorgekommen, dass eine Spenderleber eine bessere Qualität gehabt habe, als vom Entnahmeteam angenommen.
Es sei darüber hinaus auch vorgekommen, dass eine Operation habe abgesagt werden müssen, weil der Anästhesist die Einschätzung gehabt habe, er könne den Patienten nicht mehr narkotisieren.

Wenn die Prüfung des Organs ergeben habe, dass es entgegen der ursprünglichen Erwartung nicht für den vorgesehenen Patienten geeignet gewesen sei, sei der Patient, der bereits noch auf dem Operationstisch gelegen habe, wieder nach Hause –geschickt oder stationär behandelte Patienten auf die entsprechende Station zurückgebracht worden. Die Spenderleber habe er – der Angeklagte – als präparierte Leber verpackt. Eurotransplant sei informiert worden, dass die Leber wieder zur

Verfügung stehe. Wenn das Organ in Ordnung gewesen sei, habe er dies dem Patienten mitgeteilt und dem Anästhesisten den Hinweis gegeben, dass er die Narkose einleiten könne.

Zu den **kompetitiven Zentrumsangeboten** hat der Angeklagte angegeben, dass sich auf der Station 1016 eine Liste befunden habe, auf der für jede Blutgruppe drei bis vier Patienten gestanden hätten. Auf der „Zentrumsliste“ (die nicht mit der Warteliste des Transplantationszentrums zu verwechseln ist) hätten nur ausgewählte Patienten mit speziellen Problemen gestanden. Die Auswahl der Patienten sei nicht allein vom MELD-Wert abhängig gewesen, sondern habe sich danach gerichtet, wer dringlich eine Spenderleber benötigt habe. Auf der „Zentrumsliste“, die einmal pro Woche aktualisiert worden sei, hätten sowohl Patienten mit hohem MELD als auch Patienten mit niedrigem MELD gestanden. Die Auswahl der Patienten für die „Zentrumsliste“ sei auch auf den Transplantationskonferenzen besprochen worden, und zwar vor der Aufnahme auf diese Liste.

Der Angeklagte hat bestätigt, dass es die Regelung gegeben habe, dass jedes kompetitive Organangebot habe angenommen werden sollen. Dies habe daran gelegen, dass das Zentrum, das am schnellsten die Annahme erklärt habe, die Leber erhalten habe. Andere Zentren seien online mit Eurotransplant verbunden gewesen und hätten das Personal gehabt, Tag und Nacht auf Angebote zu achten. In der UMG habe indes Personalmangel und keine Internetverbindung mit Eurotransplant bestanden. Deshalb sei entschieden worden, jedes kompetitive Organangebot zunächst sofort anzunehmen. Die endgültige Entscheidung über das Organangebot sei sodann innerhalb von 15 Minuten erfolgt. Bei kompetitiven Zentrumsangeboten habe ein Auswahlermessen bestanden. Wenn das Organ angenommen worden sei, habe der Patient das Organ erhalten, für den es am besten geeignet gewesen sei. Hinsichtlich der **Entscheidung über die Annahme von Organen** im Standardverfahren und im beschleunigten Verfahren hat der Angeklagte ausgeführt, dass entweder er – der Angeklagte – oder Dr. L. über die Organannahme entschieden habe.

Die Angaben des Angeklagten wurden von den Zeugen **Dr. G.** und **Dr. P.** sowie den Krankenpflegern **H.-J.G.** und **B.G.** im Wesentlichen bestätigt.
Hinsichtlich der **Standardallokation** hat der Zeuge **Dr. G.** ergänzend ausgeführt, Eurotransplant habe dem Transplantationszentrum einen Ausdruck bzw. ein Fax mit

den Laborwerten des Spenders übersandt. Wenn der Angeklagte und / oder der gesondert Verfolgte Dr. L. nicht anwesend gewesen seien, habe ein diensthabender Arzt mit einem dieser beiden Oberärzte Kontakt aufgenommen und unter anderem den klinischen Verlauf des Spenders sowie relevante Labordaten vorgetragen. Darüber hinaus habe der diensthabende Arzt die Daten des Empfängers aus der Patientenakte vorgetragen. Der Angeklagte habe schon am Telefon wissen wollen, wie krank der Patient sei und welche weiteren Erkrankungen der Patient habe. Außerdem habe der Angeklagte Größe, Gewicht und Blutgruppe des Spenders wissen wollen. Wenn das Organangebot tagsüber gewesen sei, habe der Angeklagte sich die Patientenakte angeschaut. Die Dauer des Entscheidungsprozesses bis zur Organannahme sei unterschiedlich gewesen. Wenn der Patient zum Zeitpunkt des Organangebots stationär in der UMG gewesen sei, hätten alle relevanten Daten vorgelegen. Wenn aber der potenzielle Empfänger zuletzt ambulant gesehen worden sei, habe der Entscheidungsprozess maximal bis zu einer Stunde gedauert. Es seien viele Organe, und zwar mehr als 50%, abgelehnt. worden.

Hinsichtlich der **Zentrumsangebote** haben die Zeugen **G.**, **G.**, **Dr. P.** und **Dr. G.** die Angaben des Angeklagten, dass sich auf der Station eine Liste mit Patientennamen befunden habe, die für die Annahme von Zentrumsangeboten in Betracht gekommen seien, bestätigt. Die Zeugen **G.** und **Dr. G.** haben des Weiteren übereinstimmend bestätigt, dass auf dieser Liste für jede Blutgruppe drei bis vier Patienten gestanden hätten, die auf ein Zentrumsangebot angewiesen gewesen seien. Der Zeuge **Dr. P.** hat ergänzend ausgesagt, dass auf der Liste der MELD-Score der Patienten, die Wartezeit und die Priorisierung gestanden habe. Die Patienten hätten nach Blutgruppen und Alphabet sortiert auf der Liste gestanden. Die Patienten, die zuerst ein Organangebot hätten bekommen sollen, seien mit Textmarker markiert gewesen.

In Übereinstimmung mit den Angaben des Angeklagten hat der Zeuge **Dr. G.** außerdem bekundet, die Liste sei dynamisch gewesen und regelmäßig geändert worden. Welcher Patient auf diese Liste komme, hätten der Angeklagte und der Oberarzt Dr. L. entschieden.

Der Krankenpfleger und stellvertretende Stationsleiter **H.-J.G.** und der Krankenpfleger **B.G.** der angegeben hat, er sei seit Juni 2002 auf der Station 1012/1016 tätig, haben ergänzend und übereinstimmend bekundet, bei den sogenannten kompetitiven Angeboten sei eine schnelle Entscheidung erforderlich

gewesen, weil es sich hierbei um einen Wettbewerb gehandelt habe und jedes Zentrum auf das Angebot habe zugreifen können.

Es habe die Anordnung gegeben, dass kompetitive Zentrumsangebote sofort angenommen werden sollten. Der Zeuge G. hat ergänzend ausgeführt „Sofort annehmen“ bedeute, „so schnell, wie möglich“, aber nicht „ohne vorherige Prüfung“. Die Annahme sei erst möglich gewesen, wenn man die Blutgruppe des Spenders gekannt habe. Der Zeuge G. hat des Weiteren angegeben, sei zwar auch einmal vorgekommen, dass ein Organ sofort und ohne Prüfung angenommen worden sei. Daraufhin sei jedoch sofort ein Anruf von Eurotransplant gekommen, in dem mitgeteilt worden sei, dass das Organ noch nicht angenommen werden könne, weil von Eurotransplant die Blutgruppe des Spenders noch gar nicht mitgeteilt worden sei.

Von vier Angeboten seien drei schon vergeben gewesen. Die Angebote seien an die größeren Zentren gegangen, die besser ausgestattet gewesen seien mit Personal und die vor allem über Internetanschlüsse verfügt hätten, so dass sie die erforderlichen Spenderinformationen schneller als das Zentrum der UMG erhalten hätten.
Zwar sei noch während der Dienstzeit des Angeklagten eine Internetverbindung eingerichtet worden; er – der Zeuge G. – könne jedoch nicht mehr sagen, wann dies der Fall gewesen sei. Der Zeuge **Dr. P.**, der die Angaben des Zeugen G., dass Zentrumsangebote sofort angenommen werden sollten, bestätigt hat, hat insoweit ausgesagt, dass es diese Möglichkeit im Verlauf des Jahres 2011 gegeben habe.

Die Zeugen **G.** und **G.** haben darüber hinaus übereinstimmend ausgesagt, es sei durchaus häufiger vorgekommen, dass ein Pfleger das kompetitive Organangebot angenommen habe. Dies sei insbesondere dann der Fall gewesen, wenn der diensthabende Arzt nicht zur Verfügung gestanden habe, um diese Entscheidung zu treffen. Der Zeuge **G.** hat ergänzend ausgesagt, die Anzahl der kompetitiven Zentrumsangebote habe im Laufe der Zeit zugenommen. Die Klinik habe darauf keinen direkten Einfluss gehabt. Nach den Transplantationen habe es nicht viele Komplikationen gegeben. Viele der Patienten seien nach zwei bis drei Wochen in die Rehabilitation gegangen seien.

Der Zeuge **G.** hat des Weiteren bekundet, wenn es zur Organannahme gekommen sei, habe ein Arzt den Patienten angerufen und sich nach dessen

Gesundheitszustand erkundigt. Sodann habe der Arzt den Patienten einbestellt, und es sei ein Bettplatz geschaffen worden. Es habe für diese Situation – Ablauf nach der Annahme eines Organangebots einen Standard – gegeben. Sie hätten hierzu eine Liste gehabt, die abgearbeitet worden sei. Wenn der Patient eingetroffen sei, sei der Arzt zu dem Patienten gegangen und habe sich den Patienten nochmals angeschaut. Bis zu der Zeit, als der gesondert Verfolgte Dr. L. krank geworden sei, hätten die Oberärzte – also der gesondert Verfolgte Dr. L. und der Angeklagte – sich den Dienst geteilt.

Der Arzt **Dr. G.**, der eigenen Angaben zufolge in der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie tätig war, hat bekundet, bei einem Organangebot habe er die von Eurotransplant die übermittelten Daten, wie z. B. Alter, Geschlecht, Größe, Blutgruppe und Erkrankungen an die diensthabenden Oberärzte weitergeleitet. Bei Zentrumsangeboten sei man gemeinsam die Liste der Patienten durchgegangen. Die diensthabenden Oberärzte hätten diese Liste zu Hause gehabt.

Die Zeugen **Dr. G.**, **Dr. P.**, **G.** und **G.** haben außerdem übereinstimmend die Angabe des Angeklagten bestätigt, dass über die endgültige **Annahme eines Spenderorgans** der Angeklagte oder der gesondert Verfolgte Dr. L. entschieden hätten.

Da die genannten Zeugen im Wesentlichen die Angaben des Angeklagten glaubhaft bestätigt haben, hat die Kammer diese Angaben des Angeklagten und der Zeugen ihren den Feststellungen zugrunde gelegt.
Allein aus dem Umstand, dass eine Anordnung des Angeklagten bestand, jedes Zentrumsangebot sofort anzunehmen, kann aus Sicht der Kamer nicht ohne Weiteres geschlossen werden, dass es dem Angeklagten mit dieser Anordnung darauf ankam, so viel wie möglich Organe zu erhalten und diese Organe „um jeden Preis“ Patienten der UMG zu transplantieren, und zwar unabhängig von der Frage, ob diese Patienten ein Organ benötigen und /oder unabhängig davon, ob das Zentrumsorgan für den von dem Angeklagten ausgewählten Patienten ausreichend geeignet war oder nicht. So haben die Zeugen **G.**, **G.** und **Dr. P.** die Angaben des Angeklagten bestätigt, dass die UMG zunächst noch nicht über eine Online-Verbindung zu Eurotransplant verfügt habe und die sofortige Annahme der Zentrumsangebote erfolgen sollte, weil andere Zentren aufgrund der in diesen

Zentrum bestehenden Online-Verbindung zu Eurotransplant schneller über die Organannahme hätten entscheiden können. Gleichwohl hat die Kammer bei den sogenannten „Indikationsfällen“, also bei den Patienten **D.**, **T.** und **M.**, die jeweils Spenderlebern als Zentrumsangebot erhielten, geprüft, ob die vorgenannte Motivation eine Rolle bei der Auswahl der Patienten für die entsprechenden Zentrumlebern spielte, was im Ergebnis nicht der Fall war.

(bb) Aufklärung der Patienten vor der Transplantation

Der **Angeklagte** hat sich dahingehend eingelassen, die Patienten seien nach Vorliegen eines Organangebotes und vor der Transplantation nochmals über die bevorstehende Operation aufgeklärt worden.

Diese Einlassung wurde von den Zeugen **Dr. G.**, **Dr. G.** und **Dr. H.** bestätigt.
Der Zeuge **Dr. G.** hat ausgeführt, er habe jeden Patienten, den er einbestellt habe, nochmals aufgeklärt und dies auch unterschreiben lassen. Der Umfang der Aufklärung habe sich nach den Umständen des Einzelfalles gerichtet. Wenn die vorausgegangene Aufklärung (vor der Aufnahme auf die Warteliste und der Registrierung bei Eurotransplant) erst wenige Tage zurückgelegen habe, sei die Aufklärung unmittelbar vor der Transplantation kürzer gewesen als in den Fällen, in denen die erste Aufklärung länger zurückgelegen habe.

Zu der unmittelbar vor der Transplantation stattfindenden Aufklärung hat der Arzt **Dr. G.** ausgeführt, diese Aufklärung habe allgemeine Risiken beinhaltet. Er kenne nur den Gesundheitszustand der von ihm persönlich betreuten Patienten. Es sei (in dieser Situation) nicht die Aufgabe des aufklärenden Arztes, die Krankenakte des Patienten zu studieren und dessen Gesundheitszustand zu prüfen. Dies lasse das Dienstgeschehen auch gar nicht zu. Die Indikationsstellung sei bereits bei der Aufnahme des Patienten in die Warteliste erfolgt. Anschließend sei der Patient regelmäßig zur Wiedervorstellung erschienen, so dass den behandelnden Ärzten der Zustand der Patienten bekannt gewesen sei. Es sei nicht seine – des Zeugen Dr. G. – Aufgabe gewesen, die Operationsindikation zu stellen. Im Regelfall habe er die Patienten gefragt, ob diese nach wie vor mit der Operation einverstanden seien. Er habe darüber hinaus allgemeine Schritte einer Operation erläutert und den Patienten mitgeteilt, welche Komplikationen vor und nach der Operation auftreten könnten.

Hierbei habe er auch angesprochen, dass jede Operation theoretisch tödlich verlaufen könne.

Der Zeuge **Dr. H.** hat bekundet, die zweite Aufklärung, die vor der Operation stattfinde, sei kürzer gewesen, als die erste Aufklärung, die vor der Aufnahme in die Warteliste stattgefunden habe. Die Patienten seien bis zum Zeitpunkt der Transplantation oftmals bereits lange auf der Warteliste geführt worden und hätten gewusst, was auf sie zukomme. Die grundsätzlichen Dinge, wie zum Beispiel die Risiken der Operation und die Erforderlichkeit der Immunsuppression, seien erneut angesprochen worden. Wenn sich Änderungen zwischen der Aufnahme in die Warteliste und der Operation ergeben hätten, habe er dies mit den Patienten erörtert.
Den geschilderten Zeugenaussagen ist zu entnehmen, dass es auch hinsichtlich dieser Aufklärung, die vor der Operation stattfand, keine Regelung gab, wie diese zu erfolgen hat und dies von den Umständen des Einzelfalles abhängig war.

(cc) Transplantation

Den Ablauf nach dem Eintreffen der Spenderleber bis zur Transplantation hat der Angeklagte glaubhaft so, wie festgestellt geschildert.

(g) Behandlung der Patienten nach der Transplantation

Der **Angeklagte** hat sich dahingehend eingelassen, dass nach der Transplantation der verantwortliche Arzt auf der Intensivstation die Nachsorge der transplantierten Patienten übernommen habe. Er – der Angeklagte – sei für spezielle Probleme, die die Transplantation betroffen hätten, z. B. Gefäßprobleme, Probleme der Immunsuppression, hinzugezogen worden.
Nach der Entlassung aus der stationären Behandlung seien die Patienten regelmäßig einbestellt worden. Er – der Angeklagte – oder der gesondert Verfolgte Dr. L. hätten sich die Patienten weiterhin betreut. Die Patienten hätten lebenslang unter Beobachtung gestanden.

Die Zeugen **Dr. G.** und **Dr. H.** haben diese Angaben überwiegend bestätigt und insoweit übereinstimmend und glaubhaft bekundet, die Patienten seien in der Regel

unmittelbar nach der Transplantation auf die Intensivstation 0118 und sodann auf die Station 1012 und schließlich auf die Station 1016 verlegt worden.
Auch die Ärztinnen **J.R.** und **Dr. U.E.O.**, die eigenen Angaben zufolge beide auf der Station 0118 tätig waren, haben bestätigt, dass die Patienten unmittelbar nach der Transplantation auf die Intensivstation 0118 gekommen seien.

(h) Gewebe- und Organuntersuchungen durch die Abteilung Pathologie

Die Feststellungen beruhen insoweit im Wesentlichen auf der Aussage des Zeugen **Prof. Dr. R.**, der eigenen Angaben zufolge seit 1992 als Pathologe in der Abteilung Pathologie der UMG tätig ist.
Der Zeuge Prof. Dr. R. hat glaubhaft bekundet, in der Regel sei jedes Organ, das entnommen worden sei, dem Pathologen übersandt worden. Die Organe seien entweder als fixiertes Organ oder als nicht fixiertes Organ (Formalinpräparation) mit einem Begleitschreiben der Operateure, das eine kurze Anamnese und eine Fragestellung enthalten habe, übermittelt worden. Von den übersandten Organen seien mehrere Proben entnommen, fixiert und Schnittpräparierte hergestellt worden. Ziel jeder pathologischen Untersuchung sei die Feststellung der Diagnose gewesen. Es sei keineswegs immer der Fall, dass die Diagnose vor der pathologischen Untersuchung bereits festgestanden habe. Aufgrund der in der Pathologie festgestellten Diagnose hätten sich therapeutische Konsequenzen bzw. die Indikation für die weitere Behandlung ergeben können.

(i) Elektronische Datenverarbeitung und Blutuntersuchungen
(aa) EDV

Die Feststellungen zu der **elektronischen Datenverarbeitung (EDV)** beruhen im Wesentlichen auf den glaubhaften Angaben des Zeugen U.O. sowie den Angaben der Zeuginnen **S.** und **Z.**.

Der Zeuge **O.** hat insbesondere ausgeführt, dass „SAP“ „Systeme, Anwendung und Verwaltung“ bedeute. Es handele sich um ein administratives kaufmännisches Programm. Das für die Abrechnung Wichtige werde von dem SAP durchgereicht. Zu diesem System gehöre das Modul „ISH“ = „Industriel Solution Hospital“. Das System IXSERV bestehe aus drei Bereichen, und zwar der Befundpräsentation, dem

Laborauftragsmanagement und dem Dokumentenmanagement mit Arztbriefschreibung. Arztbriefe könnten allerdings auch mit anderen Systemen geschrieben werden. Von den Patienten existiere somit nicht nur die Papierakte, sondern es seien auch die Datenbestände im IXSERV-Programm vorhanden. Das System „IXSERV“ sei die Labor- und Befundkommunikation. Hierauf könne in Form eines Sammel-Accounts zugegriffen werden. „ICIP“ sei ein Dokumentationssystem für Intensivstationen.

Die Ambulanzschwester **E.S.** und die Zeugin **E.Z.**, die eigenen Angaben zufolge in der Patientenaufnahme tätig ist und auch die Dialysen erfasst, haben insoweit ergänzend ausgeführt, dass ein Patient, wenn er im Krankenhaus aufgenommen worden sei, über die SAP-Software registriert worden sei. Dies habe die Verwaltung betroffen. Dort seien zum Beispiel die Krankenkasse des Patienten, die Hausärzte, Zimmer- und Patientendaten aufgenommen. Im IXSERV-System seien die Laborwerte und andere medizinische Befunde verwaltet worden. Die Zeugin **Z.** hat des Weiteren angegeben, sie habe die Dialysen im OPS (= Operations-Procedure) eingetragen.

Der Zeuge **KHK B.O.** hat bekundet, dass seine Ermittlungen in der UMG ergeben hätten, dass im IXSERV-System der Lauf von Blutproben nachverfolgt werden könne. In der UMG habe es mehrere sogenannte Sammel-Accounts gegeben, die von verschiedenen Personen verwendet worden seien.

(bb) Blutuntersuchungen

Die Feststellungen zum Ablauf der Blutuntersuchung und der Mitteilung der Ergebnisse beruht auf den glaubhaften Angaben der medizinisch-technischen Assistentin **A.O.**, die eigenen Bekundungen zufolge seit 1990 an der UMG tätig und Leitende MTA im Zentrallabor ist sowie ergänzend hierzu des Zeugen **O.**, der bestätigt hat, dass ein Befund, der im Laborsystem erstellt worden sei, über die Schnittstelle EGate ins IXSERV gelangt sei.

(cc) Erfassung von Dialysen

Da dem Angeklagten zur Last gelegt wird, er habe den Transplantations-Koordinator **W.** bzgl. der Patienten **S.**, **B.** und **P.** bzw. dessen Assistentin **S.** hinsichtlich der Patienten **F.**, **I.**, **W.**, **W.**, **I.**, O. und F. veranlasst, gegenüber Eurotransplant falsche Dialysemeldungen anzugeben, ist für die Feststellung, ob bei den aufgeführten Patienten Dialysen stattfanden oder nicht, von Bedeutung, wie in der UMG Dialysen erfasst wurden.

Die Feststellungen zu der **Erfassung von Dialysen** hat die Kammer anhand der Aussagen der Zeugen **E.Z.** und **H.A.** getroffen.
Die Zeugin **E.Z.** hat bekundet, sie sei seit dem 1. Januar 1980 in der UMG beschäftigt. Sie habe die Patienten stationär aufgenommen und daher auch persönlich gekannt. Darüber hinaus habe sie Dialyseprozeduren erfasst. In der UMG habe es verschiedene Stationen gegeben, in denen Dialysen durchgeführt worden seien. Hierbei habe es sich um die Stationen 1011 (chronische Dialyse), 1013 (neurologische Intensivstation), 1014 (allgemeinchirurgische Intensivstation), 1022 (Akut-Dialyse) und 1026 (kardiologische Intensivstation) gehandelt. Von diesen Stationen habe sie jeweils schriftliche Belege über durchgeführte Dialysen erhalten. Darüber hinaus habe es für Patienten, die nicht transport- bzw. verlegungsfähig seien, sogenannte „mobile Dialysen“ gegeben. Diese Dialysen seien organisatorisch der Station 1011 zugeordnet gewesen. Auch über diese Dialysen habe sie Belege erhalten.

Sie habe sämtliche Dialysen anhand der ihr übermittelten Belege im Datensystem SAP IS-H erfasst. Hierbei habe sie eine Kontrollfunktion im System eingerichtet, über die sie die Dialysen durch eine Eintragung im Bemerkungsfeld in den Stammdaten des Programms gesperrt habe. Dies habe zur Folge gehabt, dass der Eintrag durch die Rechnungsabteilung habe entsperrt werden müssen. Auf diese Weise sei sichergestellt gewesen, dass die durchgeführten Dialysen nicht übersehen werden konnten. Hierauf sei deshalb besonderer Wert gelegt worden, weil Dialysen erhebliche Zusatzentgelte erbrächten. Die Zeugin Z. hat des Weiteren bekundet, in der UMG habe es zwei Stationen gegeben, die zwar ebenfalls Dialysen durchgeführt hätten, jedoch nicht von ihr erfasst worden seien. Hierbei habe es sich um die Intensivstationen 0117 und 0118, die ihre Daten eigenständig über ESERV übermitteln würden, gehandelt. Allerdings sei es möglich, im System SAP IS-H nachzusehen, ob für diese Stationen Dialysen erfasst worden seien. Insgesamt sei

es ihr möglich, alle Dialysen, die im SAP erfasst seien, einzusehen. Das bedeute, sie habe Zugriff auf alle dialyserelevanten Daten, und zwar auch auf diejenigen, die von den Anästhesiestationen 0117 und 0118 direkt in die EDV eingegeben worden seien.

Hinsichtlich der von ihr durchgeführten Überprüfung, ob bei den verfahrensgegenständlichen Patienten **S.**, **F.**, **B.**, **I.**, **W.**, **W.**, **P.**, **I.**, O. und F. eine Dialyse stattfand, hat die Zeugin **Z.** bekundet, lediglich bei dem Patienten **B. hätten** Dialysebehandlungen stattgefunden, und zwar am 15. Juli 2010 und 20. Juli 2010. Bei den übrigen Patienten habe sie keine Dialysen festgestellt. Die Zeugin Z. hat des Weiteren bekundet, dass nach der Erfassung der Dialysen eine Weitergabe der Unterlagen an die Abrechnungsabteilung erfolgt sei.

Der Zeuge **H.A.**, der in der UMG in der Patientenabrechnung tätig ist, hat bekundet, die Abrechnung der Dialysebehandlungen sei anhand der von der Zeugin Z. und den von den Intensivstationen mitgeteilten Dialysen erfolgt. Er habe unter anderem bei den verfahrensgegenständlichen Patienten **S.**, **F.**, **B.**, **I.**, **W.**, **W.**, **P. I.**, O. und F. **geprüft,** ob Dialysen abgerechnet worden seien und sich zu diesem Zweck auch das SAP IS-H-System angeschaut. In diesem Zusammenhang habe er die gesamten Anwesenheitszeiten und nicht nur die von der Polizei angegebenen Dialysedaten überprüft. Der Zeuge hat insoweit angegeben, dass bei den Patienten **S.**, **F.**, **I.**, **W.**, **W.**, **P.**, **I.** und **F.** in der UMG keinerlei Dialysen abgerechnet worden seien. Des Weiteren hat der Zeuge die Angabe der Zeugin Z. bestätigt, dass bei dem Patienten **B.** zwei Dialysen, und zwar für den 15. und 20. Juli 2010 abgerechnet worden seien. Die erste Dialyse erfolgte somit zwar vor der Transplantation, die am 16. Juli 2010 stattfand, jedoch erst nach der Dialysemitteilung gegenüber Eurotransplant.

Darüber hinaus hat der Zeuge **Andreas** glaubhaft bekundet, bei der Patientin **O.** seien insgesamt vier Dialysen abgerechnet worden, und zwar für am 27. Juni 2011, 28. Juni 2011, 30. Juni 2011 und 2. Juli 2011 durchgeführte Dialysen. Diese Dialysen erfolgten infolgedessen erst nach der bei der Patientin O. am 20. Juni 2011 durchgeführten Lebertransplantation.

2. „Manipulationsfälle“

a) Allgemeine Ausführungen zu den Auswirkungen von Falschangaben auf die Zuteilung von Spenderlebern

In den sogenannten „Manipulationsfällen“ wird dem Angeklagten zur Last gelegt, durch die Veranlassung von Falschangaben bzw. Blutmanipulationen sowie durch Richtlinienverstöße für die verfahrensgegenständlichen Patienten eine Spenderleber erhalten zu haben. Hierbei ist zu unterscheiden zwischen den Richtlinienverstößen, die bereits die **Aufnahme der Patienten in die Warteliste** betreffen und den **Manipulationen bzw. Falschangaben** gegenüber Eurotransplant, die zu einer Erhöhung des MELD-Wertes führten.

Hinsichtlich der **Einschränkung des Wartelistenzugangs** wurde bereits ausgeführt, dass die durch die Aufnahme der Patienten **V.**, **F.** und **W.** (aufgrund der Nichteinhaltung der Alkoholabstinenzzeit), **B.** (aufgrund des Nichtvorliegens der Clichy-Kriterien) sowie **I.** (aufgrund des Vorliegens einer fortgeschrittenen bösartigen Erkrankung und extrahepatischen Tumorwachstums) begangenen **Verstöße gegen die BÄK-Richtlinien** verfassungswidrig und damit **rechtlich unbeachtlich waren** und daher die Aufnahme dieser Patienten in die Warteliste und deren **Teilnahme an der Organallokation rechtmäßig** war.

Im nachfolgenden soll nunmehr im Hinblick auf die – noch vorzunehmende – **rechtliche Bewertung von Manipulationen bzw. von Falschangaben gegenüber Eurotransplant** und **die durch diese Täuschungen bewirkte Organzuteilung** zunächst skizziert werden, inwieweit sich die dadurch bewirkte Einflussnahmen auf die Reihenfolge der übrigen Patienten auf der Match-Liste auswirken können.

Bereits in den Beispielen 1 – 4 wurde aufgezeigt, dass die **Entscheidung über die Festlegung des Zentrums- bzw. Spenderprofils**, eine **unterlassene Rezertifizierung**, die zur Rückstufung des MELD-Score führt und eine **verspätete Aktualisierung** des MELD-Score nicht nur auf das (Über-)Leben des Patienten, der hiervon direkt betroffen ist, also das Spenderorgan ohne „Einflussnahme“ erhalten hätte, sondern auch auf eine unbestimmbare andere Zahl von Patienten Auswirkungen haben kann. Dies hat seine Ursache darin, dass die Einflussnahme auf eine Organzuteilung – unabhängig davon, ob sie in zulässiger Form oder durch

Täuschung erfolgt – in Bezug auf nachfolgende Match-Verfahren eine Art „Kettenreaktion“ auslösen kann. Darüber hinaus ist hervorzuheben, dass die Auswirkungen dieser „Kettenreaktion“ nicht geradlinig und vorhersehbar verläuft, sondern von vielen Faktoren abhängig ist, die von demjenigen, der eine Zuteilungsentscheidung – in zulässiger oder unzulässiger Weise – beeinflusst bzw. durch Täuschung bewirkt, weder beherrschbar noch vorhersehbar sind.

Dies liegt unter anderem daran, dass Patienten, die bei Eurotransplant für den Erhalt einer Spenderleber registriert sind, nicht an jedem Verteilungsverfahren (Match-Verfahren), das für eine Spenderleberleber durchgeführt wird, teilnehmen. Zudem wird für jedes einzelne Match-Verfahren, das mit einer individuellen Match-Nummer gekennzeichnet ist, eine gesonderte Liste (Match-Liste) erstellt, auf der sämtliche Patienten stehen, die für den Erhalt dieser einen Spenderleber in Betracht kommen. Darüber hinaus ist es im Hinblick auf die Besonderheiten des Verteilungsverfahrens, welches auf das zur Verteilung stehende Spenderorgan ausgerichtet ist, unwahrscheinlich, dass ein Patient, der in dem Match-Verfahren 1 auf dem Ranglistenplatz 1 steht, auch in nachfolgenden Match-Verfahren denselben Ranglistenplatz einnimmt. So kann es beispielsweise vorkommen, dass ein Patient, der einen MELD-Score von 39 hat, in dem Match-Verfahren 1 auf dem Ranglistenplatz 1 steht, an den Match-Verfahren 2, 3 und 4 nicht teilnimmt und in dem Match-Verfahren 5 lediglich auf dem Ranglistenplatz 6 steht, weil an diesem Match-Verfahren zwei HU-Patienten, ein ACO-Patient und zwei Patienten mit einem MELD-Score von 40 teilnehmen.

Hinsichtlich der Frage, wie sich Falschangaben auf andere Patienten auswirken können, ist zu unterscheiden zwischen den **Auswirkungen der Falschangaben in dem Match-Verfahren, in dem der Patient, dessen Daten manipuliert sind, die Spenderleber erhält** [nachfolgend (1)] und **nachfolgenden Match-Verfahren** [nachfolgend (2)]. Aber auch in Match-Verfahren, in denen ein Patient aufgrund der Angabe falscher Daten ein **Organangebot** erhält, dieses jedoch für ihn **abgelehnt** wird, kann Zuteilung von Organen dadurch beeinflusst werden [nachfolgend (3)].

Bei den dargestellten Beispielen ist zu berücksichtigen, dass es sich um stark vereinfachte Konstellationen handelt und diese aufgrund der vielfältigen Möglichkeiten, die in Bezug auf die Beeinflussung des Match-Verlaufs bestehen,

keinen Anspruch auf Vollständigkeit haben. Rechtlich wie auch tatsächlich ist es irrelevant, ob die Falschangaben darin bestehen, es habe zweimal innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test eine Dialyse stattgefunden und / oder darin, dass unzutreffende Blutwerte angegeben werden. In all diesen Fälle wird der MELD-Wert erhöht.

Darüber hinaus wird in den hypothetischen Beispielen davon ausgegangen, dass die Patienten, die die Spenderleber bei regulärem Match-Verlauf erhalten hätten und verstarben, weil sie nicht mehr rechtzeitig ein Organangebot erhielten, mit dem Spenderorgan überlebt hätten. Im Tatsächlichen ist jedoch gerade der Nachweis,

- welcher Patient die Spenderleber bei regulärem Verlauf tatsächlich erhalten hätte,
- dass der Patient, dem die Spenderleber transplantiert worden wäre, mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit überlebt hätte bzw. bei diesem Patienten eine Lebensverlängerung eingetreten wäre und
- dass der Patient, der die Spenderleber bei regulärem Verlauf tatsächlich erhalten hätte, nach dem Matchverfahren aus dem Grund verstarb, weil er nicht mehr rechtzeitig ein passendes Organangebot erhielt,

nicht zu führen, weshalb dem Angeklagten in dem vorliegenden Verfahren durch die Staatsanwaltschaft „lediglich“ versuchte Tötungsdelikte zur Last gelegt werden.

aa) Auswirkungen der durch Falschangaben bewirkten Zuteilung einer Spenderleber in dem Match-Verfahren, in dem der „manipulierte Patient“ die Spenderleber erhielt

In einem solchen Match-Verfahren sind verschiedene Fallkonstellationen denkbar. Hierzu das nachfolgende

Beispiel 5:

> *Der MELD-Score des Patienten **P** steigt aufgrund von Falschangaben gegenüber Eurotransplant von **36 auf 40.***
> *Mit dem MELD von 40 befindet sich P in dem **Match-Verfahren 1 auf dem Ranglistenplatz 1.** Ihm folgen auf den Ranglistenplätzen 2. - 5. die Patienten **A** (MELD **39**), **B** (MELD **38**), **C** (MELD **37** und **D** (MELD **36**).*
>
> *Wären hinsichtlich des Patienten P zutreffende Angaben gemacht worden, hätte der Patient P den 4. Ranglistenplatz eingenommen und die Patienten A, B und C die Ranglistenplätze 1 - 3. Der Patient D hätte den 5. Ranglistenplatz eingenommen. Dieser Patient hätte also auch dann, wenn bezüglich des Patienten P*

wahrheitsgemäße Angaben gemacht worden wären, hinter dem Patienten P gestanden.

Reihenfolge ohne Falschangaben			**Reihenfolge mit Falschangaben**	
Ranglistenplatz	**Patient und MELD-Score**		**Ranglistenplatz**	**Patient und MELD-Score**
1.	**A (39)**		**1.**	**P (40)**
2.	**B (38)**		**2.**	**A (39)**
3.	**C (37)**		**3.**	**B (38)**
4.	**P (36)**		**4.**	**C (37)**
5.	**D (35)**		**5.**	**D (35)**

Wenn der Patient **P,** der aufgrund der Falschangaben gegenüber Eurotransplant auf **Ranglistenplatz 1** steht, ein Organangebot erhält, sind zum Beispiel folgende **Fallkonstellationen** denkbar:

(1) Versterben eines Patienten, der die Spenderleber bei regulärem Verlauf erhalten und hiermit überlebt hätte

Wenn eine irrtumsbedingte Organzuteilung an P erfolgt, kann hierdurch der Tod eines der überholten Patienten A, B oder C (mit-)verursacht werden.

Konstellation 1:

Patient A *hätte bei regulärem Verlauf in dem* ***Match-Verfahren 1*** *das Organ zuerst angeboten bekommen und erhalten.*

Nachdem ***P*** *aufgrund der Falschangaben die Spenderleber in dem* ***Match-Verfahren 1*** *erhalten hat, stirbt A an den Folgen seiner Erkrankung, weil er nach dem Match-Verfahren 1 kein passendes Organangebot mehr erhielt.*

Die gleiche Konstellation ist denkbar für die Patienten B und C. Das heißt, wenn die Ärzte des Patienten A das diesem zuerst gemachte Organangebot abgelehnt hätten, hätten die Ärzte des Patienten B die Möglichkeit erhalten, das nachfolgende Organangebot für den Patienten B anzunehmen. Würde auch dieses Organangebot abgelehnt, erhielte der Patient C das Organangebot mit der Folge, dass dessen Ärzte das Angebot für ihn annehmen könnten. Hinsichtlich der Frage, ob die Falschangaben, die in Bezug auf den Patienten P gemacht wurden, sich für B oder C in diesem Matchverfahren (mit-)todesursächlich auswirkten, gelten die oben dargestellten Voraussetzungen.

(2) Versterben eines Patienten, der die Spenderleber bei regulärem Verlauf erhalten hätte und für den nach dieser Allokation aufgrund eingetretener Zeitnot bzw. Zustandsverschlechterung eine qualitativ schlechtere Leber akzeptiert wurde

Denkbar ist auch, dass der Patient, der bei regulärem Allokationsverlauf die Spenderleber erhalten hätte, zwar eine andere Leber erhält, an den Folgen der Transplantation aber verstirbt, weil das Organ etwa abgestoßen wird oder aufgrund schlechter Organqualität ein Leberversagen auftritt.

Konstellation 2:

> ***Patient A*** *hätte bei regulärem Verlauf in dem* ***Match-Verfahren I*** *die Spenderleber erhalten und mit dieser Spenderleber, die eine sehr gute Qualität hatte, überlebt.*
>
> *Nachdem der* ***Patient P*** *aufgrund der Falschangaben in dem Match-Verfahren* ***1*** *anstelle des* ***Patienten A*** *die Spenderleber erhalten hat, verschlechtert sich der Gesundheitszustand des Patienten* ***A****, weshalb er kurzfristig auf eine Spenderleber angewiesen ist. Seine Ärzte nehmen daher in dem* ***Match-Verfahren 3*** *für ihn eine Spenderleber an, die eine deutlich schlechtere Qualität hat, als die Spenderleber, die in dem* ***Match-Verfahren 1*** *verteilt wurde.* ***A stirbt*** *ein paar Wochen nach der Transplantation an Leberversagen. Mit der Leber aus dem* ***Match-Verfahren 1*** *hätte der* ***Patient A*** *länger gelebt, weil diese eine bessere Qualität hatte.*

Zur Verdeutlichung einer möglichen „Kettenreaktion“ ergänzend die Konstellationen 2 a) und 2 b):

Konstellation 2 a)

> *Hätte* ***Patient A****, wie es bei regulärem Verlauf der Fall gewesen wäre, in dem* ***Match-Verfahren 1*** *die Spenderleber erhalten, hätte der* ***Patient X*** *anstelle des* ***Patienten A*** *die Spenderleber aus dem* ***Match-Verfahren 3*** *erhalten.* ***Patient X*** *hätte im Gegensatz zu* ***Patient A*** *mit der qualitativ schlechteren Leber überlebt.*
>
> *Da* ***Patient X*** *nach dem* ***Match-Verfahren 3*** *kein passendes Organangebot erhält, verstirbt er.*
>
> *[zur „Kettenreaktion“ siehe unten unter bb)].*

Die Konstellation 2 a) zeigt, dass durch die regelwidrige Zuteilung der Spenderleber an den Patienten P in dem Match-Verfahren 1 der Tod von zwei Patienten (mit-) verursacht wurde.

Grundsätzlich ist theoretisch aber auch die genau umgekehrte Situation denkbar:

Konstellation 2 b)

> ***Patient A*** *hätte bei regulärem Verlauf in dem* ***Match-Verfahren 1*** *die Spenderleber zuerst angeboten bekommen und erhalten. Mit dieser Spenderleber hätte er jedoch, weil es zu einem Leberversagen gekommen wäre, nicht überlebt.*
>
> *Nachdem der* ***Patient P*** *aufgrund der Falschangaben in dem* ***Match-Verfahren 1*** *anstelle des* ***Patienten A*** *die Spenderleber erhalten hat, erhält der* ***Patient A*** *im* ***Match-Verfahren 3*** *eine Spenderleber, mit der der* ***Patient A*** *überlebt.*
>
> *Der* ***Patient P*** *hingegen hätte bei regulärem Verlauf in dem* ***Match-Verfahren 7*** *eine Spenderleber erhalten. Diese Spenderleber, die eine gute Qualität hat, erhält nunmehr der* ***Patient X*** *und überlebt hiermit.*
>
> *Bei regulärem Verlauf hätte der* ***Patient X*** *die Spenderleber aus dem Match-****Verfahren 7****, mit der er überlebt hätte, nicht erhalten (weil P diese bei regulärem Verlauf erhalten hätte), sondern die qualitativ deutlich schlechtere Spenderleber aus dem* ***Match-Verfahren 9.*** *Mit dieser Leber hätte der* ***Patient X*** *nicht überlebt.*

Die Konstellation 2 b) zeigt, dass durch die regelwidrige Zuteilung der Spenderleber an den Patienten P in dem **Match-Verfahren 1** der Tod der Patienten **A** und **X** verhindert wurde.

(3) Versterben eines Patienten, der die Spenderleber bei regulärem Verlauf erhalten hätte und anschließend nicht mehr transplantabel ist

Denkbar ist auch, dass der Patient, der bei regulärem Allokationsverlauf die Spenderleber erhalten hätte, zwar weitere Organangebote erhält, diese jedoch nicht mehr angenommen werden können, weil sich der Gesundheitszustand dieses Patienten so verschlechtert, dass er eine Transplantation nicht mehr überstehen würde.

Konstellation 3:

> *Patient* ***A*** *hätte bei regulärem Verlauf in dem* ***Match-Verfahren 1*** *die Spenderleber erhalten und überlebt.*
>
> *Nachdem der* ***Patient P*** *in dem* ***Match-Verfahren 1*** *die Spenderleber erhalten hat, verschlechtert sich der Gesundheitszustand des* ***A*** *so sehr, dass er nicht mehr transplantabel ist, bei ihm also keine Transplantation mehr durchgeführt werden kann. Im weiteren Verlauf stirbt* ***der Patient A****, weil sein Gesundheitszustand sich weiter verschlechtert hat.*

Zu dieser Konstellation ist anzumerken, dass es sich bei der Einschätzung, ob ein Patient transplantabel ist oder nicht, um eine Ermessensentscheidung des Transplantationsarztes handelt. So erscheint es denkbar, dass verschiedene Ärzte

hierzu unterschiedliche Auffassungen vertreten. Die Entscheidung des Arztes, in diesen Fällen ein Organangebot anzunehmen und trotz des kritischen Gesundheitszustandes zu versuchen, durch eine Transplantation das Leben des Patienten zu retten oder aber die Organannahme abzulehnen, weil die Rettungschancen zu gering erscheinen, kann wiederum, wie die dargestellten Beispiele und Fallkonstellationen zeigen, existenzielle Auswirkungen auf die übrigen Patienten haben, die ein Spenderorgan benötigen.

(4) Versterben eines Patienten, der die Spenderleber im beschleunigten Vermittlungsverfahren erhalten hätte

Nachfolgend wird beispielhaft davon ausgegangen, wie der Verlauf gewesen wäre, wenn für den **Patienten P**, der bei regulärem Verlauf (siehe **Beispiel 5**) auf dem vierten Ranglistenplatz gestanden hätte, keine Falschangaben gemacht worden wären.

Konstellation 4:

*Die Spenderleber wird im **Match-Verfahren 1** der Reihenfolge nach zunächst den **Patienten A**, **B** und **C** angeboten und die Organannahme von den Transplantationschirurgen dieser Patienten jeweils abgelehnt.*

*Ein elektives Organangebot an den **Patienten P**, der an vierter Stelle der Match-Liste steht, erfolgt nicht, da infolge des Zeitverlusts bzw. weil der der Spender kreislaufinstabil wurde, ein Organverlust droht und Eurotransplant deshalb in das beschleunigte Vermittlungsverfahren übergeht.*

*Der **Patient Z,** der einen MELD-Score von 20 hat, erhält im beschleunigten Vermittlungsverfahren die Spenderleber.*

***Patient P** hätte diese Spenderleber, wenn sie ihm angeboten worden wäre, angenommen.*

Abwandlung 1:

***Patient P** steht aufgrund von Falschangaben in dem **Match-Verfahren 1** auf dem **Ranglistenplatz 1** und erhält das Spenderorgan.*

*In der Folge stirbt der **Patient Z**, der diese Spenderleber bei regulärem Verlauf im beschleunigten Vermittlungsverfahren erhalten und hiermit überlebt hätte, an den Folgen der Lebererkrankung ohne zuvor ein weiteres geeignetes Organangebot erhalten zu haben.*

Abwandlung 2

Patient P nimmt, ohne dass für ihn Falschangaben gemacht wurden, an dem ***Match-Verfahren 1** teil und steht deshalb auf dem **Ranglistenplatz 4.***

*Nachdem das Organangebot für die **Patienten A**, **B** und **C** abgelehnt wurde, gehen die Ärzte, die für den Organspender zuständig sind, irrtümlich davon aus, dass der Spender kreislaufinstabil zu werden drohe und melden dies an Eurotransplant. Eurotransplant wechselt daraufhin vom Standardverfahren in das beschleunigte Vermittlungsverfahren. Statt des **Patienten P**, der das Organ erhalten hätte, wenn nicht in das beschleunigte Vermittlungsverfahren übergegangen worden wäre, erhält der **Patient Z** das Organ. **P** verstirbt, weil er nicht mehr rechtzeitig ein Organangebot erhält.*

Abwandlung 3

***Patient P** steht in dem **Match-Verfahren 1** aufgrund von Falschangaben auf dem **Ranglistenplatz 1**, erhält das Organ und überlebt.*

*Bei regulärem Verlauf wäre – wie bei der Abwandlung 2 – Eurotransplant zu früh in der das beschleunigte Vermittlungsverfahren übergegangen, mit der Folge, dass statt des Patienten P der **Patient Z** das Spenderorgan erhalten hätte. Nunmehr stirbt **Z**, weil er nicht mehr rechtzeitig ein Spenderorgan erhält.*

Bei dieser Konstellation hätte der Patient P, wenn er ohne Falschangaben an dem Match-Verfahren 1 teilgenommen hätte, auf dem 4. Ranglistenplatz gestanden. Nach Ablehnung der Organangebote für die Patienten A, B und C hätte er das Spenderorgan im Standardverfahren regulär erhalten, wenn nicht zu früh in das beschleunigte Vermittlungsverfahren übergegangen worden wäre. Dadurch, dass P aber mit falschen Werten am Match-Verfahren teilnahm, ist wiederum der Zustand eingetreten – die Zuteilung des Organs an P -, der auch bei Teilnahme mit korrekten Angaben und unterbliebenem verfrühten Übergang in das beschleunigte Vermittlungsverfahren eingetreten wäre.

Die **Konstellation 4** mit den dargestellten Abwandlungen zeigt eine weitere Möglichkeit der „Einflussnahme“ auf die Organallokation, die abhängig ist von Einzelfallentscheidungen. Von der Entscheidung, ab welchem Zeitpunkt in das beschleunigte Vermittlungsverfahren übergegangen wird, kann der Ausgang eines Match-Verfahrens abhängig sein, der wiederum großen Einfluss auf den Ausgang nachfolgender Match-Verfahren haben kann. Bei der Frage, wie lange zugewartet werden soll, bevor in das beschleunigte Vermittlungsverfahren übergegangen wird, bestand – jedenfalls zu den verfahrensgegenständlichen Zeiten – ebenso wie bei der Frage, ob ein Patient noch transplantabel ist, ein gewisser Ermessenspielraum. Wie bereits dargelegt, wurden zwischenzeitlich die Regelungen für die Rettungsallokation von Spenderlebern geändert. Eine Leber-Rettungsallokation wird seit Juli 2012 nunmehr erst dann eingeleitet, wenn eine Leber eine Stunde vor dem geplanten

Explantationszeitpunkt noch nicht alloziert wurde. Wer im Fall der **Abwandlung 1** Tötungsunrecht zum Nachteil des *Patienten Z* annimmt, müsste dies im Fall der **Abwandlung 2** zum Nachteil des *Patienten P* konsequenterweise ebenfalls tun.

(5) Keine Auswirkung der Falschangaben auf andere Patienten

Wenn bei regulärem Ablauf des Verteilungsverfahrens das Organangebot für die **Patienten A, B und C** abgelehnt worden wäre und P anschließend der Reihenfolge entsprechend das Organangebot erhalten hätte, hätte sich die durch Falschangaben bewirkte Änderung der Reihenfolge auf der Match-Liste nicht negativ auf andere Patienten ausgewirkt, weil der Patient P das Organ in beiden Fällen erhalten hätte.

(6) Keine Annahme der Spenderleber durch einen anderen Patienten

Beispiel 6:

> *Der MELD-Score des Patienten **P** steigt aufgrund von Falschangaben gegenüber Eurotransplant von **30 auf 40.***
>
> *Mit dem MELD von 40 befindet sich P in dem **Match-Verfahren 1 auf dem Ranglistenplatz 1.***
>
> *Ohne Falschangaben hätte er sich auf dem Ranglistenplatz 15 befunden.*
>
> *Bei regulärem Verlauf wäre das Organangebot für die ranglistenersten Patienten abgelehnt und sodann in das beschleunigte Vermittlungsverfahren übergegangen. Auch hier wäre für keinen anderen Patienten das Angebot angenommen worden.*

(7) Überleben des Patienten, der die Spenderleber bei regulärem Verlauferhalten hätte

Schließlich besteht die Möglichkeit, dass derjenige Patient, der das Organ bei regulärem Verlauf des **Match-Verfahrens 1** erhalten hätte, in einem der nachfolgenden Match-Verfahren eine andere Spenderleber erhält und hiermit überlebt. In diesem Fall hätte sich die durch Falschangaben bewirkte Zuteilung der Spenderleber an den Patienten, der mit unzutreffenden Angaben an dem Match-Verfahren teilnahm bzw. das Unterlassen der Zuteilung der Spenderleber in dem Match-Verfahren 1 an den Patienten, der das Organ bei regulärem Verlauf hätte, nicht todesursächlich ausgewirkt.

bb) Auswirkungen einer durch Falschangaben bewirkten Zuteilung einer Spenderleber auf andere Match-Verfahren

Wenn ein Patient, der in einem Match-Verfahren die Spenderleber nur deshalb nicht erhielt, weil ein anderer Patient das Organ aufgrund von Falschangaben erhalten hatte, in einem anderen Match-Verfahren ein Organ erhält, könnte dies wiederum bewirken, dass ein anderer Patient verstirbt. Das bedeutet, dass eine Art „Kettenreaktion“ eintreten kann. Hierzu das nachfolgende

Beispiel 7:

Match-Verfahren 1

*Ausgangspunkt **des Match-Verfahrens 1** ist wiederum die Konstellation, wie sie in dem Beispielsfall 5 war. Im **Match-Verfahren** 1 hätte der **Patient P ohne Falschangaben** den **4. Ranglistenplatz** eingenommen, **mit Falschangaben** befindet er sich auf dem **1. Ranglistenplatz**.*

Reihenfolge ohne Falschangaben **Reihenfolge mit Falschangaben**

Ranglistenplatz	Patient und MELD-Score		Ranglistenplatz	Patient und MELD-Score
1.	A (39)		1.	P (40)
2.	B (38)		2.	A (39)
3.	C (37)		3.	B (38)
4.	P (36)		4.	C (37)
5.	D (35)		5.	D (35)

*Die Ärzte des **Patienten P** nehmen das Organangebot für diesen an. Wenn dies nicht der Fall gewesen wäre, hätten die Ärzte des **Patienten A** das Organangebot für diesen angenommen und der Patient A hätte mit dieser Leber überlebt.*

Match-Verfahren 2

*Nach diesem Match-Verfahren folgt das **Match-Verfahren 2**., in dem sich nunmehr folgende Reihenfolge ergibt.*

Ranglistenplatz	Patient und MELD-Score
1.	A (39)
2.	B (38)
3.	C (37)
4.	D (35)

Bei den einzelnen Match-Verfahren ist zunächst zu berücksichtigen, dass das gesamte Verteilungsverfahren hochdynamisch ist. Insbesondere kann der Ranglistenplatz eines Patienten, den er auf einer bestimmten Match-Liste einnehmen

wird, nicht vorhergesehen werden, weil der Ranglistenplatz von zahlreichen Einflüssen abhängig ist. Wenn also der **Patient A**, der bei regulärem Verlauf in dem **Match-Verfahren 1** auf dem **Ranglistenplatz 1** gestanden hätte und sodann, nachdem er von dem **Patienten P** überholt worden war, auf dem **Ranglistenplatz 2 stände**, bedeutet dies nicht, dass er auch in den nachfolgenden Match-Verfahren auf dem ersten Ranglistenplatz steht.
Es ist auch keineswegs wahrscheinlich, dass die Patienten A, B, C und D an den nachfolgenden Match-Verfahren immer gemeinsam teilnehmen und darüber hinaus zwischen ihnen immer dieselbe Reihenfolge gegeben ist. In den Beispielsfällen ist indes aus Gründen der Vereinfachung davon ausgegangen worden, dass sich die Reihenfolge der Patienten A, B, C und D untereinander nicht verändert und diese (abgesehen von dem Patienten P) auch nicht durch andere Patienten überholt wurden.

Wenn der **Patient A**, der die Spenderleber **im Match-Verfahren 1 nicht erhielt**, weil diese aufgrund der gemachten Falschangaben dem **Patienten P** zugeteilt wurde, nunmehr **im Match-Verfahren 2** eine Spenderleber erhält, können unter anderem wiederum die Fallkonstellationen auftreten, wie sie oben unter aa) (1) – (7) dargestellt wurden.

Sollte die Konstellation eintreten, dass der **Patient B** bei regulärem Verlauf im **Match-Verfahren 2** die die für den Patienten A nicht angenommene Spenderleber erhalten hätte und der **Patient B** sodann im **Match-Verfahren 3** ein Organ erhielte, mit dem er überleben würde, könnten in diesem Match-Verfahren wiederum unter anderem die oben unter aa) (1) – (7) genannten Folgen eintreten.

Es ist somit denkbar, dass sich die Zuteilung einer Spenderleber an einen „manipulierten Patienten“ bzw. das Unterlassen der Zuteilung an den Patienten, der das Organ bei regulärem Verlauf erhalten hätte, in den nachfolgenden Match-Verfahren nicht dahingehend auswirkt, dass ein Patient infolge der Fehlallokation stirbt. Genauso gut ist es aber auch möglich, dass bereits der Patient, der die Spenderleber bei regulärem Allokationsverlauf in dem ersten Match-Verfahren erhalten hätte, verstirbt, weil der „manipulierte Patient“ die Spenderleber erhält.

Insgesamt ergeben sich im dem Beispielsfall 7 folgende Konstellation:

Matchverfahren	Patienten, die das Organ ohne Falschangaben in Bezug auf den Patienten P erhalten hätten	Patienten die das Organ tatsächlich erhalten haben
1.	**A**	**P**
2.	**B**	**A**
3.	**C**	**B**

Theoretisch ist auch die Fallvariante denkbar, dass der **Patient P**, der aufgrund der Falschangaben die Spenderleber im **Match-Verfahren 1** erhielt, ohne die Falschangaben die Spenderleber aus dem **Match-Verfahren 2** erhalten hätte, die nunmehr der **Patient A** erhalten hat. In diesem Fall hätte die Fehlallokation sich auf die **übrigen Patienten**, die an den **Match-Verfahren** 1 und 2 teilgenommen haben, nicht ausgewirkt. Darüber hinaus lägen auch **keine Auswirkungen** auf weitere Match-Verfahren vor. Hierzu nachfolgendes

Beispiel 8:

Match-Verfahren 1			**Match-Verfahren 2**	
1.	**P (MELD 40 statt 38)**		**1.**	**A (MELD 39)**
2.	**A (MELD 39)**		**2.**	**B (MELD 37)**
3.	**B (MELD 37)**		**3.**	**C (MELD 36)**
4.	**C (MELD 36)**		**4.**	**D (MELD 35)**
5	**D (MELD 35)**		**5.**	**E (MELD 34)**

*In dem **Match-Verfahren 1** erhält der **Patient P** die Spenderleber und in dem **Match-Verfahren 2** der **Patient A**,*

*Wären für den **Patienten P** gegenüber Eurotransplant zutreffende Angaben gemacht worden, hätte im **Match-Verfahren 1** der **Patient A** das Organ erhalten.*

*Dies hätte zur Folge gehabt, dass der **Patient A** an dem **Match-Verfahren 2** nicht teilgenommen hätte.*

*Wenn der **Patient P** bei regulärem Verlauf an dem **Match-Verfahren 2** mit einem MELD-Score von 38 teilgenommen hätte, hätte er in diesem die Spenderleber erhalten.*

In diesem Fall wären weder im **Match-Verfahren 1** noch im **Match-Verfahren 2** andere Patienten benachteiligt worden. Im **Match-Verfahren 1** hätte keine

Benachteiligung vorgelegen, weil bei regulärem Verlauf **Patient A** statt des **Patienten P** die Spenderleber erhalten hätte. Gleiches gilt für das **Match-Verfahren 2**, in dem bei regulärem Verlauf statt des **Patienten A** der **Patient P** die Spenderleber erhalten hätte.

cc) Auswirkungen des Angebots einer Spenderleber an einen „manipulierten Patienten“, welches sodann abgelehnt wird

Ein solcher Umstand kann zwar für die Organzuteilung – abgesehen von einer eingetretenen Zeitverzögerung bei der Organzuteilung – im Ergebnis folgenlos bleiben. Theoretisch besteht aber auch die Möglichkeit, dass es auch hier zu einer Beeinflussung der Allokation (einschließlich „Kettenreaktionen“) kommen kann.

Beispiel 9:

*Der **Patient P** steht aufgrund von Falschangaben mit einem MELD-Score von 40 auf **Platz 1** des Match-Verfahrens **1**. Ihm folgen die **Patienten A**, **B** und **C** und **D** auf den **Ranglistenplätzen zwei** bis **fünf**. Ohne Falschangaben hätte der **Patient P** auf dem Ranglistenplatz hinter dem **Patienten C** und vor dem **Patienten D** gestanden.*

Die Ärzte des Patienten P erhalten in dem Match-Verfahren 1 ein Organangebot, das sie nach Prüfung ablehnen.

Ranglistenplatz ohne Falschangabe	Patient		Ranglistenplatz nach Falschangabe	Patient und MELD-Score
1.	**A**		**1.**	**P**
2.	**B**		**2.**	**A**
3.	**C**		**3.**	**B**
4.	**P**		**4.**	**C**
5.	**D**		**5.**	**D**

(1) Keine nennenswerten Auswirkungen auf den Match-Verlauf

Denkbar ist, dass der durch die Manipulation verursachte keine Auswirkungen auf die Organzuteilung hat.

Konstellation 1

*Wenn für den Patienten P keine Falschangaben gemacht worden wären, hätte der **Patient C**, nachdem die **Patienten A** und **B** das Organangebot jeweils abgelehnt hatten, die Spenderleber erhalten. Der Patient C erhält das Organangebot aber auch*

trotz des Zeitverlustes, der dadurch entstand, dass zusätzlich auch der Patient P das Organangebot bekam.

(2) Vorzeitiger Übergang in das beschleunigte Vermittlungsverfahren

Zu berücksichtigen ist hierbei, dass bei dem Angebot einer Spenderleber in der Regel eine Entscheidungsfrist von 30 Minuten besteht, wobei zeitgleich mit dem Erstangebot ein Zweitangebot abgegeben wird, um Zeit einzusparen. Zu den verfahrensgegenständlichen Zeiten konnte Eurotransplant beispielweise bei Ablehnung des Organangebots durch mindestens drei Zentren und eingetretener Kreislaufinstabilität des Spenders bzw. drohendem Organverlust in das beschleunigte Vermittlungsverfahren übergehen. Insoweit sind wiederum verschiedene Fallkonstellationen denkbar, die entweder nur Auswirkungen auf das konkrete oder aber im Sinne einer „Kettenreaktion“ auch Auswirkungen auf nachfolgende Matchverfahren haben können.

(a) Versterben eines Patienten, der die Spenderleber bei regulärem Verlauf im Standardverfahren erhalten hätte

Konstellation 2:

*Die Ärzte des **Patienten P,** der aufgrund der Falschangaben in **dem Match-Verfahren 1** auf dem **Ranglistenplatz 1** steht**,** erhalten für den **Patienten P** das **Erstangebot**. Sie lehnen das Angebot mangels ausreichender Organqualität für diesen ab.*

*Nachdem auch die Ärzte der **Patienten A** und **B** das Organangebot abgelehnt haben, wird nunmehr ins beschleunigte Vermittlungsverfahren übergegangen, weil bereits drei Zentren das Organangebot abgelehnt haben und außerdem infolge des Zeitverlustes und einer eingetretenen Spenderinstabilität ein Organverlust droht.*

*Die zeitliche Verzögerung, die durch das **Organangebot an P** entstanden ist, hat zur Folge, dass dem **Patienten C** kein Organangebot mehr gemacht und sofort ins beschleunigte Vermittlungsverfahren übergegangen wird.*

*In dem beschleunigten Vermittlungsverfahren erhält der **Patient Z** die Spenderleber.*

*Der **Patient C**, der ohne die Veränderung der Reihenfolge auf der Matchliste als dritter Patient das Organangebot in dem **Match-Verfahren 1** erhalten hätte und für den das Organ von seinen Ärzten angenommen worden wäre, hätte mit diesem Organ überlebt. Nachdem der **Patient C** die Spenderleber in dem **Match-Verfahren 1** nicht erhalten hat, verstirbt er an den Folgen seiner Lebererkrankung ohne weitere Organangebote erhalten zu haben.*

Diese Konstellation ist keineswegs abwegig. **Rechtsanwältin A.**, die im **Auftrag der Stiftung Eurotransplant** tätig ist und im vorliegenden Verfahren im Auftrag der Stiftung Eurotransplant Auskünfte erteilt hat, hat mit **Schreiben vom 14. Juni 2014** mitgeteilt, in dem Zeitraum von **Oktober 2008 bis Oktober 2011** seien in Deutschland **2.219** Lebern im **Standardallokationsverfahren** und **1.187,** also knapp **35 %** der Spenderlebern im beschleunigten Vermittlungsverfahren vergeben worden. Hierbei sei es nicht die Regel gewesen, dass bereits nach der Ablehnung von drei Zentren in das beschleunigte Verfahren übergangen worden sei. Durchschnittlich sei für 7,4 Patienten die Annahme einer Spenderleber abgelehnt worden, bevor in das beschleunigte Vermittlungsverfahren übergegangen worden sei. Der Median betrage 6 Patienten.

Es ist daher eine realistische Möglichkeit, dass aufgrund des Zeitverlustes, der dadurch entsteht, dass das Organangebot an den „manipulierten Patienten“ zunächst geprüft wird, bereits in das beschleunigte Vermittlungsverfahren übergegangen wird, bevor dem Patienten, der das Organ bei regulärem Allokationsverlauf im Standardverfahren erhalten hätte, ein Organangebot gemacht wird.

(b) Keine Auswirkung durch den vorzeitigen Übergang in das beschleunigte Vermittlungsverfahren

Konstellation 3:

> *Die Ärzte des Patienten C hätten das Organ, auch wenn es diesem im Match-Verfahren 1 angeboten worden wäre, nicht angenommen. In diesem Fall wäre nach Organablehnung für den Patienten C in das beschleunigte Vermittlungsverfahren übergegangen worden. Auch in diesem Fall hätte der Patient Z die Spenderleber erhalten.*

In diesem Fall hätte sich das durch Falschangaben bewirkte Organangebot an P für weder für den Patienten C noch für den Patienten Z ausgewirkt.

(c) Auswirkungen auf nachfolgende Match-Verfahren

Konstellation 4:

> *Wenn nicht vorzeitig in das beschleunigte Vermittlungsverfahren übergegangen worden wäre, in dem der **Patient Z** das Organangebot erhielt (siehe oben **Beispiel 9**) hätte der **Patient C** die Spenderleber im **Match-Verfahren 1** noch im Standardverfahren angeboten bekommen und erhalten.*
>
> *Der **Patient C** erhält daraufhin in dem **Match-Verfahren 4** eine Spenderleber, mit der er ebenfalls überlebt.*

In Bezug auf das Match-Verfahren 4. und nachfolgende Match-Verfahren könnten wiederum unter anderem die gleichen Folgen eintreten, wie oben unter aa) (1) – (7) dargestellt.

dd) Zwischenergebnis

Die dargestellten Fallbeispiele zeigen deutlich, dass Falschangaben in Bezug auf Patientendaten zum einen ohne Auswirkung auf andere Patienten bleiben können, zum anderen aber auch die Möglichkeit besteht, dass eine Art „Kettenreaktion“ ausgelöst wird, die sich auf viele Match-Verfahren und damit auf viele Patienten auswirken kann und diese Auswirkungen keineswegs abwegig sind.
Darüber hinaus wird aufgrund der dargestellten Beispiele deutlich, dass die Manipulation von Patientendaten bzw. die Weitergabe unzutreffender Daten an Eurotransplant nicht nur Auswirkungen auf andere Match-Verfahren haben kann, wenn der Patient, dem aufgrund der Falschangaben ein Spenderorgan angeboten wird, dieses auch annimmt, sondern auch dann, wenn er das angebotene Organ ablehnt. Schließlich zeigen diese Beispiele auch, dass bei jedem einzelnen Machverfahren viele Einflussmöglichkeiten bestehen, die es unmöglich machen, vorherzusehen, welchen Verlauf ein Match haben wird. Auch die Auswirkungen der Organzusteilung an einen bestimmten Patienten auf nachfolgende Matchverfahren sind in keiner Weise vorhersehbar.

b) Patient W.S. (Ziffer 1. der Anklage)

Der Angeklagte war von dem ihm in der Anklageschrift vom 29. Mai 2013 zur Last gelegten Vorwurf, er habe dadurch einen versuchten Totschlag begangen, dass er in der Absicht, dem Patienten S. ein Organ zu verschaffen, den Zeugen W. am Morgen des 4. Mai 2010 gegenüber Eurotransplant zu der falschen Mitteilung veranlasste, in der Woche vor dem letzten Kreatinintest habe bei dem Patienten zweimal eine Nierenersatztherapie bzw. Dialyse stattgefunden, aus tatsächlichen Gründen freizusprechen.

Über diesen im Anklagesatz explizit erhobenen Vorwurf hinaus hat die Kammer im Rahmen ihrer umfassenden Kognitionspflicht weiter geprüft, ob der Angeklagte Falschangaben bei der Beantragung eines exceptionalMELD im Hinblick auf das Vorliegen eines HCC veranlasste bzw. den Patienten S. auf die Warteliste nahm, obwohl er Kenntnis von dem Umstand gehabt haben könnte, dass das HCC außerhalb der Mailand-Kriterien lag und den Patienten schließlich auch nicht von der Warteliste genommen bzw. sodann operiert haben könnte, obwohl er diesen Umstand (HCC außerhalb der Mailand-Kriterien) spätestens während der Transplantation erkannt haben könnte. Schließlich hat die Kammer auch geprüft, ob der Angeklagte eine Manipulation der dem Patienten S. am 4. Mai 2010 entnommenen Blutprobe veranlasst haben könnte. Der Angeklagte war indes auch insoweit aus tatsächlichen Gründen freizusprechen.

aa) Feststellungen

(1) Zusammenfassung des wesentlichen Ergebnisses der Beweisaufnahme

Der Patient **W.S.** litt unter einer alkoholinduzierten Leberzirrhose. Am 5. Mai 2010 wurde ihm durch den Angeklagten eine Spenderleber transplantiert. Die Lebertransplantation, die im Hinblick auf den lebensbedrohlichen Zustand des Patienten dringlich war, wurde zu Heilzwecken und nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt. Die Operation entsprach, was dem Angeklagten bewusst war, dem (mutmaßlichen) Willen des Patienten.

Bei dem Patienten S. hatte sich im Verlauf der Leberzirrhose ein hepatozelluläres Karzinom (HCC) entwickelt, das zum Zeitpunkt der Lebertransplantation bereits außerhalb der sogenannten Mailand-Kriterien lag. Bei der Beantragung der Zuteilung eines exceptionalMELD wegen des Vorliegens des HCC wurden gegenüber Eurotransplant unzutreffende Angaben zu den Untersuchungen, durch die nach den Richtlinien von Eurotransplant die Diagnose des HCC abgesichert werden soll, gemacht. Dem Angeklagten, dem dies bekannt war, konnte jedoch weder nachgewiesen werden, dass er davon ausging, dass bei dem Patienten S. kein HCC vorlag, noch, dass er billigend in Kauf nahm, dass das HCC außerhalb der Mailand-Kriterien lag.

Zum Zeitpunkt der Organzuteilung war für den Patienten S. durch Eurotransplant ein unzutreffender labMELD von 40 zugrunde gelegt worden. Diesen MELD-Score hatte der Patient nur deshalb erreicht, weil der Transplantations-Koordinator W. am 4. Mai 2010 gegenüber Eurotransplant angegeben hatte, bei dem Patienten sei innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test vom 4. Mai 2010 zweimal eine Nierenersatztherapie durchgeführt worden. Tatsächlich hatte der Patient S. jedoch keine Nierenersatztherapie erhalten.

Es konnte jedoch weder festgestellt werden, ob dem Transplantations-Koordinator W. bekannt war, dass bei dem Patienten S. in dem genannten Zeitraum keine Nierenersatztherapie stattgefunden hatte, noch, von welcher Person er diese unzutreffende Information erhielt. Insbesondere konnte nicht mit der erforderlichen Sicherheit festgestellt werden, dass der Zeuge W. von dem Angeklagten veranlasst wurde, gegenüber Eurotransplant falsche Dialyseangaben zu machen. Mit dem MELD-Score von 40 stand der Patient S. in dem Match-Verfahren mit der Nummer 187376, das schließlich zur Organzuteilung führte, auf dem 4. Ranglistenplatz. Wenn hinsichtlich des Patienten S. zutreffende Angaben gemacht worden wären, hätte er an diesem Match-Verfahren mit einem MELD-Score von 36 teilgenommen und bestenfalls den 6. Ranglistenplatz eingenommen.

Es konnte ebenfalls nicht festgestellt werden, dass der Angeklagte vor der Transplantation Kenntnis davon hatte, dass gegenüber Eurotransplant unzutreffende Angaben über die Durchführung einer Nierenersatztherapie gemacht worden waren und hierdurch der MELD-Score des Patienten S. erhöht worden war. Ferner konnte nicht festgestellt werden, dass diesem Patienten, wären hinsichtlich der Nierenersatztherapie wahrheitsgemäße Angaben gemacht worden, die Spenderleber in diesem Match-Verfahren nicht zugeteilt worden wäre.

Im Einzelnen hat die Kammer folgende Feststellungen getroffen:

(2) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der Transplantation

(a) Krankheitsverlauf bis zur Behandlung in der UMG

Der am (...) geborene Patient S. erfuhr etwa im Jahr 2005/2006, dass bei ihm eine **Leberzirrhose** bestand. Zu dieser Zeit traten bei ihm geschwollene Füße auf.

Weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen nahm er subjektiv nicht wahr. In den nachfolgenden Jahren verschlechterte sich sein Gesundheitszustand erheblich. Er litt unter anderem unter Aszites, Bluterbrechen, oberen gastrointestinalen Blutungen sowie hepatischen Enzephalopathien.

Aufgrund seiner gesundheitlichen Probleme befand er sich mehrfach in stationärer Behandlung in den Kliniken H.u.O. GmbH. Die letzte stationäre Behandlung erfolgte in der Zeit vom 9. Mai 2010 bis 5. Juni 2010. Anlässlich dieses letzten stationären Aufenthalts rieten die behandelnden Ärzte dem Patienten S., sich in der Transplantations-Ambulanz der UMG vorzustellen und sich in die Warteliste für eine Lebertransplantation aufnehmen zu lassen.

(b) Behandlung in der UMG bis zur Lebertransplantation

(aa) Verlauf bis zur Aufnahme in die Warteliste

Der Patient begab sich daraufhin auf Anraten seiner Ärzte in die Behandlung der UMG. Zunächst wurde er im Zentrum Innere Medizin, medizinische Klinik und Poliklinik, Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie aufgenommen. Dort wurde er in der Zeit vom 11. Juni 2009 bis zum 22. Juni 2009 auf der Station 4021 stationär behandelt und eine Evaluation für eine Lebertransplantation durchgeführt.
Im Rahmen dieser Evaluation erfolgten mehrere Untersuchungen, darunter eine Computertomographie (CT) des Abdomens, eine Abdomensonographie sowie Blutuntersuchungen. Die am 12. Juni 2009 vorgenommene Computertomographie und die am selben Tag durchgeführte Abdomensonographie ergaben einen Verdacht auf das Vorliegen eines HCC. Bei der am 16. Juni 2009 erfolgten Blutuntersuchung betrug das Serum-Alpha-Fetoprotein, bei dem es sich um einen Tumormarker handelt, der bei Vorliegen eines HCC erhöht sein kann, 9 µg/l und war damit bei Zugrundelegung eines Normalwertes von ≤ 7µg/dl leicht erhöht. Daraufhin wurde bei dem Patienten S. eine Leberpunktion durchgeführt. Bei der histopathologischen Untersuchung der hierdurch gewonnenen Stanzbiopsie wurde jedoch kein HCC festgestellt.

Am 16. Juli 2009 erfolgte ein Konsil durch einen Psychiater. Dieser kam zu dem Ergebnis, dass der Patient S. wach und bewusstseinsklar sei, keine formalen

oder inhaltlichen Denkstörungen, kein psychotisches Erleben, keine Ängste, keine Zwänge, keine Depressivität und keine Eigen- oder Fremdgefährdung aufweise.

Noch während seines stationären Aufenthalts unterschrieb der Patient S., der mit der ihm von den behandelnden Ärzten empfohlenen Aufnahme in die Warteliste für eine Lebertransplantation und der Durchführung einer Lebertransplantation einverstanden war, am 17. Juni 2009 ein Einwilligungsformular.

(bb) Aufnahme in die Warteliste und Registrierung bei Eurotransplant

Ab dem 23. Juni 2009 war der Patient S. in die Warteliste aufgenommen und bei Eurotransplant unter der ET-Nr. X registriert. Es konnte zwar nicht verlässlich festgestellt werden, ob und gegebenenfalls ab welchem Zeitpunkt der Patient S. alkoholabstinent lebte. Dafür, dass der Patient S. vor Aufnahme in die Warteliste nicht für mindestens sechs Monate völlige Alkoholabstinenz eingehalten hatte, haben sich keine belastbaren Anhaltspunkte ergeben.

(cc) Verlauf nach Aufnahme die Warteliste

(aaa) Krankheitsverlauf

In der Folgezeit wurde der Patient S., dessen Leberfunktion sich zunehmend verschlechterte, mehrfach in der UMG in der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie auf den Stationen 4021 und 4022, aber auch auf der Medizinischen Intensivstation 1026 der Abteilung Kardiologie und Pneumologie und der IMC (Intermediate Care) Station 1021 der Abteilung Nephrologie und Rheumatologie behandelt. Es kam im weiteren Verlauf vermehrt zu Komplikationen mit hepatischen Enzephalopathien, hepatischem Koma, Blutungen aus dem oberen Verdauungstrakt durch ein gutartiges Geschwür im Bereich der Kardia des Magens sowie Blutungen, die bis zum hypovolämischen Schock im oberen Verdauungstrakt führten. Darüber hinaus trat eine weitere Dekompensation der Leberzirrhose mit Aszites auf.
Die letzte stationäre Behandlung vor der Lebertransplantation erfolgte in der Zeit vom 28. April 2010 bis zum 5. Mai 2010 – dem Tag der Transplantation – auf der internistisch-nephrologischen Intensivstation 1022. Der gesundheitliche Zustand des

Patienten S. hatte sich derart verschlechtert, dass eine künstliche Beatmung durchgeführt werden musste. Hierunter kam es zu einer beatmungsassoziierten Lungenentzündung mit Pneumonie und einer Sepsis. Darüber hinaus entwickelte sich ein akutes Nierenversagen. Der Zustand des Patienten S., der selbst nicht mehr in der Lage war, Entscheidungen zu treffen, war zu diesem Zeitpunkt lebensbedrohlich.

(bbb) Verstoß gegen BÄK-Richtlinie in Bezug auf das Vorliegen des HCC und Falschangaben gegenüber Eurotransplant

Am 12. Januar 2010 wurde bei dem Patienten S. ein gegenüber dem Vorwert von 9 µg/dl, der am 16. Juni 2009 gemessen worden war, erhöhter Serum-Alpha-Fetoprotein-Wert von 39 µg/l gemessen. Dieser Wert stieg sodann bis zum 24. Februar 2010 auf 111 µg/l an.

Am 3. März 2010 stellte die Mitarbeiterin des Transplantations-Koordinationsbüros E.S. gegenüber Eurotransplant den Antrag, dem Patienten S. aufgrund des Vorliegens eines hepatozellulären Karzinoms (HCC) einen exceptional MELD zu bewilligen. In dem Antrag, der durch Ausfüllen eines Online-Formulars, das sich im ENIS-System befindet, an Eurotransplant übermittelt wurde, gab die Mitarbeiterin S. durch Auswählen bzw. Anklicken entsprechender vorgegebener Felder an, dass bei dem Patienten S. ein hepatozelluläres Karzinom vorliege. Des Weiteren gab die Zeugin S. durch Anwählen einer bereits vorgegebenen Antwort an, die Diagnose des initialen HCC sei gestellt worden durch zwei positive Ergebnisse mit Hypervaskularisation in bildgebenden Verfahren (Spiral-CT, MRT, Angiografie), wobei zwei unterschiedliche Verfahren zur Anwendung gekommen seien. Diese Angabe war jedoch nicht zutreffend. Bei dem Patienten S. waren lediglich ein CT sowie Ultraschalluntersuchungen durchgeführt worden.

Die Zeugin S. wählte des Weiteren die vorgegebene Antwort aus, dass der Empfänger, also der Patient S., einen Tumor habe, dessen Durchmesser => 2 und < 5 cm sei und weder extrahepatische Metastasen noch eine makrovaskuläre Invasion vorlägen. Anhand dieser Angaben wurde durch die Zeugin S. bestätigt, dass die sogenannten Mailand-Kriterien zum Zeitpunkt der Antragstellung vorgelegen hätten. Ob diese Angaben zutreffend waren, ließ sich rückwirkend nicht mehr feststellen, da

die Untersuchungen, mit denen die Anzahl und die Größe der Tumore feststellbar gewesen wären, nicht durchgeführt worden waren.

Zum Zeitpunkt der Transplantation hatte der Patient S. multifokale, mindestens 3 bis 3,5 cm große hepatozelluläre Karzinome in den Leber-Segmenten II, IV und VII. Dies bedeutet, dass die sogenannten Mailand-Kriterien nicht mehr erfüllt waren, da der Patient S. mehrere Tumore aufwies, von denen mindestens einer 3,5 cm groß war.

Dem Patienten wurde von Eurotransplant aufgrund des Antrags am 3. März 2010 eine „standard exception“ (Standardausnahme) gewährt und ihm ein exceptionalMELD von (aufgerundet) 22 zugewiesen.

Dem Angeklagten war bekannt, dass dem Patienten S. aufgrund des Vorliegens des HCC von Eurotransplant antragsgemäß ein exceptionalMELD in Höhe von 22 zugewiesen worden war. Darüber hinaus war ihm auch bekannt, dass die für die Antragstellung erforderlichen Untersuchungen bei diesem Patienten nicht durchgeführt worden waren. Es konnte indes nicht mit ausreichender Sicherheit festgestellt werden, dass der Angeklagte derjenige war, der die Zeugin S. veranlasste, die Gewährung einer „standard exception“ (Standardausnahme) zu beantragen und die dargelegten unzutreffenden Angaben in Bezug auf das HCC gegenüber Eurotransplant zu machen. Darüber hinaus war weder mit ausreichender Sicherheit feststellbar, dass der Angeklagte davon ausging bzw. mindestens billigend in Kauf nahm, dass bei dem Patienten S. kein HCC vorliege noch, dass dem Angeklagten bekannt war, dass das HCC spätestens zum Zeitpunkt der Transplantation außerhalb der Mailand-Kriterien lag. Schließlich war ebenfalls nicht feststellbar, dass die Beantragung des exceptionalMELD das Ziel hatte, schneller ein Spenderorgan für den Patienten S. zu erlangen und hierdurch andere Patienten zu benachteiligen.

(ccc) MELD-Verlauf des Patienten S.

In der Zeit vom 23. Juni 2009 bis 9. April 2010 hatte der Patient S. seit seiner Registrierung bei Eurotransplant folgende MELD-Werte:

Datum	**labMELD**	**exceptionalMELD**
23.06.2009	23	
10.07.2009	23	
31.07.2009	23	

27.08.2009	17
24.09.2009	16
04.11.2009	15
07.12.2009	17
14.12.2009	18
13.01.2010	18
24.02.2010	15
03.03.2010	22
15.03.2010	16
24.03.2010	17
01.04.2010	17
09.04.2010	19

(ddd) An Eurotransplant übermittelte Daten

Im Jahr 2010 wurden für den Patienten S. folgende Blutwerte an Eurotransplant gemeldet:

Eintragungsdatum	P-Kreatinin (mg/dl)	P-Bilirubin, ges. (mg/dl)	INR
13.01.2010	0,78	5,70	1,50
24.02.2010	0,88	4,90	1,30
15.03.2010	0,91	5,40	1,30
24.03.2010	0,81	6,70	1,40
01.04.2010	1,09	6,50	1,30
09.04.2010	1,13	8,70	1,30

Die Frage, ob zweimal innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test eine Nierenersatztherapie stattfand, wurde in diesen Fällen jeweils verneint.

(eee) Letzte Aktualisierung des MELD-Scores vor der Transplantation

Am 4. Mai 2010 aktualisierte der Transplantationskoordinator W. die Werte des Patienten S. gegenüber Eurotransplant und machte im ENIS-System gegen 11:35 Uhr folgende Angaben:

Probendatum:	*„„04-05-2010“*
Kreatinin:	*„2,59“* mg/dl
Bilirubin:	*„19,90“* mg/dl
INR:	*„2,30“*
Nierenersatztherapie	
2x pro Woche	*„Yes“* (= Ja)
Mars Therapie	*„No“ (= Nein)“*

Die Angabe, dass bei dem Patienten S. zweimal eine Nierenersatztherapie stattgefunden habe, war unzutreffend. Es war jedoch weder mit der erforderlichen Sicherheit feststellbar, dass der Angeklagte derjenige war, der diese Meldung veranlasste noch, dass dem Angeklagten bekannt war, dass in Bezug auf den Patienten S. gegenüber Eurotransplant falsche Angaben gemacht wurden.

Der MELD-Score des Patienten S. betrug, da sein Kreatinin-Wert aufgrund der unzutreffenden Angabe zur Nierenersatztherapie bei der Berechnung des MELD-Score auf 4,00 mg/dl festgesetzt wurde, nunmehr 40. Wenn die Frage zur Nierenersatztherapie korrekt beantwortet und der MELD-Berechnung der gemessene Kreatinin-Wert von 2,56 mg/dl zugrunde gelegt worden wäre, hätte der Patient S. einen MELD-Score von 36 gehabt.

Nachdem Eurotransplant die von dem Zeugen W. übersandten Ergebnisse der Blutuntersuchung geprüft und akzeptiert hatte, nahm der Patient S. nunmehr mit einem MELD-Score von 40 an den nachfolgenden Match-Verfahren teil.

(3) Organallokation und Transplantation

Am 4. Mai 2010 wurde bei der Stiftung Eurotransplant eine zum Zeitpunkt des Todes 43 Jahre alte hirntote Spenderin registriert. Der Tod war infolge einer Subarachnoidalblutung eingetreten. Die Spenderin, die einen BMI (Body-Mass-Index) von 31 hatte, war am 1. Mai 2010 auf eine Intensivstation aufgenommen worden. Am 4. Mai 2010 wurde der Hirntod deklariert. Bei einer angenommenen kalten Ischämiezeit von zehn Stunden betrug der Donor-Risk-Index 1,38. Die Spenderin erhielt die Spendernummer 132447.

Das Match-Verfahren, in dem die Spenderleber mit der Spender-Nr. 132447 verteilt wurde, hatte die Match-Nr. 187376 und begann am 4. Mai 2010 um 19:54 Uhr. Der Patient S., der mit einem MELD-Score von 40 an diesem Match-Verfahren teilnahm, befand sich auf dem 4. Ranglistenplatz. Bei der Patientin, die sich auf der 1. Position der Match-Liste befand, handelte es sich um Patientin mit der Dringlichkeitsstufe „HU“. Auf dem 2. Ranglistenplatz befand sich eine Patientin mit der Dringlichkeitsstufe „ACO“, also eine Patientin, die eine kombinierte Organtransplantation benötigte. Auf dem 3. Ranglistenplatz befand sich schließlich eine Patientin mit dem Dringlichkeitsstatus „T“ (= transplantabler elektiver Patient), die einen MELD-Score von 40 hatte. Nachdem für diese drei Patientinnen das

Organangebot jeweils abgelehnt worden war, erhielt der Patient S. das Organangebot, das von dem Angeklagten angenommen wurde.

Wenn der Patient S. mit einem MELD-Score von 36 an dem Match-Verfahren teilgenommen hätte, hätte er bestenfalls den 6. Ranglistenplatz eingenommen. Vor ihm hätten mindestens zwei weitere Patienten gestanden, die einen „nationalen MELD“ bzw. matchMELD von 40,1 bzw. 38,58 hatten. Darüber hinaus befand sich auf Rang 7 der Match-Liste ein Patient, der ebenso wie der Patient S. aus dem Transplantationszentrum G. stammte und einen MELD-Score von 36 hatte. Wären für den Patienten S. korrekte Werte angegeben worden, hätte zwischen diesen beiden Patienten die Wartezeit, und zwar zunächst die Wartezeit in der MELD-Stufe 36 über die Reihenfolge entschieden.

Nachdem der Angeklagte das Organangebot für den Patienten S. angenommen hatte, willigte die Ehefrau des Patienten S. stellvertretend für diesen in die Lebertransplantation ein. Die Durchführung der Lebertransplantation entsprach dem (mutmaßlichen) Willen des Patienten S., der aufgrund seines gesundheitlichen Zustands nicht in der Lage war, die Einwilligung die Transplantation selbst zu erteilen.

Am 5. Mai 2010 wurde die Lebertransplantation bei dem Patienten S. zu Heilzwecken und nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt. Verantwortlicher Operateur war der Angeklagte. Dieser ging zu diesem Zeitpunkt davon aus, dass bei dem Patienten S. eine Leberzirrhose vorlag und dieser ohne Transplantation zeitnah versterben würde. Aus diesem Grund hielt der Angeklagte die Durchführung der Transplantation nicht nur für erforderlich, sondern auch für äußerst dringlich. Darüber hinaus ging der Angeklagte davon aus, dass die Transplantation dem (mutmaßlichen) Willen des Patienten S. entsprach.

(4) Verlauf nach der Transplantation

Der postoperative Verlauf war unauffällig, so dass der Patient S. am 28. Mai 2010 aus der stationären Behandlung entlassen werden konnte.
Der Patient S. lebt nach wie vor mit der Spenderleber (Stand: Dezember 2013), die ihm am 5. Mai 2010 transplantiert wurde.

(5) Weiterer Verlauf in Bezug auf die von dem Patienten S. aufgrund der Falschmeldung überholten Patienten

Hinsichtlich der Patienten, die sich auf den Ranglistenplätzen 5 - 7 befanden, ergab sich nach dieser Allokation der folgende Verlauf:

Ranglisten-platz	**Anzahl der Leberangebote nach dieser Allokation**	**Anzahl der abgelehnten Leber<u>erst-</u>angebote nach dieser Allokation (Stand: 16.07.2013)**	**Erste Leber-transplantation nach dieser Allokation (22.06.2011) (Stand: 17.06.2013)**	**Aktueller Status (Stand: 17.06.2013)**	**Zeitpunkt des Todes**	**Todesursache**
5	7	5	13.05.2010	Verstorben nach Transplantation	18.08.2010	Leberversagen/ Grund unbekannt.
6	27	18	----------	Von der Warteliste entfernt: Empfänger hat sich erholt	----------	----------
7	3	1	07.05.2010	Verstorben nach Transplantation	05.09.2010	Sepsis, Multiorganversagen

bb) Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung

[…]

cc) Rechtliche Würdigung

(1) Straftaten zum Nachteil anderer Patienten

(a) Totschlag gemäß § 212 Abs. 1 StGB bzw. Körperverletzungsdelikte gemäß §§ 223 ff. StGB

Ein **Totschlag zum Nachteil anderer Patienten gemäß § 212 Abs. 1 StGB** bzw. ein **Körperverletzungsdelikt gemäß §§ 223 ff. StGB** durch die Organannahme in dem Match-Verfahren 187376, obwohl zuvor Falschangaben zur Nierenersatztherapie gemacht worden waren und darüber hinaus das HCC des Patienten S. außerhalb der Mailand-Kriterien lag, scheidet bereits deshalb aus, weil nicht feststellbar war, dass hierdurch der Tod eines anderen Menschen verursacht wurde bzw. ein anderer Mensch an der Gesundheit geschädigt wurde. Es ist weder feststellbar, welcher Patient in diesem Match-Verfahren die Spenderleber erhalten

hätte, noch, dass dieser Patient mit der Spenderleber mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit überlebt hätte bzw. eine Lebensverlängerung eingetreten wäre.

(b) Versuchter Totschlag gemäß §§ 212 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB bzw. versuchte Körperverletzungsdelikte gemäß §§ 223 ff., 23 Abs. 1 StGB

Ein **versuchter Totschlag gemäß § 212 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB** kommt ebenfalls nicht in Betracht, weil nicht nachgewiesen werden konnte, dass der Angeklagte die Falschangaben zur Nierenersatztherapie veranlasst hatte bzw. bei der Organannahme zumindest billigend in Kauf nahm, dass bezüglich des Patienten S. Falschangaben gemacht worden waren. Darüber hinaus konnte nicht nachgewiesen werden, dass der Angeklagte bei der Organannahme wusste bzw. zumindest billigend in Kauf nahm, dass das HCC bei dem Patienten S. außerhalb der Mailand-Kriterien lag.

Aus demselben Grund kommt daher auch kein versuchtes Körperverletzungsdelikt gemäß §§ 223 ff., 22, 23 Abs. 1 StGB in Betracht.

(c) Fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB bzw. fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB

(aa) Eine **fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB** oder eine **fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB** kommt unabhängig von der Frage, ob ein Sorgfaltspflichtverletzung darin zu sehen ist, dass der Angeklagte sich nicht vergewissert hatte, ob das HCC des Patienten S. innerhalb der Mailand-Kriterien lag und ob gegenüber Eurotransplant wahrheitsgemäße Angaben gemacht wurden, bereits aus dem Grund nicht in Betracht, weil nicht feststellbar war, dass durch die Organannahme für den Patienten S. in dem Match-Verfahren 187376 der Tod eines Menschen verursacht bzw. ein anderer Mensch an der Gesundheit geschädigt wurde.

(bb) Ein **Verstoß gegen die Mailand-Kriterien** wäre im Übrigen rechtlich unverbindlich, sofern die Richtlinie der Bundesärztekammer, wonach Patienten in fortgeschrittenen Stadien bösartiger Erkrankungen nur im Rahmen von kontrollierten Studien transplantiert werden sollen, dahingehend zu verstehen sein sollte, dass die Aufnahme dieser Patienten in die Warteliste ausnahmslos ausgeschlossen ist, wenn der Patient an keiner kontrollierten Studie teilnimmt. Ein entsprechender Ausschluss

dieser Patienten wäre **verfassungswidrig**, weil dieser gegen Art. 2 Abs. 2 S. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG verstoßen würde.

Zunächst ist anzumerken, dass die Formulierung „*in fortgeschrittenen Stadien bösartiger Erkrankungen“* bereits zu unbestimmt ist, da nicht mitgeteilt wird, was unter einem fortgeschrittenen Stadium zu verstehen ist. Es ist mit Händen zu greifen, dass insoweit eine unterschiedliche Auslegung durch die behandelnden Ärzte, insbesondere Hepatologen und Transplantationsärzte erfolgt und deshalb eine Ungleichbehandlung der Patienten hinsichtlich der Frage, ob sie transplantiert werden oder nicht, stattfinden könnte bzw. tatsächlich stattfindet. Darüber hinaus ist die Formulierung, dass diese Patienten nur im Rahmen kontrollierter Studien transplantiert werden „*sollen*“, nicht eindeutig. Unklar ist, ob Patienten in fortgeschrittenen Stadien bösartiger Erkrankungen, sofern sie nicht an einer kontrollierten Studie teilnehmen, ausnahmslos nicht transplantiert werden dürfen oder aber ob insoweit ein Ermessensspielraum des Arztes besteht.

Der Sachverständige **Prof. Dr. B.** hat ausgeführt, den unbestimmten Begriff „*in fortgeschrittenen Stadien bösartiger Erkrankungen*“ würde er bei Vorliegen eines HCC, das auch bei dem Patienten S. vorlag, so auslegen, dass von einem fortgeschrittenen Stadium des HCC auszugehen sei, wenn der Tumor außerhalb der Mailand-Kriterien liege. Der Sachverständige hat jedoch hinzugefügt, die Mailand-Kriterien seien wissenschaftlich durchaus umstritten. Es gebe Studien, wonach die Überlebenswahrscheinlichkeit beim Vorliegen von Tumoren innerhalb der Mailand-Kriterien bezogen auf die Wahrscheinlichkeit, die nächsten fünf Jahre zu überleben, 70 % bis 80 % betrage. Wenn die Tumoren außerhalb der Mailand-Kriterien lägen, bestehe eine Überlebenswahrscheinlichkeit von 50 % bis 70 % nach fünf Jahren. Bei einem weit fortgeschrittenen Tumorstadium bestünde immer noch eine Überlebenswahrscheinlichkeit von 30 %. Bei dem Ausschluss von Patienten, deren HCC außerhalb der Mailand-Kriterien liege, handele es sich um eine relativ willkürliche Entscheidung. Aufgrund des bestehenden Organmangels könne man jedoch nicht alle Patienten mit HCC behandeln.

Der Fall des überlebenden Patienten S. belegt, dass auch bei fortgeschrittenen Stadien bösartiger Erkrankungen eine Lebertransplantation eine ausreichende Erfolgsaussicht haben kann. Daher wäre ein <u>ausnahmsloser</u> Ausschluss dieser Patienten (die nicht an kontrollierten Studien teilnehmen) von der Aufnahme in die

Warteliste verfassungswidrig. Wegen der weiteren Einzelheiten zur Verfassungswidrigkeit wird auf die entsprechenden Ausführungen bei dem Patienten I. unter C. II. 2. f) cc) (1) (b) (aa) (bbb) i.V.m. (aaa) Bezug genommen.

(2) Straftaten zum Nachteil des Patienten S.

(a) Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich durch die Durchführung der Lebertransplantation keiner **vorsätzlichen Körperverletzung** nach **§ 223 Abs. 1 StGB** zum Nachteil des Patienten S. schuldig gemacht.

(aa) Nach ständiger Rechtsprechung stellt jeder Eingriff in die körperliche Integrität tatbestandsmäßig eine Körperverletzung dar, und zwar auch dann, wenn er, wie im vorliegenden Fall, zu Heilzwecken und den medizinischen Standards gemäß ausgeführt wurde (vgl. BGH, Urteil vom 5. Juli 2007 – 4 StR 549/06 –, juris; Fischer, StGB, 62. Auflage 2015, § 223, Rdnr. 17 m.w.N.). Insoweit erfüllt auch die von dem Angeklagten bei dem Patienten S. durchgeführte Lebertransplantation den objektiven und subjektiven Tatbestand der Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB.

(bb) Die Körperverletzung ist jedoch entweder durch **ausdrücklich erteilte** oder aber durch eine **mutmaßliche Einwilligung** gerechtfertigt und damit nicht rechtswidrig.

Zwar bestehen Zweifel an der Wirksamkeit der von der Ehefrau des Patienten S. erteilten Einwilligung in die Lebertransplantation. Dies ist jedoch rechtlich unerheblich, weil die Lebertransplantation bei Unwirksamkeit der Einwilligung der Ehefrau des Patienten S. durch mutmaßliche Einwilligung gerechtfertigt wäre.

Die von der Ehefrau des Patienten S. stellvertretend für diesen erteilte Einwilligung wäre nur dann wirksam, wenn diese hierzu befugt war. Dies wäre wiederum nur dann der Fall, wenn der Patient S. seiner Ehefrau für diese Entscheidung entweder eine (Vorsorge-)Vollmacht erteilt hatte oder dessen Ehefrau vom Betreuungsgericht als Betreuerin mit dem Aufgabenkreis Gesundheitssorge bestellt worden war. Ob dies der Fall war, ist nicht bekannt. Eine weitere Aufklärung dieser Frage war jedoch nicht erforderlich, weil die durch die Durchführung der Lebertransplantation begangene Körperverletzung zu Lasten des Patienten S. bei Unwirksamkeit der durch dessen

Ehefrau erteilten Einwilligung durch eine mutmaßliche Einwilligung gerechtfertigt wäre.

Der Patient S. war aufgrund seines gesundheitlichen Zustands nicht in der Lage, in die am 5. Mai 2010 durchgeführte Transplantation einzuwilligen. Die Lebertransplantation entsprach jedoch dessen mutmaßlichen Willen. Im Hinblick auf den Vorrang des Selbstbestimmungsrechts eines Patienten ist der Inhalt des mutmaßlichen Willens in erster Linie aus dessen persönlichen Umständen, aus seinen subjektiven individuellen Interessen, Wünschen, Bedürfnissen und Wertvorstellungen zu ermitteln. Objektive Kriterien, insbesondere die Beurteilung der Maßnahme als gemeinhin vernünftig und normal sowie den Interessen eines verständigen Patienten entsprechend, haben keine eigenständige Bedeutung, sondern dienen lediglich der Ermittlung des individuellen hypothetischen Willens. Liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass sich der Patient anders entschieden hätte, wird allerdings davon auszugehen sein, dass sein (hypothetischer) Wille mit dem übereinstimmt, was gemeinhin als normal und vernünftig angesehen wird (vgl. BGH, Urteil vom 4. Oktober 1999 – 5 StR 712/98 -, Rdnr. 6 bei juris).

Vorliegend bestand bei dem Patienten S. die Gefahr, dass dieser ohne die Durchführung der Lebertransplantation kurzfristig verstorben wäre. Der Patient S. hatte zudem bereits bei Aufnahme in die Warteliste am 23. Juni 2009 in die Durchführung einer Lebertransplantation eingewilligt. Eine weitere Einwilligung erteilte der Patient S. anlässlich eines Organangebotes im März 2010, wobei die Spenderleber zu dieser Zeit für den Patienten nicht angenommen worden war. Anhaltspunkte dafür, dass der Patient S. am 4. bzw. 5. Mai 2010 nicht mehr mit der Transplantation einverstanden war, liegen nicht vor. Im Gegenteil: Der Zeuge S. hat angegeben, aus seiner Sicht habe der Angeklagte ihm das Leben gerettet.

(cc) Die Lebertransplantation verstößt auch nicht gegen die guten Sitten im Sinne des § 228 StGB. Gemäß § 228 StGB ist die mit Einwilligung der verletzten Person vorgenommene Körperverletzung rechtswidrig, wenn die Tat trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt. Dies ist bei der Lebertransplantation des Patienten S. nicht der Fall.
Ein Verstoß gegen die guten Sitten ergibt sich insbesondere nicht aus dem Umstand, dass hinsichtlich des Patienten S. gegenüber Eurotransplant eine Falschmeldung

über die Durchführung einer Nierenersatztherapie gemacht wurde und bei wahrheitsgemäßen Angaben gegebenenfalls ein anderer Patient die Spenderleber erhalten hätte. Zwar sind unzutreffende Angaben gegenüber Eurotransplantat, die eine unberechtigte Zuteilung eines Spenderorgans bewirken sollen, zu missbilligen. Dies hat jedoch nicht zur Folge, dass die mit diesem Spenderorgan durchgeführte Transplantation im Hinblick auf den Organempfänger sittenwidrig im Sinne des § 228 StGB ist und damit eine rechtswidrige Körperverletzung zum Nachteil des Organempfängers darstellt.

(b) Versuchte Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich durch die bei dem Patienten S. durchgeführte Lebertransplantation auch nicht einer **versuchten Körperverletzung** gemäß **§§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB** schuldig gemacht.
Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass der Angeklagte davon ausging, dass die Durchführung der Lebertransplantation bei dem Patienten S. nicht erforderlich war bzw. der Angeklagte die Transplantation aus sachfremden Erwägungen, wie zum Beispiel der Steigerung der Transplantationszahlen oder der Erlangung von Bonuszahlungen durchführte. Ebenso wenig liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass der Angeklagte davon ausging, die Transplantation entspreche nicht dem mutmaßlichen Willen des Patienten S..

(3) Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG in der Fassung vom 4. September 2007 durch Übertragung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG in der Fassung vom 4. September 2007

Eine vorsätzlich begangene Ordnungswidrigkeit gemäß **§ 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG in der Fassung vom 4. September 2007** durch die Übertragung der Spenderleber auf den Patienten S., obwohl vor der Organzuteilung durch Eurotransplant Falschangaben zur Nierenersatztherapie gemacht wurden, kommt bereits deshalb nicht in Betracht, weil dem Angeklagten nicht nachgewiesen werden konnte, dass er die Falschangaben zur Nierenersatztherapie veranlasst hatte bzw. zumindest billigend in Kauf nahm, dass bezüglich des Patienten S. Falschangaben gemacht worden waren.

(4) Fahrlässiger Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG in der Fassung vom 4. September 2007 durch Übertragung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG in der Fassung vom 4. September 2007

Eine etwaige fahrlässig begangene Ordnungswidrigkeit gemäß **§ 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG in der Fassung vom 4. September 2007** wäre nicht mehr verfolgbar. Insoweit wäre gemäß § 31 Abs. 2 Nr. 2 OWiG Verfolgungsverjährung eingetreten. Gemäß § 20 Abs. 2 TPG kann die Ordnungswidrigkeit mit einer Geldbuße bis zu 30.000 Euro geahndet werden. Da gemäß § 17 Abs. 2 TPG fahrlässiges Handeln im Höchstmaß nur mit der Hälfte des angedrohten Höchstbetrages der Geldbuße geahndet werden kann, wenn, wie im vorliegenden Fall das Gesetz für vorsätzliches und fahrlässiges Handeln Geldbuße androht, ohne im Höchstmaß zu unterscheiden, beträgt das Höchstmaß der Geldbuße für fahrlässiges Handeln im Fall des § 20 TPG in der Fassung vom 4. September 2007 15.000 Euro. Die Verjährungsfristfrist beträgt in diesem Fall gemäß § 31 Abs. 2 Nr. 2 OWiG zwei Jahre. Die absolute Verjährungsfrist beträgt gemäß § 33 Abs. 3 Satz 2 OWiG das Doppelte der gesetzlichen Verjährungsfrist, mithin vier Jahre. Da die Organübertragung auf den Patienten S. am 5. April 2010 erfolgte, wäre die Verjährungsfrist von vier Jahren abgelaufen.

dd) Ergebnis zum Patienten S.

Der Angeklagte war hinsichtlich der Tatvorwürfe,

● Falschangaben bei der Beantragung eines exceptionalMELD im Hinblick auf das Vorliegen eines HCC bei dem Patienten S. veranlasst zu haben;

● veranlasst zu haben, dass der Patient S. in die Warteliste aufgenommen worden sei, obwohl er, der Angeklagte, Kenntnis von dem Umstand gehabt habe, dass das HCC außerhalb der Mailand-Kriterien gelegen habe;

● den Patienten S. nicht von der Warteliste genommen, sondern ihn transplantiert zu haben, obwohl er, der Angeklagte, spätestens während der Transplantation erkannt habe, dass das HCC außerhalb der Mailand-Kriterien gelegen habe;

● veranlasst zu haben, dass der Transplantations-Koordinator W. am 4. Mai 2010 gegenüber Eurotransplant unzutreffend angegeben habe, in der Woche vor dem Kreatinin-Test habe zweimal eine Nierenersatztherapie bzw. Dialyse stattgefunden;

● er habe eine Manipulation der Blutprobe des Patienten S., die am 4. Mai 2010, 04:00 Uhr, entnommen worden sei, bzw. die Meldung falscher Blutwerte an Eurotransplant veranlasst,

aus **tatsächlichen Gründen** freizusprechen, weil kein Tatnachweis geführt werden konnte.

Eine etwaige fahrlässig begangene Ordnungswidrigkeit gemäß **§ 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG in der Fassung vom 4. September 2007** durch die Übertragung der Spenderleber auf den Patienten S., obwohl vor der Organzuteilung durch Eurotransplant Falschangaben zur Nierenersatztherapie gemacht wurden, wäre im Hinblick auf die eingetretene Verfolgungsverjährung nicht mehr verfolgbar. Insoweit erfolgte der Freispruch aus **Rechtsgründen**.

c) Patientin P. V. (Ziffer 2. der Anklage)

Der Angeklagte war von dem Vorwurf, er haben entgegen Nr. III.2.2. der Richtlinien der Bundesärztekammer über die Wartelistenführung und die Organvermittlung gem. § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 und 5 TPG am 21. Mai 2010 die Anweisung erteilt, die Patientin V. **in die Warteliste aufzunehmen** sowie am 24. Juli 2010 deren Transplantation durchgeführt, obwohl die Patientin V., die unter einer alkoholinduzierten Leberzirrhose litt, noch **keine sechs Monate Alkoholabstinenz** eingehalten hatte und dies dem Angeklagten bekannt war, freizuspreichen.
Gleiches gilt für den weiteren Vorwurf, der Angeklagte habe am 19. Juli 2010 den Zeugen W. veranlasst, im Rahmen einer Aktualisierung des MELD-Scores einen **unzutreffenden Bilirubin-Wert** an Eurotransplant zu senden, wodurch der MELD-Score der Patientin V. von 19 bzw. 20 auf 31 angestiegen.
Der Verstoß gegen die Alkoholkarenzzeitregelung stellt keine Straftat dar, weil die entsprechende Richtlinie verfassungswidrig und damit rechtlich unbeachtlich ist. Hinsichtlich der Blutwertmanipulation konnte nicht mit der erforderlichen Sicherheit festgestellt werden, dass der Angeklagte den Transplantations-Koordinator W. veranlasste, den unzutreffenden Bilirubin-Wert an Eurotransplant zu melden. Darüber hinaus konnte die Einlassung des Angeklagten, er habe keine Kenntnis davon gehabt, dass ein unzutreffender Bilirubin-Wert an Eurotransplant gemeldet wurde, nicht widerlegt werden.

aa) Feststellungen

(1) Zusammenfassung des wesentlichen Ergebnisses der Beweisaufnahme

Die am (...) geborene Patientin **P.V.** litt unter einer alkoholinduzierten Leberzirrhose. Am 24. Juli 2010 wurde ihr durch den Angeklagten eine Spenderleber transplantiert. Die Lebertransplantation, die im Hinblick auf den lebensbedrohlichen Zustand der Patientin dringlich war, wurde zu Heilzwecken und nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt. Die Operation entsprach, was dem Angeklagten bewusst war, dem (mutmaßlichen) Willen der Patientin.

Als die Patientin V. am 21. Mai 2010 in die Warteliste aufgenommen und am 24. Juli 2010 transplantiert wurde, hatte diese, was dem Angeklagten bekannt war, noch keine sechs Monate Alkoholabstinenz eingehalten. Nach den Richtlinien der

Bundesärztekammer für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation in der zum Vorfallszeitpunkt gültigen Fassung [aktuell: Gliederungspunkt III. 2.1. (alkoholinduzierte Zirrhose)] hätte die Patientin daher nicht in Warteliste aufgenommen werden dürfen bzw. [siehe hierzu auch oben unter C. II. 1. a) (2) (b) (aa)].

Zum Zeitpunkt der Organzuteilung war für die Patientin V. durch Eurotransplant ein unzutreffender labMELD von 31 zugrunde gelegt worden. Diesen MELD-Score hatte die Patientin nur deshalb erreicht, weil der Transplantations-Koordinator W. am 19. Juli 2010 gegenüber Eurotransplant einen unzutreffenden Bilirubin-Wert angegeben hatte. Ob dieser Wert auf einer Manipulation beruhte oder lediglich auf einer Fehlmessung, konnte nicht festgestellt werden. Darüber hinaus war weder mit ausreichender Sicherheit feststellbar, ob dem Zeugen W. bekannt war, dass der Bilirubin-Wert unzutreffend war, noch von welcher Person er diese unzutreffende Information erhielt.

Mit dem MELD-Score von 31 stand die Patientin V. in dem Match-Verfahren mit der Nummer 189736, das schließlich zur Organzuteilung führte, auf dem Ranglistenplatz 4. Wenn hinsichtlich der Patientin zutreffende Angaben gemacht worden wären, hätte sie an diesem Match-Verfahren mit einem MELD-Score von etwa 19 teilgenommen und damit mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Aussicht gehabt, die Spenderleber im Standardzuteilungsverfahren zu erhalten.

Es konnte ebenfalls nicht mit der erforderlichen Sicherheit festgestellt werden, dass der Angeklagte vor der Transplantation Kenntnis davon hatte, dass für die Patientin V. ein unzutreffender Bilirubin-Wert an Eurotransplant gemeldet und hierdurch der MELD-Score der Patientin deutlich erhöht worden war.

Im Einzelnen hat die Kammer folgende Feststellungen getroffen:

(2) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der Transplantation

Die am (...) in D. verstorbene Patientin V. betrieb seit etwa 1995 einen Alkoholabusus und trank täglich zwei bis drei Flaschen Wein. Sie erkrankte infolgedessen an einer alkoholinduzierten Leberzirrhose. Im April und Mai 2010 wurde die Patientin, die noch bis zum 4. April 2010 Alkohol konsumiert hatte, im

(...) Hospital (...) stationär behandelt. Da sich der gesundheitliche Zustand der Patientin V. zunehmend verschlechterte und eine Lebertransplantation in Erwägung gezogen wurde, nahmen ihre behandelnden Ärzte Anfang Mai 2010 Kontakt mit der Universitätsklinik (...) auf. Dort wurde die Aufnahme der Patientin zur Durchführung einer Lebertransplantation abgelehnt, weil diese noch keine sechs Monate Alkoholabstinenz eingehalten hatte. Am 10. Mai 2010 wandten sich die behandelnden Ärzte der Patientin, deren gesundheitlicher Zustand sich weiter verschlechtert hatte, an den Angeklagten und baten um Übernahme der Patientin. Der Angeklagte teilte diesen mit, dass die Patientin in der internistischen Abteilung der UMG aufgenommen werden könne. Daraufhin wurde die Patientin bereits am 11. Mai 2010 in die UMG verlegt und dort auf der Station 4024 des Zentrums Innere Medizin, Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie, stationär aufgenommen. Es wurde eine Evaluation für eine Lebertransplantation durchgeführt. Am 25. Mai 2010 erstellte der Oberarzt der Klinik für Psychiatrie Dr. D. ein Konsil, in dem er zu dem Ergebnis kam, dass bei der Patientin aus psychiatrischer Sicht keine Bedenken gegen eine Lebertransplantation bestünden.

Noch während ihres stationären Aufenthalts in der UMG unterschrieb die Patientin V., die mit der Aufnahme in die Warteliste und die Durchführung einer Lebertransplantation einverstanden war, am 20. Mai 2009 ein Einwilligungsformular, das die Überschrift „Einwilligung zur Lebertransplantation“ trug. Darüber hinaus unterzeichnete sie am selben Tag ein Einwilligungsformular mit der Überschrift „Einwilligung zur Speicherung und Übermittlung personenbezogener Daten“. Ab dem 21. Mai 2010 war die Patientin V. auf Veranlassung des Angeklagten, der am 20. Mai 2010 das „Anmeldungsformular zur Lebertransplantation“ unterschrieben hatte, bei Eurotransplant unter der ET-Nr. Y registriert.

Die Aufnahme in die Warteliste und Registrierung bei Eurotransplant erfolgte, obwohl die Patientin V., was dem Angeklagten bekannt war, bis zu diesem Zeitpunkt noch keine sechs Monate Alkoholabstinenz eingehalten hatte. Die Patientin wurde am 27. Mai 2010, nachdem sich ihr Allgemeinzustand deutlich verbessert hatte, aus der stationären Behandlung entlassen. Bereits knapp zwei Wochen später hatte sich ihr gesundheitlicher Zustand allerdings so sehr verschlechtert, dass sie am 12. Juni 2010 erneut stationär im (...) Hospital (...) aufgenommen und auf der Intensivstation behandelt wurde. Da ihr Zustand von den behandelnden Ärzten als sehr kritisch eingeschätzt wurde, nahmen diese wiederum Kontakt mit der UMG auf.

Nachdem erneut die Übernahme der Patientin V. zugesagt worden war, wurde sie bereits am 13. Juni 2010 mit dem Rettungshubschrauber in die UMG gebracht und zunächst auf der Medizinischen Intensivstation 1026 der Abteilung Kardiologie und Pneumologie aufgenommen. Dort wurden unter anderem eine Sepsis bei bakterieller Peritonitis, eine aszitische und enzephalopathische Dekompensation einer äthyltoxischen Leberzirrhose sowie eine septische Pneumonie diagnostiziert. Am 15. Juli 2010 wurde die Patientin V. nach Besserung ihres Allgemeinzustandes auf die Station 4024 der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie verlegt. Da es jedoch wiederum zu einer erneuten Verschlechterung ihres Allgemeinzustands kam mit Fieber und Tachykardie, wurde sie am 23. Juli 2010, also noch vor der Transplantation, zur intensiven Überwachung und Therapie auf die Intensivstation 0118 verlegt.

In der Zeit vom 21. Mai 2010 bis 13. Juni 2010 hatte die Patientin seit ihrer Registrierung bei Eurotransplant folgende MELD-Werte gehabt:

Datum	**labMELD**
21.05.2010	15
13.06.2010	18

Bei der Patientin wurden in der Zeit vom 30. April 2010 bis 22010 unter anderem folgende Kreatinin-, Bilirubin-, INR- und Quick-Werte gemessen:

Entnahmedatum	**Entnahme/ Einsender**	**Kreatinin (mg/dl)**	**Bilirubin, ges. (mg/dl)**	**INR**	**Quick %**
30.04.2010	Marien Hospital	0,94	4,40	1,76	46
10.05.2010	Marien Hospital	1,00	3,20	1,72	47
11.05.2010	Station 4024	0,81	2,60	1,40	50
12.05.2010	Station 4024	0,48	3,30	1,60	44
17.05.2010	Station 4024	0,53	3,20	1,50	48
12.06.2010	Marien Hospital	2,00	3,30	1,75	46
13.06.2010	Marien Hospital	1,90	---------	1,85	43
13.07.2010	Station 1026	0,22	---------	1,80	38
14.07.2010	Station 1026	0,20	2,90	1,90	36
15.07.2010	Station 1026	0,29	---------	1,90	35
16.07.2010	Station 4024	0,19	---------	---------	33
19.07.2010 07:00 Uhr	Station 4024	1,88	19,20	1,90	34
19.07.2010 13:05 Uhr	Station 4024	0,30	4,20	---------	---------
19.07.2010 22:25 Uhr	Station 4024	0,29	5,10	1,90	34
22.07.2010	Station 4024	0,33	4,50	---------	38

Am 19. Juli 2010 aktualisierte der Zeuge W. die Werte der Patientin V. gegenüber Eurotransplant und machte im ENIS-System gegen 14:48:52 Uhr folgende Angaben:

Probendatum:	„*19-07-2010*“
Kreatinin:	„*1,88*“ mg/dl
Bilirubin:	„*19,20*“ mg/dl
INR:	*„1,90“*
= Nierenersatztherapie	
2x pro Woche:	„*No“* (= Nein)
Mars Therapie:	*„No“ (= Nein)*

Der von dem Zentrallabor der Abteilung Klinische Chemie der UMG gemessene Bilirubin-Wert von 19,20 mg/dl war unzutreffend. Da die Umstände der Blutentnahme, die auf der Station 4024 erfolgt war, unbekannt sind, konnte nicht festgestellt werden, ob der Bilirubin-Wert von 19,20 mg/dl auf einer Blutprobenmanipulation, einer versehentlichen Verwechslung von Blutproben oder lediglich auf einer Fehlmessung bzw. auf Fehlern, die bei der Blutentnahme begangen wurden, beruhte. Es konnte darüber hinaus ebenfalls nicht festgestellt werden, aus welchem Grund bzw. auf wessen Veranlassung der Zeuge W. die Aktualisierung des MELD-Scores der Patientin gegenüber Eurotransplant mit den angegebenen Werten vornahm. Zwar war der Bilirubin-Wert im Vergleich zum Vorwert deutlich angestiegen, es hatte indes noch keine medizinische Validation dieser Ergebnisse stattgefunden.

Nachdem Eurotransplant die von dem Zeugen W. übersandten Ergebnisse der Blutuntersuchung geprüft und akzeptiert hatte, nahm die Patientin V. nunmehr mit einem MELD-Score von 31 an den nachfolgenden Match-Verfahren teil. Wären der MELD-Berechnung der Bilirubin-Wert von 4,20 mg/dl und der Kreatin-Wert von 0,30 mg/dl zugrunde gelegt worden, die anhand der am 19. Juli 2010 um 13:05 Uhr entnommenen Blutprobe gemessen wurden und im Übrigen der an Eurotransplant gemeldete INR-Wert von 1,9 hätte dies einen MELD-Score von 19 ergeben.

(3) Organallokation und Transplantation

Am 23. Juli 2010 wurde bei der Stiftung Eurotransplant ein zum Zeitpunkt des Todes 19 Jahre alter hirntoter Spender registriert. Der Tod war in Folge eines Schädelhirntraumas und Polytraumas eingetreten. Der Spender, der einen BMI (Body-Mass-Index) von 26 hatte, war am 22. Juli 2010 auf der Intensivstation aufgenommen worden. Am 23. Juli 2010 wurde der Hirntod festgestellt. Bei einer

angenommenen kalten Ischämiezeit von zehn Stunden betrug der Donor-Risk-Index 1,02. Der Spender erhielt die Spendernummer 133644.

Das Match-Verfahren, in dem diese Spenderleber verteilt wurde, hatte die Match-Nr. 189736 und begann am 23. Juli 2010 17:25 Uhr. Die Patientin V., die mit einem MELD-Score von 31 an diesem Match-Verfahren teilnahm, befand sich auf dem 4. Ranglistenplatz. Bei dem Patienten, der sich auf der 1. Position der Match-Liste befand, handelte es sich um einen Patienten mit der Dringlichkeitsstufe „HU“. Auf dem 2. und 3. Ranglistenplatz befanden sich Patienten mit dem Dringlichkeitsstatus „T“ (= transplantabler elektiver Patient). Nachdem für diese drei Patienten das Organangebot jeweils abgelehnt worden war, erhielt die Patientin V. das Organangebot, das von dem Angeklagten angenommen wurde.

Wenn die Patientin V. mit einem MELD-Score von 19 an dem Match-Verfahren teilgenommen hätte, hätte sie in diesem Match mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit keine Aussicht gehabt, im Standard-Allokationsverfahren diese Spenderleber zu erhalten. Vor ihr hätten mindestens 30 weitere Patienten gestanden, die einen matchMELD zwischen (abgerundet) 31 und (aufgerundet) 28 hatten. Zugunsten des Angeklagten war davon auszugehen, dass diesem nicht bekannt war, dass der MELD-Score der Patientin, der in dem Match-Verfahren mit der Nummer 189736 zur Organzuteilung führte, aufgrund der Übermittlung eines unzutreffenden Bilirubin-Wertes höher war, als er bei Angabe der korrekten Blutwerte gewesen wäre.

Nachdem der Angeklagte das Organangebot für die Patientin V. angenommen hatte, willigte diese mündlich in die Lebertransplantation ein.

Am 24. Juli 2010 wurde die Lebertransplantation bei der Patientin V. zu Heilzwecken und nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt. Verantwortlicher Operateur war der Angeklagte.
Dieser ging zu diesem Zeitpunkt davon aus, dass bei der Patientin V. eine alkoholtoxische Leberzirrhose vorlag und die Patientin ohne Transplantation zeitnah versterben würde. Aus diesem Grund hielt der Angeklagte die Durchführung der Transplantation nicht nur für erforderlich, sondern auch für äußerst dringlich. Darüber hinaus ging der Angeklagte davon aus, dass die Transplantation dem Willen der Patientin V. entsprach.

(4) Verlauf nach der Transplantation

Der postoperative Verlauf gestaltete sich insgesamt kompliziert. Nachdem die Patientin V. im postoperativen Verlauf zunächst zeitgerecht extubiert werden konnte, kam es zu einer deutlichen Verschlechterung des Gasaustausches, so dass die Patientin reintubiert und über einen längeren Zeitraum beatmet werden musste. Dies wiederum führte insgesamt zu einer problematischen Mobilisierung der Patientin. Am 31. August 2010 wurde sie auf eigenen dringlichen Wunsch aus der stationären Behandlung entlassen, obwohl sie noch nicht vollständig mobilisiert war. Die Patientin V. verstarb am (...) in D..

(5) Weiterer Verlauf in Bezug auf die ersten neun von der Patientin V. aufgrund der Falschmeldung überholten Patienten

Hinsichtlich der Patienten, die sich auf den Ranglistenplätzen 5 - 13 befanden, ergab sich nach dieser Allokation der folgende Verlauf:

Ranglisten-platz	**Anzahl der Leberangebote nach dieser Allokation**	**Anzahl der abgelehnten Leber<u>erst-</u>angebote nach dieser Allokation (Stand: 16.07.2013)**	**Erste Leber-transplantation nach dieser Allokation (22.06.2011) (Stand: 17.06.2013)**	**Aktueller Status (Stand: 17.06.2013)**	**Zeitpunkt des Todes**	**Todesursache**
5	2	1	25.07.2010	Transplantiert		
6	4	3	26.07.2010	Transplantiert		
7	7	3	28.07.2010	Erneut auf der Warteliste nach Transplantation		
8	70	53	26.11.2010	Transplantiert		
9	12	10	13.05.2011	Transplantiert		
10	6	5	26.10.2010	Transplantiert		
11	25	21	26.11.2010	Transplantiert		
12	1	0	05.08.2010	Transplantiert		
13	6	3	27.08.2010	Transplantiert		

bb) Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung

(1) Einlassung des Angeklagten

(a) Der Angeklagte hat bestätigt, die Lebertransplantation bei der Patientin V. durchgeführt zu haben. Die Patientin V. habe zum Zeitpunkt der Transplantation in höchster Lebensgefahr geschwebt. Ohne Transplantation wäre sie binnen weniger Tage verstorben.

Der Angeklagte hat bestritten, dass ihm bekannt gewesen sei, dass die Patientin V. zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Warteliste noch keine sechs Monate Alkoholabstinenz eingehalten habe. Darüber hinaus hat der Angeklagte bestritten, am 19. Juli 2010 bei der Patientin eine Blutprobenmanipulation veranlasst zu haben. Er habe den Transplantations-Koordinator W. auch nicht angewiesen, die Ergebnisse der am 19. Juli 2010 um 07:00 Uhr entnommenen Blutprobe an Eurotransplant zu übermitteln und habe auch keine Kenntnis davon gehabt, dass hinsichtlich der Patientin ein unzutreffender Bilirubin-Wert an Eurotransplant übermittelt worden sei.

Im Einzelnen hat der Angeklagte sich hinsichtlich der Patientin V. im Wesentlichen wie folgt eingelassen:

Bei der Patientin V. hätten folgende **Diagnosen** bestanden:

- Dekompensierte alkoholtoxische Leberzirrhose im Child C-Stadium
- Therapierefraktärer Aszites
- Hepatorenales Syndrom Typ 1 mit akutem Nierenversagen
- Portale Hypertension
- Hypertensive Gastropathie sowie
- Schwere hepatische Enzephalopathie
- Zustand nach spontan bakterieller Peritonitis
- Zustand nach Alkoholabusus
- Thrombozytopenie
- Hypoalbuminämie (niedriger Albuminspiegel), was den Schweregrad der Leberzirrhose widerspiegele)
- Hyponatriämie (erniedrigter Natriumspiegel)
- Hypokaliämie
- „Critical illnes Polyneuropathie“ (hierbei handele es sich um Patienten, die von Intensivstation zu Intensivstation verlegt würden und deshalb eine generalisierte Schwäche aufwiesen. Diese Patienten könnten kaum die Hand heben oder einer anderen Person die Hand drücken).

Zum Zeitpunkt der Transplantation habe eine „hochdringliche medizinische Indikation“ für eine Lebertransplantation vorgelegen.

Die **Lebertransplantation** sei **erforderlich** gewesen, weil bei der Patientin V. eine schwerwiegende und akut lebensbedrohliche Erkrankung vorgelegen habe. Aufgrund des Hepatorenalen Syndroms (HRS) Typ 1, der Spontan Bakteriellen Peritonitis (PBS), der Hyponaträmie mit therapierefraktärem Aszites, der Thrombozytopenie, der hepatischen Enzephalopathie und vor allem des dekompensierten CHILD C-Stadiums habe die konkrete Gefahr bestanden, dass die Patientin V. kurzfristig versterben würde.
Zum Zeitpunkt der Transplantation der Patientin V. hätten **kein Fieber** und auch **keine Sepsis** bestanden.

Die Patientin V. habe **mündlich** in die Transplantation **eingewilligt**, weil sie bereits zu schwach gewesen sei, das Einwilligungsformular zu unterschreiben. Die Transplantation habe dem Willen der Patientin V. entsprochen. Diese habe ihm gegenüber geäußert, sie habe Angst, dass sie an dem Wasser im Bauch und in der Lunge ersticke. Patienten mit Wasser in der Lunge bekämen Luftnot. Die Patientin V. habe panisch befürchtet, nachts aufzuwachen und an dem Wasser, das sich in ihrer Lunge befunden habe, zu ersticken.

Zur **Alkoholabstinenzzeit** hat der Angeklagte ausgeführt, ihm sei nicht bekannt gewesen, dass die Patientin V. noch nicht ausreichend lange alkoholabstinent gewesen sei.
Es sei zutreffend, dass ein Kollege aus D. ihn telefonisch um Übernahme der Patientin V. gebeten habe. Der Kollege habe berichtet, dass bei der Patientin ein Nierenversagen vorliege. Die Nichteinhaltung der Alkoholabstinenzzeit habe der Kollege am Telefon hingegen nicht erwähnt. Er, der Angeklagte, habe erwidert, die Patientin müsse (vor einer Entscheidung über Durchführung einer Lebertransplantation) zunächst in der UMG aufgenommen und untersucht werden. Als die Patientin in der UMG aufgenommen worden sei, habe eine „Vorabkonferenz unter 18 Augen um die Patientin herum“ stattgefunden. Der Arzt aus der Inneren Medizin, der die Krankengeschichte der Patientin vorgetragen habe, habe nicht mitgeteilt, dass die Patientin die Alkoholabstinenzzeit nicht eingehalten habe. Er, der Angeklagte, habe die Patientin V. nach deren Alkoholkonsum gefragt. Diese habe ihm mitgeteilt, sie habe seit dem 2. Weihnachtstag keinen Alkohol mehr getrunken.

Auf den Vorhalt, dass aus dem Arztbrief des Marien Hospital D. vom 21. Mai 2010 hervorgehe, dass von der Internistischen Abteilung der Universitätsklinik E. die

Aufnahme der Patientin V. aufgrund der zu kurzen Abstinenzphase abgelehnt worden sei, hat der Angeklagte angegeben, dass dieser Arztbrief an Prof. Dr. R. gerichtet sei und er von dem Inhalt dieses Arztbriefes erst nachträglich Kenntnis erlangt habe.

Von den **Schwankungen des Bilirubin-Wertes** habe er ebenfalls keine Kenntnis gehabt und könne diese auch heute noch nicht einordnen. Die Patientin habe ständig von Intensivstation zu Intensivstation gewechselt und sich im Zuständigkeitsbereich der Inneren Medizin befunden. Die Schwankungen, die bei den Bilirubin-Werten aufgetreten seien, könnten durchaus dem Krankheitsbild geschuldet sein und zwar insbesondere deshalb, weil die Patientin sich immer wieder rapide klinisch verschlechtert habe. Es sei nicht untypisch, dass Krankheitswerte kurzfristig anstiegen und sodann wieder sänken. Der Angeklagte hat bestätigt, dass der Bilirubin-Wert vom 19. Juli 2010 auch auf einer Fehlmessung beruhen könne. Von diesem Wert, der in der Inneren Medizin erhoben worden sei, habe er jedoch keine Kenntnis gehabt. Die Weiterleitung der Daten von Patienten, die sich nicht in seiner, sondern in einer anderen Abteilung in Behandlung befänden, sei vielmehr Aufgabe der Abteilung, die die Werte erhoben habe. Es sei nicht gestattet, in Akten anderer Abteilungen „zu wühlen“. Er achte auch nicht auf den Verlauf der Werte dieser Patienten, sondern schaue sich nur dann die Werte an, wenn ihm jemand Veränderungen mitteile. Es sei nicht seine Aufgabe, diese Wertveränderungen an das Transplantations-Koordinationsbüro oder die Transplantations-Ambulanz weiterzuleiten. Dies sei vielmehr Aufgabe der Ärzte, auf deren Stationen sich die Patienten befänden, also die Ärzte der Internistischen Stationen und der Intensivstationen.

(b) Die **Einlassung des Angeklagten**, dass die Patientin V. unter anderem unter einer alkoholtoxischen Leberzirrhose gelitten habe und die Lebertransplantation sowohl erforderlich als auch dringlich gewesen sei, wurde durch das Ergebnis der Beweisaufnahme, insbesondere das Gutachten des Sachverständigen **Prof. Dr. B.** bestätigt. Zwar ist der Sachverständige zu der Bewertung gelangt, es habe lediglich eine „somatische“, nicht jedoch eine „medizinische Indikation“ vorgelegen, weil die Patientin V. zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Warteliste und der Transplantation nicht sechs Monate alkoholabstinent gewesen sei. Gleichwohl besteht aus Sicht der Kammer im Hinblick auf den kritischen Zustand der Patientin V. kein Zweifel, daran,

dass die Lebertransplantation geeignet war, Heilzwecken zu dienen und von dem Angeklagten auch zu Heilzwecken ausgeführt wurde.

Die Behauptung des Angeklagten, er habe **keine Kenntnis** von der **Nichteinhaltung der Alkoholabstinenzzeit** gehabt, ist zur Überzeugung der Kammer aus den nachfolgend dargelegten Gründen widerlegt. Hingegen konnte nicht mit der erforderlichen Sicherheit ausgeschlossen werden, dass der Angeklagte, wie von ihm angegeben, weder den Transplantations-Koordinator W. veranlasste, am 19. Juli 2010 unter anderem den unzutreffenden Bilirubin-Wert von 19,20 mg/dl an Eurotransplant zu übermitteln noch, dass dem Angeklagten die Übermittlung dieses unzutreffenden Wertes unbekannt war.

Darüber hinaus hat die Beweisaufnahme auch nicht ergeben, dass die Patientin V. zum Zeitpunkt der Transplantation unter einer Sepsis litt und deshalb eine Kontraindikation zur Transplantation vorlag.

(2) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der Transplantation

(a) Krankheitsverlauf bis zur Behandlung in der UMG

Die Feststellungen zum Krankheitsverlauf bis zur Behandlung der Patientin V. in der UMG beruhen im Wesentlichen auf dem Inhalt der **Arztbriefe** des (...) **Hospitals** (...), **Klinik für Innere Medizin / Diabetologie** vom **26. Mai 2010** und **21. Juni 2010**, die darüber hinaus belegen, dass bei der Patientin V. erhebliche Komplikationen der Leberzirrhose vorlagen.

Dem **Arztbrief vom 19. April 2010** ist zu entnehmen, dass die Patientin sich in der Zeit vom **6. April 2010 bis zum 11. Mai 2010** in stationärer Behandlung des Marien Hospitals befand. Als Diagnosen wurden in dem Arztbrief unter anderem eine dekompensierte äthyltoxische Leberzirrhose Child C mit Aszites, Ikterus, Dyselektrolytämie, Hypoalbuminämie und Koagulopathie, hepathische Enzephalopathie Stadium I. angegeben. In diesem Arztbrief ist unter ***„Aufnahmegrund“*** unter anderem ausgeführt:

> *„Die stationäre Aufnahme der Patientin erfolgte zur Aszitespunktion bei aktuell portal und epithelial dekompensierter Leberzirrhose äthyltoxischer Genese. Der tägliche Alkoholkonsum wurde mit täglich zwei bis drei Flaschen Wein angegeben. Der Alkoholkonsum bestehe seit 15 Jahren.“*

Ausweislich des **Arztbriefes vom 21. Mai 2010** wurde die Patientin in der Zeit vom **30. April 2010 bis zum 11. Mai 2010** erneut im Marien Hospital in D. stationär behandelt. In dem Arztbrief ist unter ***„Diagnosen“*** unter anderem ausgeführt:

> *- „Protal* [Portal] *und zellulär dekompensierte äthyltoxische Leberzirrhose Child C.*
> *- Hepatorenales Syndrom mit akutem Nierenversagen Typ 1.*
> *- Spontan bakterielle Peritonitis.*
> *- Ascites.*
> *- Hypoalbuminämie.*
> *- Koagulopathie.*
> *- Hepatische Enzephalopathie Stadium II.*
> *- Portale Gastropathie.*
> *- Passagere Hyponatriämie.“*

Unter ***„Aufnahmegrund“*** ist unter anderem vermerkt, die stationäre Aufnahme sei wegen dekompensierter äthyltoxischer Leberzirrhose mit ausgeprägtem Aszites und Beinödemen erfolgt. Unter ***„Epikrise“*** ist unter anderem dargelegt:

> *„Die stationäre Aufnahme der Patientin erfolgte bei zunehmendem Gewicht und Unterschenkelschwellung in den letzten zwei Wochen. Hier zeigte sich eine portal und zellulär dekompensierte Leberzirrhose bei vorbekannter Leberzirrhose Stadium Child C. Unter diuretischen Maßnahmen entwickelte die Patientin ein akutes hepatorenales Syndrom, so dass die Verlegung von der Peripherie auf die Intensivstation erfolgte. […] Unter all diesen Maßnahmen konnte eine Besserung des akuten Nierenversagens erreicht werden.*
>
> *Nebenbefundlich zeigte sich eine hepatische Enzephalopathie Stadium II mit phasenweiser Agitiertheit. […].*
>
> *Aufgrund einer zunehmenden Luftnotsymptomatik entwickelte die Patientin unter einer Diuretika-Therapie einen erneuten Anstieg der Retentionsparameter. Trotz der hochdosierten Gabe von Humanalbumin entwickelte Frau V. einen rechtsseitigen Pleuraerguss. Nach telefonischer Kontaktaufnahme mit der Universitätsklinik E. wurde eine Übernahme in die dortige Internistische Abteilung abgelehnt und auf die Transplantationsambulanz im beschwerdefreien Intervall verwiesen aufgrund der noch zu kurzen Abstinenzphase der Patientin.*
>
> *Bei deutlicher Verschlechterung des klinischen Befundes erfolgte die Kontaktaufnahme über die hiesigen Chirurgen zu Herrn Professor O. der Universitätsklinik G., der freundlicherweise eine Übernahme der Patientin in die Internistische Abteilung zur Feststellung einer Transplantationsfähigkeit vermittelte. Die Verlegung erfolgte am 11.05.2010.*
>
> *Wir bedanken uns für die freundliche und prompte Übernahme […].“*

(b) Behandlung in der UMG bis zur Lebertransplantation

(aa) Verlauf bis zur Aufnahme in die Warteliste

(aaa) Evaluation

Die Feststellungen zur **Evaluation** der Patientin V. beruhen im Wesentlichen auf dem Inhalt des Arztbriefes des Zentrums Innere Medizin, **Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie** vom **26. Mai 2010**.
Diesem Arztbrief ist zu entnehmen, dass die stationäre Behandlung der Patientin V. vom **11. Mai 2010** bis zum **27. Mai 2010** erfolgte. Unter ***„Aktuelle Diagnosen*“** ist unter anderem ausgeführt:

„Dekompensierte Leberzirrhose
• LTX-Listung
• Z.n. Alkoholabusus
• Hepatomegalie
• Spontan bakterielle Peritonitis
• Aszites
• Hypoalbuminämie
• Transfusionspflichtige normochrome, normozytäre Anämie
• Pleuraergüsse bds.“
- Portale Gastropathie
- Ösophagitis Grad I-II“

Unter ***„Epikrise“*** ist weiter vermerkt, die stationäre Aufnahme der Patientin sei aufgrund einer dekompensierten Leberzirrhose erfolgt. Mit der Patientin sei die Möglichkeit einer Lebertransplantation besprochen und eine Listung der Patientin bei Eurotransplant vorgenommen worden. Entsprechende Voruntersuchungen seien durchgeführt worden. Es sei eine ambulante psychiatrische Behandlung bei Zustand nach Alkoholabusus erforderlich.

Die Feststellungen zu dem **psychiatrischen Konsil** beruhen auf dem schriftlichen Befund vom **12. Mai 2010**, der inhaltlich auch von dem **Sachverständigen Prof. Dr. B.** vorgetragen und erläutert wurde.

(bbb)Einwilligung zur Aufnahme in die Warteliste und zur Lebertransplantation

Dass die Patientin V. am 20. Mai 2010 ihre Einwilligung erteilte, in die Warteliste aufgenommen zu werden und eine Lebertransplantation zu erhalten, folgt aus dem Inhalt des schriftlichen **Einwilligungsformulars**. Das Einwilligungsformular hatte im Wesentlichen folgenden Inhalt bzw. Aufbau:

„[…]

Einwilligung zur Lebertransplantation

[Es folgt ein Aufkleber mit den Daten der Patientin V.]

„Ich habe den Aufklärungsbogen „Patienteninformation zur Lebertransplantation“ gelesen. Meine Fragen und die Fachausdrücke wurden ausführlich besprochen.

Ich erkläre mich mit der vorgesehenen Transplantation einverstanden.

Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit vor der Operation widerrufen kann.

Sollte ich während des Krankenhausaufenthaltes versterben, bin ich mit einer Obduktion zur Klärung meiner Todesursache einverstanden. Ja o nein o

Bemerkungen:_____

Datum: _____

Unterschrift Patient/in bei Aufnahme auf die Warteliste: _____

Unterschrift Arzt/Ärztin bei Aufnahme auf die Warteliste: _____

Datum: _____

Unterschrift Patient / in unmittelbar vor der Transplantation : _____

Unterschrift Arzt / Ärztin unmittelbar vor der Transplantation : _____

Dem Einwilligungsformular zu entnehmen, dass im Anschluss an die Formulierung *„Unterschrift Patient/in bei Aufnahme in die Warteliste“* handschriftlich der Name „P.V.“ und in der Zeile darüber handschriftlich das Datum „20.05.2010“ eingetragen ist.

Aus Sicht der Kammer liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass es sich bei der Unterschrift nicht um die Unterschrift der Patientin V. handelt. Im Übrigen besteht kein Zweifel daran, dass die Patientin, die sehr schwer erkrankt war, zu diesem Zeitpunkt mit der Aufnahme in die Warteliste und der Durchführung einer Lebertransplantation einverstanden war.

Dass die Patientin V. auch die „Einwilligung zur Speicherung und Übermittlung personenbezogener Daten“ unterschrieb, ist dem entsprechenden Formular zu entnehmen, das ebenfalls deren Unterschrift trägt.

(bb) Aufnahme in die Warteliste und Registrierung bei Eurotransplant

(aaa) Registrierung

Der Zeitpunkt der **Registrierung der Patientin V. bei Eurotransplant** unter **der ET-Nr. X** kann unter anderem der sogenannten „View MELD History VAUPEL, PETRA“ entnommen werden, aus der hervorgeht, dass die erste Eintragung am 21. Mai 2010

erfolgte. Darüber hinaus hat der Sachverständige **Prof. Dr. B.** ausgeführt, die Meldung bei Eurotransplant werde bestätigt durch den Recipient Report (Spender-Meldung) vom 21. Mai 2010, 10:36 Uhr.

(bbb) Alkoholabstinenz

Zur Überzeugung der Kammer war die Patientin V. frühestens seit Anfang April 2010 vollständig alkoholabstinent. Daher bestand weder zum Zeitpunkt der Aufnahme der Patientin V. in die Warteliste noch zum Zeitpunkt ihrer Transplantation eine sechsmonatige Alkoholabstinenz. Des Weiteren ist die Kammer davon überzeugt, dass dem Angeklagten vor der Transplantation der Patientin V. bekannt war, dass diese bei Aufnahme in die Warteliste die nach den Richtlinien der Bundesärztekammer geforderte sechsmonatige absolute Alkoholabstinenz noch nicht eingehalten hatte. Zwar hat der Angeklagte dies bestritten. Die Kammer hält jedoch die Behauptung des Angeklagten, die Patientin habe ihm gegenüber angegeben, sie habe lediglich bis zum zweiten Weihnachtstag, also bis zum 26. Dezember 2009, Alkohol konsumiert, aufgrund des Inhalts der nachfolgend aufgeführten Arztbriefe sowie einer Würdigung der Gesamtumstände, insbesondere der Umstände der Aufnahme der Patientin V. in der UMG, für widerlegt.

(aaaa) Dass die Patientin V. **erst seit etwa Anfang April 2010 Alkoholabstinenz** einhielt, folgt aus dem Inhalt des **Arztbriefes des Marien Hospitals D. vom 21. Mai 2010**, eines **Ausdrucks des Marien Hospitals D.**, Station I1 vom **11. Mai 2011**, der **Aufnahmeuntersuchung** vom **11. Mai 2010** in der UMG sowie des **psychiatrischen Konsils** vom **12. Mai 2011** und des **Befundes der Abdomensonographie** vom **12. Mai 2011.**

In dem **Arztbrief** des **Marien Hospitals D.** vom **21. Mai 2010** ist unter **„*Aufnahmegrund*“** unter anderem ausgeführt:

> *„Die stationäre Aufnahme erfolgte wegen dekompensierter äthyltoxischer Leberzirrhose mit ausgeprägtem Aszites und Beinödemen. Die Patientin hat seit den letzten drei Wochen 7,5 kg Gewicht zugenommen. Bei der Patientin ist ein chronischer Äthylismus bekannt. Nach eigenen Angaben ist Frau V. seit sechs bis acht Wochen abstinent.“*

In dem **Ausdruck des Marien Hospitals**, **Station I1** (zuletzt bearbeitet: **11. Mai 2010**) ist unter ***„Vorerkrankungen“*** eingetragen:

„[…], chronischer Ethylismus, Abstinenzphase seit ca. 6 Wochen“

Unter ***„Untersuchungen“*** ist vermerkt:

„4.5.2010 Konsil Hepatologie OA Dr. Canbay Uniklinik E.: Übernahme nicht möglich, Abstinenzphase von 6 Monaten nachweisen, wenn Pat. akutes Nierenversagen überlebt, Vorstellung in der Transplantationsambulanz.“

In der **Aufnahmeuntersuchung** vom **11. Mai 2010** ist unter ***„Anamnese“*** handschriftlich vermerkt:

„Übernahme aus Marien-Hospital D., dort auf Intensivstation bei HRS [HRS = Hepatorenales Syndrom] *und dek. LZ* [dekompensierter Leberzirrhose] *=> RS* [Rücksprache] *Prof. O./Prof. R..*
=> Übernahme zwecks LTX [Lebertransplantation] *Evaluation. Anamnestisch Alkoholkonsum bis zum 04.04.10!! Seither angeblich abstinent. Langjähriger C2-Abusus (15 Jahre) […].“*

In dem **psychiatrischen Konsil** des **Oberarztes der Psychiatrischen Klinik Dr. D.** vom **12. Mai 2010** ist unter anderem ausgeführt:

„Alkohol:
Seit 20 Jahren Alkoholabusus […] seit Ostersonntag def. abstinent.“

Der Sachverständige **Prof. Dr. B.**, der den Inhalt des psychiatrischen Konsils referiert hat, hat darauf hingewiesen, dass der Ostersonntag im Jahr 2010 auf den **4. April 2010** gefallen sei.

In dem **Abdomensonographie-Befund** vom **12. Mai 2010** ist unter Indikation ausgeführt:

„C2-tox. [alkoholtoxische] *Leberzirrhose // aktiver C2-Konsum bis vor 4 Wochen“*

Der Inhalt der genannten Arztbriefe und Befunde lässt den Rückschluss zu, dass die Patientin V. verschiedenen Personen gegenüber annähernd gleiche Abstinenzzeiträume benannte. Dagegen, dass die Ärzte, die die Befunde bzw. Arztbriefe abgefasst haben, die Abstinenzzeiträume lediglich ungeprüft aus anderen Unterlagen übernahmen, sondern diese Information von der Patientin V. erhielten, spricht, dass die Abstinenzzeiträume jeweils mit anderen Begriffen bezeichnet wurden. So wurden folgende Zeiträume angegeben:

- Arztbrief des (...) Hospitals (...) vom 21. Mai 2010: **6-8 Wochen**.
  Dies bezeichnet den Zeitraum vom **3. - 17. April 2010**.
- In dem Ausdruck des (...) Hospitals, Station I1 (zuletzt bearbeitet: 11. Mai 2010): **ca. 6 Wochen.** Dies bezeichnet den Zeitraum ab dem **30. März 2010**.
- Aufnahmeuntersuchung vom 11. Mai 2010: **4. April 2010**
- Psychiatrisches Konsil vom 12. Mai 2010: **Ostersonntag 2010**

- Abdomensonographie-Befund vom 12. Mai 2012: ca. **4 Wochen**.
  Dies bezeichnet einen Zeitraum ab **14. April 2010**.

Die Kammer geht daher im Hinblick auf die weitgehend übereinstimmenden Angaben, die in den vorbenannten Arztbriefen bzw. Befunden gemacht wurden, davon aus, dass die Patientin frühestens seit Anfang April 2010 Alkoholabstinenz einhielt. Da die Patientin V. am 21. Mai 2010 in die Warteliste aufgenommen und am 24. Juli 2010 transplantiert wurde, war weder zum Zeitpunkt der Aufnahme der Patientin in die Warteliste noch zum Zeitpunkt der Lebertransplantation die sechsmonatige Alkoholabstinenzzeit eingehalten.

(bbbb) **Die Nichteinhaltung der Alkoholabstinenz** war dem **Angeklagten** zur Überzeugung der Kammer auch **bekannt**. Zwar hat der Angeklagte dies in Abrede genommen. Der Angeklagte hat jedoch bestätigt, dass ein Kollege aus D. ihn telefonisch um Übernahme der Patientin V. gebeten habe. Die Kammer hält es unter Berücksichtigung der Gesamtumstände für lebensfremd, dass der Arzt aus D., der das Telefongespräch mit dem Angeklagten führte, die Nichteinhaltung der Alkoholabstinenzzeit gegenüber dem Angeklagten nicht erwähnte. So geht aus dem **Arztbrief des** (...) **Hospitals** (...) **vom 21. Mai 2010** hervor, dass die behandelnden Ärzte zuvor versucht hatten, die Patientin in die Universitätsklinik E. zu überweisen und dort die Übernahme der Patientin mit der Begründung abgelehnt worden war, dass diese noch keine sechsmonatige Alkoholabstinenzzeit eingehalten habe. Es erscheint daher wenig wahrscheinlich, dass die behandelnden Ärzte des (...) Hospitals (...) gegenüber der Universitätsklinik (...) angaben, dass die vorgeschriebene Alkoholabstinenzzeit von sechs Monaten noch nicht eingehalten sei und dies gegenüber dem Angeklagten in dem Telefongespräch, in dem um die Übernahme der Patientin V. in die UMG gebeten wurde, verschwiegen wurde. Hiergegen spricht bereits, dass sowohl die Nichteinhaltung der Alkoholabstinenzzeit als auch die Ablehnung der Übernahme durch die Universitätsklinik (...), die aus diesem Grund erfolgt war, in dem Arztbrief vom 21. Mai 2010 ausdrücklich erwähnt wurde. Das lässt darauf schließen, dass die Ärzte des Marien Hospitals D. nicht beabsichtigten, den Umstand der Nichteinhaltung der Alkoholabstinenzzeit gegenüber den Ärzten der UMG zu verschweigen. Dagegen, dass die Nichteinhaltung der Alkoholabstinenzzeit in dem Telefonat mit dem Angeklagten nicht erörtert wurde, spricht aber vor allem, dass die Ärzte des Marien Hospitals im Fall

des Verschweigens der Nichteinhaltung einer sechsmonatigen Alkoholabstinenzzeit das Risiko eingegangen wären, dass die Ärzte der UMG, wenn sie nachträglich hiervon erfahren hätten, die Transplantation der Patientin V. abgelehnt und diese nach D. zurückverlegt hätten. Dies wäre für die schwerkranke Patientin eine erhebliche Belastung gewesen. Da das Uniklinikum E. zuvor die Übernahme der Patientin V. abgelehnt hatte, kann davon ausgegangen werden, dass den Ärzten des (...) Hospitals bewusst war, dass es sich bei der Frage, ob die Patientin bereits sechs Monate alkoholabstinent war, um eine zentrale Frage handelte. Daher erscheint es abwegig, dass der Arzt, der mit dem Angeklagten telefonierte und um Übernahme der Patientin V. bat, dem Angeklagten anlässlich dieses Telefonats nicht mitteilte, dass die Patientin V. die sechsmonatige Alkoholabstinenzzeit noch nicht eingehalten hatte.

Die **Einlassung des Angeklagten**, die Patientin V. habe ihm gegenüber angegeben, sie sei bereits seit dem zweiten Weihnachtstag alkoholabstinent, ist ebenfalls nicht glaubhaft. Es ist insoweit nicht nachvollziehbar, weshalb die Patientin V. den behandelnden Ärzten im (...) Hospital (...), bei der Aufnahmeuntersuchung in G., bei der Abdomensonographie und auch am 12. Mai 2010 dem Oberarzt Dr. D., der das psychiatrische Konsil verfasste, übereinstimmend ähnliche Abstinenzzeiträume angab und lediglich dem Angeklagten gegenüber behauptet haben soll, sie habe bereits seit dem 2. Weihnachtstag keinen Alkohol mehr getrunken.
Zwar könnte Motiv für diese unzutreffende Angabe sein, dass der Patientin (gegebenenfalls aufgrund der Ablehnung der Aufnahme in dem U. (...)) bekannt war, dass eine sechsmonatige Alkoholabstinenz Voraussetzung für die Aufnahme in die Warteliste war und sie befürchtete, wenn sie dem Angeklagten gegenüber zutreffende Angaben machen würde, nicht transplantiert, sondern in die Klinik nach (...) zurücküberwiesen zu werden. In diesem Fall wäre aber zu erwarten gewesen, dass die Patientin in der UMG von Beginn an behauptet hätte, bereits seit dem zweiten Weihnachtstag alkoholabstinent zu sein. Dies war jedoch gerade nicht der Fall. Noch am 12. Mai 2010 gab sie gegenüber dem Psychiater Ostersonntag 2010 als Beginn der Abstinenzzeit an.

(cc) Verlauf nach Aufnahme in die Warteliste

(aaa) Krankheitsverlauf

Die Feststellungen zum weiteren Krankheitsverlauf nach der Aufnahme der Patientin V. in die Warteliste hat die Kammer im Wesentlichen anhand der Ausführungen des Sachverständigen **Prof. Dr. B.** sowie der Inhalte der Arztbriefe des **Zentrums Innere Medizin, Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie,** vom **26. Mai 2010**, des (...) **Hospitals** (...) vom **21. Juni 2010**, der **Medizinischen Intensivstation 1026 des Zentrums Innere Medizin**, **Abteilung Kardiologie und Pneumologie** vom **15. Juli 2010**, der **Station 4024** der **Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie** vom **9. September 2010** sowie der **Operativen Intensivstation 0118** des **Zentrums Anaesthesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin** vom **7. August 2010** getroffen.

Der **Sachverständige Prof. Dr. B.**, dem unter anderem sämtliche dem Gericht vorliegenden Krankenakten der Patientin V. sowie die Fallakte 1.21 und das Beweismittelheft zu 1.21 zur Verfügung standen, hat ausgeführt, bei der Patientin habe eine fortgeschrittene alkoholtoxische Leberzirrhose mit Ansammlung von Bauchwasser (Aszites) und einer deutlichen Einschränkung der Leberfunktion bestanden. Vor der Transplantation habe insgesamt ein schweres, lebensbedrohliches Krankheitsbild vorgelegen. So sei eine Pilzinfektion, die auf die Blutbahn übergegriffen habe und entsprechend behandelt worden sei, nachgewiesen worden. Darüber hinaus habe eine sogenannte spontan bakterielle Peritonitis, also eine Infektion des Bauchraumes mit Bakterien, wie sie häufig als Komplikation der fortgeschrittenen Leberzirrhose mit Bauchwasserbildung eintreten könne, bestanden.

Die Kammer hatte keinen Anlass, an den Ausführungen des Sachverständigen zum Krankheitsverlauf zu zweifeln. Der Sachverständige hat sich mit den ihm zur Verfügung gestellten Akten auseinandergesetzt und den Krankheitsverlauf der Patientin V. detailliert dargestellt. Seine Ausführungen werden darüber hinaus durch die Inhalte der **nachfolgend genannten Arztbriefe** gestützt, die das sehr schwere Krankheitsbild der Patientin V. vor der Transplantation belegen:

In dem Arztbrief des (...) **Hospitals** (...) **vom 21. Juni 2010** ist angegeben, die Patientin V. sei in der Zeit vom **12. Juni 2010 bis zum 13. Juni 2010** stationär im Marien Hospital behandelt worden. Unter **„Aufnahmegrund“** ist ausgeführt, die Wiederaufnahme der Patientin sei am frühen Abend über den Rettungs-

dienst wegen einer von der Familie innerhalb weniger Tage beobachteten raschen Verschlechterung des Allgemeinbefindens notfallmäßig erfolgt. Unter **„Zwischenanamnese“** ist vermerkt, in der aktuellen Krankheitssituation sei die

Patientin nicht in der Lage, Angaben zum jüngsten Krankheitsverlauf und ihrem Befinden zu machen. Ihr Sohn habe berichtet, dass sich der Zustand der Patientin innerhalb weniger Tage derart verändert habe, dass die empfohlene Medikation nicht mehr habe eingehalten werden können. Seine Mutter sei zusehends verwirrt und zuletzt außer Stande gewesen zu essen und zu trinken und das Bett zu verlassen. Unter ***„Epikrise“*** ist sodann unter anderem ausgeführt:

> *„Da Frau V. erst kurze Zeit zuvor in G. stationär behandelt und auf die dortige Lebertransplantationsliste gesetzt worden war und der derzeitige klinische Zustand u. E. nur geringe konservative Therapieoptionen bestanden, nahmen wir noch am Tage der Aufnahme mit dem dortigen Transplantationszentrum Kontakt auf. Glücklicherweise konnte aus G. schon für den Folgetag eine Übernahme zugesagt werden. Wir verabreichten in der Nacht hier bei ausgeprägter Anämie und Koagulopathie ein Erythrozytenkonzentrat und ein Frischplasma. Am Morgen des 13.06.2010 erfolgte dann die Verlegung mittels Hubschrauber auf dem Luftwege, da ein Straßentransport mit Rettungswagen voraussichtlich 3 bis 3,5 Stunden gedauert hätte und der schwerstkranken Patientin nicht zugemutet werden konnte.“*

In dem Arztbrief der **Medizinischen Intensivstation 1026 des Zentrums Innere Medizin**, **Abteilung Kardiologie und Pneumologie** vom **15. Juli 2010 ist** angegeben, die Patientin V. sei in der Zeit vom **13. Juni 2010 bis zum 15. Juli 2010** auf der Station 1026 behandelt worden. Unter ***„Diagnosen“*** ist unter anderem ausgeführt:

> *• Sepsis bei bakterieller Peritonitis*
> *(am ehesten spontan DD im Rahmen wiederholter Aszitespunktionen)*
>
> *V.a. spontan bakterielle Peritonitis; CT-morphologisch (V.a. Darmperforation) im Bereich des Colon ascendens/DD distales Ileum im Verlauf klinisch nicht bestätigt*
>
> *Zytopathologisch hochgradig akut granulozytärer Entzündungsreaktion*
>
> *• Aszitische und enzephalopathische Dekompensation einer äthyltoxischen Leberzirrhose (L-Tx-Listung)*
>
> *Rezidivierende Punktion (eitrigem) Aszites, wahrscheinlich tlws gekapselt,*
>
> *intermittierend Drainage über chirurgisch eingebrachte Drainage*
>
> *Pleuraergüsse bds*
>
> *• Septische Pneumonie, beatmungs-assoziiert, am ehesten Candida-induziert*
>
> *• Rezidivierende Substitutionen von Gerinnungsfaktoren und Erythrozytenkonzentrat bei chronischem Leberversagen und Anämie*

Unter ***„Verlauf und Beurteilung“*** ist unter notiert, die aktuelle Aufnahme der 57-jährigen Patientin V. sei am 13. Juni 2010 aus dem (...) mit

erneuter enzephalopathischer und aszitischer Dekompensation einer nutritiv-toxischen Leberzirrhose erfolgt.

In dem Arztbrief des **Zentrums Innere Medizin, Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie** vom **9. September 2010** ist angegeben, die Patientin V. sei in der Zeit vom **15. Juli 2010 bis zum 23. Juli 2010** auf der **Station 4024** behandelt worden. Unter ***„Epikrise“*** ist ausgeführt, die Patientin V. sei von der Intensivstation, wo sie aufgrund einer Candida-Sepsis sowie einer spontan bakteriellen Peritonitis behandelt worden sei, auf die Station 4024 verlegt worden. Am 23. Juli 2010 sei es wiederum zu einer erneuten Verschlechterung des Allgemeinzustands mit fieberhaften Temperaturen und Tachykardie gekommen. Daher sei eine Verlegung auf die Intensivstation 0118 zur intensivierten Überwachung und Therapie erfolgt.

Schließlich ist in dem Arztbrief der **Operativen Intensivstation 0118** vom **7. August 2010** vermerkt, die Patientin V. sei in der Zeit vom **23. Juli 2010 bis zum 07. August 2010** auf der **Station 0118** behandelt worden. Unter ***„Anamnese“*** ist ausgeführt, die Patientin V. sei am 24. Juli 2010 aufgrund einer äthyltoxisch bedingten Leberinsuffizienz CHILD C orthotop lebertransplantiert worden. Die Aufnahme auf der Intensivstation 0118 sei bereits präoperativ erfolgt. Nach unkomplizierter Operation sei sie zur postoperativen Betreuung erneut aufgenommen worden.

(bbb) MELD-Verlauf der Patientin V.

Die Feststellungen zu den MELD-Werten, die bei der Patientin V. in der Zeit vom 21. Mai 2010 bis zum 19. Juli 2010 registriert waren, hat die Kammer anhand der „View MELD History VAUPEL, PETRA“ getroffen. Hinsichtlich der Bedeutung der „MELD-History“ und der aus der „MELD-History“ allgemein ersichtlichen Informationen wird auf die obigen Ausführungen unter C. II. 2. b) bb) (2) (b) (cc) (ccc) (Patient S.) Bezug genommen.

In der „MELD-History“ der Patientin V. ist der Name „VAUPEL, PETRA“, und als Geburtsdatum „09-02-1952“ sowie die Eurotransplantnummer „Y“ angegeben. Daher kann davon ausgegangen werden, dass sich diese „MELD-History“ auf die verfahrensgegenständliche Patientin V. bezieht.

In der „MELD-History“ der Patientin V. sind die MELD-Werte und Daten so, wie in den eingangs getroffenen Feststellungen unter C. II. 2. c) aa) (2) dargestellt, aufgeführt. Diese Werte und Daten stimmen außerdem überein mit den Eingaben, die sich aus der **„Historie der ENIS-Eingaben**“ ergeben. Hinsichtlich der Bedeutung der „Historie der ENIS-Eingaben“ und den aus der „Historie der ENIS-Eingaben“

allgemein ersichtlichen Informationen wird auf die obigen Ausführungen unter C. II. 2. b) bb) (2) (b) (cc) (eee) (Patient S.) Bezug genommen.

(ccc) Blutwerte der Patientin V.

Die eingangs unter C. II. 2. c) (2) getroffenen Feststellungen zu den in der Zeit vom **30. April 2010** bis zum **22. Juli 2010** gemessenen Kreatin-, Bilirubin-, INR- und Quick-Werten beruhen auf folgenden Urkunden, in denen die Werte so, wie angegeben, aufgeführt sind:

● **Werte vom 30. April 2010 und 10. Mai 2010:**
Ausdruck Laborparameter für den Aufenthalt vom 30. April 2010 bis zum 11. Mai 2010 des (...) Hospitals (...), Klinik für Innere Medizin / Diabetologie (Anlage zum Arztbrief des (...)-Hospitals vom 21. Mai 2010).

● **Werte vom 11. Mai 2010:**
Ausdruck Abteilung Klinische Chemie/Zentrallabor vom 12. Mai 2010, 08:41 Uhr (Pat.Nummer: 12232815, Fallnummer 56617755).

● **Werte vom 12.05.2010 und 17.05.2010:**
Ausdruck Abteilung Klinische Chemie/Zentrallabor vom 20. Mai 2010, 15:38 Uhr (Pat.Nummer: 12232815, Fallnummer 56617755).

● **Werte vom 12. Juni 2010 und 13. Juni 2010:**
Ausdruck Laborparameter für den Aufenthalt vom 12.06.2010 bis zum 13.06.2010 des (...) Hospitals (...), Klinik für Innere Medizin / Diabetologie (Anlage zum Arztbrief des Marien Hospitals vom 21. Juni 2010).

● **Werte vom 13., 14. und 15. Juli 2010:**
Ausdruck Abteilung Klinische Chemie/Zentrallabor vom 15. Juli 2010, 15:22 Uhr (Pat.Nummer: 12232815, Fallnummer 56823320).

● **Werte vom 16. Juli 2010**
Ausdruck Abteilung Klinische Chemie/Zentrallabor vom 16. Juli 2010. 14:30 Uhr (Pat.Nummer: 12232815, Fallnummer 56823320).

● **Werte vom 19. Juli 2010, 07:00 Uhr**
Ausdruck Abteilung Klinische Chemie/Zentrallabor vom 19. Juli 2010, 14:19 Uhr (Pat.Nummer: 12232815, Fallnummer 56823320) – Koordinationsakte.

● **Werte vom 19. Juli 2010, 13:12 Uhr**

Ausdruck Zentrum Innere Medizin, Abteilung Klinische Chemie/Kumulativbefund vom 4. März 2013, 13:28 Uhr (FNR 01056823320).

● **Werte vom 19. Juli 2010, 22:25 Uhr**

Ausdruck Abteilung Klinische Chemie/Zentrallabor vom 20. Juli 2010, 10:56 Uhr (Pat.Nummer: 12232815, Fallnummer 56823320).

● **Werte vom 22. Juli 2010**

Ausdruck Abteilung Klinische Chemie/Zentrallabor vom 22. Juli 2010, 07:00 Uhr (Pat.Nummer: 12232815, Fallnummer 56823320).

(ddd) Letzte Aktualisierung des MELD-Scores vor der Transplantation

Dass der **Transplantations-Koordinator W.**, der eigenen Angaben zufolge keine Erinnerung an konkrete Eintragungen hat, die in den unter C. II. 2. c) aa) (2) angegebenen Werte an Eurotransplant meldete, folgt aus der von **Eurotransplant** zur Verfügung gestellten „**Historie der ENIS-Eingaben“.** In der „Historie der ENIS-Eingaben“ ist unter dem „Insert date“ (Datum des Eintrags - Zeitpunkt der Eingabe in die MELD-Applikation von ENIS) „**19.07.2010 14:48**“ und als „User“ (Nutzer - Name des im ENIS-Programm angemeldeten Nutzers) **„W.“** angegeben. Die Zeugin S. hat glaubhaft bestätigt, dass der Nutzername des Transplantations-Koordinators W. „W.“ gewesen sei.

(eee) Falschangaben gegenüber Eurotransplant

Zur Überzeugung der Kammer war der von dem Zeugen W. am 19. Juli 2010 an Eurotransplant gemeldete Bilirubinwert von 19,2 mg/dl unzutreffend. Es war jedoch weder mit ausreichender Sicherheit feststellbar, dass der Wert auf einer Manipulation beruhte noch, dass der Angeklagte den Zeugen W. veranlasste, diesen Wert an Eurotransplant zu übermitteln.

Schließlich konnte ebenfalls nicht mit der erforderlichen Sicherheit festgestellt werden, dass dem Angeklagten vor der Transplantation bekannt war, dass ein unzutreffender Bilirubin-Wert an Eurotransplant übermittelt worden und dem Match-Verfahren, in dem die Organzuteilung erfolgte, für die Patientin V. ein falsch hoher MELD-Score zugrunde gelegt worden war.

(aaaa) Soweit der **Angeklagte** sich dahingehend eingelassen hat, der bei der Patientin gemessene Bilirubin-Wert von 19,20 mg/dl könne zutreffend gewesen sein, weil Schwankungen der Blutwerte angesichts der Schwere des Krankheitsbildes nicht ungewöhnlich seien, geht die Kammer davon aus, dass dieser Bilirubin-Wert unzutreffend war. Dies folgt insbesondere aus dem Verlauf der Bilirubin-Werte, die bei der Patientin V. in der Zeit vom 30. April 2010 bis 22. Juli 2010 gemessen wurden sowie aus den Ausführungen des **Sachverständigen Prof. Dr. B.** und der Aussage der **Leitenden MTA des Zentrallabors, der Zeugin A.O.**.
In der Zeit vom **30. April 2010 bis zum 22. Juli 2010** wurden bei der Patientin V. **Bilirubin-Werte zwischen 2,60 mg/dl und 5,10 mg/dl gemessen**. Keiner der Werte erreichte auch nur annähernd den Wert von 19,20 mg/dl, der anhand der am 19. Juli 2010 um 07:00 Uhr entnommenen Blutprobe gemessen wurde. Darüber hinaus ist festzustellen, dass der Bilirubin-Wert, der mittels der circa fünf Stunden später, also am 19. Juli 2010 um 13:05 Uhr entnommenen Blutprobe festgestellt wurde, wiederum „nur“ noch 4,20 mg/dl betrug. Dieser Wert war somit wieder deutlich niedriger und befand sich in dem Bereich der vorangegangenen und nachfolgenden Bilirubin-Messungen [5,10 mg/dl (Blutprobe vom 19. Juli 2010 22:35 Uhr) und 4,50 mg/dl (Blutprobe vom 22. Juli 2010 07:00 Uhr)].

Der Sachverständige **Prof. Dr. B.** hat ausgeführt, bei dem am 19. Juli 2010 gemessenen Bilirubin-Wert handele es sich um einen außergewöhnlich hohen Wert. Die sprunghafte Verschlechterung des Bilirubins und die daran anschließende schnelle Erholung seien klinisch nicht plausibel. Dafür, dass diese Einschätzung des Sachverständigen zutreffend ist, spricht weiter die **Aussage der Zeugin O.**, die bekundet hat, der bei der Patientin gemessene Bilirubin-Wert von 19,20 mg/dl sei vom Zentrallabor als falsche Abnahme eingeordnet und im Computersystem überschrieben worden, so dass er nach der Überschreibung im IXSERV-System nicht mehr erschienen sei.

Die Zeugin **O.** hat zum Ablauf der Blutuntersuchungen und der elektronischen Datenverarbeitung im Wesentlichen angegeben, nach Eingang der Blutproben im Zentrallabor werde zunächst überprüft, ob der Patientenname mit dem dazugehörigen Untersuchungsauftrag übereinstimme. Sodann würden die Proben auf Ständer gestellt und an die einzelnen Stationen verteilt. Die eingehenden Aufträge zur Untersuchung des Probenmaterials könnten unterschiedliche

Untersuchungen beinhalten. Im Zentrallabor seien verschiedene Untersuchungsgeräte, sogenannte „Analyser“, vorhanden. Jedes Gerät mache unterschiedliche Untersuchungen und werde von unterschiedlichen Mitarbeitern überwacht. Jeder Mitarbeiter verfüge über ein Namenskürzel und ein Passwort.
Alle Tätigkeiten, die an den Geräten ausgeübt würden, würden in den Geräten hinterlegt. Wenn am Terminal eingegeben werde, dass das Gerät ordnungsgemäß gearbeitet habe, sei die Prüfung bzw. die **technische Validation** abgeschlossen.
Nach Abschluss der technischen Validation würden sämtliche Befunde, die anhand der untersuchten Blutprobe ermittelt worden seien, im Befundmodul zusammengeführt. Sodann erfolge eine **medizinische Validation**. Hinsichtlich der technischen und medizinischen Validation wird auch auf die oben Ausführungen unter C. II. 1. a) cc) (2) (i) (bb) Bezug genommen.

Die Werte, die im Labor bestimmt würden, würden zunächst von der Person angeschaut, die das Arbeitsgerät bedient habe. Wenn sämtliche Analyseergebnisse vorlägen, würden diese zusammengeführt und sämtliche Ergebnisse von der Bereichs-MTA geprüft. Wenn keine Abweichungen vorlägen, würden die Werte grundsätzlich nicht zusätzlich von einem Arzt validiert, sondern lediglich von der Bereichs-MTA. Wenn jedoch Besonderheiten vorlägen, finde eine sogenannte Plausibilitätskontrolle statt.

Wenn die technische und medizinische Validation abgeschlossen sei, erfolge ein sogenannter „Zwangsausdruck“ bei dem Einsender der Blutprobe bzw. des Untersuchungsauftrags. Darüber hinaus könnten nach der medizinischen Validation die Daten von allen Zugriffsberechtigten im IXSERV-System eingesehen werden. In einigen Bereichen, zum Beispiel bei der Tag- und Nachtaufnahme, in den Operationssälen und auf den Intensivstationen seien die Befunde jedoch bereits nach der technischen und noch vor der medizinischen Validation im IXSERV einsehbar. Seit etwa 2007 habe auch die Ambulanz der Gastroenterologie die Möglichkeit gehabt, die sogenannten „Vorabbefunde“ im IXSERV-System einzusehen.

Wenn die medizinische Validation ergebe, dass ein Wert bzw. ein Befund unplausibel sei, werde dieser Wert im System mit einem Kommentar überschrieben. Die Zeugin O. hat bekundet, dass der ursprünglich gemessene und angezeigte Wert nicht gelöscht werde, sondern vielmehr, nachdem er überschrieben worden sei, in die

Logfiles (Protokolldatei) zurücktrete. Das bedeute, der gemessene Wert könne nach wie vor anhand der Logfiles nachverfolgt werden. Anhand der Logfiles könne man darüber hinaus unter anderem nachvollziehen, von welcher Person zu welcher Zeit eine bestimmte Information eingegeben und an welchem Gerät gearbeitet worden sei.
Wenn bei den Blutprobenuntersuchungen Auffälligkeiten festgestellt würden, würde der Einsender hierüber bereits vorab telefonisch informiert.

Hinsichtlich der Patientin V. hat die Zeugin O. ausgesagt, anhand der Logfiles, die die Untersuchung der am 19. Juli 2010 um 07:00 Uhr entnommene Blutprobe beträfe, sei feststellbar, dass der Bilirubin-Wert als „falsche Abnahme“ eingestuft und ein Telefonat geführt worden sei. Mit wem dieses Telefonat, das in der Regel mit dem Einsender der Probe geführt werde, im konkreten Fall geführt worden sei, sei aus den Logfiles hingegen nicht ersichtlich. Den Logfiles sei darüber hinaus zu entnehmen, dass der Vorabbefund mit dem Bilirubinwert von 19,20 mg/dl am 19. Juli 2010 **in der Zeit von 11:54 Uhr bis 14:45 Uhr**, also knapp drei Stunden, im **IXSERV-System** einsehbar gewesen sei.

Diese Angaben der Zeugin O. waren anhand der von ihr erläuterten Logfiles nachvollziehbar.

So ist auf dem Ausdruck dieser Logfiles zunächst ausgeführt:

„24.10.2010 00: 33 :48 Auftrag, Befund

Patient: VP090253F0 (V., P.) (...)*/F, PNR:*
01012232815, FNR: 01056823320
TNR: 19.07.10/0863, LNR: 01347, ANR: 81326163, EANR: 81326163,
Routine
Anforderung: 19.07.2010 11:17:18, Abnahme: 19. 07.2010 07:00:00,
Einsender: 4024-GASTR, Labor. „R“

19.07.2010 11:17:19 boul@kc65vl-s. inmed-klichm.klin - Auf. ändern
Zusatzinformationen: Org. Abnahme ("19.07.2010 07 00:00"),
#211 ("479155")

19.07.2010 11:17:19 boul-@kc65vls.inmed-klichm.klin - Auf. neu
angeforderte Profile: Na P, K P, Bil to, Krea P, Alb P, CRP P,
AST P, ALT P, GGT P, AP P, Quick, INR, kl BB“

19.07.2010 11:17:19 boul@kc65vls.inmed-klichm.klin - Auf. ändern
Zusatzinformationen: Abnahmealter (alt=,neu= „zu alt (> 4h)“
[…]

19.07.2010 11:50:56 @opus-kc -Analysengerät

Liste=KLPL 2, Info=5015-3, ID= 8132616301 (sid=8132616301)
Na P=131 N [989=130.9(N)]
K P=8.9S A [990=8.94 (A)]
P-LiIN=21 N [992=21 (N)]
P-HäIn=13 N [993.]=13 (N))
P-Ikln=21 N [994=21 (N)]
Alb P=3.3 N [413=3.28 (N)]
Krea P=1.88 N [652=1.88 (N)]
ALT P=1975S HH [684=975.4(HH)]
CRP P=3.7 N [311=3.7 (N)]
AST P=L976S A [686=1976.2 (A)]
Bi to=19.2 N [101=19.24 (N]
GGT P=30 N [479=29.6-29.6 (N)]
AP P=77 N [158=77 (N)]

19.07.2010 11:54:30 mama@kc6ytls. inmed-klichm.klin - Res. freigeben technisch freigegebene Analysen: Na P=131, Bi to=19.2, Alb P=3. 3, CRP P=3.7, AP P=77, P-HäIn=13, P-LiIn=21

[…]

19.07.2010 13:03:39 gosu@kchvtls.inmed-klichm.klin – Telefon, wird neu abgenommen werte zweifelhaft!
[…]

19.07.2010 14:44:55 gosu@kchvtls. inmed-klichm.klin - Res. kom. Resultat-Kommentare; Na P (neu = [fa]), K P(neu = [fa]), Bi to(neu = [fa]), Krea P (neu = [fa]), AIb P (neu = [fa]), CRP P (neu = [fa]), AST P (neu = [fa]), ALT P (neu = [fa]), GGT P (neu = [fa]), AP P(neu = [fa]), P-HäIn (neu = [fa]), P-IkIn (neu = [fa]), P-LiIn (neu = [fa])

Die Zeugin **O.** hat hierzu erläutert, unter „Auftrag, Befund“ sei zu erkennen, dass es sich um die Patientin „P.V.“ handele mit dem Geburtsdatum „09.02.1953“. Bei der Nummer „81326163“ handele es sich um die Probennummer. Der Einsender sei die Station 4024 der Gastroenterologie.

Darunter sei zu erkennen, dass der Probeneingang am 19. Juli 2010 um 11:17 Uhr erfolgt sei, also mehr als vier Stunden nach der Blutentnahme. Die Abkürzung „boul“ zeige den Bediener des Geräts. Darunter befinde sich als Zusatzinformation, dass die Probenentnahme am 19. Juli 2010 um 07:00 Uhr stattgefunden habe. Hierunter seien die angeforderten Untersuchungen aufgeführt. Soweit in der nachfolgenden Zeile unter der Uhrzeit „11:17:19“ eingetragen sei, dass das Abnahmealter zu alt sei, bedeute dies, dass die Probe älter als vier Stunden sei.

Um 11:50:56 sei der Bilirubinwert („Bi to“)von „19.2“ gemessen worden.

Aus der Zeile „11:54:30“ sei zu ersehen, dass die Messung von der Mitarbeiterin „mama“ technisch freigegeben und als technisch plausibel gewertet worden sei, darunter auch der Bilirubin-Wert (= „Bi to“) von 19,20 mg/dl. Ab diesem Zeitpunkt sei

auch der Bilirubin-Wert im XSERV-System sichtbar gewesen. Unter der Uhrzeit 13:03:39 sei ausgeführt, dass die Mitarbeiterin „gosu“ telefoniert habe und der Wert neu abgenommen werde, da die Werte zweifelhaft gewesen seien. Mit wem die Mitarbeiterin telefoniert habe, sei nicht notiert und daher nicht mehr nachvollziehbar. Unter „14:44:55“ sei ausgeführt, dass die dort genannten Werte, darunter der Bilirubin und der Kreatinin-Wert, überschrieben worden seien durch den Vermerk „fa“. Dies bedeute „falsche Abnahme“. Ab dieser Zeit seien im IXSERV-System die ursprünglich angegebenen Werte nicht mehr sichtbar gewesen.

(bbbb) Da die Umstände der Blutentnahme unbekannt geblieben sind, konnte nicht festgestellt werden, ob der Bilirubin-Wert von 19,20 mg/dl auf einer Manipulation der Blutprobe der Patientin beruhte. Es kann vielmehr nicht ausgeschlossen werden, dass der Wert auf einer falschen Abnahme oder gegebenenfalls auch auf einer unbeabsichtigten Blutprobenverwechselung beruhte. So haben die Zeugen **O.**, **G.** (Stationsleiter 1012/1016) und **Prof. Dr. S.** ausgesagt, dass es in der Vergangenheit in der UMG durchaus mehrfach zu unbeabsichtigten Verwechselungen von Blutproben gekommen sei.

(cccc) Zwar konnte, wie bereits dargelegt, festgestellt werden, dass der Zeuge W. am 19. Juli 2010 eine Aktualisierung des MELD-Scores der Patientin V. vornahm und unter anderem auch den unzutreffenden Bilirubin-Wert von 19,20 mg/dl an Eurotransplant übermittelte. Wer ihn indes dazu veranlasste, war trotz der umfänglichen Bemühungen der Kammer nicht feststellbar. Insbesondere hat die Beweisaufnahme nicht ergeben, dass der Angeklagte den Zeugen W. hierzu anwies.

Der Zeuge **W.** hat bekundet, er habe keine Erinnerung an die Umstände, die am 19. Juli 2010 zu der Aktualisierung des MELD-Scores der Patientin V. geführt hätten.

Aus Sicht der Kammer kann letztlich nicht ausgeschlossen werden, dass Prof. Dr. R. bzw. einer seiner Mitarbeiter den Transplantations-Koordinator anwies, den MELD-Score der Patientin V. zu aktualisieren und hierbei die Blutwerte zugrunde zu legen, die anhand der am 19. Juli 2010 um 07:00 Uhr entnommen Blutproben festgestellt wurden.
Die Patientin V. befand sich zum Zeitpunkt der Blutentnahme auf der Privatstation 4024 von Prof. Dr. R. in der Abteilung Gastroenterologie. Von Mitarbeitern dieser Abteilung wurden – zumindest in Einzelfällen – entweder direkt Eingaben in das

ENIS-System von Eurotransplant zur Aktualisierung von Patientendaten gemacht oder es wurde die Veränderung von Patientenwerten an die Transplantations-Ambulanz bzw. das Transplantations-Koordinationsbüro gemeldet.

Ebenso wie bei dem Patienten S. ist der „Historie der ENIS-Eingaben“ der Patientin V. zu entnehmen, dass ein Mitarbeiter von R. – in diesem Fall der Arzt **Dr. A.L.** – Patientendaten in das ENIS-System von Eurotransplant eingab und die Daten an Eurotransplant übermittelte. So befindet sich unter dem „Insert date“ (Datum des Eintrags - Zeitpunkt der Eingabe in die MELD-Applikation von ENIS) der Eintrag „**13.06.2010 14:48**“ und unter „User“ (Nutzer - Name des im ENIS-Programm angemeldeten Nutzers) der Eintrag **„AL.“**. Es ist daher keineswegs abwegig, dass Prof. Dr. R., der in der Vergangenheit bereits Mitarbeiter zu Manipulationen aufgefordert hatte, entweder selbst den Zeugen W. anwies, die genannten Werte, darunter den Bilirubin-Wert von 19,20 mg/dl an Eurotransplant zu melden oder einer seiner Mitarbeiter dies tat.

(dddd) Bei der Patientin V. ist ebenso wie bei dem Patienten S. die Einlassung des Angeklagten, ihm sei unbekannt gewesen, dass hinsichtlich der Patientin V. unzutreffende Angaben gegenüber Eurotransplant gemacht wurden, nicht zu widerlegen.
Den oben unter (aaaa) dargestellten Logfiles ist zu entnehmen, dass Einsender der Blutprobe die Station 4024 war, so dass davon ausgegangen werden kann, dass die Entnahme der Blutprobe um 07:00 Uhr auf dieser Station stattfand. Die Zeugin O. hat glaubhaft bekundet, dass bei auffälligen Werten eine telefonische Mitteilung an die Stationen erfolge, die die Untersuchung der Blutprobe in Auftrag gegeben habe. In der Regel werde die Auffälligkeit dem Stationspersonal mitgeteilt. Da es sich bei der Station 4024 um die Privatstation von R. handelt, die sich in der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie, also einer ganz anderen Abteilung als die Transplantationschirurgie befand, kann nicht ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass das Ergebnis der Blutuntersuchung dem Angeklagten mitgeteilt wurde. Ebenso wenig kann mit der erforderlichen Sicherheit davon ausgegangen werden, dass der Angeklagte auf andere Weise von den Blutwerten bzw. deren Weiterleitung an Eurotransplant Kenntnis erlangte. Zwar hätte der Angeklagte grundsätzlich auch die Möglichkeit gehabt, sich im IXSERV-System Blutwerte der Patienten anzusehen, ohne dass ihm hierfür die Papierakte vorliegen musste. Vorliegend ist aber zu

berücksichtigen, dass die von dem Zeugen W. an Eurotransplant gemeldeten Blutwerte lediglich knapp drei Stunden im IXSERV-System einsehbar waren und sodann überschrieben wurden. So hat die Zeugin **O.** anhand der Logfiles nachvollziehbar dargelegt, dass die überschriebenen Blutwerte lediglich am 19. Juli 2010 in der Zeit von 11:54 Uhr bis 14:45 Uhr im IXSERV-System zu sehen gewesen seien.

Der Laborausdruck der Abteilung Klinische Chemie/Zentrallabor vom 19. Juli 2010, der, wie die Zeugin S. bestätigt hat, an Eurotransplant per FAX im Rahmen des „Audits“ übersandt wurde, wurde um 14:19 Uhr ausgedruckt. Auf diesem Ausdruck, der sich, was der Sachverständige **Prof. Dr. B.** bestätigt hat, in der Koordinationsakte befindet, ist oben rechts aufgeführt:

„19.07.2010 14:19“

Hieraus kann geschlossen werden, dass es sich hierbei um Datum und Uhrzeit des Ausdrucks handelt.

Auf diesem Laborausdruck ist hinter „*P-Bilirubin, ges. <=1.2 mg/dl“* angegeben: *„19,2 mg/dl“.*

Auf dem Laborausdruck der Abteilung Klinische Chemie/Zentrallabor, der am 20. Juli 2010 ausgedruckt wurde und auf dem sich die Ergebnisse mehrerer Blutuntersuchungen befinden, sind unter anderem folgende Angaben:

*„**Befundtyp:***	*Routine*
Abnahmedatum:	*19.07.10*
Abnahmezeit	*07:00*
Probeneingangsdatum	*19.07.10*
Probeneingangszeit	*11:31*
Anfordernde Stelle	*4024-GAS*
ANR	*81327932*
Medizinische Validation	*OE*
[…]	*[…]*
P-Bilirubin, ges. <=1.2 mg/dl	*6)S. Hinw*

Am Ende des Ausdrucks ist unter 6) aufgeführt:

> *falsche Abnahme*
> *Störung durch Hämolyse. Das Ergebnis ist ggf. nur eingeschränkt zu verwenden.“*

Dies bestätigt die Aussage der **Zeugin O.**, dass nach dem Überschreiben der Werte diese im IXSERV-System nicht mehr zu sehen seien, sondern lediglich der Kommentar zu sehen sei, mit dem die Werte überschrieben worden wurden. Da der unzutreffende Bilirubin-Wert lediglich etwa drei Stunden im IXSERV-System zu sehen war, ist es denkbar, dass der Angeklagte von diesen Werten keine Kenntnis erlangte.

Auch den „Leberwartelisten“ bzw. „MELD-Listen“ konnte der Angeklagte die an Eurotransplant gemeldeten Blutwerte der Patienten nicht entnehmen. Wie bereits ausgeführt befinden sich auf den „Leberwartelisten“ und „MELD-Listen“, die dem Angeklagten von der Zeugin S. übermittelt wurden, keine Angaben zu Blutwerten, sondern nur zur Höhe des labMELD und des exceptionalMELD.
Hinsichtlich der Angaben, die sich auf den „Leberwartelisten“ und den „MELD-Listen“ befinden, wird auf die obigen Ausführungen unter C. II. 2. b) bb) (2) (b) (cc) (bbb) und C. II. 2. b) bb) (2) (b) (cc) (eee) genommen.

Der Angeklagte hätte allenfalls Einsicht in die an Eurotransplant gemeldeten Blutwerte nehmen können, wenn er sich in das ENIS-System eingeloggt und die „MELD-History“ der Patientin V. aufgerufen und angesehen hätte. Hierfür gibt es indes keine Anhaltspunkte. Die Einlassung des Angeklagten, er habe die Werte der Patientin V., die am 19. Juli 2010 an Eurotransplant übersandt wurden, nicht gekannt, ist nicht zu widerlegen.

Allerdings kann davon ausgegangen werden, dass dem Angeklagten der angestiegene MELD-Wert von 31 bekannt war, da dieser Wert in der am 20. Juli 2010 um 12:33 Uhr ausgedrückten „MELD-Liste aufgeführt ist und der Angeklagte, was er bestätigt hat, diese MELD-Listen regelmäßig erhielt. Aber auch insoweit ist die Einlassung des Angeklagten, der Gesundheitszustand der Patientin V. sei so schlecht bzw. kritisch gewesen, dass ihm der MELD-Score von 31 plausibel erschienen sei, nicht zu widerlegen. So hat er Sachverständige **Prof. Dr. B.** ausgeführt, bei der Patientin V. habe vor der Transplantation ein schweres lebensbedrohliches Krankheitsbild bestanden.

(3) Organallokation und Transplantation

(a) Match-Verfahren und Verlauf vor der Transplantation

(aa) Die **Feststellungen zu den Spenderdaten** beruhen auf den Ausführungen des Sachverständigen **Prof. Dr. B.**. Die Kammer hatte keine Veranlassung an diesen Ausführungen des Sachverständigen zu zweifeln.

(bb) Hinsichtlich der allgemeinen Berechnung des MELD-Scores wird auf die obigen Ausführungen unter C. II. 1. a) bb) (3) Bezug genommen. Bei Berechnung **des MELD-Scores** der **Patientin V.**, den diese **ohne Falschangabe** gehabt hätte, hat die Kammer, da die Bilirubin- und Kreatinin-Werte der am 19. Juli 2010 um 07:00 Uhr entnommenen Blutprobe als „falsche Abnahme“ eingestuft wurden, die Bilirubin- und Kreatinin-Werte der Blutprobe zugrunde gelegt, die am selben Tag um 13:05 Uhr entnommen wurden. Diese Werte ergeben sich aus dem Ausdruck des Zentrallabors der Abteilung Klinische Chemie vom 20. Juli 2010. Der **Bilirubin-Wert** betrug **4,20 mg/dl** und der **Kreatinin-Wert 0,30 mg/dl.** Da der INR-Wert dieser Blutprobe nicht gemessen wurde, hat die Kammer der MELD-Berechnung den INR-Wert von **1,90 mg/dl** aus der Blutprobe vom 19. Juli 2010 07:00 Uhr zugrunde gelegt. Dieser Wert wurde nicht überschrieben und blieb daher gültig. Aus dem **Bilirubin-Wert** von 4,20 mg, dem Kreatinin-Wert von 0,30 mg/dl und dem INR-Wert von 1,90 mg/dl errechnet sich ein **MELD-Score von 19**. Würde man der Berechnung des MELD-Scores die Ergebnisse der am 19. Juli 2010 um 22:25 Uhr entnommenen Blutprobe zugrunde legen (Kreatinin: 0,29 mg/dl, Bilirubin: 5,10 mg/dl und INR: 1,9) errechnet sich ein MELD-Score von 20.

Die Feststellungen zu dem **Ranglistenplatz de**r **Patientin V.** in dem Match-Verfahren mit der Nummer 189736, in dem die Organzuteilung erfolgte, sowie die dargelegten Angaben zu den vor ihr stehenden und ihr nachfolgenden Patienten hat die Kammer anhand der von Eurotransplant zur Verfügung gestellten Aufstellung, die das Match-Verfahren vom 23. Juli 2010, Match-Nr. 189736, siehe dazu nachfolgend (5)].

(cc) Zur Überzeugung der Kammer kann davon ausgegangen werden, dass es der **Angeklagte** war, der das **Organangebot** für die Patientin V. am 23. Juli 2010 **annahm**.

Der Angeklagte hat sich dahingehend eingelassen, dass über die Annahme von Organangeboten nur Dr. L. und er entschieden hätten. Dies wurde durch die Aussagen der Zeugen **G.** und **Dr. G.** bestätigt. Da in den handschriftlichen

Arbeitszeitnachweisen des gesondert Verfolgten Dr. L. für die Zeit vom 12. bis zum 27. Juli 2010 handschriftlich ein „U“ (= „Abwesenheit aufgrund von Urlaub“) eingetragen ist, kann davon ausgegangen werden, dass Dr. L. am 23. Juli 2010 nicht im Dienst war und damit auch nicht über die Organannahme entschieden haben kann.

(dd) Die Feststellung, dass die Patientin V. am 20. Mai 2010 in die geplante Lebertransplantation **einwilligte**, folgt im Wesentlichen aus dem Inhalt des bereits dargelegten Einwilligungsformulars [siehe oben C. II. 2. c) bb) (2) (b) (aa) (bbb)].

In dem **Einwilligungsformular** befindet sich neben der Formulierung *„Unterschrift Patient / in unmittelbar vor der Transplantation“* ein unleserlicher handschriftlicher Eintrag. Neben der Formulierung *„Unterschrift Arzt / Ärztin unmittelbar vor der Transplantation:“* folgt ebenfalls eine unleserliche Unterschrift.
Darunter befindet sich der handschriftliche Eintrag:

„Pat. hat mündl. eingewilligt, schriftl. Ø mgl. […]“.

Die Kammer hat keinen Zweifel daran, dass die Durchführung der Transplantation dem (mutmaßlichen) Willen der Patientin V. entsprach, so dass es auf die Frage, ob die Patientin V. zum Zeitpunkt der zweiten Unterzeichnung der Einwilligungserklärung einwilligungsfähig war oder nicht, nicht ankommt.

Der Angeklagte hat sich dahingehend eingelassen, die Patientin V. habe **mündlich** in die Transplantation **eingewilligt**, weil sie bereits zu schwach gewesen sei, das Einwilligungsformular zu unterschreiben. Die Transplantation habe dem Willen der Patientin V. entsprochen. Diese habe ihm gegenüber geäußert, sie habe Angst, dass sie an dem Wasser im Bauch und in der Lunge ertrinke. Dafür, dass dies zutreffend ist, spricht, dass in dem Arztbrief des Marien Hospitals D. vom 21. Mai 2010 ausgeführt ist, bei der Patientin V. habe eine Luftnotsymptomatik bestanden. In dem psychiatrischen Konsil vom 12. Mai 2010 ist hinsichtlich der Patientin V. ausgeführt, dass häufig Angstsymptome bei Dyspnoe wegen Aszites bestünden. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass der Sachverständige **Prof. Dr. B.** ausgeführt hat, bei der Patientin V. habe eine akut lebensbedrohliche Erkrankung bestanden.

(b) Transplantation

Der **Angeklagte** hat bestätigt, die Lebertransplantation bei der Patientin V. am 24. Juli 2010 durchgeführt zu haben.
Der Sachverständige **Prof. Dr. B.** hat hinsichtlich der Durchführung der Operation bekundet, dass diese nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt worden sei. Die Kammer hatte keine Veranlassung an diesen Ausführungen des Sachverständigen zu zweifeln.

(c) Erforderlichkeit und Dringlichkeit der Lebertransplantation

(aa) Die Beweisaufnahme hat zur Überzeugung der Kammer die **Einlassung des Angeklagten**, dass die Patientin V. unter Leberzirrhose gelitten und die Gefahr bestanden habe, dass sie ohne die Durchführung einer Lebertransplantation kurzfristig verstorben wäre, bestätigt. Bereits aus diesem Grund war die Operation wie von dem Angeklagten angegeben erforderlich und vor allem dringlich. Darüber hinaus wurde sie zu Heilzwecken durchgeführt.Dies folgt aus dem Gutachten des Sachverständigen **Prof. Dr. B.** sowie ergänzend hierzu aus dem **Befundbericht des Zentrums Pathologie der UMG vom 29. Juli 2010.**

(aaa) Der Sachverständige **Prof. Dr. B.** hat zu der Erkrankung der Patientin V. dargelegt, bei der Patientin habe eine fortgeschrittene alkoholtoxische Leberzirrhose mit Ansammlung von Aszites und einer deutlichen Einschränkung der Leberfunktion vorgelegen. Darüber hinaus habe eine Pilzinfektion bestanden, die auf die Blutbahn übergegriffen gehabt habe und entsprechend behandelt worden sei. Außerdem habe die Patientin eine sogenannte spontan bakterielle Peritonitis gehabt. Hierbei handele es sich um eine Infektion des Bauchraumes mit Bakterien, wie sie häufig als Komplikation einer fortgeschrittenen Leberzirrhose mit Bauchwasserbildung eintreten könne. Insgesamt habe vor der Transplantation ein schweres lebensbedrohliches Krankheitsbild bestanden.
Der Sachverständige hat des Weiteren ausgeführt, bei Zugrundelegung der Laborwerte der am 19. Juli 2010 um 22:25 entnommen Blutprobe habe der berechnete MELD-Score der Patientin V. 20 betragen. Dies entspreche einer geschätzten Drei-Monats-Mortalität von 11 %. Insoweit hat der Sachverständige Prof. Dr. B. daraufhin gewiesen, dass der MELD-Score und die sich hieraus ergebende statistische Sterbewahrscheinlichkeit im Fall der Patientin V. nicht den tatsächlichen

Gesundheitszustand widergespiegelt habe, da diese unter einer spontan bakteriellen Peritonitis gelitten habe. Hierbei handele es sich um eine lebensbedrohliche Komplikation. Auch nach Überstehen der spontan bakteriellen Peritonitis habe noch immer die konkrete Gefahr bestanden, dass die Patientin ohne Transplantation kurzfristig versterben würde.

(bbb) Der Sachverständige **Prof. Dr. B.** hat darüber hinaus dargelegt, bei der Patientin V. habe zum Zeitpunkt der Transplantation **keine Sepsis** vorlegen.
Laut den Sepsiskriterien der Deutschen Sepsis Gesellschaft sei die Sepsis definiert als systemisch inflammatorisches Response-Syndrom mit systemischer durch Mediatoren induzierter Reaktion auf eine Vielzahl von infektiösen und nicht infektiösen Schädigungen, wovon von den folgenden Kriterien mindestens zwei erfüllt sein müssten,
Fieber (=>38°C) oder Hypothermie (<= 36°C) bestätigt durch eine rektale, intravasale oder intravesikale Messung
- Tachykardie: Herzfrequenz => 90 /min.
- Tachypnoe (Frequenz < 20/min) oder Hyperventilation (paCO2 <= 4,3 kPa bzw. <= 33mmHg)
- Leukozytose (>= 12.00/mm3) oder Leukopenie (<= 4000/mm3) oder >= 10% unreife Neutrophile im Differentialblutbild.

Sepsis sei auch definiert als nachgewiesenes „SIRS“ und Diagnose einer Infektion über den mikrobiologischen Nachweis oder durch klinische Kriterien. Die SIRS-Kriterien seien bei der Patientin V. unmittelbar vor der Transplantation nicht erfüllt gewesen. Damit habe auch keine Sepsis vorgelegen.

(ccc) Hinsichtlich der **Einhaltung der Alkoholkarenzzeit** hat der Sachverständige ausgeführt, der Patientenakte sei zu entnehmen, dass eine Karenzzeit von sechs Monaten nicht eingehalten worden sei. Im Konsil des Psychiaters vom 25. Mai 2010 sei festgehalten, dass die Patientin seit Ostersonntag 2010 definitiv abstinent gewesen sei. Der Ostersonntag sei im Jahr 2010 auf den 4. April 2010 gefallen. Die Transplantation sei am 24. Juli 2010 erfolgt. Der Sachverständige hat des Weiteren dargelegt, dass nicht davon ausgegangen werden könne, dass es bei Einhaltung einer vollständigen Alkoholabstinenz zu einer Besserung des Gesundheitszustandes der Patientin gekommen und hierdurch bis auf Weiteres eine Transplantation nicht

mehr erforderlich gewesen wäre. Zur Begründung hat er ausgeführt, dass es trotz der (mutmaßlich seit dem 4. April 2010) eingehaltenen konsequenten Alkoholkarenz zu einer Verschlimmerung des Krankheitsbildes gekommen sei, so dass eine weitere Verschlechterung der Leberfunktion eingetreten sei.

(ddd) Obwohl der Sachverständige **Prof. Dr. B.** zu der Einschätzung gelangt war, dass bei der Patientin V. eine akut lebensbedrohliche Erkrankung vorgelegen und die Gefahr bestanden habe, dass die Patientin ohne Transplantation kurzfristig verstorben wäre und auch die Einhaltung einer Alkoholabstinenz nicht zu einer Besserung des Krankheitsbildes geführt hätte, ist er aufgrund der Nichteinhaltung einer sechsmonatigen Alkoholabstinenz zu der Bewertung gelangt, dass die bei der Patientin V. durchgeführte Lebertransplantation **nicht „medizinisch indiziert“** gewesen sei. Es habe zwar **aus „somatischer Sicht“ eine Indikation zur Lebertransplantation** bestanden. Da jedoch die nach den Richtlinien der Bundesärztekammer notwendige Alkoholkarenzzeit von sechs Monaten nicht beachtet worden sei, habe aufgrund dieses Umstands eine **Kontraindikation** bestanden.

(eee) Hinsichtlich der gutachterlichen Bewertung des Gesundheitszustands der Patientin V. hatte die Kammer keine Veranlassung an den Ausführungen des Sachverständigen zu zweifeln. Seine Angaben, insbesondere zu den bei der Patientin V. aufgetretenen Komplikationen werden gestützt durch den Inhalt der zitierten Arztbriefe [siehe oben C. II. 2. c) bb) (3) (b)]. Darüber hinaus ist in dem **Befundbericht des Zentrums Pathologie der UMG vom 29. Juli 2010** hinsichtlich der Untersuchung der bei der Patientin explantierten Leber, ausgeführt, dass eine feinknotige Leberzirrhose mit portaler und periportaler lymphozytärer und granulozytärer, aktiver Hepatitis vorgelegen habe. Der Befund passe insgesamt zu einer fortgeschrittenen äthyltoxischen Leberschädigung.

(fff) Aufgrund des Umstands, dass bei der Patientin V. eine fortgeschrittene irreversible Leberzirrhose sowie ein lebensbedrohliches Krankheitsbild vorlag und ohne Transplantation die Gefahr bestanden hätte, dass die Patientin V. kurzfristig verstorben wäre, ist die Kammer davon ausgegangen, dass die bei der Patientin V.

erfolgte **Lebertransplantation zu Heilzwecken durchgeführt** wurde und **keine Kontraindikation** bestand.

Soweit der Sachverständige **Prof. Dr. B.** zu der Bewertung gelangt ist, die Lebertransplantation sei lediglich „somatisch“ nicht jedoch „medizinisch“ indiziert gewesen bzw. es habe eine Kontraindikation zur Lebertransplantation bestanden, steht dies der Einschätzung der Kammer, dass die Lebertransplantation zu Heilzwecken durchgeführt wurde, nicht entgegen. Insoweit wird hinsichtlich der Einordnung der Begriffe „medizinische Indikation“ und „Kontraindikation“ auf die obigen Ausführungen unter C. II. 1. a) bb) (2) (a) (aa) und (bb) sowie (b) (dd) Bezug genommen. Den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. B. zufolge lagen keine medizinischen Gründe vor, die dafür sprachen, dass bei der Patientin V. keine Lebertransplantation hätte durchgeführt werden dürfen. Insbesondere hat sich auch nicht die Einschätzung der „R.K.“ bestätigt, dass bei der Patientin V. zum Zeitpunkt der Transplantation eine Sepsis bestanden habe, die eine Kontraindikation dargestellt habe.

(bb) Ernsthafte Anhaltspunkte dafür, dass der Angeklagte die Transplantation aus sachfremden Erwägungen wie zum Beispiel die Steigerung der Transplantationszahlen, seines Ansehens oder der Erlangung von Bonuszahlungen durchführte und nicht, um die Erkrankung der Patientin V. zu behandeln, haben sich nicht ergeben.
Zwar erhielt der Angeklagte für die Durchführung der Transplantation eine Bonuszahlung von 1.500,00 Euro. An der Schwere der Erkrankung und der Dringlichkeit der Transplantation bestehen aus Sicht der Kammer aus den vorstehend dargelegten Gründen keinerlei Zweifel. Dass der Angeklagte gegebenenfalls grundsätzlich bei seiner Tätigkeit im Rahmen der Transplantationschirurgie darauf bedacht war, die Transplantationszahlen und auch sein berufliches Renommee bzw. seine wissenschaftliche Reputation zu steigern, lässt keinesfalls ohne weitere greifbare Anhaltspunkte darauf schließen, dass der Angeklagte die bei der Patientin V. durchgeführte Transplantation ohne Rücksicht darauf vornahm, ob diese erforderlich war oder nicht. Zur allgemeinen Motivation des Angeklagten wird auch auf die obigen Ausführungen unter C. I. 2. c) (aa) – (cc) Bezug genommen. Die Kammer ist davon überzeugt, dass der Angeklagte die

Transplantation durchführte, um die Lebererkrankung der Patientin V. zu behandeln und vor allem um deren Leben zu retten.

(cc) Anhaltspunkte dafür, dass der Angeklagte bei der Transplantation davon ausgegangen sein könnte, dass die Patientin V. mit der Durchführung der Transplantation nicht einverstanden gewesen sei, haben sich ebenfalls nicht ergeben. Die Patientin V. hatte bereits am 20. Mai 2010 vor der Aufnahme in die Warteliste in eine Lebertransplantation eingewilligt. Dieser Zeitpunkt lag erst knapp zwei Monate zurück. Selbst dann, wenn die Patientin V. unmittelbar vor der durchgeführten Transplantation aufgrund ihres gesundheitlichen Zustands nicht mehr einwilligungsfähig gewesen und dem Angeklagten dies bewusst gewesen sein sollte, ist insbesondere im Hinblick auf den lebensbedrohlichen Zustand der Patientin nicht anzunehmen, dass der Angeklagte bei Durchführung der Operation davon ausging, die Lebertransplantation entspreche nicht mehr deren (mutmaßlichen) Willen.

(4) Verlauf nach der Transplantation

Die Feststellungen zu dem postoperativen Verlauf hat die Kammer im Wesentlichen anhand des Inhalts des **Arztbriefes der Allgemein- und Viszeralchirurgie vom 31. August 2010** getroffen. In dem zitierten Arztbrief ist unter ***„Anamnese und Verlauf“*** unter anderem ausgeführt, der postoperative Verlauf sei insgesamt kompliziert und prolongiert gewesen. Die Patientin habe zwar zunächst zeitgerecht extubiert werden können, im weiteren Verlauf sei es jedoch zu einer deutlichen Verschlechterung des Gasaustausches gekommen, weshalb die Patientin reintubiert und über einen längeren Zeitraum beatmet worden sei. Die damit einhergehenden Folgeerkrankungen (Critical illness-Polyneuropathie) hätten zu einer problematischen Mobilisierung der Patientin geführt. Bei Entlassung am 31. August 2010, die auf dringlichen Wunsch der Patientin V. erfolgt sei, sei diese noch nicht vollständig mobilisiert gewesen.

Dass die Patientin V. am (...) in D. **verstarb**, folgt aus der Auskunft der Stadt D.. Anhaltspunkte dafür, dass der Tod der Patientin V. in Zusammenhang mit der Transplantation stand bzw. auf einem Behandlungsfehler des Angeklagten beruht,

haben sich nicht ergeben. Die Transplantation entsprach dem (mutmaßlichen) Willen der Patientin V. und wurde ausweislich der
Ausführungen des Sachverständigen **Prof. Dr. B.** nach den Regeln der Kunst durchgeführt.

(5) Auszugsweiser Match-Verlauf hinsichtlich des Matches Nr. 189736 vom 23. Juli 2010

Hinsichtlich des Aufbaus und der Bedeutung der Match-Listen wird auf die obigen Ausführungen unter C. II. 2. b) bb) (5) (a) (Patient S.) Bezug genommen.

In der Match-Liste der Patientin V. befinden sich unter anderem folgende Einträge (die Daten der Patientin V., die, was anhand der Empfänger-ET-Nummer zu erkennen ist, den 4. Ranglistenplatz hatte, sind markiert):

Spendernummer: 133644
Match Nr: 189736
Start Match: 23.07.2010 17:25

1	2	3	10	11	12	13	14
Rang	**Empfänger -Zentrum**	**Empfänger - ET-Nummer**	**Geb.datum**	**Ge-schlecht**	**Work-screen-code**	**Dringlich keits-stufe**	**Kategorie**
1	[…]	[…]	08.11.1954	**M**	**ON03**	HU_LI	
2	[…]	[…]	03.06.1965	**M**	**ON02**	T_Leber	
3	[…]	[…]	25.09.1947	**M**	**ON03**	T_Leber	
4	**GGOTP**	**29205**			**T1**	**T_Leber**	
5	[…]	[…]	09.09.1940	**M**		T_Leber	
6	[…]	[…]	07.09.1951	**M**		T_Leber	
7	**GGOTP**	[…]	15.01.1947	**F**		T_Leber	
8	[…]	[…]	18.02.1999	**M**		T_Leber	
9	[…]	[…]	18.09.1954	**F**		T_Leber	
10	[…]	[…]	23.07.1943	**F**		T_Leber	
11	[…]	[…]	03.04.1955	**M**		T_Leber	
12	[…]	[…]	10.09.1967	**M**		T_Leber	
13	[…]	[…]	01.10.1967	**M**		T_Leber	

1	15	16	17	18	19	20	21
Rang	Match Kommentar	International MELD	Nationaler MELD	labMELD	SE-MELD	NSE MELD	Pädiatrischer MELD
1		34	34	34			
2		40	40	40			
3		32	32	32			
4		31	31	31			
5		10	31,05	10	31,05		
6		8	31,05	8	31,05		
7		10	31,05	10	31,05		
8		30,25	30,25	7	----------		30,25
9		6	30,25	6	30,25		
10		13	29,4	13	29,4		
11		10	29,4	10	29,4		
12		21	29,4	21	29,4		
13		7	29,4	7	----------	29,4	

1	22	23	26	26a
Rang	**Workscreen-code**	**Kommentar**	**Anzahl der Leberangebote nach dieser Allokation**	**Anzahl der abgelehnten Leber-<u>erst</u>angebote nach dieser Allokation (Stand 16.07.2013)**
1	**ON03:** Poor organ qualitiy (= unzureichende Organqualität)			
2	**ON02:** Recipient reasons: Non-immonological (= Nicht immunologische Empfängergründe)			
3	**ON03:** Poor donor quality (= unzureichende Organqualität)			
4				
5		**2**	**1**	
6		**4**	**3**	
7		**7**	**3**	
8		**70**	**53**	
9		**12**	**10**	
10		**6**	**5**	
11		**25**	**21**	
12		**1**	**0**	
13		**6**	**3**	

1	27	28	29
Rang	**Erste Lebertransplantation nach dieser Allokation**	**Aktueller Status (17.06.2013)**	**Zeitpunkt des Todes**
1			
2			
3			
4			
5	**25.07.2010**	Transplanted (= transplantiert)	
6	**26.07.2010**	Transplanted (= transplantiert)	
7	**28.07.2010**	Transplantable after transplant (transplantierbar nach Transplantation)	
8	**26.11.2010**	Transplanted (= transplantiert)	
9	**13.05.2011**	Transplanted	
10	**26.10.2010**	(= transplantiert)	
11	**26.11.2010**	Transplanted	
12	**05.08.2010**	(= transplantiert)	
13	**27.08.2010**	Transplanted	

Ausweislich des **„Workscreen Codes“** haben die in den Spalten 12 und 22 aufgeführten Codes folgende Bedeutung:

Spalte 12:

- T1: Transplantiert.
- ON: **Organ wurde angeboten, aber nicht akzeptiert.**

ON02: Empfängergründe, nicht immunologisch
Empfänger NT (nicht transplantabel)/verstorben/
anders Angebot/bereits transplantiert/einzelnes Organ oder Kombination nötig.

- ON: **Organ wurde angeboten, aber nicht akzeptiert.**

  ON03: Unzureichende Spenderqualität (Medizinische Gründe).

Der im Rahmen der eingangs getroffenen Feststellungen unter C. II. 2. c) aa) (3) und (5) geschilderte Match-Verlauf ist der oben dargestellten Match-Liste zu entnehmen.

Danach haben die von der Patientin V. überholten ersten neun Patienten, die sich auf den Ranglistenplätzen 5 bis 13 befanden, alle eine Spenderleber erhalten und waren am 17. Juni 2013 noch am Leben.

(6) Keine Vorteilsgewährung

Vorliegend haben sich keine Anhaltspunkte dafür ergeben, dass der Angeklagte sich für irgendeine (regelwidrige) Verschaffung einer Spenderleber bzw. für irgendeine bevorzugt durchgeführte Transplantation Geld oder andere Vorteile versprechen ließ oder erhielt. Insoweit wird auf die obigen Ausführungen unter C. II. 1. b) cc) (2) (e) (dd) (ccc) Bezug genommen.
Entsprechende Anhaltspunkte haben sich auch nicht bei der am 9. Februar 1953 in D. geboren Patientin V. ergeben. Sie war deutsche Staatsangehörige, verheiratet, hatte einen Sohn und lebte mit ihrem Ehemann bis zu ihrem Tod am (...). Die Feststellungen zu den persönlichen Verhältnissen der Patientin V. beruhen im Wesentlichen auf der schriftlichen Auskunft der Stadt D..

(7) Ergebnisse der internen Prüfung der UMG, der „R.K.“ sowie der BÄK

Die entsprechenden Kommissionsberichte dokumentieren kursorisch den Krankheits- und Allokationsverlauf und beruhen wie einleitend dargestellt (vgl. vorstehend C. I.

1. c)) überwiegend bzw. ausschließlich auf der Auswertung der Patientenakten der UMG. Demgegenüber hat die Kammer in sämtlichen Fällen nicht nur selbst die Patientenakten gesichtet, sondern neben dem sachverständigen Zeugen **Dr. S.** von der R.K. mit **Prof. Dr. B.** einen Sachverständigen und darüber hinaus noch zahlreiche die Patientien V. mitbehandelnde Ärzte als sachverständige Zeugen bzw. weitere nichtärztliche Personen als Zeugen gehört. Auf dieser sehr viel breiteren und verlässlicheren Tatsachengrundlage hat die Kammer wie vorstehend dargelegt weitergehende und wo die Erkenntnisgrundlage der Kammer verlässlicher war auch in einzelnen Punkten abweichende Feststellungen getroffen.

(a) Patientensynopsis der internen Kommission der UMG

In der Patienten-Synopsis für die Patientin V. *„Erstellt von: **sliwa_bodo**“ „**25.10.2012**“* ist unter *„**Zusammenfassung**“* ausgeführt:

> *„Nach Übernahme der Patientin aus* (...) *im Mai 2010 wurde zunächst die Evaluation zur Lebertransplantation durchgeführt. Die Universitätsklinik* (...) *hatte laut Verlegungsbrief die Evaluation zur LTX wegen der kurzen Alkoholkarenz abgelehnt. Im Aufnahmebefund findet sich die Bemerkung, dass der letzte Alkoholkonsum am 04.04.2010 stattgefunden hätte.*
>
> *Am 13.06.2010 erfolgt die erneute stationäre Aufnahme zunächst kardiologisch wegen Sepsis. Die hier bei Aufnahme bestimmten Parameter wurden an Eurotransplant gemeldet und ergaben bei einem Kreatinin von 1,39 mg/dl, einem Bilirubin von 2,8 mg/dl und einem INR von 1,5 einen lab-MELD-Score von 18. Am 15.07.2010 wurde die Patientin auf die Station 4024 der Gastroenterologie verlegt. Am 19.07.2010 wird neben eher unauffälligem Kreatinin und INR ein Bilirubin von 19,2 mg/dl an Eurotransplant gemeldet, es ergibt sich ein labMELD-Score von 31. Im Labor fällt auf, dass dieser Wert nicht plausibel erscheint. Nach telefonischer Rücksprache (Gesprächspartner ist nicht angegeben) wird der Wert angezweifelt und noch einmal bestimmt. Die Kontrollwerte und die Werte der darauf folgenden Tage befinden sich wieder in der üblichen Schwankungsbreite der Patientin. Für den 20.07.2010 wurde ein Transport in den OP beschrieben, wegen der minderen Qualität des Organs wurde jedoch nicht transplantiert.*
>
> *Am 24.07.2010 wurde dann ein passendes Organ angeboten und transplantiert.“*

(b) „R.K.“

In der Stellungnahme der **„R.K. “**, die im Fall der Patientin V. ausweislich der gutachterlichen Stellungnahme am **8. November 2012** von **Prof. Dr. F.** und **PD Dr. S.** vorgenommen wurde, ist unter *„**Fazit der Begutachtung**“* ausgeführt:

> *„Die Patientin wird mit der Indikation Alkoholzirrhose im Mai 2010 in die Warteliste von ET aufgenommen. Zuvor war die Patientin wegen zu kurzer Alkohol-Abstinenz in E.*

abgelehnt worden (Verlegungsbrief des (...) *an Prof. R.). Der letzte Alkoholkonsum sei am 4.4.2010 gewesen (stationär in D. war die Patientin seit dem 30.04.2010) Für eine Listung in G. wurde dies nicht als Hinderungsgrund eingeordnet. Ein Verstoß gegen die Richtlinie bzgl. Alkoholkarenz erscheint wahrscheinlich.*

Am 19.07. wird ein Bilirubin-Wert mit 19,2 mg/dl gemessen. Vorher und nachher lagen diese Werte deutlich niedriger (bis 5,1mg/dl). nach Rückfrage aus dem Zentrallabor der UMG wird der Wert mit dem Hinweis „Falschabnahme" intern storniert und am selben Tag erneut Blut abgenommen. Die Werte liegen nun wieder im erwarteten Korridor. Trotzdem wird der stornierte Wert im Rahmen der MELD-Score-Aktualisierung an ET gemeldet. Eine Manipulation ist damit sehr wahrscheinlich. Auf Basis dieses Wertes erfolgt eine Organzuteilung und Transplantation am 24.07.10.

Am 19.7.10. und 20.7.10 wird laut Pflegeakte Fieber festgestellt. Am 23.7.10 kommt es laut Verlegungsbrief der Gastroenterologie (mit ausgestellt von Prof. S.) zu einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes mit hoher Temperatur. Die Patientin wird auf die Intensivstation 0118 verlegt. Trotz der offensichtlichen Sepsis wird die Patientin am Folgetag transplantiert. Eine Sepsis wird gutachterlich als Kontraindikation zur LTx eingeordnet.

Die Patientin verstirbt knapp über sechs Monate später am (...)*."*

Unter *„**Weitere Anmerkungen**"* ist ausgeführt:

„• Geburtsjahrgang: (...)

- *Am 20.07. wurde die Patientin auf Anordnung von Prof. R. bereits schon einmal für eine LTx vorbereitet (Pflegeakte). Wegen der schlechten Qualität des angebotenen Organs wird die Operation aber nicht durchgeführt. Zu diesem Zeitpunkt lag ebenfalls eine erhöhte Temperatur und Infektsituation vor.*
- *[…]"*

(c) BÄK

Die **Stellungnahme der BÄK** hat folgenden Inhalt:

„76) <u>ET-Nr. Y</u>

D: äthyltoxische Leberzirrhose

<u>LT:</u> 24.07.10

V/A: Reg. Allokation. Aus (...)*hospital* (...) *zugewiesen, therapierefraktärer Aszites, hepatorenales Syndrom, spontane bakterielle Peritonitis, offenbar sechs Wo-*

chen vor Aufnahme letzter Alkoholkonsum, ambulante psychiatrische Behandlung bei Zustand nach Alkoholabusus wird für erforderlich gehalten, am 13.06.10 Krea 1,39, Bili 2,8, INR 1,5; am 19.07. 1,88 19,2 1,9; MELD zuvor bei 18, jetzt 31, Werte vom 19.07. wurden vom Labor als auffällig erkannt und später als Falschabnahme deklariert, wurden 13:00 Uhr kontrolliert und waren dann wieder weitgehend normal (Krea 0,3, Bili 4,2, INR unverändert.

Z: Labormanipulation wahrscheinlich."

cc) Rechtliche Würdigung

(1) Straftaten zum Nachteil anderer Patienten

(a) Totschlag gemäß § 212 Abs. 1 StGB bzw. Körperverletzungsdelikte gemäß §§ 223 ff. StGB

Ein **Totschlag zum Nachteil anderer Patienten gemäß § 212 Abs. 1 StGB** bzw. ein **Körperverletzungsdelikt gemäß §§ 223 ff. StGB** scheidet bereits deshalb aus, weil nicht feststellbar war, dass durch die Organannahme für die Patientin V. in dem Match-Verfahren 189736 der Tod eines anderen Menschen verursacht wurde bzw. ein anderer Mensch an der Gesundheit geschädigt wurde. Es ist weder feststellbar, welcher Patient in diesem Match-Verfahren die Spenderleber erhalten hätte, noch, dass dieser Patient mit der Spenderleber mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit überlebt hätte bzw. eine Lebensverlängerung eingetreten wäre.

(b) Versuchter Totschlag gemäß §§ 212 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB durch die Organannahme in dem Match-Verfahren 189736, obwohl die Patientin V. unter einer alkoholbedingten Leberzirrhose litt und die sechsmonatige Alkoholabstinenzzeit noch nicht eingehalten hatte und für die Patientin V. ein unzutreffender Bilirubin-Wert an Eurotransplant übermittelt worden war

Durch die Aufnahme der Patientin V. in die Warteliste, obwohl diese unter einer alkoholinduzierten Leberzirrhose litt und die sechsmonatige Alkoholabstinenzzeit nicht eingehalten hatte, hat der Angeklagte gegen die Richtlinien der Bundesärztekammer für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation verstoßen. Danach dürfen Patienten mit alkoholinduzierter Leberzirrhose erst in die Warteliste aufgenommen werden, wenn die Patienten eine mindestens sechsmonatige Alkoholabstinenz eingehalten haben. Hinsichtlich des Wortlauts der aktuellen Richtlinien (zuletzt geändert mit Wirkung vom 9. Dezember 2013) sowie der zum Vorfallszeitpunkt geltenden Richtlinien wird auf die obigen Ausführungen unter C. II. 1. a) bb) (2) (b) (aa) Bezug genommen.

Der Angeklagte hat sich weder durch den genannten Richtlinienverstoß noch durch die Annahme des Organangebotes für die Patientin V. in dem Match-Verfahren 189736 eines versuchten Totschlags gemäß §§ 212 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB schuldig gemacht.

Der für eine Versuchsstrafbarkeit konstitutive Tatentschluss kann nur bejaht werden, wenn sich der Täter Tatumstände vorstellt, bei deren Verwirklichung der volle Unrechtstatbestand eines bestimmen Verbrechens oder Vergehens erfüllt wäre (für Fälle der vorliegenden Art vgl. Dannecker/Streng-Baunemann: Verschaffung des

Wartelistenzugangs für Alkoholiker entgegen den Allokations-Richtlinien der Bundesärztekammer – (versuchter) Totschlag?, NStZ 2014, 673, 678; Eser/Bosch in: Schönke/Schröder, StGB, 29. Auflage 2014, § 22, Rdnr. 14/15). Dies war bei dem Angeklagten nicht der Fall.

Hinsichtlich der Übermittlung des falschen Bilirubin-Wertes konnte dem Angeklagten bereits nicht nachgewiesen werden, dass er hiervon Kenntnis hatte bzw. zumindest billigend in Kauf nahm, dass der der Vermittlungsentscheidung zugrunde gelegte labMELD aufgrund einer Falschmeldung unzutreffend war.

Bezogen auf den Verstoß gegen die Alkoholkarenzregelung war dem Angeklagten zwar bekannt, dass die Patientin V. unter einer alkoholinduzierten Leberzirrhose litt und zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Warteliste am 21. Mai 2010 noch keine sechs Monate Alkoholabstinenz eingehalten hatte. Der Angeklagte ging jedoch davon aus, dass die konkrete Gefahr bestand, dass die Patientin V. ohne Transplantation kurzfristig versterben würde und durch eine Lebertransplantation das Leben der Patienten gerettet und verlängert werde könnte. Diese Annahme wurde durch das Ergebnis der Beweisaufnahme bestätigt. Dass die Patientin die nach der Richtlinie der Bundesärztekammer erforderliche Alkoholabstinenzzeit nicht eingehalten hatte, ist rechtlich unbeachtlich. Die Aufnahme der Patientin V. in die Warteliste entsprach den Voraussetzungen des § 10 Abs. 2 Nr. 2 TPG, wonach über die Aufnahme in die Warteliste nach Regeln zu entscheiden ist, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Notwendigkeit und Erfolgsaussicht der Organübertragung. Darüber hinaus entsprach die Transplantation der Patientin V. trotz der Nichteinhaltung der Alkoholkarenzzeit den Voraussetzungen des § 12 Abs. 3 Satz 1 TPG, wonach die vermittlungspflichtigen Organe von der Vermittlungsstelle nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit für geeignete Patienten zu vermitteln sind.

(aa) Allgemeine Ausführungen zur rechtlichen Bewertung von Falschangaben bzw. Verstößen gegen die BÄK-Richtlinien und zum Versuchsbeginn

Dem Angeklagten kann aus den nachfolgend dargelegten Gründen bereits nicht nachgewiesen werden, er habe zu irgendeinem Zeitpunkt seines Handelns wie etwa

dem der Übermittlung falscher allokationsrelevanter Patientendaten an Eurotransplant mit Tötungsvorsatz gehandelt. Aus diesem Grund kommt es auf die Frage nicht an, ob bzw. wann in Fällen der vorliegenden Art ein anders als der Angeklagte mit Tötungsvorsatz handelnder Arzt „nach seiner Vorstellung von der Tat zur Verwirklichung des gesetzlichen Tatbestandes“ im Sinne der §§ 212, 22 StGB überhaupt unmittelbar ansetzen würde. Gleichwohl soll im Hinblick auf deren grundsätzliche Bedeutung die durch die höchstrichterliche Rechtsprechung noch nicht entschiedene Frage, ob und inwieweit Beeinflussungen der Organverteilung durch einen Arzt überhaupt Tötungsunrecht darstellen, näher beleuchtet werden, welches konkrete Verhalten in diesem Zusammenhang überhaupt strafrechtlich vorwerfbar sein bzw. den Tatbestand des versuchten Totschlags erfüllen könnte. Diese Frage ist nicht nur für die Missachtung der Alkoholkarenzzeit, sondern auch für sonstige Richtlinienverstöße und Manipulationshandlungen von Relevanz.

Als unmittelbares Ansetzen und damit als etwaigen Versuchsbeginn hinsichtlich der Vorschrift des § 212 StGB kommen insoweit der jeweilige Richtlinienverstoß wie etwa die Aufnahme in die Warteliste trotz Nichteinhaltung der erforderlichen Alkoholkarenzzeit, der Zeitpunkt der Manipulationshandlung wie etwa das Vertauschen von Blutproben, der Zeitpunkt der Übermittlung unzutreffender Patientendaten an Eurotransplant oder aber die Organannahme bzw. -zuteilung in Betracht.
Zudem kann die Frage nach dem unmittelbaren Ansetzen im Sinne des § 22 StGB unterschiedlich zu bewerten sein, je nach dem, ob Alleintäterschaft, Mittäterschaft oder mittelbare Täterschaft, Teilnahme in Form der Anstiftung oder Beihilfe vorliegt und ob sich das Verhalten als aktives Tun oder (unechtes) Unterlassen darstellt.

Die Frage, wann im Zusammenhang mit der Organallokation ein unmittelbares Ansetzen zum versuchten Totschlag in Betracht kommen könnte, soll indes zunächst noch zurückgestellt werden, weil die in diesem Zusammenhang relevante und noch grundsätzlichere Frage, ob die Beeinflussung der Organallokation durch den Angeklagten überhaupt Tötungsunrecht darstellt, sich dogmatisch besser am Maßstab eines vollendeten Delikts prüfen lässt.

(aaa) Totschlag durch die Organannahme in Kenntnis des Umstands, dass das Organangebot aufgrund von Falschangaben gegenüber Eurotransplant bzw. irrtumsbedingt erfolgte

Zur Prüfung der Frage, ob sich der Angeklagte in den Manipulationsfallen eines (versuchten) Totschlags schuldig gemacht hat, soll im Fall der Patientin V. von der Hypothese ausgegangen werden, dem Angeklagten sei bei der Organannahme bekannt gewesen, dass der an Eurotransplant gemeldete Bilirubin-Wert und damit auch der dem Match-Verfahren zugrunde gelegte nationale MELD unzutreffend waren. Darüber hinaus wird als Hypothese angenommen, dass der Patient, der sich auf dem 5. Ranglistenplatz unmittelbar hinter der Patientin befand, bei regulärem Match-Verlauf die Spenderleber erhalten und hiermit überlebt hätte, was tatsächlich hier wie in allen anderen sogenannten Manipulationsfällen nicht nachweisbar wäre. Des Weiteren wird hypothetisch angenommen, dass dieser Patient nach dem Match, in dem die Patientin V. die Spenderleber erhalten hatte, kein passendes Organangebot mehr erhielt und an Leberversagen verstarb (tatsächlich erhielt dieser Patient zwei Tage später eine andere Spenderleber, mit der er überlebte.) Schließlich wird davon ausgegangen, dem Angeklagten sei bekannt gewesen, dass der nachfolgende Patient versterben könnte, wenn dieser nicht mehr rechtzeitig ein anderes Organangebot erhalten würde und – eine weitere Hypothese – mit dem Spenderorgan, das die Patientin V. erhielt, gegebenenfalls hätte überleben können und der Angeklagte dies mindestens billigend in Kauf nahm.

Die Annahme des Organs durch den Angeklagten und die hierdurch bewirkte Unterlassung der Vermittlung des Organs durch Eurotransplant an den nachfolgenden Patienten auf dem 5. Ranglistenplatz wäre unter der Hypothese, dass der unmittelbar übergangene Patient an Leberversagen verstarb, bevor er ein passendes Organangebot erhielt und mit der Spenderleber aus dem Match-Verfahren 189736 überlebt hätte, (mit-)ursächlich für den Tod des Patienten auf dem 5. Ranglistenplatz gewesen. Zwar wäre die unmittelbare Todesursache dieses Patienten das infolge der Lebererkrankung aufgetretene Leberversagen gewesen. Dieser Tod wäre jedoch verhindert worden, wenn eine Transplantation mit der der Patientin V. zugewiesenen Spenderleber durchgeführt worden wäre. Daher wäre von einer Mitursächlichkeit der unterlassenen Organzuteilung für den Tod des Patienten auszugehen.

Der Angeklagte käme in diesem hypothetischen Fall als unmittelbarer Täter eines Totschlags gemäß § 212 Abs. 1 StGB in Betracht. Eine mittelbare Täterschaft oder

Teilnahme in Form der Beihilfe oder Anstiftung scheiden hingegen aus. Darüber hinaus liegt auch kein unechtes Unterlassungsdelikt vor.

Die Patientin V. hätte, da sie unter einer alkoholinduzierten Leberzirrhose litt und noch nicht sechs Monate Alkoholabstinenz eingehalten hatte, bei Befolgung der in der BÄK-Richtlinie getroffenen Abstinenzregelung nicht in die Warteliste aufgenommen und damit auch nicht bei Eurotransplant als Empfängerin registriert werden dürfen. Durch die Registrierung bei Eurotransplant wurde die Vermittlungsstelle konkludent darüber getäuscht, dass die Patientin den Richtlinien der Bundesärztekammer entsprechend in die Warteliste aufgenommen wurde. Darüber hinaus wurde Eurotransplant über die Höhe des Bilirubin-Wertes und damit die Höhe des labMELD getäuscht.

Bereits durch die erste Täuschung über das Vorliegen der Voraussetzungen für die Aufnahme in die Warteliste am 21. Mai 2010 wurde Eurotransplant irrtumsbedingt veranlasst, die Patientin V. an Match-Verfahren zu beteiligen. Wäre Eurotransplant bekannt gewesen, dass die Aufnahme der Patientin und deren Registrierung bei Eurotransplant nicht richtliniengemäß erfolgt war, hätte Eurotransplant die Patientin nicht registriert und auch nicht an den nachfolgenden Match-Verfahren teilnehmen lassen, also nicht in die jeweiligen Match-Listen aufgenommen. Hinsichtlich der Erstellung der Match-Liste wird auf die obigen Ausführungen unter C. II. 1. a) bb) (3) (a) Bezug genommen. Als schließlich die Falschmeldung hinsichtlich des Bilirubin-Wertes am 19. Juli 2010 erfolgte, wurde Eurotransplant irrtumsbedingt zusätzlich veranlasst, für die Patientin V. ab diesem Zeitpunkt bei seinen Vermittlungsentscheidungen einen falsch hohen labMELD zugrunde zu legen.

Da die Aufnahme in die Warteliste und die Registrierung bei Eurotransplant Voraussetzung für die Teilnahme am Organverteilungsverfahren sind, hätte die Patientin V. demgemäß am 23. Juli 2010 an dem Match-Verfahren mit der Nummer 189736 nicht teilnehmen dürfen. Darüber hinaus hätte sie, wenn zutreffende Angaben hinsichtlich ihres Bilirubin-Wertes gemacht worden wären, hinter dem Patienten, der den 5. Ranglistenplatz innehatte, gestanden.

Nach dem Inhalt der gemäß § 12 Abs. 1 und 4 TPG erfolgten vertraglichen Beauftragung der Vermittlungsstelle Eurotransplant [siehe oben unter C. II. 1. a) bb) (1) (c)] ist die Vermittlungsstelle unter anderem verpflichtet, bei der Erfüllung ihrer Aufgaben die Regelungen des TPG und des mit der Vermittlungsstelle

geschlossenen Vertrages einzuhalten. Gemäß § 5 des Vertrages (Vermittlungsentscheidung) hat sich Eurotransplant verpflichtet, die Vermittlungsentscheidung gemäß § 12 Abs. 3 S. 1 TPG nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit zu treffen und zu diesem Zweck Anwendungsregelungen für die Organvermittlung auf der Grundlage der jeweils geltenden Richtlinien der Bundesärztekammer (§ 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 TPG) und der in dem Vertrag enthaltenen Bestimmungen zu erlassen.

Eurotransplant wäre danach in dem Match-Verfahren 189736 verpflichtet gewesen, statt der Patientin V. dem Patienten, der sich auf dem 5. Ranglistenplatz befand, die Spenderleber als Erstangebot zu offerieren, nachdem das Organangebot für die Patienten auf den Ranglistenplätzen 1 bis 3 abgelehnt worden war. Die Unterscheidung zwischen Erst- und Zweit- bzw. Reserveangebot ist insoweit von Bedeutung, als Eurotransplant verpflichtet ist, bei Annahme des Erstangebotes die Spenderleber an diesen Patienten zuzuteilen. Das Zweitangebot, das lediglich vorsorglich erfolgt, um im Fall der Ablehnung des Erstangebotes Zeit zu sparen, ist hingegen so lange für Eurotransplant nicht verpflichtend, wie das Erstangebot nicht abgelehnt wurde. Wurde das Erstangebot hingegen abgelehnt, wird das Zweitangebot zum Erstangebot. Wird das Erstangebot hingegen angenommen, zieht Eurotransplant das Zweitangebot zurück. Hierzu ist Eurotransplant auch dann berechtigt, wenn das Zweitangebot bereits vor dem Erstangebot angenommen wurde. Da Eurotransplant die Spenderleber jedoch der Patientin V. als Erstangebot offerierte und der Angeklagte dieses Angebot annahm, erhielt der Patient auf dem 5. Ranglistenplatz in diesem Verfahren kein Erstangebot.

In dem vorstehend beschriebenen hypothetischen Fall wäre, da der 5. Ranglistenpatient kurz nach der Zuteilung der Spenderleber an die Patientin V. starb, mit der Spenderleber aus dem Match-Verfahren 133644 jedoch überlebt hätte, das irrtumsbedingte Unterlassen der Organzuteilung an den Patienten auf dem 5. Ranglistenplatz durch Eurotransplant (mit-)ursächlich für den Tod dieses Patienten gewesen.

Der Mitarbeiter von Eurotransplant, der die Vermittlungsentscheidung traf, hätte in diesem Fall, weil er gutgläubig davon ausging, die Patientin V. stehe zu Recht auf dem 4. Ranglistenplatz, ohne Vorsatz gehandelt. Der Angeklagte hingegen hätte

durch die Annahme des Organs aktiv den Tod des nachfolgenden Patienten verursacht. In Fällen der vorliegenden Art, in denen eine Person mit Mitteln der mittelbaren Täterschaft wie etwa Zwang und Täuschung auf einen Handlungswilligen einwirkt, um diesen zu einer Unterlassung zu veranlassen, liegt eine unmittelbare Begehungstäterschaft vor, da aktiv in den Geschehensablauf eingegriffen wird (vgl. Heine/Weißer in: Schönke/Schröder, StGB, 29. Auflage 2014, § 25 Rdnr. 58). Zwar beruhte das Organerstangebot an die Patientin V. sowohl auf dem Irrtum, dass die Patientin unter Einhaltung der BÄK-Richtlinien gelistet wurde als auch auf der irrtümlichen Annahme, der labMELD sei zutreffend, so dass der Angeklagte insoweit keinen weiteren Irrtum hervorrief, um das Organerstangebot zu erhalten. Abzustellen ist jedoch nicht allein auf das irrtumsbedingt erfolgte Organerstangebot an die Patientin V., sondern auf die irrtumsbedingte Unterlassung der Organzuteilung an den Patienten auf dem 5. Ranglistenplatz. Denn wenn der Angeklagte spätestens nach dem Organangebot den Irrtum aufgeklärt hätte, hätte sich Eurotransplant veranlasst gesehen, das Angebot an die Patientin V. zurückziehen und dem nachfolgenden Patienten das Organ anzubieten. Der Angeklagte wusste, dass bei regulärem Match-Verlauf der der Patientin V. nachfolgende Patient anstelle dieser das Organerstangebot hätte erhalten müssen und die Organzuteilung an diesen Patienten grundsätzlich weiterhin möglich gewesen wäre, wenn er nur umgehend das irrtumsbedingte Organangebot für die Patientin V. abgelehnt hätte. Durch die Organannahme für die Patientin V. hielt der Angeklagte die Mitarbeiter von Eurotransplant somit aktiv davon ab, die Spenderleber dem nachfolgenden Patienten zuzuteilen. Nach der Annahme der Spenderleber durch den Angeklagten gingen die Mitarbeiter von Eurotransplant, was dem Angeklagten bewusst war, wiederum irrtumsbedingt davon aus, nunmehr verpflichtet zu sein, die Spenderleber auch der Patientin V. zuzuteilen. Tatsächlich wäre Eurotransplant vertraglich verpflichtet gewesen, die Spenderleber statt der Patientin V. dem Patienten auf dem 5. Ranglistenplatz als Erstangebot zu offerieren.

Dass der Angeklagte unter Zugrundelegung der vorstehenden Hypothesen und damit mit bedingtem Tötungsvorsatz einen Rettungswilligen aktiv von dessen Handlung abgehalten hätte wird deutlich, wenn man weiterhin unterstellt, die Ärzte des Patienten auf dem 5. Ranglistenplatz hätten das Zweitangebot für diesen bereits angenommen, bevor der Angeklagte das Erstangebot für die Patientin V. annahm. Nach der Annahme des Organerstangebotes durch den Angeklagten hätten sich die

Mitarbeiter von Eurotransplant veranlasst gesehen, das Zweitangebot gegenüber dem nachfolgenden Patienten trotz Annahme zurückzuziehen und die lebensrettende Zuteilung der Spenderleber an diesen Patienten zu unterlassen.

(bbb) Unmittelbares Ansetzen zum versuchten Totschlag im Sinne des § 22 StGB

Unter Aufrechterhaltung der vorstehend unter (1) gebildeten Hypothesen und damit in der Annahme, der Angeklagte habe bei Annahme des Organangebotes für die Patienten V. mit bedingtem Tötungsvorsatz gehandelt, könnte von einem unmittelbaren Ansetzen im Sinne des § 22 StGB zu einem versuchten Totschlag erst ab dem Zeitpunkt der Organannahme ausgegangen werden.

Nach der in § 22 StGB enthaltenen Regelung versucht eine Straftat, wer nach seiner Vorstellung von der Tat zur Verwirklichung des gesetzlichen Tatbestandes unmittelbar ansetzt. Ein solch unmittelbares Ansetzen ist bei allen Handlungen gegeben, die nach dem Tatplan der Verwirklichung eines Tatbestandsmerkmals unmittelbar vorgelagert sind und im Falle ihres ungestörten Fortgangs ohne Zwischenakte unmittelbar in die Tatbestandshandlungen einmünden sollen (Fischer, StGB, 62. Auflage 2015, § 22 Rdnr. 10 m.w.N.). Regelmäßig müssen Gefährdungshandlungen vorliegen, die nach der Tätervorstellung bei ungestörtem Fortgang unmittelbar zur Tatbestandserfüllung führen oder mit ihr in unmittelbar räumlichem und zeitlichem Zusammenhang stehen. Nach der in der Rechtsprechung entwickelten Formel sind dies Handlungen, mit denen der Täter subjektiv die Schwelle zum „jetzt geht es los“ überschreitet und nach seiner Vorstellung das geschützte Rechtsgut in eine konkrete nahe Gefahr bringt (Fischer, StGB, 62. Auflage 2015, § 22 Rdnr. 10 m.w.N.).

Die Manipulation einer Blutprobe erfüllt ebenso wenig diese Kriterien wie die Aufnahme eines Patienten in die Warteliste und dessen Registrierung bei Eurotransplant. Die Eingabe unzutreffender Blutwerte in das ENIS-System bzw. die unzutreffende Eingabe, es habe zweimal innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test eine Nierenersatztherapie sattgefunden, stellt kein derartiges unmittelbares Ansetzen im Sinne des § 22 StGB dar. Dies gilt selbst dann, wenn der Täter wüsste, dass der Patient durch die Falschangaben den höchstmöglichen MELD-Wert von 40

erreichen und deshalb die hohe Wahrscheinlichkeit eines kurzfristigen Organangebotes bestehen würde.

Durch die Eingabe von Daten in das ENIS-System oder von vorgelagerten Handlungen wie etwa Blutprobenmanipulationen wird zwar die abstrakte Gefahr geschaffen, dass Patienten, die denselben oder einen niedrigeren MELD-Wert haben als der „manipulierte Patient“ in künftigen Match-Verfahren hinter diesem Patienten stehen und dass jenen Patienten somit eine Rettungschance versagt werden *könnte*. Für das Leben oder die Gesundheit dieser „überholten Patienten“ besteht indes zum Zeitpunkt der Eingabe der manipulierten Daten in das ENIS-System noch keine konkrete nahe Gefahr. Weder zum Zeitpunkt der Manipulation von Blutproben noch zum späteren Zeitpunkt der Eingabe der falschen Patientendaten existiert ein Match-Verfahren, bei dem sich die Falschangaben auswirken können. Die manipulierten Daten können überhaupt erst mit ihrer Eingabe in das ENIS-System wirksam werden. Für jede ab diesem Zeitpunkt zu verteilende Spenderleber wird eine gesonderte Match-Liste erstellt. Zudem nehmen nicht an jedem Match-Verfahren dieselben Patienten teil, vielmehr ist die Zusammenstellung und auch die Reihenfolge der Patienten auf den Mach-Listen hochdynamisch und wechselt somit ständig. Es ist deshalb zum Zeitpunkt der Einstellung der Daten in das ENIS-System völlig unklar und auch nicht vorhersehbar, an wie vielen Match-Verfahren der Patient, für den Falschangaben gemacht wurden, teilnehmen wird, bevor es überhaupt zu einem passenden Organangebot für diesen kommt. Selbst bei einem MELD-Score von 40 kann es vorkommen, dass erst nach einigen Tagen ein passendes Organangebot erfolgt. So hat der Zeuge Dr. R. bekundet, median erhalte ein Patient mit einem MELD-Score von 36 bis 40 alle vier Tage ein Organangebot. Dass ein hoher MELD-Score nicht zwangsläufig zur sofortigen Zuteilung einer passenden Spenderleber führt, belegen auch die Fälle der Patienten **I.**, **I.** und **O.**. Obwohl die Patienten I. und O. nach den für sie erfolgten Falschangaben mit einem MELD-Score von 40 und der Patient I. mit einem MELD-Score von 39 bei Eurotransplant registriert waren, erfolgte die Organzuteilung bei diesen drei Patienten nicht umgehend, sondern erst nach Wiederholung der Falschangaben.

Eine **konkrete nahe Lebens- bzw. Gesundheitsgefahr** für übergangene Patienten tritt vielmehr erst ein, wenn die die Organzuteilung vornehmenden Mitarbeiter von Eurotransplant täuschungs- bzw. irrtumsbedingt davon abgehalten werden, das

Spenderorgan einem überholten Patienten, für den das Organ auch angenommen worden wäre, zuzuteilen.

Dafür, dass das unmittelbare Ansetzen zur Tatbestandsverwirklichung im Sinne des § 22 StGB erst mit der Organannahme beginnt, spricht auch der Umstand, dass es sich bei dem Gesamtgeschehen beginnend mit der Blutprobenmanipulation, der Eintragung von dergestalt manipulierten Daten in das ENIS-System und der Annahme des Organangebots um einen mehraktigen, Geschehensablauf handelt, in das zudem regelmäßig zahlreiche Personen eingebunden sind. So befinden sich insbesondere in größeren Transplantationszentren mehrere Ärzte, die Transplantationen durchführen. Auch in der UMG waren der Angeklagte und der gesondert Verfolgte Dr. L. als Transplantationschirurgen tätig. Es war somit, wenn sich beide im Dienst befanden denkbar, dass einer von beiden eine Manipulationshandlung beging und der andere über die Organannahme entschied. Nach alledem kann von einem unmittelbaren Ansetzen zur Tatbestandsverwirklichung im Sinne des § 22 StGB erst ab dem Zeitpunkt der Organannahme ausgegangen werden.

Einzig diese Handlung und das hierdurch bedingte Abhalten der Mitarbeiter von Eurotransplant, einem anderen Patienten dieses Organ zuzuteilen, kann dazu führen, dass dieser in eine konkrete nahe Todesgefahr gerät. Die übrigen, vorgelagerten Handlungen wie etwa die Blutmanipulationen, Richtlinienverstöße bei der Aufnahme von Patienten in die Warteliste und Eintragung falscher Patientendaten in das ENIS-System stellen – zum Zeitpunkt der verfahrensgegenständlichen Taten – straflose Vorbereitungshandlungen dar, die dazu dienen, Eurotransplant zu veranlassen, dem eigenen Patienten ein Organangebot zu machen, das bei regulärem Verlauf nicht bzw. erst später erfolgt wäre. Bezogen auf den hypothetischen Ausgangsfall ergibt sich damit folgende rechtliche Bewertung:

Allein die Erstellung der Match-Liste und der Umstand, dass die Patientin V. zu Unrecht vor dem 5. Ranglistenpatienten stand, führte zunächst noch nicht zu einer konkreten nahen Lebens- oder Gesundheitsgefahr dieses Patienten. Nach Erstellung Match-Liste stand zunächst lediglich fest, dass der Patient, der auf Rang 1 der Liste stand, das Erstangebot und der zweite Patient das Zweitangebot und sofern für beide Patienten das Organangebot abgelehnt werden würde, der dritte

Wartelistenpatient ein Organangebot erhalten werde. Erst, nachdem auch für den dritten Patienten das Organangebot abgelehnt worden war, wirkte sich der Umstand, dass sich die Patientin V. entgegen der BÄK-Richtlinien auf der Match-Liste befand und dem Verfahren ein unzutreffender labMELD zugrunde gelegt wurde, dahingehend aus, dass nicht der Patient auf dem 5. Ranglistenplatz, sondern die Patientin V. das Organangebot und damit nach der Annahme des Angebots auch die Spenderleber erhielt, was wiederum bei der hypothetischen Sachverhaltsvariante (mit-)ursächlich für den Tod des Patienten war.

Sähe man bereits in der Eingabe manipulierter Patientendaten in das ENIS-System ein unmittelbare Ansetzen im Sinne des § 22 StGB, könnte jede auf diesen Daten basierende Teilnahme der Patientin V. an einem Match-Verfahren, in dem es nicht zur Organzuteilung kam, einen Totschlagsversuch zum Nachteil der an dem jeweiligen Match-Verfahren teilnehmenden Patienten darstellen. Jede derartige unberechtigte Teilnahme an einem Match-Verfahren würde einen Versuch darstellen, eine Organzuteilung an die Patientin V. zu bewirken und Eurotransplant davon abzuhalten, die Spenderleber an einen anderen Patienten zuzuteilen.

Auch jede weitere Falschmeldung bzw. jeder weitere Richtlinienverstoß könnte jeweils einen neuen eigenständigen Totschlagsversuch darstellen. So erfolgten die – nach den BÄK-Richtlinien – unberechtigte Aufnahme der Patientin V. in die Warteliste und die Registrierung bei Eurotransplant am 21. Mai 2010 und die Eingabe des unzutreffenden Bilirubin-Wertes am 19. Juli 2010. Diese beiden selbstständigen Eingaben, die unabhängig voneinander das Matchverfahren beeinflussen, könnten zwei eigenständige Versuchshandlungen darstellen.

Dies hätte in den Fällen der Patienten **I.**, **I.** und **O.**, bei denen jeweils zweimal unter anderem falsche Dialyseangaben gemacht wurden, zur Folge, dass jede dieser Meldungen einen neuen Totschlagsversuch zum Nachteil einer unbekannten Anzahl von Patienten darstellen könnte.

Derartige Handlungen stellen indes aus den vorstehend dargelegten Gründen noch kein unmittelbares Ansetzen im Sinne des § 22 StGB dar, sondern sind Vorbereitungshandlungen, die zu den verfahrensgegenständlichen Zeiten straflos waren. Der Arzt müsste die Dialysefalschmeldungen nicht selbst begangen haben. Entscheidend wäre, ob der annehmende Arzt weiß oder mindestens billigend Umstände in Kauf nähme, die im Fall einer Organannahme zu einer Fehlallokation

führen könnten. Würde der annehmende Arzt die Umstände, die zu einer Fehlallokation führen, bei der Organannahme hingegen nicht kennen, also beispielsweise nicht wissen, dass ein falscher Blutwert an Eurotransplant gemeldet wurde oder Falschangaben zur Nierenersatztherapie erfolgten, handelte er glutgläubig und hat damit ohne Vorsatz.

(bb) Tatentschluss des Angeklagten für einen versuchten Totschlag zum Nachteil anderer Patienten

Nach alledem käme es für die Beurteilung der Frage, ob der Angeklagte Tatentschluss für einen versuchten Totschlag zum Nachteil anderer Patienten hatte, auf dessen **Vorstellungsbild zum Zeitpunkt der Annahme der Spenderleber** für die Patientin V. an.

(aaa) Bilirubin-Wert

Hinsichtlich der am 19. Juli 2011 erfolgten Falschangaben zu der Höhe des Bilirubin-Wertes war dem Angeklagten nicht nachzuweisen, dass er bei der Organannahme Kenntnis davon hatte, dass der Organzuteilung durch Eurotransplant ein falscher Bilirubin-Wert und damit ein zu hoher labMELD zugrunde gelegt wurde. Dies wiederum hat zur Folge, dass dem Angeklagten nicht bewusst war, dass Eurotransplant bereits aus diesem Grund die Spenderleber zunächst anderen Patienten hätte anbieten müssen.

(bbb) Verstoß gegen die BÄK-Richtlinie zur alkoholinduzierten Zirrhose

Dem Angeklagten war zwar bekannt, dass die Patientin V. unter einer alkoholinduzierten Leberzirrhose litt und noch nicht sechs Monate Alkoholabstinenz eingehalten hatte. Er ging jedoch davon aus, dass die Gefahr bestand, dass die Patientin V. ohne Lebertransplantation kurzfristig versterben und mit Transplantation wahrscheinlich eine Lebensverlängerung eintreten würde. Aus Sicht des Angeklagten war die Lebertransplantation daher dringend erforderlich, um das Leben der Patientin zu retten. Der Angeklagte hat sich damit keine Tatumstände vorgestellt, bei deren Verwirklichung der volle Unrechtstatbestand eines bestimmten Verbrechens wie dem des Totschlags bzw. eines Vergehens erfüllt wäre.

Bei der rechtlichen Bewertung des Sachverhaltes ist dabei zu differenzieren zwischen den **Voraussetzungen der Aufnahme eines Patienten in die Warteliste, die sich nach § 10 Abs. 2 Nr. 2 TPG** richtet und denen der Organvermittlung, die in § 12 Abs. 3 S. 1 TPG geregelt sind. Wenn bereits die Voraussetzungen für die Aufnahme in die Warteliste nicht vorliegen, darf auch keine Teilnahme an der Organvermittlung und dementsprechend auch keine Annahme einer Spenderleber für einen Patienten erfolgen.
Im Fall der Patientin V. war demnach zunächst zu prüfen, ob die Aufnahme in die Warteliste rechtmäßig war [hierzu unten (aaaa)] und sodann, ob auch die anschließende Vermittlungsentscheidung von Eurotransplant nach dem Vorstellungsbild des Angeklagten regelkonform verlief (bbbb).

(aaaa) Entscheidung über die Aufnahme in die Warteliste

Die Aufnahme der Patientin P.V. in die Warteliste stellt einen Verstoß gegen die aktuell und auch zum verfahrensgegenständlichen Zeitpunkt gültige Richtlinie der Bundesärztekammer dar, wonach bei Patienten mit alkoholinduzierter Leberzirrhose die Aufnahme in die Warteliste erst dann erfolgen darf, wenn der Patient für mindestens sechs Monate völlige Alkoholabstinenz eingehalten hat. Hinsichtlich des konkreten Wortlauts der Richtlinie wird auf die obigen Ausführungen unter C. II. 1. a) bb) (2) (b) (aa) Bezug genommen. Die Aufnahme der Patientin V. in die Warteliste war gleichwohl rechtmäßig, weil die Aufnahme dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprach. Insbesondere war die Aufnahme notwendig und hatte eine ausreichende Erfolgsaussicht. Die Alkoholabstinenzregelung hingegen war und ist verfassungswidrig und daher rechtlich unbeachtlich.

Gemäß § 10 TPG Abs. 2 Nr. 2 TPG haben die Transplantationszentren über die Aufnahme in die Warteliste nach Regeln zu entscheiden, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach **Notwendigkeit** und **Erfolgsaussicht der Organübertragung**.
In § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TPG regelt, dass die Bundesärztekammer den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft in Richtlinien festlegt für die Aufnahme in die Warteliste nach § 10 Abs. 2 Nr. 2 TPG. In § 16 Abs. 1 S. 2 TPG ist wiederum

normiert, dass die Einhaltung des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft vermutet werde, wenn die Richtlinien der Bundesärztekammer beachtet worden seien.

(aaaaa) Rechtliche Einordnung der Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer

Für den Begriff der Richtlinie existiert keine juristische Definition. Die rechtliche Bewertung der von dem Angeklagten erfolgten Organannahme trotz Kenntnis, dass die Aufnahme der Patientin V. in die Warteliste und deren Verbleib dort gegen die Richtlinien der Bundesärztekammer verstieß, ist die rechtliche Einordnung der Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer in Bezug auf die gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 von Bedeutung, weil hiervon die Frage anhängig ist, inwieweit die Richtlinien einer gerichtlichen Überprüfung zu unterziehen sind. Gleiches gilt für die nach § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 TPG erlassenen Richtlinien zur Organvermittlung nach § 12 Abs. 3 S. 1 TPG.

Vereinzelt wird die Auffassung vertreten, trotz der gesetzlichen „Anordnung“ an die Bundesärztekammer, den Erkenntnisstand der medizinischen Wissenschaft „festzustellen“, komme den darauf beruhenden Richtlinien **kein für die Allgemeinheit verbindlicher Charakter** zu. Dies ergebe sich aus § 16 Abs. 1 S. 2 TPG, wonach die im Einzelfall widerlegbare Vermutung gelte, wonach bei Beachtung der Richtlinien der Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft eingehalten werde. Die Richtlinien der Bundesärztekammer und die darin enthaltenen „Feststellungen“ hätten damit die Wirkung von „Entscheidungshilfen im Hinblick auf die Verpflichtung des Arztes zur gewissenhaften Berufsausübung“ (vgl. Baumann/Kügele, § 16 TPG, Nomos – Erläuterung zum Deutschen Bundesrecht).

Für diese Auffassung spricht zunächst der Wortlaut des § 16 Abs. 1 S. 2 TPG, wonach die Einhaltung des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft vermutet wird, wenn die Richtlinien der Bundesärztekammer beachtet worden sind.

Da nach § 16 Abs. 1 Satz 2 TPG die Vermutung der Einhaltung des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft widerlegbar ist, wird weiter die Auffassung vertreten, die Richtlinien hätten den Charakter von antizipierten

Sachverständigengutachten zum jeweils in ihnen festgehaltenen Stand der medizinischen Wissenschaft (vgl. Taupitz, Richtlinien in der Transplantationsmedizin, NJW 2003, 1145, 1148, der allerdings darauf verweist, dass die Richtlinien zwar keine „echten“ Rechtsnormen seien, faktisch aber wie solche wirkten und daher in größerem Ausmaß als dies der Gesetzgeber gesehen habe, vergleichbaren Anforderungen wie Rechtsnormen zu unterwerfen seien {S.1150}; so auch Bader, Organmangel und Organverteilung, 2010, S. 182, 183, der allerdings davon ausgeht, es handele sich bei den Richtlinien zwar in formaler Hinsicht um einen Rechtssatz in Gestalt eines antizipierten Sachverständigengutachtens, jedoch materiell um Rechtsnormen, weshalb die Richtlinien an diesen Maßstäben zu messen seien.).

Eine ausschließliche Einordnung der Richtlinien als antizipiertes Sachverständigengutachten hätte zur Folge, dass ein Arzt, der aufgrund von Hinweisen in der Fachliteratur davon ausgehen muss, dass die entsprechenden Richtlinien den Stand der medizinischen Wissenschaft nicht oder nicht mehr korrekt wiedergeben, den Richtlinien nicht folgen darf, sondern bei seinen Entscheidungen den „wirklichen“ Stand der medizinischen Wissenschaft zu beachten hätte (vgl. Taupitz, Richtlinien in der Transplantationsmedizin, NJW 2003, 1145, 1148, der außerdem ausführt, weder Leitlinien noch Richtlinien dürften den Arzt daran hindern, im Einzelfall dem Stand des medizinischen Wissens gemäß sachgerecht zu (be-)handeln {1150}).

Nach dieser Auffassung wäre ein Abweichen von den Richtlinien grundsätzlich zulässig. Allerdings würde der Arzt die Begründungslast dafür tragen, dass ein Abweichen von der fixierten Regel tatsächlich sachlich geboten war (vgl. Taupitz, Richtlinien in der Transplantationsmedizin, NJW 2003, 1145, 1150). In diesen Fällen wäre auch durch ein Gericht inhaltlich überprüfbar, ob das Verhalten des Arztes – vorliegend also die Aufnahme der Patientin V. in die Warteliste und die durchgeführte Lebertransplantation – dem Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht.

Die Einhaltung des Standes der medizinischen Wissenschaft wäre nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme und der eingeholten Sachverständigengutachten – wenn man der Beurteilung der Frage, ob der Stand der *medizinischen* Wissenschaft eingehalten wurde, nur *medizinische* und nicht auch beispielsweise ethische oder soziale Aspekte zugrunde legt – zugunsten des Angeklagten bewiesen.

So hat der Sachverständige **Prof. Dr. B.** hinsichtlich der Patientin V. ausgeführt, diese habe unter einer alkoholinduzierten Leberzirrhose gelitten. Es habe die konkrete Gefahr bestanden, dass die Patientin ohne Lebertransplantation kurzfristig versterben würde. Darüber hinaus hat der Sachverständige angegeben, es sei bei der Patientin V. nicht zu erwarten gewesen, dass es bei Einhaltung einer vollständigen sechsmonatigen Alkoholabstinenz zu einer Besserung ihres Gesundheitszustandes gekommen wäre, weil es trotz der mutmaßlich seit dem 4. April 2010 eingehaltenen konsequenten Alkoholkarenz zu einer Verschlimmerung des Krankheitsbildes gekommen sei. Darüber hinaus hat Prof. Dr. B. ausgeführt, es hätten – abgesehen von der Nichteinhaltung der Alkoholabstinenzzeit – keine Kontraindikationen vorgelegen, die gegen eine Transplantation gesprochen hätten.

Schließlich kam auch das eingeholte psychiatrische Konsil zu dem Ergebnis, dass aus psychiatrischer Sicht keine Bedenken gegen eine Lebertransplantation bestünden. Dies bedeutet im Ergebnis, dass das Leben der Patientin V. nur durch eine Lebertransplantation gerettet werden konnte und keine medizinischen Kontraindikationen vorlagen. Die Voraussetzungen für die Aufnahme der Patientin in die Warteliste für eine Lebertransplantation lagen somit vor. Insbesondere war die Lebertransplantation **notwendig** um das Leben der Patientin zu retten und die Lebertransplantation hatte **Erfolgsaussicht**. Zwar bestand die Gefahr, dass die Patientin nach der Transplantation alkoholrückfällig werden würde. Allerdings ist eine entsprechende Rückfallgefahr auch bei sechsmonatiger Alkoholabstinenz nicht ausgeschlossen, sondern allenfalls geringer. Entscheidend ist jedoch dass die konkrete Gefahr bestand, dass der Patientin V. nicht mehr ausreichend Zeit verblieben wäre, die sechsmonatige Alkoholabstinenzzeit einzuhalten und deshalb die konkrete Gefahr bestand, dass sie ohne Transplantation verstorben wäre. Die bloße Rückfallgefahr allein würde keinen medizinischen Grund darstellen, bei der Patientin keine lebensrettende Lebertransplantation durchzuführen. Die Sachverständigen **Prof. Dr. B.** und **Prof. Dr. D.** haben übereinstimmend angegeben, es sei relativ selten, dass Patienten mit alkoholinduzierter Zirrhose, die nach einer Lebertransplantation weiterhin Alkoholabusus betrieben, aus diesem Grund einen Transplantatverlust erlitten. Der Sachverständige **Prof. Dr. D.** hat hinzugefügt, die Überlebenszeiten von Patienten mit alkoholinduzierter Leberzirrhose seien besser als nach Lebertransplantation bei Hepatitis B oder Hepatitis C. Sie betrügen nach fünf Jahren 73% und nach 10 Jahren 58 %. Trotz dieser sehr guten Daten bestünden

allgemein sowohl in der Öffentlichkeit als auch auch bei vielen Klinikern Bedenken gegen eine Lebertransplantation bei alkoholbedingter Leberzirrhose, weil es eine selbstverschuldete Erkrankung sei. In der Schweiz sei die Einhaltung einer sechsmonatigen Karenzzeit hingegen nicht vorgesehen. Aus seiner Sicht mache es keinen Sinn zu verlangen, dass der Patient eine reine Abstinenzzeit von sechs Monaten einhalten müsse, wenn dieser zu krank sei, diese zu überleben. Wenn ein Patient mit alkoholinduzierter chronischer Leberzirrhose ein acute on chronic liver failure (akut-auf-chronisches-Leberversagen) habe und es ihm nicht mehr möglich sei, eine sechsmonatige Alkoholkarenzzeit einzuhalten, sei es europäischer Standard (!), dass man transplantieren dürfe. Dies folge aus den Guide-Lines der EASL (European Association for the Study of the Liver). Allerdings müsse sichergestellt werden, dass ein gesichertes soziales Netz für den Patienten vorhanden sei. Dies sei wichtiger als die Einhaltung der Alkoholkarenz.

Im Hinblick auf die Ausführungen der Sachverständigen **Prof. Dr. B.** und insbesondere des Sachverständigen **Prof. Dr. D.** steht zur Überzeugung der Kammer fest, dass bei der Patientin V. keine *medizinischen* Gründe vorlagen, die es hätten vertretbar erscheinen lassen, diese nicht in die Warteliste aufzunehmen (und darüber hinaus nicht zu transplantieren), so dass durch diese Gutachten belegt wäre, dass bei der Aufnahme der Patientin V. in die Warteliste der Stand der Erkenntnisse der *medizinischen* Wissenschaft eingehalten wurde bzw. widerlegt wäre, dass es dem medizinischen Standard entsprochen hätte, die Patientin V. versterben zu lassen ohne zu versuchen, ihr Leben durch eine Lebertransplantation zu retten.

Tatsächlich stellen die Richtlinien der Bundesärztekammer jedoch nicht lediglich Entscheidungshilfen im Hinblick auf die Verpflichtung des Arztes zur gewissenhaften Berufsausübung bzw. antizipierte Sachverständigengutachten dar. Durch § 16 TPG wurden, soweit es um die hier maßgebliche Aufnahme von Patienten in die Warteliste nach § 10 Abs. 2 Nr. 2 TPG und die eigentliche Vermittlungsentscheidung nach § 12 Abs. 3 S. 1 TPG geht, vielmehr hoheitliche Aufgaben auf die Bundesärztekammer, bei der es sich um einen nichtrechtsfähigen Verein im Sinne des § 54 BGB handelt, übertragen.

Da das Transplantationsgesetzes nur geringe inhaltliche Vorgaben zur Organverteilung enthält, finden sich materiell-rechtliche Regelungen zur Aufnahme von Patienten in die Warteliste und Vermittlung postmortaler Spenderorgane erst auf

der Ebene der Richtlinien der Bundesärztekammer. Der Bundesärztekammer kommt daher eine außerordentlich wichtige Bedeutung im Rahmen der Organverteilung zu (Sickor, Der Genehmigungsvorbehalt für Richtlinien nach § 16 TPG, GesR 4/2014, 204). Dies betrifft sowohl den Zugang zur Warteliste als auch die Organvermittlung.

Bei den Richtlinien handelt es sich mithin nicht nur um Regelungen, die lediglich die technische oder verwaltungsmäßige Abwicklung der Organtransplantation betreffen. Die in den Richtlinien aufgeführten Kriterien entscheiden vielmehr, wie die geforderte sechsmonatige Alkoholabstinenz bei Patienten mit alkoholinduzierter Zirrhose eindrucksvoll belegt, über die **konkrete Zuteilung von Lebenschancen** (vgl. Sickor, Der Genehmigungsvorbehalt für Richtlinien nach § 16 TPG, GesR 4/2014, 204, 205). Angesichts des Umstandes, dass Entscheidungen über die Aufnahme in die Warteliste und die Organvermittlung elementarste und verfassungsrechtlich verankerte Positionen wie das Recht auf Leben betreffen und das Transplantationsgesetz ein striktes Verbot der privaten Organbeschaffung statuiert, handelt es sich bei der Organverteilung nach dem Transplantationsgesetz um die **Ausübung hoheitlicher Tätigkeit** (vgl. Sickor, Der Genehmigungsvorbehalt für Richtlinien nach § 16 TPG, GesR 4/2014, 204, 205). Diese Entscheidungen sind für den Bürger **verbindlich** (Bader, Organmangel und Organverteilung, 2010, S. 177).

Aus den Ausführungen des Sachverständigen **Prof. Dr. B.** sowie der Zeugen **Prof. Dr. B.** und **R.** wurde deutlich, dass sowohl die Mitglieder der Prüfungskommission der Bundesärztekammer als auch Transplantationsmediziner die in den Richtlinien getroffenen Regelungen als verbindlich ansehen und davon ausgehen, dass von diesen nicht abgewichen werden dürfe. So hat der Sachverständige **Prof. Dr. B.** die Nichteinhaltung der vorgeschriebenen Alkoholkarenzzeit als „absolute Kontraindikation“ bezeichnet. Der Sachverständige Prof. Dr. B., der selbst Transplantationschirurg ist und Lebertransplantationen durchführt, sieht somit keine Möglichkeit, im Einzelfall von den Richtlinien der Bundesärztekammer abzuweichen und auch ohne Einhaltung der Alkoholkarenzzeit eine Lebertransplantation durchzuführen. So hat der Sachverständige ausdrücklich ausgeführt, er würde Patienten, die die Alkoholabstinenzzeit noch nicht vollständig eingehalten hätten, nicht transplantieren und lediglich konservativ behandeln. Dies gelte selbst dann, wenn die Gefahr bestünde, dass diese Patienten ohne Transplantation verstürben. Darüber hinaus hat der Sachverständige Prof. Dr. B. angegeben, wenn ein Patient bereits sechs Monate alkoholabstinent gewesen sei und dann einen einmaligen

Alkoholrückfall erleide, beginne die Sechsmonatsfrist von Neuem. Der Patient bekomme die Chance, dass er nachfolgend nochmals sechs Monate alkoholabstinent bleibe. Diese Situation komme nicht selten vor.

Neben dem Sachverständigen Prof. Dr. B. hat auch die Vorsitzende der Prüfungskommission **A.-G.R.**, Vorsitzende Richterin am Kammergericht a. D., bekundet, die Richtlinien der BÄK sähen keine Ausnahme zur Umgehung der erforderlichen Alkoholkarenzzeit vor. **Grundsätzlich müsse man einen Patienten sterben lassen, wenn dieser die erforderliche Karenzzeit nicht eingehalten habe**. Andernfalls liege Richtlinienverstoß vor.

Schließlich hat auch der Zeuge **Prof. Dr. T.B.**, Chefarzt der Chirurgischen Klinik des Krankenhauses der Augustinerinnen in K., der als Transplantationschirurg tätig war und Mitglied der Prüfungskommission ist, bekundet, ein alkoholkranker Patient, der die sechsmonatige Karenzzeit noch nicht erreicht habe, dürfe den Richtlinien zufolge nicht transplantiert werden. Dies gelte selbst dann nicht, wenn er bereits einen akut lebensbedrohlichen Zustand erreicht habe. Daher könne nur versucht, werden, den Patienten zu stabilisieren. Es sei durchaus denkbar, dass ein Patient mit alkoholtoxischem Leberversagen nicht transplantiert werde, weil er noch keine sechs Monate alkoholabstinent gewesen sei und damit die von der Bundesärztekammer aufgestellten Kriterien nicht erfülle. **Dies stelle zwar eine harte Entscheidung dar, diese werde jedoch aufgrund der Richtlinien so getroffen**.

Den Aussagen der Zeugen **R.** und **Dr. B.** sowie den Ausführungen des Sachverständigen **Prof. Dr. B.** ist zu entnehmen, dass sowohl seitens der Bundesärztekammer als auch von den Ärzten davon ausgegangen wird, dass ein Abweichen von im Fall der von der Bundesärztekammer geforderten sechsmonatigen vollständigen Alkoholabstinenz bei Patienten mit alkoholinduzierter Leberzirrhose unter keinen Umständen zulässig ist. Diese Schlussfolgerung ist letztlich folgerichtig, da der Wortlaut der Alkoholabstinenzklausel eindeutig ist und damit offensichtlich ist, dass keine Ausnahmen zugelassen werden sollen. Daran ändert auch die Vermutungsregelung des § 16 Abs. 1 S. 2 TPG nichts.

Danach hätte die Patientin V. frühestens ab dem 4. Oktober 2010 in die Warteliste aufgenommen werden dürfen. Tatsächlich erfolgte diese Aufnahme bereits am 21. Mai 2010, am 24. Juli 2010 wurde sie transplantiert. Selbst wenn die Patientin V. am 4. Oktober 2010 noch gelebt hätte, hätte sich ihr Zustand auch ohne Alkoholkonsum

möglicherweise bereits so verschlechtert, dass sie nicht mehr transplantabel gewesen wäre oder zumindest ihre Aussichten, die Lebertransplantation zu überstehen, schlechter gewesen wären als im Juli 2010. Die zweieinhalb Monate, die die Patienten am 4. Oktober 2010 länger abstinent gewesen wäre hätten in Bezug auf die Rückfallgefahr, die durch die Einhaltung der sechsmonatigen Alkoholabstinenzzeit verringert werden soll, keine Auswirkung gehabt, weil es sich um eine „erzwungene“ Abstinenz gehandelt und keine eigentliche Alkoholtherapie stattgefunden hätte.

Da es keine medizinischen Gründe für den ausnahmslosen Ausschluss nicht ausreichend lange alkoholabstinenter Patienten von der Warteliste gibt, bei denen trotz Einhaltung einer strikten Alkoholabstinenz keine Verbesserung der Leberfunktion mehr zu erwarten ist und deren Lebenserwartung auch nicht mehr ausreichend lang ist, um die geforderte Abstinenzzeit einzuhalten, enthält diese Ausschlussregelung eine **ethische Wertung** dahingehend, dass Patienten mit alkoholinduzierter Leberzirrhose, die noch keine sechs Monate vollständige Alkoholabstinenz eingehalten haben, im Verhältnis zu anderen Patienten **keine Lebenschance** durch Aufnahme in die Warteliste und spätere Transplantation erhalten sollen, weil sie ihre Erkrankung selbst verschuldet und sich auch nicht bereitgefunden haben, abstinent zu leben.

Deutlich wurde dies anhand der Antwort der Zeugin R. auf den Vorhalt, dass die Nichttransplantation eines Patienten, der keine ausreichende Lebenserwartung mehr habe, um die Sechsmonatsfrist einzuhalten, dessen sicheren Tod zur Folge habe. Die Zeugin erklärte: „Dann (wenn der nichtabstinente Patient transplantiert werde) stirbt vielleicht ein anderer Patient“. Dieser Aussage war eindeutig die Wertung zu entnehmen, dass ein Patient, der unverschuldet eine Lebertransplantation benötigt eine solche eher „verdiene“, als ein Patient, der seine Lebererkrankung durch übermäßigen Alkoholkonsum verschuldet habe.

Medizinisch ist die Ablehnung der Aufnahme eines nicht ausreichend lange alkoholabstinenten Patienten jedenfalls in den Fällen, bei denen die Lebenserwartung nicht ausreichend ist, um die geforderte Alkoholkarenzzeit einzuhalten, nicht begründbar. Es handelt sich hierbei vielmehr um eine ethische Bewertung. Ethische Wertungen sind jedoch eher für Rechtsnormen charakteristisch (vgl. auch Bader, Organmangel und Organverteilung, 2010, S. 183, 184).

Gegen die Annahme, dass der Bundesärztekammer durch § 16 TPG Hoheitsrechte übertragen wurden, spricht auch nicht, dass § 16 Abs. 1 S. 2 TPG den Richtlinien der Bundesärztekammer lediglich den Status einer Vermutungsregel zuspricht (Sickor, Der Genehmigungsvorbehalt für Richtlinien nach § 16 TPG, GesR 4/2014, 204, 205).

Zum einen dürften die Schwierigkeiten, eine solche Vermutungswirkung zu widerlegen für einen vom Tode bedrohten Patienten, der sich gegen die Nichtaufnahme in die Warteliste zur Wehr setzen möchte, in praktischer Hinsicht unüberwindbar sein, zumal weder das Transplantationsgesetz noch die Richtlinien der Bundesärztekammer hinreichende Rechtsschutzmöglichkeiten vorsehen (vgl. Sickor, Der Genehmigungsvorbehalt für Richtlinien nach § 16 TPG, GesR 4/2014, 204, 205).

Zum anderen kommt die Ausgestaltung als Vermutungsregel zumindest bei den Richtlinien über die Organvermittlung gegenüber Eurotransplant nicht zur Anwendung. Die Richtlinien werden vielmehr in dem Vertrag über die Vermittlungsstelle als verbindliche Vorgabe und nicht lediglich als Vermutung in Bezug genommen. Den Richtlinien für die Organvermittlung kommt daher auch auf dogmatischer Ebene Rechtsverbindlichkeit zu (vgl. Sickor, Der Genehmigungsvorbehalt für Richtlinien nach § 16 TPG, GesR 4/2014, 204, 205/206). Soweit Eurotransplant vertraglich die Möglichkeit eingeräumt wird, mit Einverständnis der Bundesärztekammer von den Richtlinien zeitlich befristet abzuweichen bzw. verbleibende Spielräume eigenverantwortlich auszufüllen, beruhen diese Freiheiten auf vertraglichen Sonderregelungen, die von der Vermutungsregel des § 16 Abs. 1 S. 2 TPG unberührt bleiben (vgl. Sickor, Der Genehmigungsvorbehalt für Richtlinien nach § 16 TPG, GesR 4/2014, 204, 206).

Da die Bundesärztekammer durch § 16 Abs. 1 TPG mit selbständigem, hoheitlichem Handeln in eigenem Namen betraut wurde, handelt es sich um einen Fall der Beleihung (vgl. Bader, Organmangel und Organverteilung, 2010, S. 178; vgl. auch Gutmann, in: Schroth/König/Gutmann/Oduncu, TPG, 1. Auflage 2005, § 16 Rdnr. 5). Als Rechtsfolge der Beleihung besteht im Innenverhältnis zwischen Staat und Bundesärztekammer ein Auftrags- und Treuhandverhältnis. Im Außenverhältnis gegenüber dem Bürger ist die Bundesärztekammer als Verwaltungsbehörde im Sinne des § 1 Abs. 4 VwVfG anzusehen, die an alle öffentlich-rechtlichen Normen,

insbesondere an die Grundrechte und die allgemeinen Verwaltungsgrundsätze gebunden ist (ebenso Bader, Organmangel und Organverteilung, 2010, S. 178).

Der Erlass der Richtlinien ist aufgrund der gesetzlichen Kompetenzzuweisung in § 16 TPG der Exekutive zuzuordnen (vgl. Sickor, Der Genehmigungsvorbehalt für Richtlinien nach § 16 TPG, GesR 4/2014, 204, 206). Dementsprechend sind die Richtlinien der Bundesärztekammer als von der Exekutive gesetzte Rechtsnormen einzuordnen (vgl. Dannecker/Streng-Baunemann, Verschaffung des Wartelistenzugangs für Alkoholiker entgegen den Organallokations-Richtlinien der Bundesärztekammer – (versuchter) Totschlag?, NStZ 2014, 673, 678; Bader, Organmangel und Organverteilung, 2010, S. 184; Gutmann, in: Schroth/König/Gutmann/Oduncu, TPG, 1. Auflage 2005, § 16 Rdnr. 4).
An diese Rechtsnormen sind die Fachgerichte und damit auch die Strafgerichte zwar gebunden. Anders als Parlamentsgesetze, für die das Verwerfungsmonopol des Bundesverfassungsgerichts gilt, können und müssen Rechtsnormen der Exekutive jedoch durch jedes Gericht auf ihrer Verfassungsmäßigkeit überprüft und gegebenenfalls verworfen werden. Dies gilt auch für die Richtlinien der Bundesärztekammer (vgl. Dannecker/Streng-Baunemann, Verschaffung des Wartelistenzugangs für Alkoholiker entgegen den Organallokations-Richtlinien der Bundesärztekammer – (versuchter) Totschlag?, NStZ 2014, 673, 678).

(bbbbb) Verfassungswidrigkeit der Alkoholkarenzregelung

Die in der zum verfahrensgegenständlichen Zeitpunkt gültigen Richtlinie der Bundesärztekammer unter dem **Gliederungspunkt II.** (Aufnahme in die Warteliste und Beurteilung der Dringlichkeit der Lebertransplantation) zu **2**. (Einschränkungen der Aufnahme in die Warteliste) **1**. getroffene Regelung, wonach bei Patienten mit alkoholinduzierter Zirrhose eine Aufnahme in die Warteliste erst dann erfolgen darf, wenn der Patient für mindestens sechs Monate völlige Alkoholabstinenz eingehalten hat, ist ebenso wie die inhaltsgleiche Regelung in den aktuellen Richtlinien wegen Verstoßes gegen Art. 2. Abs. 1 S. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG **verfassungswidrig** und damit **rechtlich unverbindlich**.

Dabei kann dahingestellt bleiben, ob der in der Literatur weit verbreiteten Auffassung zu folgen ist, die durch § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2, 5 TPG erfolgte Beleihung der

Bundesärztekammer mit Normsetzungskompetenzen sei bereits formal verfassungswidrig, weshalb die darauf basierenden Richtlinien der Bundesärztekammer zur Aufnahme in die Warteliste und die Organvermittlung ebenfalls keine Verbindlichkeit beanspruchen könnten (vgl. Bader, Organmangel und Organverteilung, 2010, S. 184 ff., 194 ff. 198 ff.; Dannecker/Streng-Baunemann: Verschaffung des Wartelistenzugangs für Alkoholiker entgegen den Organallokations-Richtlinien der Bundesärztekammer – (versuchter) Totschlag?, NStZ 2014, 673, 674/675; Fateh-Moghadam, MedR 2014, 665, 666; Gutmann, in: Schroth/König/Gutmann/Oduncu, TPG, 1. Auflage 2005, § 16 Rdnrn. 6 ff.); Höfling in: Höfling, TPG, 2. Auflage 2013, § 16 Rdnrn. 16 ff.; a.A. Rissing-van Saan, VRiBGH a. D., Der sog. „Transplantationsskandal“ – eine strafrechtliche Zwischenbilanz, NStZ, 233, 236 ff.).
Die in den Richtlinien der Bundesärztekammer geregelte Alkoholkarenzregelung ist jedenfalls unzweifelhaft materiell verfassungswidrig (vgl. zur Verfassungswidrigkeit der Alkoholkarenzregelung: Bader, Organmangel und Organverteilung, 2010, S. 381; Dannecker/Streng-Baunemann: Verschaffung des Wartelistenzugangs für Alkoholiker entgegen den Organallokations-Richtlinien der Bundesärztekammer – (versuchter) Totschlag?, NStZ 2014, 673, 675 ff.; Fateh-Moghadam, MedR 2014, 665, 666; Gutmann, in: Schroth/König/Gutmann/Oduncu, TPG, 1. Auflage 2005, § 16 Rdnr. 15).

Patienten, bei denen eine Lebertransplantation erforderlich ist, um ihre Erkrankung zu heilen oder zumindest um Leiden zu lindern, haben kein zwar kein originäres Leistungsrecht auf Zuteilung eines Organs, weil aufgrund des Organmangels eine Befriedigung aller bedürftigen Patienten mit Spenderorganen tatsächlich nicht möglich ist. Dementsprechend kann es auch kein subjektives „Recht auf ein Organ“ im Sinne eines subjektiven Leistungsanspruchs geben (vgl. Bader, Organmangel und Organverteilung, 2010, S. 296). Zwar könnte der Gesetzgeber gleichwohl ein solches konstituieren. Die Auslegung des geltenden Rechts belegt indes, dass er dies sinnhafter Weise auch nicht getan hat. Transplantationsbedürftigen Patienten steht jedoch ein derivatives Teilhaberecht am Organverteilungssystem (so Bader, Organmangel und Organverteilung, S. 296 ff., 317) bzw., präziser formuliert auf chancengleiche Teilhabe an dem jeweils zur Verfügung stehenden, stets zu knappen Quantum an Lebern zu. Dieses Recht folgt aus dem Grundrecht auf Leben (Art. 2

Abs. 2 S. 1 GG), dem Grundrecht auf Achtung der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) sowie dem allgemeinen Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) und nicht zuletzt dem Sozialstaatsprinzip (vgl. Dannecker/Streng, Rechtliche Möglichkeiten und Grenzen einer an den Erfolgsaussichten der Transplantation orientierten Organallokation, JZ 2012, 444, 445).

Dieses Teilhaberecht eines jeden Patient, bei dem eine Lebertransplantation zur Heilung oder Linderung seiner Erkrankung erforderlich ist und bei dem keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass er die Transplantation nicht überleben bzw. sogleich nach der Transplantation versterben würde, gibt ihm einen Anspruch, bei der staatlich organisierten Organallokation mit allen anderen Patienten grundsätzlich gleichberechtigt berücksichtigt und nur nach Maßgabe sachlich begründeter und verhältnismäßiger Differenzierungskriterien übergangen zu werden (vgl. Bader, Organmangel und Organverteilung, 2010, S. 297). Dieses elementare und verfassungsrechtliche verankerte Recht steht auch alkoholkranken Menschen zu.
Zwar kommt es aufgrund der Organknappheit zwangsläufig und unvermeidbar bei der Organverteilung zu Ungleichbehandlungen, weil nicht für alle Patienten ein Organ zur Verfügung steht. Insoweit ist es offensichtlich, dass das derivative Teilhaberecht auch einen Bezug zum allgemeinen Gleichbehandlungsgrundsatz des Art. 3 Abs. 1 GG aufweist (vgl. Bader, Organmangel und Organverteilung, 2010, S. 297). Auch hat das derivative Teilhaberecht einen Bezug zum verfassungsrecht verbürgten allgemeinen Freiheitsrecht. Dessen Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG gibt jedermann das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Diese Verbürgung wird berührt, wenn staatliche Vorschriften bzw. von solchen abgeleitete Regelungen wie die hier diskutierten Richtlinien der Bundesärztekammer dazu führen, dass einem kranken Menschen eine nach dem Stand der medizinischen Forschung prinzipiell zugängliche Therapie, mit der eine Verlängerung des Lebens, mindestens aber eine nicht unwesentliche Minderung des Leidens verbunden ist, versagt bleibt (so BVerfG v. 11.08.1999 – 1 BvR 2181/98, JuS 2000, 393). Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG begründet somit eine Schutzpflicht des Staates für Leib und Leben aller bedürftigen Patienten (vgl. Bader, Organmangel und Organverteilung, 2010, S. 298). Der Staat hat zudem bei der Organverteilung eine Monopolstellung, die in § 9 Abs. 1 TPG gesetzlich verankert ist. Die Organtransplantation ist für alle bedürftigen Patienten die notwendige Voraussetzung zur Verwirklichung dieses Grundrechts, weil sie bei entsprechenden Erkrankungen, wozu auch die alkoholinduzierte Leberzirrhose

gehört, die einzige Therapieform ist, die die Gesundheit und – wie im Falle der Patientin V. – das Leben der Patienten retten kann.

Der Rückgriff auf das Freiheitsrecht des Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG zur Begründung dieses Teilhabeanspruchs ist auch nicht deshalb entbehrlich, weil sich der Teilhabeanspruch prinzipiell aus Art. 3 Abs. 1 GG ergibt. Dieser wirkt sich vielmehr auf die Anforderungen für die Rechtfertigung bzw. Begründung von Ungleichbehandlungen aus, die sich nicht nur an Art. 3 Abs. 1 GG, sondern auch an den Besonderheiten des Freiheitsrechts auszurichten hat. Im Fall des § 2 Abs. 2 S. 1 GG bedeutet dies, dass der aus dieser Norm in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG hergeleitete Grundsatz der Lebenswertindifferenz zu berücksichtigen ist. Nach der „Lebenswertindifferentkonzeption“ des GG ist jedes Leben gleichwertig. Dies hat das Bundesverfassungsgericht wiederholt, u.a. in seinem Urteil zum Luftsicherheitsgesetz (BVerfG v. 15.2.2006 – 1 BvR 357/05, NJW 2006, 751 ff.) hervorgehoben und ausgeführt, Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG gewährleiste die biologische Existenz jedes Menschen vom Zeitpunkt ihres Entstehens an bis zum Eintritt des Todes unabhängig von den Lebensumständen des Einzelnen und seinen körperlichen und seelischen Befindlichkeiten. Soweit der Teilhabeanspruch auch auf das Sozialstaatsprinzip des Art. 20 Abs. 1 GG gestützt werden kann, ergeben sich hieraus keine zusätzlichen Auswirkungen auf den Prüfungsmaßstab dieses Anspruchs (vgl. Bader, Organmangel und Organverteilung, 2010, S. 300).

Bei der Rechtfertigung von Ungleichbehandlungen im Rahmen der Organallokation sind somit die Anforderungen der Grundrechte nach Art. 3 Abs. 1 GG und Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG zu beachten. Danach ist der ausnahmslose Ausschluss von Patienten mit alkoholinduzierter Leberzirrhose, die keine sechs Monate vollständige Alkoholkarenzzeit eingehalten haben, evident verfassungswidrig. Ausgangspunkt für die Rechtfertigungsanforderungen des Ausschlusses von Patienten ist zunächst der Bezug zum allgemeinen Gleichheitsgrundsatz. Nach der vom Bundesverfassungsgericht entwickelten „Willkürformel“ ist eine Ungleichbehandlung nur dann nicht gerechtfertigt, wenn sich ein vernünftiger, aus der Natur der Sache ergebender oder sonstwie sachlich einleuchtender Grund für die gesetzliche Differenzierung oder Gleichbehandlung nicht finden lässt, die Bestimmung mithin als willkürlich bezeichnet werden muss (BVerfG, Urteil vom 23. Oktober 1951 – 2 BvG 1/51 -, Leitsatz Ziffer 18 sowie Rdnr. 139 bei juris). Mit seiner sogenannten „Neuen

Formel“ ist das Bundesverfassungsgericht in bestimmten Fällen über diese niederschwelligere Willkürprüfung hinausgegangen und hielt eine Ungleichbehandlung mehrerer Gruppen von Normadressaten für mit Art. 3 Abs. 1 GG unvereinbar, „wenn eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu anderen Normadressaten anders behandelt wird, obwohl zwischen beiden keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen könnten (BVerfGE v. 7.10.1090 – 1 BvR 50, 89/79, NJW 1981, 271, 272). Mit dem Abstellen auf die Beziehung zwischen der Ungleichbehandlung und den vorgefundenen Unterschieden oder sonstigen Gründen übertrug das Bundesverfassungsgericht das Prinzip der Verhältnismäßigkeit auf die Prüfung von Verletzungen des Gleichheitssatzes (so zutreffend Bader, Organmangel und Organverteilung, 2010, S. 302).
Diese Rechtsprechung ist auch auf das Organallokationsrecht anzuwenden, da der dergestalt verschärfte Prüfungsmaßstab Anwendung finden muss, wenn nicht bloß Sachverhalte, sondern Personengruppen ungleich behandelt werden und im Rahmen der maßgeblichen Differenzierung an Eigenschaften dieser Personen, wie Alter, Ausbildungs- und Familienstand angeknüpft wird was jedenfalls im Zusammenhang mit der Organallokation mit dem Grundgesetz unvereinbar ist. Eine Ungleichbehandlungen im Rahmen der Organallokation hat durchweg zur Folge, dass übergangene Patienten in ihrem Recht auf Leben gemäß § 2 Abs. 2 S. 1 GG beeinträchtigt werden.

Der ausnahmslose Ausschluss von Patienten mit alkoholinduzierter Leberzirrhose, die noch keine sechsmonatige Alkoholabstinenz eingehalten haben, stellt eine personenbezogene Ungleichbehandlung dar, die den Anforderungen, die Art. 3 Abs. 1 GG an die Rechtfertigung personenbezogener Ungleichbehandlungen stellt, nicht genügt. Er verstößt deshalb evident auch gegen das Verbot der Differenzierung nach dem Lebenswert gemäß Ar. 2 Abs. 2 S. 1 GG i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG.

So haben die Sachverständigen **Prof. Dr. B.**, **Prof. Dr. Dr. R.** – Ärztlicher Direktor Transplantationszentrum U. Gent – und **Prof. Dr. Dr. R.** – Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie, Leitender Arzt, Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie, UniversitätsSpital Z. – ausgeführt, die sechsmonatige Abstinenzklausel habe im Wesentlichen zwei Gründe: Zum einen sei es denkbar, dass die Lebererkrankung sich nach sechs Monaten Alkoholabstinenz so deutlich gebessert

habe, dass keine Lebertransplantation mehr erforderlich sei. Zum anderen sei die Rückfallgefahr geringer, wenn ein Patient vor der Aufnahme in die Warteliste eine sechsmonatige Abstinenz eingehalten habe.
Der Sachverständige **Prof. Dr. D.** – Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie, Leitender Arzt, Klinik für V.- und T., UniversitätsSpital Z. – hat jedoch insoweit darauf hingewiesen, dass sich durch die Einhaltung einer Alkoholkarenz lediglich die Leber*funktion*, nicht jedoch die Leber*zirrhose* bessern könne. Eine Leberzirrhose sei irreversibel und bleibe trotz Alkoholkarenz mit all ihren Risiken, wie zum Beispiel der Bildung eines HCC oder der Entwicklung einer akuten, lebensbedrohlichen Dekompensation bestehen. Dass eine Leberzirrhose nicht rückbildungsfähig ist und das Risiko der Bildung eines HCC bzw. des Auftretens einer lebensbedrohlichen Dekompensation besteht, haben auf entsprechende Nachfrage auch die Sachverständigen Prof. Dr. B., Prof. Dr. Dr. R. und Prof. Dr. Dr. R. bestätigt.

Sofern sich unter diesen Patienten befinden, wie sie von den Sachverständigen Prof. Dr. B. und Prof. Dr. Dr. R. sowie dem Zeugen Prof. Dr. B. als seltene Ausnahmefälle beschrieben wurden, die trotz bereits vorliegender irreversibler Leberzirrhose nach Einhaltung einer strikten Alkoholabstinenz Zeit ihres Lebens keine Lebertransplantation benötigen, wäre die Nichtaufnahme dieser Patienten in die Warteliste bereits deshalb gerechtfertigt, weil keine Notwendigkeit im Sinne des § 10 Abs. 2 Nr. 2 TPG für eine Transplantation bestünde.

Das Argument, die Leberfunktion könne sich so weit verbessern, dass – zumindest bis auf Weiteres – keine Lebertransplantation erforderlich sei, scheidet jedoch unzweifelhaft bei den Patienten aus, bei denen eine entsprechende Verbesserung nicht mehr eintreten kann und die Lebenserwartung der Patienten nicht ausreichend lang ist, um die sechsmonatige Alkoholabstinenz einhalten zu können.

Diese Situation bestand auch bei der Patientin V.. Da ausweislich des Gutachtens des Sachverständigen **Prof. Dr. B.** nicht zu erwarten war, dass sich die Leberfunktion dieser Patientin bessern würde, sondern vielmehr die Gefahr bestand, dass sie ohne Transplantation kurzfristig versterben würde, wäre ein Zuwarten medizinisch nicht zu rechtfertigen gewesen. Denn mit jedem Tag hätte sich der Zustand der Patientin V. verschlechtern und sich das Risiko erhöhen können, dass die Patientin nicht mehr transplantabel gewesen wäre und hätte versterben können.

Generell kann daher festgestellt werden, dass bei allen Patienten, bei denen die Lebenserwartung nicht mehr ausreichend lang ist, um eine sechsmonatige Alkoholabstinenzzeit einhalten zu können, der Ausschluss von der Aufnahme in die Warteliste nicht medizinisch begründet ist. Da die Alkoholabstinenzregelung der Bundesärztekammer zudem keine Ausnahme enthält, müssen diese Patienten sterben.

Das zweite Argument, das für die Alkoholabstinenzregelung angeführt wird, die Senkung des Rückfallrisikos, ist noch weniger geeignet, den Ausschluss dieser Patienten zu rechtfertigen.

Ohne Zweifel ist es für die Gesundheit des Patienten und die Überlebensdauer des Transplantats besser, wenn der Patient nach der Transplantation keinen Alkohol mehr konsumiert. Der Einfluss eines Alkoholrückfalls auf die Erfolgsaussichten der Transplantation und die Überlebensdauer stehen indes in keinem auch nur ansatzweise angemessenen Verhältnis zu dem durch die Alkoholkarenzregelung bewirkten sicheren Tod.

So haben die Sachverständigen **Prof. Dr. B.** und **Prof. Dr. D.** übereinstimmend angegeben, es sei relativ selten, dass Patienten mit alkoholinduzierter Zirrhose, die nach einer Lebertransplantation weiterhin Alkoholabusus betrieben, aus diesem Grund einen Transplantatverlust erlitten.
Der Sachverständige **Prof. Dr. B.** hat weiter ausgeführt, das Rückfallrisiko eines alkoholkranken Patienten, der die Karenzzeit von sechs Monaten nicht eingehalten habe, betrage 20 % - 25 %. Das Versterbensrisiko nach gleichwohl erfolgter Transplantation liege bei erneutem schwerem Alkoholkonsum unter 2%. Hiervon zu unterscheiden sei die Frage, welche langfristigen Risiken bei erneutem schwerem Alkoholkonsum bestünden. Diese entsprächen denen, die beim Originalorgan bestanden hätten.
Der Sachverständige **Prof. Dr. D.** hat die Höhe dieses Rückfallrisikos bestätigt und angeführt, die Zahl von 20 % - 25 % werde durch ausländische Studien in Ländern bestätigt, die eine vergleichbare Abstinenzzeitregelung nicht aufweisen. Hierbei sei indes zu berücksichtigen, dass eine genaue Überprüfung der Angaben der Patienten regelmäßig nicht stattfinde. So wäre es beispielsweise denkbar, eine Haaranalyse zu machen, anhand derer Alkoholkonsum bis zu sechs Monate überprüft werden könne. Die Rückfallquote sei daher wohl eher bei etwa 50 % einzuordnen. Die wenigsten

Patienten verlören jedoch hierdurch die Spenderleber. Bei 50 % Rückfallquote erlitten etwa 4 % der untersuchten Patienten einen Transplantatverlust.

Es ist aus Sicht der Kammer evident, dass es aufgrund dieser geringen Rate von Patienten gänzlich unverhältnismäßig ist, sämtliche Patienten von einer Transplantation auszuschließen und ihnen damit eine medizinisch mögliche Behandlung und vor allem die Rettung ihres Lebens zu versagen.

Medizinische Gründe, insbesondere Patienten mit alkoholinduzierter Leberzirrhose, die keine ausreichende Lebenserwartung mehr haben, um die sechsmonatige Alkoholkarenzzeit einzuhalten und bei denen auch keine Möglichkeit der Besserung der Leberfunktion mehr besteht, gänzlich von einer Transplantation auszuschließen, liegen nicht vor. Im Gegenteil: Der Sachverständige **Prof. Dr. D.** hat ausgeführt, es sei europäischer Standard, diese Patienten zu transplantieren.

Die Ungleichbehandlung dieser Patienten, kann auch nicht damit gerechtfertigt werden, dass diese Patienten ihre Erkrankung selbst verschuldet hätten. Diese Erwägung würde evident gegen den Grundsatz der Lebenswertindifferenz verstoßen. Gleiches gilt für das im Schlussvortrag von der Staatsanwaltschaft angeführte Argument, es sei zwar diskutabel, ob eine Karenzzeit von fünf, sechs oder sieben Monaten festgesetzt werde, die festgesetzte Karenzzeit sei jedoch einzuhalten, um die Rückfallgefahr zu mindern; denn wenn man auf einen Organspender zugehen und sagen würde, man transplantiere „jeden von der Theke auf den Tisch“, würden die Spenderzahlen weiter sinken.

Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG verwehrt dem Staat nicht nur unzulässige Beeinträchtigungen von Leib und Leben der Bürger, sondern verpflichtet ihn darüber hinaus – und zwar auch im Kontext der Transplantationsmedizin – sich schützend insbesondere vor die grundrechtlich abgesicherten Rechtsgüter seiner Bürger zu stellen. Das Recht auf Leben stellt hierbei innerhalb der grundgesetzlichen Ordnung einen Höchstwert dar. Dieses Recht steht dabei nicht isoliert, sondern im Kontext mit der durch Art. 1 Abs. 1 GG verbürgten Menschenwürde, die allgemein elementare Rechtsgleichheit verbürgt. So hat das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 25. Februar 1975 (Schwangerschaftsabbruch I) ausgeführt (Rdnr. 186 bei juris): „Jedes menschliche Leben […] ist als solches gleich wertvoll und kann deshalb keiner irgendwie gearteten unterschiedlichen Bewertung oder Abwägung unterworfen

werden.“. Dem Staat sind damit jegliche Differenzierungen im Hinblick auf den Lebenswert verschiedener Individuen versagt (ebenso Bader, Organmangel und Organallokation, 2010, S. 315/316). Aus diesem Grund steht der aus dem Grundrecht auf Leben sowie dem allgemeinen Gleichheitssatz abgeleitete derivative Teilhabeanspruch am vorhandenen Organaufkommen angesichts des das Grundrecht auf Leben charakterisierenden Grundsatzes der Lebenswertindifferenz auch Patienten zu, die ihre Erkrankung selbst verschuldet haben. Eine auf dem Selbstverschuldensgedanken basierende Posteriosierung entsprechender Patientengruppen ist verfassungswidrig (vgl. Dannecker/Streng-Baunemann: Verschaffung des Wartelistenzugangs für Alkoholiker entgegen den Organallokations-Richtlinien der Bundesärztekammer – (versuchter) Totschlag?, NStZ 2014, 673, 677.).

Da die Alkoholkarenzreglung, die sich zum verfahrensgegenständlichen Zeitpunkt unter dem Gliederungspunkt II.2.1. befand (aktuell III.2.2.), verfassungswidrig ist, ist sie rechtlich unbeachtlich. Die Aufnahme der Patientin V. in die Warteliste am 20. Mai 2010 erfolgte daher unter Beachtung der Regelungen in § 10 Abs. 2 Nr. 2 TPG. Die Patientin litt unter einer fortgeschrittenen alkoholinduzierten Leberzirrhose und drohte ohne alsbaldige Transplantation zu versterben. Kontraindikationen lagen nicht vor. Die Lebertransplantation war daher im Sinne des § 10 Abs. 2 Nr. 2 TPG notwendig und hatte Erfolgsaussicht.

(bbbb) Organannahme und Transplantation

Die Lebertransplantation war erforderlich, um das Leben der Patientin V. zu retten. Insoweit war sie eine geeignete Patientin und es bestand Erfolgsaussicht und Dringlichkeit im Sinne des § 12 Abs. 3 Satz 1 TPG. Zwar erfolgte das Organangebot für die Patientin V. am 23. Juli 2010 täuschungsbedingt, weil am 19. Juli 2010 ein unzutreffender Bilirubin-Wert an Eurotransplant übermittelt worden und deshalb der Zuteilungsentscheidung ein falsch hoher MELD-Wert zugrunde gelegt worden war. Es konnte jedoch nicht nachgewiesen werden, dass dem Angeklagten dies bekannt war. Insoweit hat der Angeklagte dieses Organangebot gutgläubig angenommen.
Ein versuchter Totschlag zum Nachteil anderer Patienten durch die Organannahme für die Patientin V. am 23. Juli 2010 liegt, weil der Angeklagte sich keine

Tatumstände vorgestellt hat, bei deren Verwirklichung der volle Unrechtstatbestand eines Totschlags erfüllt wäre, nicht vor.

(c) Versuchte Körperverletzungsdelikte gemäß §§ 223 ff., 22, 23 Abs. 1 StGB

Ein versuchtes Körperverletzungsdelikt gemäß §§ 223 ff. StGB kommt ebenfalls nicht in Betracht, weil der Verstoß gegen die Alkoholkarenzvorschrift aufgrund der Verfassungswidrigkeit dieser Regelung rechtlich unbeachtlich war und dem Angeklagten nicht nachgewiesen werden konnte, dass er Kenntnis von dem falschen Bilirubin-Wert hatte.

(d) Fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB bzw. fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB

Eine **fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB** oder eine **fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB** kommt unabhängig von der Frage einer möglichen Sorgfaltspflichtverletzung, die darin gesehen werden könnte, dass sich der Angeklagte nicht vergewissert hatte, ob hinsichtlich der Patientin V. gegenüber Eurotransplant wahrheitsgemäße Angaben gemacht wurden, nicht in Betracht. Es ist nicht erwiesen, dass aufgrund der Organzuteilung an die Patientin V. im Match-Verfahren Nr. 189736 ein anderer Patient verstarb oder an der Gesundheit geschädigt wurde. So kann weder festgestellt werden, welcher Patient in diesem Match-Verfahren die Spenderleber erhalten hätte, noch, ob dieser Patient mit der Spenderleber mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit überlebt hätte bzw. eine Lebensverlängerung eingetreten wäre.

(2) Straftaten zum Nachteil der Patientin V.

(a) Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich durch die Lebertransplantation bei der Patientin V. nicht einer **vorsätzlichen Körperverletzung** nach **§ 223 Abs. 1 StGB** schuldig gemacht.

Zwar erfüllt die von dem Angeklagten durchgeführte Lebertransplantation den objektiven und subjektiven Tatbestand der Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1

StGB. Diese ist vorliegend jedoch entweder durch **ausdrücklich erteilte** oder aber durch eine **mutmaßliche Einwilligung** gerechtfertigt.
Ausweislich des Einwilligungsformulars hat die Patientin V. unmittelbar vor der Lebertransplantation mündlich in die Transplantation eingewilligt. Eine Aufklärung der Frage, ob die Patientin zu dieser Zeit aufgrund ihres Gesundheitszustands gegebenenfalls nicht mehr einwilligungsfähig war, war jedoch nicht erforderlich, weil die durch die Lebertransplantation begangene Körperverletzung zum Nachteil der Patientin V. im Falle der Unwirksamkeit der mündlich erteilten Einwilligung durch eine mutmaßliche Einwilligung gerechtfertigt wäre.

Die Lebertransplantation entsprach dem mutmaßlichen Willen der Patientin V.. Diese hatte bereits knapp zwei Monate zuvor am 20. Mai 2010 in die Aufnahme in die Warteliste und die Durchführung einer Transplantation eingewilligt. Anhaltspunkte dafür, dass die Patientin V. am 24. Juli 2010 nicht mehr mit der Transplantation einverstanden war, liegen nicht vor.

Die Lebertransplantation verstößt auch nicht gegen die guten Sitten im Sinne des § 228 StGB. Insoweit wird auf die obigen Ausführungen unter C. II. 2. b) cc) (2) (a) (cc) (Patient S.) Bezug genommen.

(b) Versuchte Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich auch keiner **versuchten Körperverletzung** gemäß **§§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB** schuldig gemacht.
Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass der Angeklagte davon ausging, dass die Durchführung der Lebertransplantation bei der Patientin V. nicht erforderlich gewesen sei bzw. die Transplantation aus sachfremden Erwägungen, wie zum Beispiel die Steigerung der Transplantationszahlen oder Erlangung von Bonuszahlungen durchführte.

(c) Fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB

Der Angeklagte hat sich auch keiner **fahrlässigen Tötung** gemäß **§ 222 StGB** schuldig gemacht.

Anhaltspunkte dafür, dass der Tod der Patientin V., der knapp fünfeinhalb Monate nach der Lebertransplantation eintrat, in direktem Zusammenhang mit der

Transplantation stand bzw. auf einem Behandlungsfehler des Angeklagten beruhte, haben sich nicht ergeben. Die Transplantation entsprach dem (mutmaßlichen) Willen der Patientin V. und wurde ausweislich der Ausführungen des Sachverständigen **Prof. Dr. B.** nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt.

(3) Fahrlässiger Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG in der Fassung vom 4. September 2007 durch Übertragung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG in der Fassung vom 4. September 2007

Eine etwaige fahrlässig begangene Ordnungswidrigkeit gemäß **§ 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG in der Fassung vom 4. September 2007** durch die Übertragung der Spenderleber auf die Patientin V., obwohl die Organzuteilung durch Eurotransplant auf der Übermittlung eines falschen Bilirubin-Wertes beruht, wäre nicht mehr verfolgbar. Insoweit ist gemäß § 31 Abs. 2 Nr. 2 OWiG Verfolgungsverjährung eingetreten. Seit der Organübertragung am 24. Juli 2010 sind bereits mehr als vier Jahre vergangen.

dd) Ergebnis zur Patientin V.

(1) Der Angeklagte war hinsichtlich der Tatvorwürfe,

● den Transplantations-Koordinator W. veranlasst zu haben, am 19. Juli 2010 hinsichtlich der Patientin V. einen **unzutreffenden Bilirubin-Wert an Eurotransplant** zu übermitteln bzw. von der Übermittlung des unzutreffenden Wertes Kenntnis gehabt und billigend in Kauf genommen zu haben, dass durch die unberechtigte Zuteilung des Spenderorgans an die Patientin V. ein anderer Patient sterbe, weil dieser nicht mehr rechtzeitig ein Organ erhalte;

● die Patientin V. transplantiert zu haben, obwohl bei ihr zu diesem Zeitpunkt eine **Sepsis** vorgelegen habe,

aus tatsächlichen Gründen freizusprechen. Es war weder nachweisbar war, dass der Angeklagte die Weiterleitung des unzutreffenden Bilirubin-Wertes an Eurotransplant veranlasste bzw. von der Weiterleitung eines unzutreffenden Bilirubin-Wertes Kenntnis hatte noch, dass bei der Patientin V. zum Zeitpunkt der Transplantation eine Sepsis vorlag.

(2) Hinsichtlich des Tatvorwurfs, der Angeklagte habe die Patientin V., die unter einer alkoholinduzierten Leberzirrhose gelitten habe, **in die Warteliste aufgenommen** und bei dieser Patientin eine **Lebertransplantation durchgeführt**, obwohl ihm bekannt gewesen sei, dass diese Patientin noch **keine sechsmonatige vollständige Alkoholabstinenz** eingehalten habe und hierbei billigend in Kauf genommen, dass durch die unberechtigte Zuteilung des Spenderorgans an die Patientin ein anderer Patient stirbt, weil dieser nicht mehr rechtzeitig ein Organ erhalten werde, war der Angeklagte aus **rechtlichen Gründen** freizusprechen, weil hierdurch kein Straftatbestand erfüllt ist.

(3) Eine etwaige fahrlässig begangene Ordnungswidrigkeit gemäß **§ 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG in der Fassung vom 4. September 2007** durch die Übertragung der Spenderleber auf den Patienten V., obwohl vor der Organzuteilung durch Eurotransplant Falschangaben zum Bilirubin-Wert gemacht wurden, wäre im Hinblick auf die eingetretene Verfolgungsverjährung nicht mehr verfolgbar. Insoweit erfolgte der Freispruch aus **Rechtsgründen**.

d) Patientin I.F. (Ziffer 3. der Anklage)

Von Vorwurf der Anklageschrift vom 29. Mai 2013, der Angeklagte habe die alkoholkranke Patientin F. entgegen den Richtlinien der Bundesärztekammer zu Nr. III. 2.2. und damit unter Verstoß gegen die Alkoholkarenzzeitregelung durch die Zeugin S. am 20. Mai 2010 bei Eurotransplant listen und durch diese Zeugin zudem angeben lassen, bei der Patientin sei ein innerhalb der Woche vor dem letzten Kreatinintest eine Nierenersatztherapie durchgeführt worden, obwohl die letzte Dialyse bereits elf Tage zurückgelegen habe, war der Angeklagte aus rechtlichen bzw. tatsächlichen Gründen freizusprechen. Die entsprechende Alkoholkarenzzeitregelung der Bundesärztekammer ist verfassungswidrig und damit rechtlich unbeachtlich. Dass der Angeklagte die Zeugin S. am 20. Mai 2010 veranlasst haben soll, falsche Daten bezüglich der Durchführung von Nierenersatztherapien an Eurotransplant zu übermitteln, konnte nicht nachgewiesen werden.

aa) Feststellungen

(1) Zusammenfassung des wesentlichen Ergebnisses der Beweisaufnahme

Die **Patientin F.** litt unter einer alkoholinduzierten Leberzirrhose. Am 21. Mai 2010 wurde ihr durch den Angeklagten eine Spenderleber transplantiert. Die Lebertransplantation, die im Hinblick auf den lebensbedrohlichen Zustand der Patientin F. dringlich war, wurde zu Heilzwecken und nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt. Die Operation entsprach, was dem Angeklagten bewusst war, dem Willen der Patientin.

Als die Patientin am 20. Mai 2010 in die Warteliste aufgenommen und am 21. Mai 2010 transplantiert wurde, hatte diese, was dem Angeklagten bekannt war, noch keine sechs Monate vollständige Alkoholabstinenz eingehalten. Nach den Richtlinien der Bundesärztekammer für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation in der zum Vorfallszeitpunkt gültigen Fassung [aktuell: Gliederungspunkt III. 2.1. (alkoholinduzierte Zirrhose)] hätte die Patientin daher nicht in Warteliste aufgenommen werden dürfen bzw. [siehe hierzu auch oben unter C. II. 1. a) (2) (b) (aa)].

Im Rahmen der Organzuteilung war für die Patientin F. durch Eurotransplant ein unzutreffender labMELD von 39 zugrunde gelegt worden. Diesen MELD-Score hatte die Patientin einzig deshalb erreicht, weil die Mitarbeiterin des Transplantations-Koordinationsbüros E.S. am 20. Mai 2010 gegenüber Eurotransplant angegeben hatte, bei der Patientin F. sei innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test vom 20. Mai 2010 zweimal eine Nierenersatztherapie durchgeführt worden. Tatsächlich hatte bei der Patientin in dem angegebenen Zeitraum keine derartige Maßnahme stattgefunden.
Es konnte jedoch weder festgestellt werden, ob dies der Zeugin S. bekannt war, noch von welcher Person sie diese unzutreffende Information erhielt. Insbesondere konnte nicht mit der erforderlichen Sicherheit festgestellt werden, dass die Zeugin S. von dem Angeklagten zu einer entsprechenden Falschmeldung veranlasst wurde.

Mit dem MELD-Score von 39 stand die Patientin F. in dem Match-Verfahren mit der Nummer 187906, das schließlich zur Organzuteilung führte, auf dem Ranglistenplatz 5. Wenn hinsichtlich der Patientin zutreffende Angaben gemacht worden wären, hätte sie an diesem Match-Verfahren hingegen mit einem MELD-Score von 33 teilgenommen, indes ebenfalls den Ranglistenplatz 5 eingenommen. Die unzutreffende Angabe über die Durchführung einer Nierenersatztherapie führte in diesem konkreten Match-Verfahren daher nicht zu einer Verbesserung des Ranglistenplatzes.

Es konnte ebenfalls nicht mit der erforderlichen Sicherheit festgestellt werden, dass der Angeklagte vor der Transplantation Kenntnis davon hatte, dass gegenüber Eurotransplant unzutreffende, den MELD-Score erhöhende Angaben über die Durchführung einer Nierenersatztherapie gemacht worden waren.

(2) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der Transplantation

Die Patientin F., die über mehrere Jahre täglich bis zu einer Flasche Wodka bzw. Korn trank, erfuhr etwa im Jahr 2006, dass ihre Leber aufgrund übermäßigen Alkoholkonsums krankheitsbedingt vergrößert war. Daraufhin trank sie zunächst vorübergehend keinen Alkohol mehr und hatte in dieser Zeit auch keine gesundheitlichen Probleme. Im weiteren Verlauf, insbesondere in den Jahren 2008 und 2009, begann sie wieder vermehrt und im Übermaß zu trinken. Daraufhin bekam

sie Schmerzen, hatte Flüssigkeitseinlagerungen und ihre Haut war ikterisch. Infolgedessen kam es erneut zu stationären Krankenhausaufenthalten. Im (...)-Hospital (...) teilte man ihr schließlich innerhalb der ersten drei Monate des Jahres 2010 mit, dass keine Therapieoptionen mehr bestünden und man sie nur noch nach Hause entlassen könne. Da ihr Ehemann ganztägig berufstätig war, lebte die Patientin nunmehr bei ihrer Mutter und wurde von dieser versorgt. Die Patientin war sehr schwach und kaum in der Lage zu laufen. Nachdem sich ihr Gesundheitszustand weiter verschlechtert hatte, wurde sie in der Zeit vom 18. April 2010 bis zum 19. Mai 2010 im (...)-Hospital (...) stationär behandelt. Dort wurden unter anderem eine Dekompensation einer Leberzirrhose Child-C äthyltoxischer Genese, ein hepatorenales Syndrom sowie prärenales Nierenversagen bei chronischer Niereninsuffizienz diagnostiziert. In der Zeit vom 5. April 2010 bis zum 8. April 2010 erfolgte bei der Patientin F. täglich eine Hämofiltration.

Wegen des kritischen Gesundheitszustands der Patientin nahmen deren Ärzte Kontakt mit der M.H. (...) auf, um zu erfragen, ob bei der Patientin eine Lebertransplantation in Betracht komme. Die Ärzte der (...) lehnten jedoch eine Übernahme der Patientin und deren Transplantation ab, weil sie noch keine sechs Monate alkoholabstinent war. Daraufhin baten ihre Ärzte, die von einer zweiwöchigen Alkoholabstinenzzeit ausgingen, die UMG um Übernahme. Ebenso wie bei der Patientin V., die am 11. Mai 2010 aus dem (...) Hospital (...) übernommen worden war, obwohl diese die sechsmonatige Alkoholabstinenz nicht eingehalten hatte, wurde auch die Patientin F. in die UMG übernommen und am 19. Mai 2010 auf der Station 4024 der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie stationär aufgenommen.

Am 20. Mai 2010 unterschrieb die Patientin F., die mit ihrer Aufnahme in die Warteliste für eine Lebertransplantation und der Durchführung einer solchen Maßnahme einverstanden war, das Formular **„Einwilligung zur Lebertransplantation“**. Noch am selben Tag wurde sie bei Eurotransplant als Empfängerin für eine Lebertransplantation unter der ET-Nr. 292454 registriert. Die Mitarbeiterin des Transplantations-Koordinationsbüros E.S. übermittelte am 20. Mai 2010 um 11:44:27 Uhr folgende Daten an Eurotransplant:

Probendatum:	„*20-05-2010*“
Kreatinin:	„*2,33*“ mg/dl
Bilirubin:	„*22,00*“ mg/dl
INR:	„*1,90*“

Nierenersatztherapie
2x pro Woche: *„Yes“* (= Ja)
Mars Therapie: *„No“* (= Nein)“

Die Angabe, dass bei der Patientin zweimal innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test eine Nierenersatztherapie stattgefunden habe, war unzutreffend. Anhaltspunkte dafür, dass der Zeugin S. dies bekannt war, haben sich nicht ergeben. Es konnte nicht festgestellt werden, von wem die Zeugin S. diese falsche Angabe erhielt. Insbesondere konnte weder festgestellt werden, dass der Angeklagte die Meldung veranlasste, noch dass dieser um die Übermittlung der falschen Daten wusste. Dem Angeklagten war jedoch bewusst, dass die Patientin F. in die Warteliste aufgenommen worden war, obwohl sie unter einer alkoholinduzierten Leberzirrhose litt und noch keine sechs Monate vollständige Alkoholabstinenz eingehalten hatte.

Der MELD-Score der Patientin F. betrug, da der Kreatinin-Wert aufgrund der unzutreffenden Angabe zur Nierenersatztherapie bei der Berechnung des MELD-Score auf 4,00 mg/dl festgesetzt wurde, nunmehr 39. Wenn die Frage zur Nierenersatztherapie korrekt beantwortet und der MELD-Berechnung der gemessene Kreatinin-Wert von 2,33 mg/dl zugrunde gelegt worden wäre, hätte die Patientin F. lediglich einen MELD-Score von 33 gehabt.

(3) Organallokation und Transplantation

Noch am 20. Mai 2010 wurde bei der Stiftung Eurotransplant ein zum Zeitpunkt des Todes 51 Jahre alter hirntoter Spender registriert. Der Spender, der einen BMI (Body-Mass-Index) von 26 hatte, war an den Folgen einer Subarachnoidalblutung verstorben, die am 10. Mai 2010 aufgetreten war. Zehn Tage später, am 20. Mai 2010, wurde der Hirntod diagnostiziert. Der errechnete Donor-Risk-Index betrug 1,76. Der Spender erhielt die Spendernummer 132682.

Das Match-Verfahren, in dem die Leber dieses Spenders verteilt wurde, hatte die Match-Nr. 187906 und begann am 20. Mai 2010 um 20:52 Uhr. Die Patientin F., die mit dem MELD-Score von 39 an dem Match-Verfahren teilnahm, befand sich auf dem 5. Ranglistenplatz. Bei der Patientin, die sich auf dem 1. Ranglistenplatz befand, handelte es sich um eine Patientin mit der Dringlichkeitsstufe „HU“. Auf dem 2. und 3. Ranglistenplatz befand sich jeweils eine Patientin mit der Dringlichkeitsstufe „ACO“. Hierbei handelte es sich somit um Patientinnen, die eine kombinierte

Organtransplantation benötigten. Auf dem 4. Ranglistenplatz stand sich schließlich ein Patient mit dem Dringlichkeitsstatus „T“ (= transplantabler elektiver Patient), der einen MELD-Score von 38,58 (aufgerundet: 39) hatte. Nachdem für diese vier Patienten das Organangebot jeweils abgelehnt worden war, erhielt die Patientin F. das Organangebot, das von dem gesondert Verfolgten Dr. L. oder dem Angeklagten angenommen wurde.
Wenn die Patientin F. mit einem MELD-Score von 33 an dem Match-Verfahren teilgenommen hätte, hätte sie ebenfalls den 5. Ranglistenplatz eingenommen, da der Patient, der sich auf dem 6. Ranglistenplatz befand, einen „nationalen MELD“ bzw. „matchMeld“ von 31 hatte.

Am 21. Mai 2010 wurde die Lebertransplantation bei der Patientin F. zu Heilzwecken und nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt. Verantwortlicher Operateur war der Angeklagte. Dieser ging zu diesem Zeitpunkt davon aus, dass bei der Patientin F. eine alkoholinduzierte Leberzirrhose vorlag und diese ohne Transplantation zeitnah versterben würde. Aus diesem Grund hielt der Angeklagte die Durchführung der Transplantation nicht nur für erforderlich, sondern auch für äußerst dringlich. Darüber hinaus ging der Angeklagte davon aus, dass die Transplantation dem Willen der Patientin F. entsprach.

(4) Verlauf nach der Transplantation

Nach der Lebertransplantation wurde die Patientin F. zunächst auf der Station 0118 behandelt. Am 24. Mai 2010 kam es zweimalig zu einem generalisierten Krampfanfall. Nach Stabilisierung des Gesundheitszustands wurde die Patientin auf die Normalstation verlegt. Der weitere Verlauf war zunächst unkompliziert. Am 7. Juni 2010 wurde die Patientin aus der stationären Behandlung entlassen. Da im weiteren Verlauf bei der Patientin F. eine partielle Gallengangsnekrose auftrat, musste sie am 21. Juni 2010 erneut auf der Station 1016 stationär aufgenommen werden. Im Rahmen eines operativen Eingriffs wurde eine Hepatikojejunostomie [Verbindung des Gallengangs mit dem Jejunum (Leerdarm)] durchgeführt. Auch dieser Eingriff verlief komplikationslos, so dass die Patientin am 8. Juli 2010 aus der stationären Behandlung entlassen werden konnte. Eine weitere stationäre Aufnahme auf der Station 1016 der Transplantationschirurgie erfolgte am 28. September 2010. Bei der Patientin wurden eine Fettleber-Hepatitis sowie eine Elektrolytentgleisung

diagnostiziert. Die behandelnden Ärzte gingen davon aus, dass die Patientin erneut Alkoholmissbrauch betrieben hatte. Nachdem ihr Gesundheitszustand sich stabilisiert hatte, wurde sie am 8. Oktober 2010 aus der stationären Behandlung entlassen.
Die Patientin F. lebt nach wie vor mit der ihr am 21. Mai 2010 vom Angeklagten transplantierten Leber.

(5) Weiterer Verlauf in Bezug auf die ersten neun Patienten, die auf der Match-Liste unmittelbar hinter der Patientin F. standen

Hinsichtlich der Patienten, die sich auf den Ranglistenplätzen 6. - 14. befanden, ergab sich nach dieser Allokation der folgende Verlauf:

Rangl isten-platz	**Anzahl der Leberange bote nach dieser Allokation**	**Anzahl der abgelehnten Leber<u>erst-</u>angebote nach dieser Allokation (Stand: 16.07.2013)**	**Erste Leber-transplantati on nach dieser Allokation (22.06.2011) (Stand: 17.06.2013)**	**Aktueller Status (Stand: 17.06.2013)**	**Zeitpunkt des Todes**	**Todesursach e**
6.	7	6		Verstorben, während Patient auf der Warteliste war	12.12.2010	Sepsis (Blutvergiftun g)/ Multi-organversag en
7	8	4	17.06.2010 16:47	Verstorben nach Transplanta tion	29.07.2010	Mesen-terialinfarkt
8	2	0	08.06.2010 16:10	Transplanti ert		
9	6	5	17.07.2010 09:45	Transplanti ert		
10	11	5	28.07.2010 18:15	Transplanti erbar nach Transplanta tion		
11	1	0	16.07.2010 08:49	Transplanti ert		
12	9	5	14.06.2010 14:01	Transplanti ert		
13	5	3		Entfernt Empfänger nicht transplanta bel		
14	13	10	24.06.2010	Transplanti		

			16:54 Uhr	ert		

bb) Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung

[…]

cc) Rechtliche Würdigung

(1) Straftaten zum Nachteil anderer Patienten

(a) Totschlag gemäß § 212 Abs. 1 StGB bzw. Körperverletzungsdelikte gemäß §§ 223 ff.StGB

Ein **Totschlag zum Nachteil anderer Patienten gemäß § 212 Abs. 1 StGB** bzw. ein **Körperverletzungsdelikt gemäß §§ 223 ff. StGB** scheiden aus, weil nicht erwiesen ist, dass aufgrund der Teilnahme der Patientin F. an dem Match-Verfahren mit der Nummer 187906 ein anderer Patient verstarb oder an der Gesundheit geschädigt wurde. Es kann nachträglich nicht mehr festgestellt werden, welcher Patient in diesem Match-Verfahren die Spenderleber erhalten hätte, wenn die Patientin F. an dem Match-Verfahren nicht teilgenommen hätte. Aber selbst dann, wenn diese Feststellung möglich wäre, könnte angesichts des Umstands, dass es sich bei einer Lebertransplantation um einen lebensbedrohlichen Eingriff handelt, nicht mit der erforderlichen Sicherheit festgestellt werden, dass dieser Patient mit der Spenderleber mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit überlebt hätte bzw. eine Lebensverlängerung eingetreten wäre.

(b) Versuchter Totschlag gemäß §§ 212 Ab. 1 , 22, 23 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich durch die Organannahme für die Patientin F. in dem Match-Verfahren 187906, obwohl diese unter einer alkoholindizierten Leberzirrhose litt und zum Zeitpunkt ihrer Aufnahme in die Warteliste noch keine sechs Monate vollständige Alkoholabstinenz eingehalten hatte und obwohl hinsichtlich der Patientin gegenüber Eurotransplant unzutreffende Angaben zur Nierenersatztherapie gemacht worden waren, auch **nicht eines versuchten Totschlags gemäß §§ 212 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB** zum Nachteil anderer Patienten schuldig gemacht.

Der Angeklagte stellte sich, als er die Spenderleber endgültig annahm, keine Tatumstände vor, bei deren Verwirklichung der volle Unrechtstatbestand eines Totschlags erfüllt wäre. Er ging vielmehr zutreffend davon aus, dass bei der Patientin F. eine alkoholinduzierte Leberzirrhose vorlag und die Gefahr bestand, dass diese ohne Transplantation zeitnah versterben würde. Aus diesem Grund hielt der Angeklagte die Durchführung der Transplantation nicht nur für erforderlich, sondern auch für äußerst dringlich. Darüber hinaus ging der Angeklagte davon aus, dass die Transplantation dem Willen der Patientin F. entsprach.
Zwar war dem Angeklagten bekannt, dass die Patientin F. unter einer alkoholinduzierten Leberzirrhose litt und noch keine sechs Monate vollständige Alkoholabstinenz eingehalten hatte. Die zu dem verfahrensgegenständlichen Zeitpunkt gültige und auch in den aktuellen BÄK-Richtlinien festgesetzte Alkoholabstinenzreglung ist indes verfassungswidrig und daher rechtlich unverbindlich. Hinsichtlich der Begründung der Verfassungswidrigkeit wird auf die obigen Ausführungen unter C. II. 2. c) cc) (1) (b) Bezug genommen.
Die Aufnahme der Patientin F. in die Warteliste am 20. Mai 2010 erfolgte daher unter Beachtung der Regelungen in § 10 Abs. 2 Nr. 2 TPG.

Hinsichtlich der Vermittlungsentscheidung gemäß § 12 Abs. 3 Satz 1 TPG ist festzustellen, dass die Lebertransplantation erforderlich war, um das Leben der Patientin F. zu retten. Insoweit war sie eine geeignete Patientin im Sinne des § 12 Abs. 3 S. 1 TPG. Darüber hinaus war die Transplantation dringlich und hatte Erfolgsaussicht. Zwar erfolgte das Organangebot für die Patientin F. durch Eurotransplant am 20. Mai 2010 täuschungsbedingt, weil zuvor gegenüber Eurotransplant wahrheitswidrig angegeben worden war, bei der Patientin F. sei innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test vom 20. Mai 2010 zweimal eine Nierenersatztherapie durchgeführt worden. Es konnte jedoch nicht nachgewiesen werden, dass dies dem Angeklagten bekannt war. Insoweit hat der Angeklagte dieses Organangebot gutgläubig angenommen.

(c) Versuchte Körperverletzungsdelikte gemäß §§ 223 ff., 22, 23 Abs. 1 StGB

Ein **versuchtes Körperverletzungsdelikt gemäß §§ 223 ff. StGB** kommt ebenfalls nicht in Betracht, weil der Verstoß gegen die Alkoholkarenzvorschrift der BÄK

aufgrund der Verfassungswidrigkeit dieser Regelung rechtlich unbeachtlich war. Darüber hinaus konnte dem Angeklagten nicht nachgewiesen werden, dass er von den Falschangaben gegenüber Eurotransplant Kenntnis hatte.

(d) Fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB bzw. fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB

Eine **fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB** oder eine **fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB** scheiden ebenfalls aus. Es ist nicht bewiesen, dass infolge der Teilnahme der Patientin F. an dem Match-Verfahren mit der Nr, 187906 und der Zuweisung der entsprechenden Spenderleber ein anderer Patient verstarb oder an der Gesundheit geschädigt wurde.

(2) Straftaten zum Nachteil der Patientin F.

(a) Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich durch die Durchführung der Lebertransplantation bei der Patienten F. **auch keiner vorsätzlichen Körperverletzung** gemäß **§ 223 Abs. 1 StGB zum Nachteil der Patientin F.** schuldig gemacht.

Die durch die Durchführung der Lebertransplantation tatbestandlich begangene vorsätzliche Körperverletzung ist gerechtfertigt, weil die Patientin F. wirksam in die Lebertransplantation eingewilligte. Die Lebertransplantation verstieß auch nicht gegen die guten Sitten im Sinne des § 228 StGB. Insoweit wird auf die obigen Ausführungen unter C. II. 2. b) cc) (2) (a) (cc) (Patient S.) Bezug genommen.

(b) Versuchte Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich auch nicht einer **versuchten Körperverletzung** gemäß **§§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB** zum Nachteil der Patientin F. schuldig gemacht.
Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass der Angeklagte davon ausging, die Durchführung der Lebertransplantation bei der Patientin F. sei nicht erforderlich gewesen. Ebensowenig kann davon ausgegangen werden, der Angeklagte habe die

Transplantation allein aufgrund sachfremder Erwägungen wie etwa der Steigerung der Transplantationszahlen oder der Erlangung von Bonuszahlungen durchgeführt.

(3) Fahrlässiger Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG in der Fassung vom 4. September 2007 durch Übertragung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG in der Fassung vom 4. September 2007

Eine etwaige fahrlässig begangene Ordnungswidrigkeit gemäß **§ 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG in der Fassung vom 4. September 2007** durch die Übertragung der Spenderleber auf die Patientin F., obwohl vor der Organzuteilung durch Eurotransplant Falschangaben hinsichtlich der Durchführung einer Nierenersatztherapie gemacht wurden, wäre nicht mehr verfolgbar. Insoweit ist gemäß § 31 Abs. 2 Nr. 2 OWiG Verfolgungsverjährung eingetreten. Seit der Organübertragung, die am 21. Mai 2010 stattfand, sind bereits mehr als vier Jahre vergangen.

dd) Ergebnis zur Patientin F.

(1) Soweit dem Angeklagten vorgeworfen wurde, die Zeugin S. am **20. Mai 2010** veranlasst zu haben, gegenüber Eurotransplant **fälschlicherweise** anzugeben, in der Woche vor dem Kreatinin-Test habe zweimal eine **Nierenersatztherapie bzw. Dialyse** stattgefunden und hierbei billigend in Kauf genommen zu haben, dass durch die unberechtigte Zuteilung des Spenderorgans an die Patientin F. ein anderer Patient sterbe, weil dieser nicht mehr rechtzeitig ein Organ erhalte, war der Angeklagte aus **tatsächlichen Gründen freizusprechen**. Es war nicht nachweisbar, dass der Angeklagte diese unzutreffende Angabe veranlasste.

(2) Darüber hinaus war der Angeklagte hinsichtlich des Tatvorwurfs, er habe die Patientin F., die unter einer alkoholinduzierten Leberzirrhose gelitten habe, in die Warteliste aufgenommen und bei dieser Patientin eine Lebertransplantation durchgeführt, obwohl ihm bekannt gewesen sei, dass die Patientin noch **keine sechsmonatige vollständige Alkoholabstinenz** eingehalten habe und hierbei billigend in Kauf genommen, dass durch die unberechtigte Zuteilung des Spenderorgans an die Patientin F. ein anderer Patient stirbt, weil dieser nicht mehr rechtzeitig ein Organ erhalten habe, aus **rechtlichen Gründen freizusprechen**.

(3) Eine etwaige fahrlässig begangene Ordnungswidrigkeit gemäß **§ 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG in der Fassung vom 4. September 2007** durch die Übertragung der Spenderleber auf die Patientin F., obwohl vor der Organzuteilung durch Eurotransplant Falschangaben zur Nierenersatztherapie gemacht wurden, wäre im Hinblick auf die eingetretene Verfolgungsverjährung nicht mehr verfolgbar. Insoweit erfolgte der Freispruch aus **Rechtsgründen**.

e) Patient K.-H.B. (Ziffer 4. der Anklage)

Der Angeklagte war von dem Vorwurf, er habe am 15. Juli 2010 veranlasst, dass gegenüber Eurotransplantat wahrheitswidrig angegeben wurde, bei dem Patienten B. habe **zweimal innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test vom 15. Juli 2010 eine Nierenersatztherapie** stattgefunden, aus rechtlichen Gründen freizusprechen. Zwar hat der Angeklagte die Übermittlung der entsprechenden unzutreffenden Daten veranlasst. Diese Handlung erfüllte zum damaligen Zeitpunkt indes weder den Tatbestand eines Strafgesetzes noch einer Ordnungswidrigkeit.
Darüber hinaus hat die Kammer auch hier weitere, explizit im Anklagesatz nicht berücksichtigte Aspekte auf ihre mögliche strafrechtliche Relevanz geprüft. So verstieß der Angeklagte durch **die Aufnahme des Patienten B. in die Warteliste** und die **Annahme des Spenderorgans** gegen die Richtlinien der Bundesärztekammer verstieß, wonach bei Patienten mit viraler Hepatitis die Transplantationsindikation nur gestellt werden und infolgedessen die Aufnahme in die Warteliste nur dann erfolgen soll, wenn die Clichy-Kriterien erfüllt sind. Auch hierdurch hat sich der Angeklagte indes nicht strafbar gemacht.

aa) Feststellungen

(1) Zusammenfassung des wesentlichen Ergebnisses der Beweisaufnahme

Der am (…) verstorbene **Patient K.-H.B.** litt zum Zeitpunkt der Transplantation unter einem akuten Leberversagen (fulminanten Leberversagen) infolge einer Reaktivierung einer Hepatitis B – Virusinfektion, die unter einer Chemotherapie aufgetreten war. Die Chemotherapie war aufgrund eines bestehenden Non-Hodgkin-Lymphoms durchgeführt worden. Am 16. Juli 2010 wurde dem Patienten B. durch den Angeklagten eine Spenderleber transplantiert. Die Lebertransplantation, die im Hinblick auf den lebensbedrohlichen Zustand des Patienten dringlich war, wurde zu Heilzwecken und nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt. Die Operation entsprach, was dem Angeklagten bewusst war, dem Willen des Patienten B..

Als der Patient B. am 13. Juli 2010 in die Warteliste aufgenommen und bei Eurotransplant gelistet wurde, waren, was dem Angeklagten bekannt war, die sogenannten „Clichy-Kriterien“ nicht erfüllt. Nach den Richtlinien der Bundesärztekammer für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur

Lebertransplantation in der zum Vorfallszeitpunkt gültigen Fassung [aktuell: Gliederungspunkt III. 2.4. (Akutes Leberversagen)] hätte der Patient B. daher nicht in Warteliste aufgenommen werden dürfen [siehe hierzu auch oben unter C. II. 1. a) (2) (b) (cc)].

Zum Zeitpunkt der Organzuteilung war für den Patienten durch Eurotransplant ein unzutreffender labMELD von 40 zugrunde gelegt worden. Diesen MELD-Score hatte der Patient nur deshalb erreicht, weil der Transplantations-Koordinator W. am 15. Juli 2010 gegenüber Eurotransplant (gutgläubig) wahrheitswidrig angegeben hatte, bei dem Patienten sei innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test vom 15. Juli 2010 zweimal eine Nierenersatztherapie durchgeführt worden. Diese Mitteilung erhielt der Zeuge W. entweder direkt von dem Angeklagten oder auf dessen Veranlassung von einer anderen Person. Ziel der Falschmeldung war, für den Patienten B. einen höheren MELD-Score zu erreichen und hiermit die Chancen auf eine Organzuteilung zu erhöhen.

Mit dem MELD-Score von 40 stand der Patient B. in dem Match-Verfahren mit der Nr. 189537, das schließlich zur Organzuteilung führte, auf dem Ranglistenplatz 1. Wenn hinsichtlich des Patienten zutreffende Angaben gemacht worden wären, hätte er an diesem Match-Verfahren mit einem MELD-Score von 34 teil- und den Ranglistenplatz 2 eingenommen.

Der Angeklagte ging, als er in dem Match-Verfahren 189537 die Spenderleber für den Patienten B. annahm, davon aus, dass sein Patient diese Spenderleber von Eurotransplant gegebenenfalls nicht angeboten bzw. zugeteilt bekommen hätte, wenn am 15. Juli 2010 gegenüber Eurotransplant zutreffende Angaben gemacht worden wären. In diesem Fall hätte, was dem Angeklagten ebenfalls bewusst war, der Patient B. mit einem niedrigeren MELD-Score als 40 an dem Match-Verfahren teilgenommen. Dies hätte wiederum zur Folge haben können, dass ein anderer Patient, der einen höheren MELD-Score gehabt und deshalb auf der Match-Liste vor dem Patienten B. gestanden hätte, das Organangebot erhalten und auch angenommen hätte. Dem Angeklagten war des Weiteren bewusst, dass derjenige Patient, der das Organ tatsächlich zugeteilt bekommen hätte, aufgrund der regelwidrigen Annahme der Spenderleber für den Patienten B. in die Gefahr geraten könnte, nicht mehr rechtzeitig ein anderes passendes Organangebot zu erhalten und aufgrund dessen zu versterben. Er vertraute allerdings hier wie in allen anderen

einschlägigen verfahrensgegenständlichen Fällen auch darauf, dass zumindest derjenige Patient, der in dem Match-Verfahren unmittelbar hinter dem Patienten B. stand – sofern das Organ für diesen Patienten überhaupt angenommen worden wäre –, zeitnah und damit rechtzeitig ein weiteres passendes Organangebot bekommen und durch die fehlerhafte Organzuteilung keinen gesundheitlichen Schaden erleiden werde.

Im Einzelnen hat die Kammer folgende Feststellungen getroffen:

(2) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der Transplantation

(a) Im Februar 2010 wurde bei dem Patienten B., der zu dieser Zeit 59 Jahre alt war, eine Raumforderung in der linken Niere festgestellt. Daraufhin begab er sich im März 2010 in das Zentrum Chirurgie der UMG, Abteilung Urologie und befand sich in der Zeit vom 8. März 2010 bis zum 19. März 2010 in stationärer Behandlung auf der Station 5024. Unter der Verdachtsdiagnose eines bösartigen Nierentumors erfolgte die Entfernung der gesamten linken Niere (Tumornephrektomie links). Darüber hinaus wurde ein Teil des Dickdarms entfernt. Anhand der feingeweblichen Untersuchung der entfernten Niere wurde die Diagnose eines hochmalignen Non-Hodgkin-B-Zell-Lymphoms mit Infiltration der linken Niere gestellt. Im Hinblick auf diese Diagnose stellte der Patient sich am 25. März 2010 im Universitäts-Krebszentrum G., Abteilung Hämatologie und Onkologie vor. Nach Aufklärung über die Behandlungsmöglichkeiten des Lymphoms entschied der Patient B., die Behandlung heimatnah durchführen zu lassen und begab sich zu diesem Zweck in das Evangelische Krankenhaus Holzminden GmbH. Dort wurde er zunächst in der Zeit vom 30. März 2010 bis zum 9. April 2010 stationär behandelt. Insgesamt erhielt er bis zum 9. Juni 2010 fünf Zyklen Chemotherapie. Da im weiteren Verlauf eine Zustandsverschlechterung eintrat, befand der Patient B. sich in der Zeit vom 28. Juni 2010 bis zum 2. Juli 2010 erneut in stationärer Behandlung des Evangelischen Krankenhaus Holzminden. Dort wurde unter anderem ein Anstieg der Leberwerte und der Lebersyntheseleistung festgestellt. Der Patient wurde sodann erneut in die UMG überwiesen und dort in der Zeit vom 2. Juli 2010 bis zum 9. Juli 2010 in der Abteilung Hämatologie und Onkologie auf den Stationen 3023 und 3022 behandelt. Nachdem eine weitere Zustandsverschlechterung mit Leber- und Nierenversagen

eingetreten war, wurde der Patient am 9. Juli 2010 auf die Medizinische Intensivstation 1026 des Zentrums Innere Medizin, Abteilung Kardiologie und Pneumologie verlegt. Die behandelnden Ärzte nahmen im Hinblick auf das bei dem Patienten vorliegende Leberversagen zur Prüfung der Frage, ob bei diesem eine Lebertransplantation in Betracht kommt, Kontakt mit der Transplantationschirurgie auf. Der Angeklagte entschied, dass bei dem Angeklagten dringlich eine Lebertransplantation erforderlich sei.

(b) Am 13. Juli 2010 wurde der Patient B. auf Veranlassung des Angeklagten in die Warteliste aufgenommen und bei Eurotransplant unter der ET-Nummer V registriert. Dem Angeklagten war hierbei bewusst, dass bei dem Patienten B. die sogenannten Clichy-Kriterien, die nach den Richtlinien der Bundesärztekammer erfüllt sein müssen, damit bei Patienten mit viraler Hepatitis eine Transplantationsindikation gestellt werden kann, nicht erfüllt waren. Unter anderem lag keine Enzephalopathie vor. Auch die King´s College-Kriterien waren zu diesem Zeitpunkt nicht erfüllt.

Der Transplantations-Koordinator W. übermittelte bei der Registrierung unter anderem folgende Werte an Eurotransplant:

Kreatinin: *„1,44“* mg/dl,
Bilirubin: *„20,40“* mg/dl,
INR: *„2,50“* mg/dl.

Die Frage, ob zweimal innerhalb einer Woche eine Nierenersatztherapie stattfand, wurde verneint. Aus den vorgenannten Werten errechnete sich ein MELD-Score von 32.

Am 14. Juli 2010 übermittelte der Zeuge W. für den Patienten B. unter anderem folgende Blutwerte an Eurotransplant:

Kreatinin: *„1,55“* mg/dl,
Bilirubin: *„23,60“* mg/dl,
INR: *„3,00“* mg/dl.

Die Frage nach einer Nierenersatztherapie wurde wiederum verneint. Aus den vorgenannten Werten errechnete sich nunmehr ein MELD-Score von 35.

(c) Am 14. Juli 2010 unterschrieb der Patient B., der mit der von den behandelnden Ärzten nach der Evaluation angeratenen Aufnahme in die Warteliste für eine Lebertransplantation und der Durchführung einer Lebertransplantation einverstanden war, das Formular **„Einwilligung zur Lebertransplantation“**.

(d) Ebenfalls am 14. Juli 2010 stellte der Angeklagte bei Eurotransplant mit dem Eurotransplant-Formular F1.24.1 „Liver High Urgency – First transplant“ (= Leber Hochdringlichkeit – Ersttransplantation) den Antrag, dem Patienten B. den HU-Status zu bewilligen (im Folgenden: HU-Antrag). In dem Formular wurde auf Seite 1 als Datum handschriftlich „*12/07/2010*“ eingetragen. Als „Chirurg/Arzt“ wurde handschriftlich „*Prof. O.*“ vermerkt. Darunter befindet sich die Unterschrift des Angeklagten. Unter der Rubrik „MELD score“ wurden unter anderem folgende Angaben gemacht: Kreatinin: *„1,55“* mg/dl, Bilirubin: *„23,6“* mg/dl und INR *„3,0“*. Hierbei handelt es sich um die Werte, die anhand der am 14. Juli 2010 um 04:53 Uhr entnommenen Blutprobe gemessen und am 14. Juli 2010 von dem Zeugen W. an Eurotransplant übermittelt wurden. Als „MELD score“ ist handschriftlich „*35*“ eingetragen. Darüber hinaus wird in dem Formular auf Seite 1 mitgeteilt, dass Blutprodukte verabreicht worden seien, darunter gefrorenes Frischplasma (FFP) und Thrombozyten.

Auf Seite 2 des Formulars wurde angegeben, dass eine fulminante HBV (= Hepatitis-B-Virus) Virushepatitis vorliege und der Faktor V: „*32 %*“ betrage. Darüber hinaus ist angegeben, dass keine Enzephalopathie bestehe.

In dem sogenannten „Letter of motivation“ (= Motivationsschreiben) vom „04.12.2009“ ist ausgeführt, dass für den Patienten mit der ET-Nummer V der Status „Leber Hochdringlich“ beantragt werde. Der Patient leide an einer akuten Hepatitis B-Reaktivierung mit hoher Viruslast (2,5 x 10^7 Kopien HBV-DNA). Infolge der Reaktivierung habe der Patient inzwischen eine akute Leberinsuffizienz mit schwerer Koagulopathie und rezidivierenden Blutungen. Aufgrund des fortschreitenden Leberversagens mit Koagulopathie und der Gefahr des unmittelbar bevorstehenden Todes durch Verbluten werde für den Patienten ET V der Status „Leber Hochdringlich“ beantragt.

Unter dem Datum des 14. Juli 2010 teilte die medizinische Verwaltung von Eurotransplant mit, dass der Antrag HU – Leber durch das medizinische Personal

des ELIAC von Eurotransplant geprüft und der Antrag endgültig abgelehnt worden sei.

(e) Am 15. Juli 2010 übermittelte der Transplantations-Koordinator W. gegen 10:36 Uhr für den Patienten B. unter anderem folgende Blutwerte an Eurotransplant:

Eintragungsdatum:	*„15-07-2010 13:48:24“*
Datum der Probenentnahme:	*„15-07-2010“*
Kreatinin:	*„1,73“* mg/dl
Bilirubin:	*„24,90“* mg/dl
INR:	*„2,50“* mg/dl

Die Frage, ob zweimal innerhalb einer Woche vor dem Kreatinin-Test vom 15. Juli 2010 eine Nierenersatztherapie stattfand, wurde nunmehr durch Auswählen des Feldes „Yes“ = Ja bejaht.

Diese Angabe war falsch. Zwar erhielt der Patient am 15. Juli 2010 bis zum 16. Juli 2010 und am 20. Juli 2010 jeweils eine Nierenersatztherapie. Diese beiden Therapien fanden jedoch erst nach der am 15. Juli 2010 um 13:48 Uhr an Eurotransplant übermittelten Meldung, es seien zwei Nierenersatztherapien durchgeführt worden, statt. Der Patient B. erreichte nunmehr, da aufgrund der Falschangabe zur Nierenersatztherapie der Kreatinin-Wert bei der Berechnung des MELD-Score mit 4,00 mg/dl berücksichtigt wurde, einen MELD-Score von 40. Wäre die Frage hinsichtlich der Durchführung einer Nierenersatztherapie zutreffend verneint worden, hätte der Patient B. bei Zugrundelegung der gemessenen und an Eurotransplant übermittelten Werte (Kreatinin: 1,73 mg/dl, Bilirubin: 24,90 mg/dl und INR 3,00 mg/dl) einen labMELD-Score von 34 gehabt.

Die Mitteilung, dass bei dem Patienten B. in dem genannten Zeitraum zweimal eine Nierenersatztherapie stattgefunden habe, erhielt der Zeuge entweder direkt von dem Angeklagten oder auf dessen Veranlassung von einer anderen Person. Ziel der Falschmeldung war, für den Patienten einen höheren MELD-Score zu erreichen und hiermit dessen Chancen auf eine Organzuteilung zu erhöhen.

Nachdem Eurotransplant die von dem Zeugen W. übersandten Ergebnisse der Blutuntersuchung im Rahmen des Audits geprüft und akzeptiert hatte, nahm der Patient B. nunmehr mit einem MELD-Score von 40 an den nachfolgenden Match-Verfahren teil.

(3) Organallokation und Transplantation

(a) (aa) Am 16. Juli 2010 wurde bei der Stiftung Eurotransplant ein zum Zeitpunkt des Todes 26 Jahre alter hirntoter Spender registriert. Der Tod war infolge eines Schädelhirntraumas, das sich der Spender bei einem Motorrad-Cross-Unfall am 10. Juli 2010 zugezogen hatte, eingetreten. Der Spender, der einen BMI (Body-Mass-Index) von 23 hatte, erhielt die Spendernummer 133538.

(bb) Das Match-Verfahren, in dem diese Spenderleber verteilt wurde, hatte die Match-Nr. 189537 und begann am 15. Juli 2010 um 23:15 Uhr. Der Patient B. befand sich mit seinem MELD-Score von 40 auf dem 1. Ranglistenplatz. Wenn der Patient mit einem MELD-Score von 34 an dem Match-Verfahren teilgenommen hätte, hätte er den 2. Ranglistenplatz eingenommen. Vor ihm hätte ein Patient gestanden, der einen matchMELD von 36 hatte.

(cc) Wie vorstehend bereits festgestellt ging der Angeklagte, als er in dem Match-Verfahren 189537 die Spenderleber für den Patienten B. annahm, davon aus, dass sein Patient diese Spenderleber von Eurotransplant gegebenenfalls nicht angeboten bzw. zugeteilt bekommen hätte, wenn am 15. Juli 2010 gegenüber Eurotransplant zutreffende Angaben gemacht worden wären. Denn in diesem Fall hätte, was dem Angeklagten ebenfalls bewusst war, der Patient B. mit einem niedrigeren MELD-Score als 40 an dem Match-Verfahren teilgenommen, das Organ hätte einem anderen Patienten angeboten werden können. Aber auch dann, wenn das Organ im weiteren Verlauf im Rahmen einer „kompetitiven“ Rettungsallokation zugeteilt worden wäre, wäre es, was dem Angeklagten aufgrund seiner Kenntnisse im Bereich der Transplantationsmedizin bewusst war, wenig wahrscheinlich gewesen, dass der Patient B. dieses konkrete Organ im Rahmen eines „kompetitiven“ Zentrumsangebots erhalten hätte, weil diese Form der Zuteilung zum verfahrensgegenständlichen Zeitpunkt zum einen davon abhängig war, in welchem Zentrum sich der Spender befand und zum anderen davon, welches Zentrum das Angebot zuerst annahm.

Dem Angeklagten war des Weiteren aufgrund seiner besonderen Kenntnisse und Fähigkeiten und seiner langjährigen Berufserfahrung im Bereich der

Transplantationsmedizin bewusst, dass derjenige Patient, der das Organ tatsächlich zugeteilt bekommen hätte, aufgrund der Annahme der Spenderleber für den Patienten B. in die Gefahr geraten könnte, nicht mehr rechtzeitig ein weiteres passendes Organangebot zu erhalten und aufgrund dessen zu versterben. Er vertraute hier wie in anderen einschlägigen verfahrensgegenständlichen Fällen auch allerdings darauf, dass zumindest derjenige Patient, der in dem Match-Verfahren unmittelbar hinter dem Patienten B. stand, sofern das Organ für diesen Patienten überhaupt angenommen worden wäre, zeitnah und damit rechtzeitig ein weiteres passendes Organangebot erhalten und durch die fehlerhafte Organzuteilung keinen gesundheitlichen Schaden erleiden werde.

(b) Am 16. Juli 2010 wurde die Lebertransplantation bei dem Patienten B., zu Heilzwecken und nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt. Verantwortlicher Operateur war der Angeklagte. Dieser ging zu diesem Zeitpunkt davon aus, dass bei dem Patienten B. ein akutes Leberversagen bei Reaktivierung einer chronischen Hepatitis B-Infektion unter Chemotherapie vorlag und dieser ohne Transplantation zeitnah versterben würde. Aus diesem Grund hielt der Angeklagte die Durchführung der Transplantation nicht nur für erforderlich, sondern auch für äußerst dringlich. Darüber hinaus ging der Angeklagte zutreffend davon aus, dass die Transplantation dem Willen des Patienten B. entsprach.

(4) Verlauf nach der Transplantation

Der Patient B. befand sich nach der Transplantation zunächst auf der Intensivstation 0118 und sodann auf den Stationen 1012/1016. Die Entlassung aus der stationären Behandlung erfolgte am 10. August 2010. Am 3. August 2013 verstarb der Patient B. in Dassel.
Anhaltspunkte dafür, dass der Tod des Patienten in direktem Zusammenhang mit der Transplantation stand bzw. auf einem Behandlungsfehler des Angeklagten beruht, haben sich nicht ergeben. Die Transplantation entsprach dem Willen des Patienten und wurde ausweislich der Ausführungen des Sachverständigen **Prof. Dr. B.** nach den Regeln der Kunst durchgeführt.

(5) Weiterer Verlauf in Bezug den von dem Patienten B. auf der Match-Liste überholten Patienten

Ranglisten-platz	**Anzahl der Leberangebote nach dieser Allokation**	**Anzahl der abgelehnten Leber<u>erst-</u>angebote nach dieser Allokation (Stand: 16.07.2013)**	**Erste Leber-transplantation nach dieser Allokation (22.06.2011) (Stand: 17.06.2013)**	**Aktueller Status (Stand: 17.06.2013)**	**Zeitpunkt des Todes**	**Todesursache**
2.	1	0	17.07.2010 05:35	Transplantiert		

bb) Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung

[…]

(eee) Aus Sicht der Kammer konnte der Angeklagte bei der Annahme des Spenderorgan für den Patienten B. ernsthaft darauf vertrauten, dass der Patient, der direkt hinter dem Patienten B. auf der Match-Liste stand, bei regulärem Match-Verlauf also anstelle des Patienten B. auf dessen Ranglistenplatz gestanden und das Organangebot erhalten hätte, durch die Manipulation nicht geschädigt und insbesondere zeitnah ein weiteres passendes Organangebot erhalten werde.

(aaaa) Der Angeklagte, der die Veranlassung von Falschmeldungen über durchgeführte Nierenersatztherapien bestritten und deshalb auch keine Angaben zu seinem Vorstellungsbild gemacht hat, hat sich dahingehend eingelassen, in dem MELD-Score-Bereich zwischen 30 und 40 bestehe ein Überangebot, so dass für derartige Patienten ausreichende Organangebote bestünden. Es komme vor, dass für einzelne Patienten eine Vielzahl von Angeboten abgelehnt werde. Bei allen Zentren in Deutschland bestehe die Praxis, Organangebote abzulehnen und so lange abzuwarten, bis das Organangebot optimal sei. Wie lange man zuwarten könne, sei abhängig von dem Zustand des Patienten. Wenn bei einem bereits transplantierten Patienten das Organ nicht funktioniere, habe man drei Tage, um eine Retransplantation durchzuführen. In diesem Fall würden im Hinblick auf den Zeitdruck auch Organe akzeptiert, die eine schlechtere Qualität hätten.

Der MELD-Score bilde die gesundheitliche Situation eines Patienten nicht korrekt ab. Jeder Patient sei vielmehr individuell zu betrachten. Das gegenwärtige Vergabesystem führe dazu, dass vielfach Patienten ein Organ angeboten würde, die bereits so krank seien, dass sie das Organ „mit ins Grab nehmen“. Ein Patient mit einem MELD-Score von unter 30 ohne HU-Status hingegen habe keine Chance auf ein Organangebot und könne nur über ein Zentrumsangebot eine Leber erhalten.

(bbbb) Die Einlassung des Angeklagten, dass Patienten mit hohem MELD-Score in der Regel viele Organangebote erhielten, wurde in Bezug auf die verfahrensgegenständlichen Match-Verfahren bestätigt. Darüber hinaus haben die Match-Verläufe gezeigt, dass bei 9 von 11 der verfahrensgegenständlichen Patienten, die Erstverdrängten Patienten transplantiert wurden, also nicht untransplantiert verstarben.

Der damalige Direktor von Eurotransplant, der sachverständige Zeuge **Dr. R.,** hat ausgesagt, im median erhalte ein Patient mit einem MELD-Score von 36 - 40 alle vier Tage ein Organangebot. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein solcher Patient innerhalb von zwei Tagen transplantiert werde, betrage 12%, die Wahrscheinlichkeit, dass er innerhalb dieses Zeitraumes versterbe, hingegen lediglich 4 %.

Dass der Angeklagte auch im Falle des Patienten B. ernsthaft darauf vertrauen konnte, dass zumindest der erstverdrängte Patient, mithin der, der direkt hinter dem Patienten B. auf der Match-Liste stand, rechtzeitig ein anderes passendes Organangebot erhält und überlebt, ergibt die **Auswertung der Match-Liste** des Patienten B. sowie der übrigen Match-Listen der Patienten **S.**, **V.**, **F.**, **I.**, **W.**, **W.**, **P.**, **I.**, O. und F.. Die Kammer hat – trotz des ausdrücklich erklärten, entgegenstehenden Einwandes der Staatsanwaltschaft, die dies zur Aufklärung nicht erforderlich hielt – den Sachverhalt auch insoweit aufgeklärt, als sie Eurotransplant in den verfahrensgegenständlichen Fällen auch um Auskunft über das Schicksal derjenigen Patienten ersucht hat, die auf denjenigen neun Ranglistenplätzen stehen, die sich unmittelbar an den des manipulierten Patienten anschließen. Das Auskunftsersuchen wurde auf diese neun Patienten begrenzt, weil Eurotransplant zuvor mitgeteilt hatte, in der Regel „passiere“ ein Organ nicht mehr als 7 Patienten, bevor es entweder in das beschleunigte Verfahren gegeben würde bzw. wegen Zeitablaufs überhaupt nicht mehr verwendet werden könne.

Im Fall des Patienten B. konnte danach festgestellt werden, dass der erstverdrängte Patient tatsächlich nicht verstarb und auch keiner der übrigen neun Patienten, ohne dass dieser zuvor transplantiert wurde, mithin eine (andere) Leber erhalten hat.

Hinsichtlich aller verfahrensgegenständlichen 11 Match-Verfahren konnte festgestellt werden, dass in 5 Match-Verfahren (I., W., P., O. und F.) insgesamt 11 Patienten, die bei regulärem Match-Verlauf vor den genannten Patienten gestanden hätten, auf der Warteliste verstarben. Von diesen 11 Patienten ist „lediglich“ 1 Patientin verstorben, ohne zuvor auch nur ein weiteres Organangebot erhalten zu haben. Diese Patientin verstarb allerdings noch am Tag des Match-Verfahren, welches erst um 18:36 Uhr begann. Insoweit ist denkbar, dass die Patientin bereits vor Beginn des Matches verstarb und deshalb von der Manipulation nicht betroffen war. Des Weiteren ist anzumerken, dass die Patientin an einer Sepsis und Multiorganversagen verstarb, so dass fraglich erscheint, ob diese Patientin zum Zeitpunkt des Match-Verfahrens überhaupt noch transplantabel war.
In den Match-Verfahren der übrigen Patienten (S., V., F., B., W. und I.) verstarb keiner der überholten Patienten auf der Warteliste.

Im Einzelnen ergaben sich ausweislich der Match-Listen zusammengefasst folgende Ergebnisse [der konkrete Inhalt der Match-Listen ist, soweit er für das Verfahren von Bedeutung ist, bei den einzelnen Patienten dargestellt. Insoweit wird auf die jeweiligen Darstellungen der Match-Listen Bezug genommen.

[…]

cc) Rechtliche Würdigung

(1) Organhandel gemäß § 18 Abs. 1 TPG

Der Angeklagte hat sich nicht wegen unerlaubten Handeltreibens mit Organen nach § 18 Abs. 1 TPG schuldig gemacht, weil die Übertragung der Spenderleber auf den Patienten B. nicht eigennützig erfolgte.

Der Angeklagte, erhielt zu dem verfahrensgegenständlichen Zeitpunkt für die Wahrnehmung seiner Aufgaben im Rahmen der Professur, verbunden mit den klinischen Aufgaben einen jährlichen Brutto-Festbetrag in Höhe von 170.000 Euro. Darüber hinaus wurde ihm für das Jahr 2010 ab der 21. bis zur 60. Lebertransplantation eine Zielvereinbarungsprämie in Höhe von 1.500 Euro pro Lebertransplantation gewährt. Diese Prämie erhielt der Angeklagte auch für die bei dem Patienten B. durchgeführte Lebertransplantation. Ein Nachweis dahingehend, dass ihm Geld oder ein anderer materieller Vorteil dafür gewährt wurde, dass er die Falschangabe zur Nierenersatztherapie veranlasste bzw. dafür sorgte, dass der Patient B. bevorzugt ein Spenderorgan erhielt, konnte nicht geführt werden.
Ebenso wenig war feststellbar, dass der Angeklagte aufgrund der Übertragung des Spenderorgans auf den Patienten B. einen immateriellen Vorteil erlangte.

In den Materialien ist bzgl. des Begriffes „Handeltreiben“ ausgeführt, zur Auslegung dieses Begriffes könne auf die umfangreiche Rechtsprechung des Reichsgerichtes und des Bundesgerichtshofes zurückgegriffen werden, die der Gesetzgeber im Betäubungsmittelverfahren aufgegriffen und die seither eine weitere Differenzierung erfahren habe (BT-Drs. 13/4355, S. 29/30). Danach sei unter Handeltreiben jede eigennützige, auf Güterumsatz gerichtete Tätigkeit zu verstehen, selbst wenn es sich nur um eine gelegentliche, einmalige oder vermittelnde Tätigkeit handele (BT-Drs. 13/4355, S. 29/30).
Übertragen auf die Organtransplantation liegt ein Handeltreiben im Sinne des § 17 Abs. 1 S. 1 TPG bei jeder eigennützigen, auf den Umsatz von Organen gerichteten Tätigkeit vor (vgl. Bernsmann/Sickor in: Höfling, TPG, 2. Auflage 2013, § 18 Rdnr. 15). Eigennützig handelt ein Täter, wenn es ihm auf seinen persönlichen Vorteil,

insbesondere die Erzielung von materiellem Gewinn ankommt, wobei ein gesteigertes Gewinnstreben nicht verlangt wird (vgl. Bernsmann/Sickor in: Höfling, TPG, 2. Auflage 2013, § 18 Rdnr. 33). Nach § 17 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 TPG liegt ein strafbares Handeltreiben jedoch nicht vor, sofern die an einer Organ- bzw. Gewebeübertragung Beteiligten lediglich ein „angemessenes Entgelt“ für die zur Erreichung des Ziels der Heilbehandlung gebotenen Maßnahmen gewährleisten oder annehmen (vgl. Bernsmann/Sickor in: Höfling, TPG, 2. Auflage 2013, § 18 Rdnr. 33).

Danach stellt weder die Veranlassung der Falschangaben zur Nierenersatztherapie noch die Organübertragung ein unerlaubtes Handeltreiben im Sinne der §§ 17, 18 TPG dar.

Soweit der Angeklagte jährlich einen Brutto-Festbetrag in Höhe von 170.000 Euro erhielt, wurde dieser Betrag nicht allein für die Durchführung von Lebertransplantationen gezahlt, sondern für die Wahrnehmung seiner Aufgaben im Rahmen der Professur sowie der klinischen Aufgaben, zu denen nicht nur Lebertransplantationen gehörten. So führte der Angeklagte auch andere Leberoperationen durch und war in der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie tätig.

Auch der Umstand, dass der Angeklagte für die bei dem Patienten B. durchgeführte Transplantation eine Zielvereinbarungsprämie in Höhe von 1.500 Euro erhielt, begründet kein strafrechtlich relevantes Handeln im Sinne von § 17 Abs. 1 i.V.m. § 18 TPG. Denn zum einen erfolgte die Vereinbarung über die Zahlung von Prämien nicht mit dem Ziel, dass der Angeklagte Falschangaben bzw. Manipulation veranlassen sollte. Die Zahlung der Prämie erfolgte auch nicht etwa nachträglich, um den Angeklagten für die Falschmeldung oder die durch Falschangaben bewirkte Organzuteilung und Transplantation zu entlohnen. Zum anderen stellte die Zahlung der Zielvereinbarungsprämie ein „angemessenes Entgelt“ im Sinne des § 17 Abs. 1 S. 2 Nr. 1 TPG dar. So hat die Zeugin S. ausgesagt, der Hauptpunkt bei der Festlegung der variablen Vergütung habe darin gelegen, die Bereitschaft des Angeklagten, Transplantationen durchzuführen und Überstunden zu leisten, durch den variablen, im Festbetrag nicht ausreichend berücksichtigten Anteil zu vergüten. Es habe sich um eine Zeitaufwandsentschädigung gehandelt, die mit diesem variablen Anteil gut abgebildet gewesen sei.

Anhaltspunkte dafür, dass der Angeklagte durch die Veranlassung der Falschangaben bzw. die hierdurch bewirkte Organzuteilung statt eines materiellen

Vorteils einen strafrechtlich relevanten immateriellen Vorteil erlangte, haben sich ebenfalls nicht ergeben.
Ein immaterieller Vorteil, der dazu führen könnte, dass ein Handeltreiben im Sinne des § 17 Abs. 1 i.V.m. § 18 TPG vorläge, käme allenfalls in Betracht, wenn dem immateriellen Vorteil ein objektiver Wert zukommt (vgl. Bernsmann/Sickor in: Höfling, TPG, 2. Auflage 2013, § 18 Rdnr. 35). Zu den immateriellen Vorteilen gehören in Anlehnung an den Begriff des immateriellen Vorteils bei den Bestechungsdelikten (§§ 331 ff. StGB) zum Beispiel Ehrungen und Ehrenämter (vgl. Bernsmann/Sickor in: Höfling, TPG, 2. Auflage 2013, § 18 Rdnr. 35). Ein Nachweis, dass der Angeklagte einen entsprechenden immateriellen Wert erlangte, ist nicht erfolgt. Die mögliche Steigerung seines Ansehens als Transplantationsmediziner durch eine Erhöhung der Fallzahlen reicht hierfür jedenfalls nicht aus.

(2) §§ 19 Abs. 2a TPG, 25 Abs. 1, Alt. 2 StGB

Indem der Angeklagte den Transplantations-Koordinator W. veranlasste, am 15. Juli 2010 falsche indes allokationsrelevante Patientendaten an Eurotransplant zu übermitteln, hat er, da der Zeuge W. keine Kenntnis davon hatte, dass die Angaben zur Nierenersatztherapie unzutreffend waren, in mittelbarer Täterschaft einen Verstoß gegen § 19 Abs. 2a TPG, 25 Abs. 1, Alt. 2 StGB begangen. Die Übermittlung der unzutreffenden Angabe zur Nierenersatztherapie stellt die nach § 10 Abs. 3 S. 2 Nr. 2 TPG untersagte und nach § 19 Abs. 2a TPG unter Strafe gestellte Übermittlung eines unzutreffenden Gesundheitszustandes eines Patienten an die Vermittlungsstelle nach Maßgabe des § 13 Abs. 3 S. 3 TPG dar. Der Angeklagte handelte in der Absicht den Patienten B. bei der einheitlichen Warteliste nach § 12 Abs. 3 S. 2 TPG zu bevorzugen.

Da § 19 Abs. 2a TPG erst seit dem 1. August 2013 in Kraft ist, die unzutreffende Mitteilung gegenüber Eurotransplant jedoch zeitlich vorher, nämlich am 15. Juli 2010, erfolgte, kommt eine Verfolgung dieser Tat im Hinblick auf das verfassungsrechtliche Verbot der Rückwirkung von Strafgesetzen gemäß des Art. 103 Abs. 2 GG, das in den §§ 1, 2 Abs. 1 StGB seinen Niederschlag gefunden hat, nicht in Betracht.

(3) Straftaten zum Nachteil anderer Patienten

(a) Vollendeter Totschlag bzw. vollendete Körperverletzungsdelikte

Ein vollendeter **Totschlag zum Nachteil anderer Patienten gemäß § 212 Abs. 1 StGB** bzw. ein vollendetes **Körperverletzungsdelikt gemäß §§ 223 ff. StGB** kommt bereits deshalb nicht in Betracht, weil nicht erwiesen und nicht beweisbar ist, dass durch die Manipulation des den Patienten B. betreffenden Match-Verfahrens mit der Nummer 189537 ein anderer Patient verstarb oder an der Gesundheit geschädigt wurde.

Der Patient B. hätte in dem Match-Verfahren ohne Manipulation der Angaben zur Nierenersatztherapie auf dem Ranglistenplatz 2 gestanden. Für den verdrängten Patienten, der aufgrund der Manipulation statt des Patienten B. nunmehr auf dem zweiten Ranglistenplatz stand und dem die Spenderleber deshalb lediglich als Zweitangebot offeriert wurde, war noch keine Entscheidung über die Annahme dieses Zweitangebotes getroffen worden, bevor das Organangebot für den Patienten B. angenommen worden war. Daher kann bereits nicht festgestellt werden, ob die Spenderleber für den Patienten auf dem 2. Ranglistenplatz angenommen worden wäre, wenn dieser Patient das Angebot (ohne Manipulation) als Erstangebot erhalten hätte. Es wäre daher durchaus denkbar, dass der Patient B. das Organangebot auch bei regulärem Match-Verlauf erhalten hätte. Darüber hinaus ist festzustellen, dass der Patient auf dem zweiten Ranglistenplatz bereits zwei Tage später, also am 17. Juli 2010 eine Lebertransplantation erhielt und überlebte.
Da nicht ausgeschlossen ist, dass der Patient B. das Spenderorgan auch bei regulärem Match-Verlauf erhalten hätte, ist auch nicht erwiesen, dass die Organannahme in dem Match-Verfahren 189537 Auswirkungen auf andere Match-Verfahren hatte, die bei regulärem Verlauf nicht eingetreten wären.

(b) Versuchter Totschlag gemäß §§ 212 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB durch die Annahme einer Spenderleber, obwohl bei dem Patienten B. nach den Richtlinien der Bundesärztekammer die Voraussetzungen für die Aufnahme in Warteliste nicht vorlagen

Die Annahme der Spenderleber für den Patienten B., obwohl bei diesem bei Aufnahme in die Warteliste die Clichy-Kriterien nicht erfüllt waren, stellt keinen versuchten Totschlag zum Nachteil anderer Patienten dar.

Zwar verstieß die Aufnahme des Patienten B. in die Warteliste gegen die Richtlinien der Bundesärztekammer, wonach bei Patienten mit akutem Leberversa-gen bei viraler Hepatitis die – bei diesem Patienten nicht gegebenen – Clichy-Kriterien erfüllt sein müssen. Diese Regelung bestand sowohl zum verfahrensgegenständlichen Zeitpunkt (Gliederungspunkt II.2.5.) und besteht inhaltsgleich auch in den aktuellen Richtlinien (Gliederungspunkt III.2.4.), die zuletzt mit Wirkung vom 9. Dezember 2013 geändert wurden.
Dieser Verstoß ist jedoch rechtlich unbeachtlich, weil bei dem Patienten die Durchführung einer Lebertransplantation zur Lebensrettung notwendig war und Erfolgsaussicht hatte. Der ausnahmslose Ausschluss von Patienten mit akutem Leberversagen, bei denen die von der Bundesärztekammer festgesetzten Prognosekriterien nicht vorliegen, von der Aufnahme in die Warteliste ist verfassungswidrig, sofern eine Erholung der Leberfunktion bei diesen Patienten nicht mehr zu erwarten ist und diese deshalb ohne Lebertransplantation versterben würden.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Warteliste litt der Patient B., was dem Angeklagten bekannt war, unter einem akuten Leberversagen (fulminanten Leberversagen) infolge der Reaktivierung einer Hepatitis B – Virusinfektion, die unter einer Chemotherapie aufgetreten war. Die Clichy-Kriterien waren zu dieser Zeit nicht erfüllt. Da das akute Leberversagen bei dem Patienten B. auf einer viralen Hepatitis beruhte, hätte nach den Richtlinien der Bundesärztekammer für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation die „Transplantationsindikation“ des Patienten B. nur bei Vorliegen der Clichy-Kriterien gestellt und der Patient deshalb nur bei Vorliegen der Clichy-Kriterien in die Warteliste aufgenommen und transplantiert werden dürfen.

Es ist zwischen den Voraussetzungen der Aufnahme in die Warteliste und den Voraussetzungen, die zur Bewilligung eines HU-Status führen, zu unterscheiden. Bis zur Änderung des ET-Manuals mit der Fassung vom 15. Juni 2010 waren die Voraussetzungen für eine „Indikationsstellung“ für eine Lebertransplantation im Sinne der BÄK-Richtlinien und die Gewährung eines HU-Status durch Eurotransplant bei Vorliegen eines akuten Leberversagens und viraler Hepatitis zwar noch identisch. Die Aufnahme in die Warteliste und Bewilligung des HU-Status bei Patienten mit akutem Leberversagen bei viraler Hepatitis erfolgten somit jeweils nur bei Vorliegen

der Clichy-Kriterien. Seit der Fassung des ET-Manuals vom 15. Juni 2010 kann der HU-Status bei Patienten mit akutem Leberversagen bei viraler Hepatitis nunmehr auch bei Vorliegen der King´s College-Kriterien bewilligt werden.
Dieser seit dem 15. Juni 2010 bestehende Unterschied zwischen den BÄK-Richtlinien und dem ET-Manual könnte im Einzelfall zur Folge haben, dass ein Patient mit akutem Leberversagen bei viraler Hepatitis, bei dem die King´s College-Kriterien, nicht jedoch die Clichy-Kriterien erfüllt sind, nicht in die Warteliste aufgenommen werden dürfte, obwohl der Patient nach der im ET-Manual seit der Fassung vom 15. Juni 2010 getroffenen Regelung aufgrund der Erfüllung der King´s College-Kriterien den HU-Status erhalten würde.

Diese nicht nachzuvollziehende Folge wirft ebenso, wie die in den BÄK-Richtlinien verwendeten Formulierungen „[…] *kann die Indikation zur Transplantation gestellt werden* […]“ und „*Bei Empfängern mit viraler Hepatitis soll die Transplantationsindikation unter folgenden Bedingungen gestellt werden (Clichy-Kriterien)“* die Frage nach der Verbindlichkeit des Vorliegens der aufgestellten Kriterien auf.

Die rechtliche Beurteilung der Frage, ob die Aufnahme des Patienten B. in die Warteliste, obwohl die Clichy-Kriterien nicht erfüllt waren, einen Verstoß gegen die BÄK-Richtlinien darstellte, hängt davon ab, ob die Richtlinien dahingehend auszulegen sind, dass bei Vorliegen der Clichy-Kriterien die „Indikationsstellung“ in jedem Fall zu stellen ist und im Übrigen, wenn mithin die Clichy-Kriterien nicht vorliegen, die „Indikationsstellung“ im Ermessen des Arztes liegt. Wenn die Richtlinien, was im Ergebnis der Fall ist, jedoch dahingehend auszulegen sind, dass Patienten mit akutem Leberversagen bei viraler Hepatitis nur bei Vorliegen der Clichy-Kriterien in die Warteliste aufgenommen werden dürfen und ein Abweichen von dieser Regelung unzulässig ist, liegt ein Verstoß gegen diese Richtlinien vor.
Im Hinblick auf den Wortlaut dieses Teils der BÄK-Richtlinien, soweit sie die „Indikationsstellung“ für eine Lebertransplantation bei akutem Leberversagen betreffen und die systematische Einordnung unter den Gliederungspunkt „Einschränkungen der Aufnahme in die Warteliste“ ist jedoch davon auszugehen, dass dieser Teil der Richtlinien ebenso Verbindlichkeit beansprucht, wie die Alkoholkarenzregelung und keine Ausnahme vorgesehen sein sollte. Die Formulierung:

> *„Bei Patienten mit akutem Leberversagen kann die Indikation zur Transplantation gestellt werden, wenn die hierfür entwickelten Prognosekriterien die Notwendigkeit einer solchen Transplantation anzeigen*."

lässt die Schlussfolgerung zu, dass bei Nichtvorliegen der Prognosekriterien, eine „Indikationsstellung" gerade nicht erfolgen kann und auch nicht darf. Als Prognosekriterien sind sodann die King´s College-Kriterien und die Clichy-Kriterien genannt, wobei die Frage, welches Prognosekriterium zur Anwendung kommen soll, von dem Krankheitsbild bzw. der Ursache des akuten Leberversagens abhängig und in den Richtlinien vorgegeben ist. Die Formulierung

> *„Bei Empfängern mit viraler Hepatitis soll die Transplantationsindikation unter folgenden Bedingungen gestellt werden (Clichy-Kriterien)"*

lässt aufgrund des Umstandes, dass nicht zum Ausdruck gebracht wird, dass die Clichy-Kriterien zusätzlich bzw. alternativ zu den zuvor genannten King´s College-Kriterien angewandt werden können, sondern vielmehr angewandt werden sollen, darauf schließen, dass das Vorliegen der Clichy-Kriterien unbedingte Voraussetzung für die „Indikationsstellung" für eine Lebertransplantation im Sinne der BÄK-Richtlinien und damit für die Aufnahme in die Warteliste ist. Hierfür sprechen schließlich auch die Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. B., der bekundet hat, er hätte den Patienten B., weil bei diesem die Clichy-Kriterien nicht erfüllt gewesen seien, nicht in die Warteliste aufgenommen, sondern konservativ behandelt.

Auf die Frage, ob eine Auslegung dieses Teils der Richtlinien dahingehend möglich ist, dass bei Patienten mit akutem Leberversagen bei viraler Hepatitis in An-lehnung an die von Eurotransplant aufgestellten Kriterien zur Gewährung des HU-Status eine Aufnahme in die Warteliste auch dann in Betracht kommt, wenn die King´s Colleg-Kriterien vorliegen, kommt es vorliegend nicht an. Denn bei dem Patienten B. waren zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Warteliste weder die King´s College-Kriterien noch die Clichy-Kriterien erfüllt.

Der ausnahmslose Ausschluss von Patienten mit akutem Leberversagen, bei denen weder die King´s College-Kriterien noch die Clichy-Kriterien vorliegen und deren Leben nur durch eine Transplantation gerettet werden kann, ist verfas-sungswidrig und damit rechtlich unbeachtlich. Diejenigen Patienten, bei denen eine

Lebertransplantation notwendig ist, um ihre Erkrankung zu heilen oder zumindest Leiden zu lindern, haben ein derivatives Teilhaberecht am Organverteilungssystem (vgl. Bader, Organmangel und Organverteilung, 2010, S. 296 ff., 317). Dieses Recht folgt aus dem Grundrecht auf Leben (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) in Verbindung mit der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) in Verbindung mit dem allgemeinen Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) und dem Sozialstaatsprinzip (vgl. Dannecker/Streng, Rechtliche Möglichkeiten und Grenzen einer an den Erfolgsaussichten der Transplantation orientierten Organallokation, JZ 2012, 444, 445). Für den Ausschluss von Patienten mit akutem Leberversagen, die, wie der Patient B., ohne Lebertransplantation versterben würden, mit der Begründung, bei diesen Patienten seien die Prognosekriterien nicht erfüllt, stellt keinen rechtfertigenden Grund für die allgemeine Ungleichbehandlung dieser Patienten gegenüber anderen Patienten dar, bei denen die erforderlichen Prognosekriterien vorliegen. Entscheidend ist, dass beide Patientengruppen, also die Patienten, bei denen die Prognosekriterien erfüllt sind und die Patienten, bei denen die Prognosekriterien zwar nicht erfüllt sind, die aber ohne Lebertransplantation versterben würden, gleichsam eine Lebertransplantation zum Überleben benötigen.

Zwar ist die Entwicklung von Prognosekriterien, bei deren Vorliegen von der Notwendigkeit einer Lebertransplantation bei akutem Leberversagen auszugehen ist, unzweifelhaft sehr wichtig und sinnvoll. Da bei akutem Leberversagen aus-weislich der Angaben des Sachverständigen Prof. Dr. B. sehr schwer feststellbar ist, ob die Leber des Patienten sich wieder erholt oder nicht, stellen diese Prognosekriterien einen gewichtigen Anhaltspunkt dafür dar, ob eine entsprechende Erholung der Leber noch möglich erscheint oder der Patient eine lebensrettende Lebertransplantation benötigt. Für den Patienten wäre es angesichts des schwerwiegenden Einschnitts in sein zukünftiges Leben, den eine Lebertransplantation bedeutet, tragisch, wenn dieser zu früh transplantiert würde, das heißt transplantiert würde, obwohl seine Leber sich wieder erholt hätte. Das bedeutet, die Regelung, eine Aufnahme in die Warteliste und damit eine Lebertransplantation ausnahmslos erst dann vorzunehmen, wenn die vorgegebenen Prognosekriterien erfüllt sind, könnte gegebenenfalls eine zu frühzeitige Transplantation verhindern. Dieses Erfordernis kann, wie der Fall des Patienten B. belegt, aber, wenn keinerlei Ausnahmen zugelassen sind, für Patienten, bei denen

die Leber kein Erholungspotential mehr hat und gleichzeitig die Prognosekriterien nicht erfüllt sind, den sicheren Tod dieser Patienten bedeuten.
Dem kann auch nicht entgegengehalten werden, es sei erst ex post feststellbar, ob die Patienten mit akutem Leberversagen, bei denen die Prognosekriterien nicht vorlagen, eine Lebertransplantation benötigt hätten oder nicht. Hiergegen spricht bereits der Fall des Patienten B.. Wie bereits dargelegt, hat der Sachverständige Prof. Dr. D. ausgeführt, ein akutes Leberversagen nach einer Hepatitis-B-(Re-)Infektion nach Chemotherapie sei letal, weshalb eine Lebertransplantation notwendig sei. Zwar hat der Sachverständige Prof. Dr. B. angegeben, bei dem Patienten B. sei ex ante nicht feststellbar gewesen, ob das bei dem Patienten B. aufgetretene akute Leberversagen allein auf einer reaktivierten Hepatitis B beruhte oder ein Progress des Lymphoms mit diffuser Infiltration der Leber vorgelegen habe. Es sei vielmehr erst ex post feststellbar gewesen, dass eine akute Hepatitis B mit fulminanter Leberdystrophie vorgelegen habe. Dies führt aus Sicht der Kammer jedoch nicht zu einer anderen Bewertung. Der Sachverständige hat hinsichtlich des Patienten B. auch ausgeführt, dass sich der Zustand dieses Patienten vor der Transplantation nachweisbar deutlich verschlechtert und dieser ein akutes Nierenversagen entwickelt gehabt habe. Darüber hinaus hat der Angeklagte angegeben, Ultraschalluntersuchungen hätten gezeigt, dass die Leber des Patienten sich verkleinert habe, weshalb von der Notwendigkeit und Dringlichkeit der Transplantation ausgegangen worden sei. Diese Einschätzung wurde schließlich durch den Befundbericht des Zentrums Pathologie der UMG vom 23. Juni 2010, wonach bei dem Patienten B. eine Leberdysthrophie bei weit unter 1 % noch nach-weisbarem Lebergewebe vorgelegen habe, bestätigt. Die Beachtung der BÄK-Richtlinien, soweit sie die Aufnahme von Patienten mit akutem Leberversagen in die Warteliste betreffen, hätte dazu geführt, dass der Patient B., dessen Leber so sehr beeinträchtigt war, dass weniger als 1 % nachweisbares Lebergewebe vorhanden war, aus rein formalen Gründen untransplantiert hätte sterben müssen, obwohl eine eindeutige Notwendigkeit für die Durchführung einer Lebertransplantation bestand. Hierfür gibt es keinen rechtfertigenden Grund.

Gegen die Auffassung, ausnahmslos nur diejenigen Patienten mit akutem Leberversagen in die Warteliste aufzunehmen, bei denen die entsprechenden Prognosekriterien vorliegen, spricht über die genannten Gesichtspunkte hinaus, dass

bei Patienten, die Blutprodukte oder bestimmte Medikamente erhalten, relevante Parameter, wie zum Beispiel die Prothrombinzeit, der Bilirubin-Wert oder der Kreatinin-Wert, die bei den King´s College-Kriterien eine Rolle spielen können, verändert werden und lediglich deshalb die aufgestellten Kriterien verfehlt und diese Patienten benachteiligt werden.

(c) Versuchter Totschlag gemäß §§ 212, 22, 23 Abs. 1 StGB durch die Annahme einer Spenderleber nach Falschangaben zur Nierenersatztherapie

(aa) Keine Sperrwirkung durch § 19 Abs. 2a TPG

Der Tatbestand des § 19 Abs. 2a TPG, der erst am 1. August 2013 in Kraft getreten ist, entfaltet keine Sperrwirkung im Hinblick auf § 212 StGB.
Während § 19 Abs. 2a TPG bereits mit der unrichtigen Erhebung und Dokumentation des Gesundheitszustandes eines Patienten bzw. der Übermittlung unzutreffender Daten an Eurotransplant vollendet ist, stellen diese Handlungen aus den oben unter C. II. 2. c) cc) (1) (b) (aa) (2) genannten Gründen „lediglich“ eine Vorbereitungshandlung dar. Ein unmittelbares Ansetzen zum versuchten Totschlag käme – sofern man die Auffassung vertritt, dass Verletzung der Allokationsregeln Tötungsunrecht darstellen kann –, erst mit der Organannahme in Betracht.

(bb) Manipulationen kein Tötungsunrecht i.S.d. §§ 212 ff StGB

Die Veranlassung der Übermittlung falscher Patientendaten zur Nierenersatztherapie durch Angeklagten im Falle des Patienten **B.** sowie in den weiteren Fällen der Patienten **I.**, **W.**, **W.**, **P.** und **F.**, die Nichtbeachtung der Richtlinien der Bundesärztekammer zur der Alkoholkarenzzeitreglung im Falle der Patienten **V.**, **F.** und **W.**, zur Listung von Patienten mit bösartigen Erkrankungen im Falle des Patienten **I.** und zur Listung von Patienten mit akutem Leberversagen im Falle des Patienten **B.** stellen bereits objektiv kein Tötungsunrecht dar und erfüllen somit auch nicht den Tatbestand des (versuchten) Totschlags. Die Manipulationen bzgl. der Falschangaben zur Nierenersatztherapie waren zum Zeitpunkt ihrer Vornahme bzw. der Annahme der dergestalt erlangten Organe vielmehr nicht mit Strafe bedroht und erfüllen deshalb auch nicht den Tatbestand eines anderen Strafgesetzes. Eine Bestrafung des Angeklagten scheidet daher aus (Art. 103 Abs. 2 GG). Die genannten

Richtlinien der Bundesärztekammer sind verfassungswidrig und damit rechtlich unbeachtlich.

(aaa) Auslegung des § 212 StGB

Der Vorschrift § 212 StGB kann nicht direkt entnommen werden, ob die Tatsache, dass der Angeklagte im Falle des Patienten B. am 15. Juli 2010 die Übermittlung falscher Dialysedaten an Eurotransplant veranlasste, um zu erreichen, dass dieser Patient schnellstmöglich ein Organangebot erhält, als Tötungsunrecht anzusehen ist. § 212 StGB bedarf daher insoweit der Auslegung. Die juristische Methodenlehre stellt hierfür den traditionellen Auslegungskanon der grammatischen, der systematischen, der subjektiv-historischen sowie der objektiv-teleologischen Auslegung zur Verfügung (vgl. MüKo-StGB/Schmitz § 1 StGB Rdnr. 70 ff.). Wenngleich sowohl nach dieser Methodenlehre als auch nach der Rspr. des BVerfG für die Auslegung von Strafgesetzen vorrangig der in der Norm zum Ausdruck kommende objektivierte Wille des Gesetzgebers, wie er sich aus dem Wortlaut der Vorschrift und dem Sachzusammenhang ergibt, maßgeblich ist (MüKo-StGB/Schmitz § a.a.O. Rdnr. 72, BVerfG vom 20.03.2002 - 2 BVR 794/95, BVerfG 105, 135, 157 sowie BVerfGE 1, 299, 212; 11, 126, 130 f), kann weder der allgemeinsprachlichen Bedeutung der Vorschrift des § 212 StGB noch dem engeren juristischen Sprachgebrauch entnommen werden, ob eine derartige Handlung als Tötungsunrecht anzusehen ist. Auch die systematische Auslegung und damit der Blick auf den Zusammenhang, den die Vorschrift des § 212 StGB im Normgefüge des sechzehnten Abschnittes der Straftaten gegen das Leben einnimmt, lässt eine Beantwortung der Frage, ob derartige Manipulationen Tötungsunrecht darstellen sollen, nicht zu. Gleiches gilt für die subjektiv-historische Auslegung. Die Frage, ob der historische Gesetzgeber mit seiner Regelung des § 212 StGB auch Manipulationen der Allokation im Zusammenhang mit Lebertransplantationen als Tötungsunrecht geahndet sehen wollte, kann anhand der Gesetzesmaterialien sowie der Entstehungsgeschichte des § 212 StGB nicht beantwortet werden.

Die Kammer hat sich daher an der objektiv-teleologischen Auslegung orientiert und damit auf einen von der Inhaltsvorstellung des historischen Gesetzgebers

losgelösten objektivierten Willen in der Gegenwart abgehoben und damit auch und gerade die Vorschrift des Transplantationsgesetzes (TPG) in den Blick genommen. Da sich der Angeklagte durch einen Verstoß gegen die Allokationsvorschriften des Transplantationsrechts bzw. darauf beruhender Richtlinien der Bundesärztekammer nach dem Vorwurf der Anklagebehörde eines versuchten Totschlags schuldig gemacht haben soll, kann eine Strafbarkeit nach § 212 StGB, der wie die übrigen Vorschriften der §§ 211 - 217 StGB das (geborene) individuelle menschliche Leben schützt, nur gegeben sein, wenn auch die Vorschriften des Transplantationsgesetzes, auf dem auch die Richtlinienkompetenz der Bundesärztekammer gemäß § 16 TPG beruht, dem Schutz individuellen menschlichen Lebens dienen.

Die Vorschriften des TPG dienen indes nicht dem Schutz individuellen menschlichen Lebens. Ein entsprechender Regelungszweck ergibt sich weder aus dem Gesetz selbst noch subjektiv-historisch betrachtet aus den Materialien. So ist gemäß § 1 TPG Ziel des Gesetzes die Bereitschaft zur Organspende in Deutschland zu fördern. § 2 TPG thematisiert die Aufklärung der Bevölkerung über die Möglichkeiten und Voraussetzungen der Organspende. Ausweislich der Begründung des Regierungsentwurfs vom 16.04.1996 (BT-Drs.134355, Seite 11) ist es das erklärte gesetzliche Ziel des TPG die zivil- und strafrechtliche Absicherung der Organspende und der Organentnahme zum Zwecke der Übertragung auf andere Menschen, die gesundheitsrechtliche Absicherung der Organübertragung sowie das strafbewehrte Verbot des Organhandels zu regeln. Durch einen klaren rechtlichen Handlungsrahmen sollen bestehende Rechtsunsicherheiten ausgeräumt und eine dadurch bedingte Zurückhaltung bei der Organentnahme überwunden werden. Gleichzeitig soll sichergestellt werden, dass jeder Bürger die Möglichkeit behält, eine Organspende ausdrücklich abzulehnen. Im Weiteren wird die bessere Organisation der bei der Spende lebenswichtiger Organe erforderlichen Maßnahmen sowie die bessere Nutzung der vorhandenen Möglichkeiten unter Berücksichtigung qualitativer Kriterien thematisiert. Ziel ist „die Gleichbehandlung der nach ärztlicher Entscheidung für eine Transplantation vorgesehenen Patienten (…) durch medizinische Kriterien für die Vermittlung lebenswichtiger Organe (…)“.

(bbb) Auslegungen der weiteren Vorschriften des TPG

Dieses mit Blick auf die Vorschriften auf die §§ 1 und 2 TPG sowie die Materialien zum Transplantationsgesetz gewonnene Ergebnis wird gestützt durch die weiteren Vorschriften des TPG.

(**aaaa) Vorschrift des § 12 Abs. 3 S. 1 TPG i.V.m. § 16 Abs. 1 S. 1. Nr. 5 TPG**

Auch die Regeln des § 12 Abs. 3 S. 1 TPG i.V.m. § 16 Abs. 1 S. 1. Nr. 5 TPG und die von Eurotransplant in dem ET-Manual erstellten Regelungen, die die Organvermittlung bzw. Organzuteilung betreffen, dienen nicht dem Zweck, dass ein bestimmter Patient in einem bestimmten Match-Verfahren ein bestimmtes Spenderorgan erhält. Es entspricht daher nicht dem Schutzzweck der Organvermittlungs- bzw. Organzuteilungsregelungen, den Tod oder die Verlängerung des Leidens eines bestimmten Patienten zu verhindern. Die Zuteilungsregeln bezwecken vielmehr den allgemeinen Schutz menschlichen Lebens und der Verteilungsgerechtigkeit als Ausdruck der Menschenwürde. Jeder Mensch hat einen gleichberechtigten Anspruch auf eine Überlebenschance (so auch Bülte, Manipulation der Zuteilungsreihenfolge eines Spenderorgans zur Ermöglichung einer Transplantationsbehandlung, StV 2013, 749, 755). Die Annahme des Spenderorgans für einen Patienten, das von Eurotransplant irrtumsbedingt angeboten wurde, weil zuvor unzutreffende Patientendaten auf Veranlassung des die Annahmeentscheidung treffenden Arztes übermittelt worden waren, bedeutet zwar eine gefährliche und zu missbilligende Verletzung der Verteilungsgerechtigkeit und des Vertrauens der Allgemeinheit in die Lauterkeit und Funktionsfähigkeit des Organverteilungssystems. Sie stellt jedoch selbst dann, wenn der Patient, der das Organ bei regulärem Verlauf erhalten und damit überlebt hätte, verstirbt, keine Tötungshandlung im Sinne des § 212 StGB dar.

Die Vermittlungsregelungen verfolgen das Ziel, die Verteilung der Spenderorgane an Patienten, die ein Spenderorgan zur Lebensrettung bzw. Heilung oder Linderung ihrer Leiden benötigen, jedoch aufgrund der Organknappheit nicht alle ein Spenderorgan erhalten können, nach objektiven, transparenten und gerechten sowie nachvollziehbaren Maßstäben zu gewährleisten.

Aus diesem Grunde stellt ein Verstoß gegen diese Regeln wie beispielsweise die durch Falschangaben bewirkte Änderung der Reihenfolge der Patienten auf den jeweiligen Match-Listen eine zu missbilligende und seit dem 1. August 2013 gemäß §

19 Abs. 2a TPG auch strafwürdige Verletzung der Verteilungsgerechtigkeit dar, die das Vertrauen der Bevölkerung in die Lauterkeit und Funktionsfähigkeit der Organspende beeinträchtigen kann. Derartige Handlungen begründen jedoch keine Strafbarkeit gemäß §§ 212, 223 ff, 22 StGB.

Der Patient B. hatte grundsätzlich das gleiche verfassungsrechtlich geschützte Anrecht auf Erhalt einer sein Leben rettenden Spenderleber wie der Patient, der übergangen wurde. Der Patient B., bei dem ein Leberversagen vorlag und der weniger als 1 % (!) nachweisbares Lebergewebe hatte, war unzweifelhaft ohne Transplantation unmittelbar vom Tode bedroht. Bei ihm bestand die Gefahr, dass er die verbleibende Zeit bis zur Zuteilung eines weiteren passenden Organangebotes nicht überleben würde. Gleichzeitig bestand die Aussicht, dass er die Transplantation überleben und auch nicht kurz danach versterben würde. Selbst wenn der „überholte“ Patient genau so dringlich auf eine lebensrettende Transplantation angewiesen gewesen sein sollte wie der Patient B., was nicht bekannt, jedoch für die nachfolgenden rechtlichen Erwägungen unterstellt werden soll und im Übrigen angesichts der Höhe des MELD-Scores von 36 wahrscheinlich ist (der MELD-Score bildet die Dringlichkeit eines Patienten nicht vollständig bzw. verlässlich ab), hätten beide Patienten zwar kein originäres Leistungsrecht auf Zuteilung dieses Organs, wohl aber ein gleichberechtigtes Anrecht auf Zuteilung der Spenderleber, die wiederum nur einem Patienten in diesem Match-Verfahren transplantiert werden kann.

Dem Angeklagten wird zur Last gelegt, die Übermittlung falscher allokationsrelevanter Patientendaten an Eurotransplant veranlasst zu haben, um hierdurch für seine Patienten Organangebote zu generieren. Im Fall des Patienten B. handelte es sich um Falschangaben zur Nierenersatztherapie, die zu einer Erhöhung des labMELD und damit wiederum zu einer veränderten Reihenfolge der Patienten auf der Match-Liste führten. Hätte der Patient B. tatsächlich zweimal innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test vom 15. Juli 2010 eine Nierenersatztherapie erhalten und daher regulär einen MELD-Score von 40 gehabt, hätte die Eingabe dieser Werte die gleiche Konsequenz gehabt, wie die Falschangaben. Der Patient B. hätte hierdurch den erstverdrängten Patienten, der einen matchMELD von 36 hatte, überholt hätte und auf Rang 1 der Mach-Liste gestanden. In diesem Fall wäre dem

Angeklagten zweifelsohne kein versuchter Totschlag zur Last gelegt worden, obwohl auch in diesem Fall die Organannahme hätte bewirken können, dass der überholte Patient untransplantiert verstirbt.

In beiden Konstellationen ist die Ausgangssituation des Patienten B. und des Zweitplatzierten Patienten im Tatsächlichen nahezu gleich. Bei beiden Patienten bestand die konkrete Gefahr, dass sie ohne Lebertransplantation kurzfristig hätten versterben und für beide Patienten hätte die Zuteilung der Spenderleber in dem Match-Verfahren 189537 die letzte Überlebenschance darstellen können.
Der Unterschied zwischen beiden Konstellation liegt darin, dass in dem einem Fall die Reihenfolge auf der Match-Liste auf wahrheitsgemäßen Angaben zur Nierenersatztherapie beruht, im anderen Fall auf Falschangaben. Diese Falschangaben bewirkten somit, dass bei gleicher Ausgangssituation der Patienten (konkrete Gefahr des Versterbens ohne Transplantation) in dem Match-Verfahren 189537 die Reihenfolge des Patienten B. und des überholten Patienten vertauscht wurde.

Die verfahrensgegenständliche Frage, ob die Annahme eines Organs in Kenntnis des Umstands, dass zuvor Falschangaben zur Nierenersatztherapie gemacht wurden, Tötungsunrecht darstellt oder nicht, hängt davon ab, ob das Transplantationsrecht neben dem allgemeinen Schutz menschlichen Lebens und der Verteilungsgerechtigkeit auch dazu dient, ein individuelles Leben, hier also das Leben des übergangenen erstverdrängten Patienten zu schützen und zu gewährleisten, dass gerade dieser das Spenderorgan erhält. Eine solche Ausrichtung kann dem Transplantationsrecht indes nicht entnommen werden. Sie könnte es im Hinblick auf die gebotene verfassungskonforme Auslegung schon deshalb nicht, weil das Leben des erstverdrängten Patienten nicht schützenswerter ist als das der anderen Patienten.

(bbbb) Vorschrift des § 9 Abs. 1 S. 2 TPG

Sie ergab sich insbesondere nicht aus § 9 Abs. 1 S. 2 TPG, wonach die Übertragung vermittlungspflichtiger Organe nur zulässig war, wenn die Organe durch die Vermittlungsstelle unter Beachtung der Regelungen nach § 12 TPG vermittelt worden

waren. In § 12 TPG war und ist unter anderem in Abs. 3 S. 1 geregelt, dass die vermittlungspflichtigen Organe von der Vermittlungsstelle nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit an geeignete Patienten zu vermitteln seien. In § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 TPG wiederum war und ist auch aktuell normiert, dass die Bundesärztekammer den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft in Richtlinien festlegt. Zuständig für die eigentliche Organvermittlung war (und ist) allein die hiermit gemäß § 12 Abs. 1 S. 1, Abs. 4 TPG vertraglich beauftragte Stiftung Eurotransplant. In § 5 des Vermittlungsvertrages ist wiederum ausgeführt, dass Eurotransplant sich verpflichtet, die Vermittlungsentscheidung gemäß § 12 Abs. 3 S. 1 TPG nach Regeln zu treffen, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit. Des Weiteren ist ausgeführt, dass Eurotransplant zu diesem Zweck Anwendungsregeln für die Organvermittlung auf der Grundlage der jeweils geltenden Richtlinien der Bundesärztekammer (§ 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 TPG) und der in dem Vermittlungsvertrag enthaltenen Bestimmungen erstelle. Diese Regelungen sind in dem Eurotransplant Manual enthalten.

Da nach § 9 Abs. 1 S. 2 TPG die Übertragung eines vermittlungspflichtigen Organs, zu dem § 1a Nr. 2 TPG auch die Leber gehört, nur zulässig war, wenn das Organ durch die Vermittlungsstelle unter Beachtung der Regelungen nach § 12 TPG vermittelt wurde – aktuell geregelt in § 9 Abs. 2 S. 3 TPG – schied bzw. scheidet für die Patienten eine legale Organbeschaffung auf andere Weise aus. Der ein Organ benötigende Patient ist daher darauf angewiesen, im staatlich geregelten Verteilungsverfahren bzw. Zuteilungsverfahren ein Spenderorgan zu erhalten. Da aufgrund des Organmangels nicht für jeden dieser Patienten ein Organ zur Verfügung steht, gibt es auch kein subjektives „Recht auf ein Organ“ im Sinne eines originären Leistungsanspruchs (vgl. Bader, Organmangel und Organverteilung, 2010, S. 296). Anstelle eines originären Leistungsrechts besteht jedoch ein derivatives Teilhaberecht am Organverteilungssystem (Bader a.a.O. S. 297 ff., 317). Dieses Recht folgt aus dem Grundrecht auf Leben (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG), der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) in Verbindung mit dem allgemeinen Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) und dem Sozialstaatsprinzip (vgl. Dannecker/Streng, Rechtliche Möglichkeiten und Grenzen einer an den

Erfolgsaussichten der Transplantation orientierten Organallokation, JZ 2012, 444, 445/446).

Hierbei ist weiter zu berücksichtigen, dass jedes menschliche Leben als solches gleich wertvoll ist und keiner irgendwie gearteten unterschiedlichen Bewertung oder gar zahlenmäßigen Abwägung unterworfen werden kann (BVerfG, Urteil vom 25. Februar 1975 (Schwangerschaftsabbruch I), Rdnr. 186 bei juris). Jeder Patient, der zum Überleben ein Spenderorgan benötigt, hat somit das gleiche Recht, ein solches zu erhalten. Weil dies indes aufgrund des Organmangels nicht möglich ist, wurden Zuteilungsregelungen geschaffen, die Vorgaben über die Organzuteilung enthalten.

Hierbei ist zu unterscheiden zwischen dem Standardvergabeverfahren, in dem der Arzt kein Auswahlermessen dahingehend hat, welchem Patienten er das zugeteilte Organ transplantiert und dem beschleunigten Vermittlungsverfahren, bei dem der Arzt zu den verfahrensgegenständlichen Zeiten, wenn ein kompetitives Zentrumsangebot vorlag, ein Auswahlermessen unter mehreren Patienten hatte. Die verfahrensgegenständlichen sogenannten „Manipulationsfälle“, darunter auch die Organzuteilung an den Patienten B., betrafen das Standardvergabeverfahren.

(cccc) Vorschrift des § 12 Abs. 3 S. 1 TPG – Erfolgsaussicht

Soweit in § 12 Abs. 3 S. 1 TPG geregelt ist, die Organvermittlung erfolge insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit, werden unterschiedliche Auffassungen zur Frage vertreten, wie stark das Kriterium der Erfolgsaussicht im Rahmen der Organzuteilung berücksichtigt werden darf. So wird etwa die Auffassung vertreten, der derivative Teilhabeanspruch an den vorhandenen Transplantationskapazitäten gebiete eine Organverteilung, die sich ausschließlich an der Dringlichkeit orientiere (vgl. Bader a.a.O. S. 336). Nach anderer Auffassung ist bei der Organzuteilung - nicht jedoch bei der Entscheidung über die Aufnahme in die Warteliste, worüber bekanntlich allein die die Transplantationszentren entscheiden - eine Berücksichtigung der Erfolgsaussichten, die über eine Minimalnutzenschwelle hinausgeht, verfassungsrechtlich zulässig, sofern das Erfolgskriterium in den Dienst eines Allokationsmodus zur Maximierung der Zahl der geretteten Organempfänger gestellt werde (vgl. Dannecker/Streng/Baunemann: Verschaffung des

Wartelistenzugangs für Alkoholiker entgegen den Allokations-Richtlinien der Bundesärztekammer – (versuchter) Totschlag?, NStZ 2014, 673, 676).

Diese unterschiedlichen Auffassungen wirken sich jedoch hinsichtlich der zum verfahrensgegenständlichen Zeitpunkt und auch bzgl. der aktuell geltenden Organzuteilungsregeln nicht aus. Denn die Organzuteilung erfolgt durch Eurotransplant. Eurotransplant prüft jedoch nicht, ob die Transplantation eines Patienten auch eine Erfolgsaussicht hat bzw. wie groß diese ist. Es wird bei der Organzuteilung durch Eurotransplant vielmehr davon ausgegangen, dass jeder Patient, der registriert und nicht „nt“, also nicht als „nicht transplantabel“ gemeldet ist, auch eine entsprechende Erfolgsaussicht hat.
Zwar ist das Kriterium der Erfolgsaussicht sowohl in § 10 Abs. 1 Nr. 2 TPG, der die Voraussetzungen der Aufnahme in die Warteliste regelt, als auch in § 12 Abs. 3 S. 1 TPG, der die Zuteilung bzw. Vermittlung der Organe durch Eurotransplant betrifft, aufgeführt. Faktisch befinden indes die zuständigen Ärzte der Transplantationszentren, die wiederum die von der Bundesärztekammer hierzu aufgestellten Richtlinien zu beachten haben, über die Erfolgsaussicht. Diese Ärzte haben die Verpflichtung, Patienten, bei denen eine Transplantation keine entsprechende Erfolgsaussicht hat, gar nicht erst in die Warteliste des Zentrums aufzunehmen und dementsprechend auch nicht bei Eurotransplant zu listen. Des Weiteren sind die Ärzte der Transplantationszentren angehalten, bereits gelistete Patienten von der Warteliste zu nehmen und bei Eurotransplant abzumelden, wenn eine Transplantation nicht mehr notwendig oder aber nicht mehr erfolgversprechend ist. Wenn nur ein vorübergehender Grund vorliegt, der die Erfolgsaussicht jedenfalls gegenwärtig entfallen lässt, müssen diese Patienten zwar nicht sogleich von der Warteliste genommen und bei Eurotransplant abgemeldet werden. Sie sind jedoch gegenüber Eurotransplant als „nt“ zu melden. Dementsprechend werden diese Patienten bei den nachfolgenden Match-Verfahren von Eurotransplant nicht berücksichtigt. Darüber hinaus findet die Erfolgsaussicht insoweit Berücksichtigung, als die über ein Organangebot von Eurotransplant und damit über die Annahme entscheidenden Ärzte prüfen, ob eine Transplantation mit gerade diesem angebotenen Spenderorgan bei dem konkreten Patienten ausreichende Erfolgsaussicht hat. Hierbei haben die Ärzte ein Auswahlermessen. Eurotransplant hingegen ist in diese Entscheidung nicht eingebunden.

Die Erstellung der Rangliste und damit die Entscheidung über die Reihenfolge der Patienten auf der Match-Liste, die sich entscheidend auf die Chance auswirkt, welchen Patienten auf der Liste das Organ tatsächlich angeboten wird, erfolgt durch Eurotransplant (mit Ausnahme der sogenannten „balance-Patienten“) nach der anhand des HU-Status, ACO-Status sowie der Höhe des MELD-Scores eingeschätzten Dringlichkeit der Transplantation.

Ob die an einem Match-Verfahren teilnehmenden Patienten, eine Chance haben, die Transplantation zu überleben, wie gut das Spenderorgan für diese geeignet ist und wie lange die voraussichtliche Überlebensdauer beträgt, wird von Eurotransplant nicht geprüft. Macht Eurotransplant einem Patienten auf der Match-Liste ein Organangebot, erfolgt die Zuteilung des Organs an diesen Patienten erst nach der Annahme des Organs für diesen Patienten durch einen Arzt des Transplantationszentrums. Eurotransplant ist mithin im Rahmen eines Match-Verfahrens nicht verpflichtet, die Spenderleber einem konkreten Patienten zuzuteilen. Eurotransplant ist zunächst vielmehr lediglich verpflichtet, die Spenderleber den Patienten auf der Match-Liste in der dort festgelegten Reihenfolge anzubieten. Erst wenn ein Arzt des Zentrum das Organangebot einen bestimmten Patienten auf der Liste annimmt, besteht für Eurotransplant die Verpflichtung, die Spenderleber nunmehr auch an diesen Patienten zuzuteilen. Die Ärzte des Transplantationszentrums sind wiederum nicht verpflichtet, das erstbeste Organ, das ihrem Patienten angeboten wird, auch anzunehmen. Vielmehr haben sie ein Entscheidungsermessen. Die Ärzte können mithin eine ihrem Patienten angebotene Spenderleber, die für diesen nicht optimal geeignet ist, ablehnen und auf ein anderes, besser geeignetes Organ warten, solange der Patient nur ausreichend stabil ist.

(dddd) Vorschrift des § 12 Abs. 3 S. 1 TPG – Dringlichkeit

Da sich die Reihenfolge, in der die Organe von Eurotransplant den Patienten angeboten werden, nach deren Dringlichkeitsstatus bzw. bei den elektiven Patienten nach der Höhe des matchMELD richtet, hängt die Frage, ob die Regelungen der Organzuteilung auch den Zweck haben, das Leben eines individuellen Patienten auf der Liste zu schützen oder aber ob sie lediglich der Verteilungsgerechtigkeit dienen, davon ab, wie das Merkmal der Dringlichkeit auszulegen ist.

Die Annahme, das Kriterium der Dringlichkeit diene auch dem Schutz eines individuellen Patienten würde voraussetzten, dass tatsächlich festgestellt werden könnte, welcher Patient von den auf der Match-Liste stehenden Patienten am dringlichsten eine Organtransplantation benötigt und dass die (zumindest begründete) Aussicht besteht, dass der weniger dringliche Patient noch eine Chance hat, in den nachfolgenden Match-Verfahren ein Organ zu erhalten. Stünde hingegen fest, dass von zwei (oder noch mehr) Patienten einzig der Patient eine Überlebenschance hat, der die Spenderleber erhält und der andere versterben würde, bevor auch er eine andere Spenderleber erhält, wäre das Merkmal der Dringlichkeit nicht geeignet die Entscheidung zu begründen, dass der Patient, dessen Lebenserwartung ohne Transplantation geringfügig länger wäre als die des anderen Patienten die Spenderleber nicht erhalten und sterben soll. Dies würde in der konkreten Gegenüberstellung der Patienten eine Bewertung des Lebens und nicht mehr der Dringlichkeit der Rettungshandlung, also der Transplantation bedeuten, weil das Unterlassen der Transplantation für beide Patienten dieselbe Folge hätte (so zutreffend Bülte, Manipulation der Zuteilungsreihenfolge eines Spenderorgans zur Ermöglichung einer Transplantationsbehandlung, StV 2013, 749, 757).

Die Prognose eines Patienten kann nur von dem behandelnden Arzt aufgrund einer Gesamtbewertung des Gesundheitszustands des Patienten vorgenommen werden. Da bei Vorliegen eines Spenderorgans und der Vielzahl der potenziellen Empfänger durch Eurotransplant die tatsächliche Dringlichkeit der Transplantation nicht beurteilt werden kann und die Patienten in unterschiedlichen Transplantationszentren behandelt werden, so dass auch die Ärzte keine Reihenfolge der Dringlichkeit aufstellen können, ist evident, dass objektive Kriterien zur Einschätzung der Dringlichkeit geschaffen werden müssen. Bei den elektiven Patienten wurde entschieden, diese Dringlichkeit anhand des MELD-Scores abzuschätzen.
Hierbei ist indes zu berücksichtigen, dass bei der Ermittlung des MELD-Score eine hohe Interlaborvariabilität vorliegen kann und einige Patienten bereits aufgrund ihrer körperlichen Konstitution oder der Einnahme bestimmter Medikamente gegenüber anderen Patienten bevorzugt oder benachteiligt werden können. Darüber hinaus spiegelt der MELD-Score nicht in allen Fällen verlässlich die Dringlichkeit der Transplantation wider. Aus diesem Grund ist nicht nur nicht gesichert, dass die

Reihenfolge der Patienten auf den Match-Listen die tatsächliche Reihenfolge der Dringlichkeit angibt. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass die Reihenfolge der Patienten auf der Match-Liste deren Dringlichkeit nicht zutreffend widerspiegelt.

So ist denkbar, dass ein Patient, der mit einem MELD-Score von 35 an einem Match-Verfahren teilnimmt, wesentlich dringlicher eine Transplantation benötigt als ein anderer Patient, der mit einem MELD-Score von 36 an demselben Match-Verfahren teilnimmt. Gleichwohl ist Eurotransplant verpflichtet, sofern keine Regelverstöße vorliegen, die Spenderorgane in der Reihenfolge anzubieten, wie sie der Reihenfolge auf der Match-Liste entspricht. Eurotransplant wäre mithin verpflichtet, die Spenderleber dem Patienten mit einem MELD-Score von 36 auch dann anzubieten und im Falle der Annahme zuzuteilen, wenn der Arzt des Patienten mit dem MELD-Score von 35 noch vor der Zuteilung nachweisen könnte, dass der Patient mit dem MELD-Score von 35 die Transplantation zur Lebensrettung dringlicher benötigen würde als der Patient, der den (vermeintlich) höheren Meld-Score hat. Ein solcher Fall wäre beispielweise denkbar, wenn ein Arzt beide Patienten behandeln würde und deshalb die Dringlichkeit beurteilen könnte. Der Umstand, dass die Organangebote durch Eurotransplant streng nach der Reihenfolge der Match-Liste zu erfolgen haben losgelöst von der tatsächlichen Dringlichkeit, mit der eine Transplantation erforderlich ist, zeigt, dass die Verteilungsregeln gerade nicht den Zweck haben, dem Leben eines Menschen Vorrang vor dem Leben eines anderen Patienten zu gewähren, weil dieser dringlicher auf eine Transplantation angewiesen ist. Die Zuteilungsregeln sollen vielmehr bewirken, dass die Verteilung der Spenderorgane transparent und nachvollziehbar und vor allem nach objektiven Kriterien erfolgt. Wenn es darauf ankäme, dass derjenige Patient die Spenderleber erhalten soll, der dieses Organ zu seiner Rettung tatsächlich vor allen anderen Patienten am dringendsten benötigt, müsste Eurotransplant die Möglichkeit eröffnet sein, nach Erstellung der Match-Liste von der vorgegebenen Reihenfolge abzuweichen. Dies ist aber gerade nicht der Fall. Letztlich wird die Annahme, dass die Zuteilungsregelungen Verteilungsgerechtigkeit bewirken sollen, durch die Aussagen der Sachverständigen **Prof. Dr. B.**, **Prof. Dr. D.**, **Prof. Dr. Dr. R.** und **Prof. Dr. O.** bestätigt. Diese haben übereinstimmend erklärt, es sei in Fachkreisen zwar bekannt, dass die Zuteilung der Spenderlebern nach der Höhe des MELD-Score zu Ungerechtigkeiten führen können, dies werde jedoch in Kauf genommen werde, weil

die Bestimmung des MELD-Wertes nach objektiven Kriterien – 3 Blutwerten – erfolge und frei von subjektiven Wertungen sei.

Die Inkaufnahme der Umstände, dass der MELD-Score keine exakte Einschätzung der Dringlichkeit einer Lebertransplantation bewirken und deshalb auch nicht davon ausgegangen werden kann, dass die Reihenfolge der Patienten auf der Match-Liste die tatsächliche Reihenfolge der Dringlichkeit widerspiegelt, die Organzuteilung gleichwohl ausnahmslos entsprechend der Reihenfolge auf der Match-Liste durchzuführen ist, belegt, dass die Zuteilungsregeln nicht bezwecken, den Tod eines konkreten Menschen durch Zuteilung eines Spenderorgans in einem konkreten Match-Verfahren zu verhindern. Die Verteilungsregeln haben vielmehr zum Ziel, die Zuteilung nach objektiven, transparenten und nachvollziehbaren Kriterien durchzuführen und zwar auch dann, wenn im Einzelfall eine Organzuteilung an einen Patienten erfolgt, der die Transplantation tatsächlich weniger dringlich benötigt als ihm auf der Matchliste nachfolgende Patienten. Die Organzuteilungsregeln dienen der Verteilungsgerechtigkeit und dem allgemeinen, nicht jedoch dem individuellen Lebensschutz.

Bei der Beurteilung der Frage, ob die Zuteilungsreglungen dem Schutz eines bestimmten Patienten bzw. individuellen Lebens dienen, ist weiter zu berücksichtigen, dass es mehrere Patienten geben kann, bei denen die gleiche Dringlichkeit und die gleiche Gefahr besteht, kurzfristig ohne Organzuteilung zu versterben.

So haben beispielsweise in dem Match-Verfahren 187376, in dem der Patient S. die Spenderleber erhielt, zwei Patienten gleichzeitig einen MELD-Score von 40 gehabt. Die statistische Wahrscheinlichkeit beider Patienten – unterstellt der MELD-Score träfe tatsächlich zu – binnen drei Monaten zu versterben, betrug 98 % und war somit gleich hoch. Eine Unterscheidung, ob und gegebenenfalls welcher von beiden Patienten länger Zeit hatte, auf ein weiteres Organangebot zu warten, das den Angaben des sachverständigen Zeugen Dr. R. zufolge im Median bei Patienten mit einem MELD-Score von 36 – 40 alle vier Tage erfolgte, ist nicht möglich.
Gäbe es die Zuteilungsregeln nicht und befänden sich beide Patienten in Behandlung desselben Arztes, der nur eine Spenderleber zur Verfügung hätte und wüsste dieser, dass von beiden Patienten nur derjenige eine Überlebenschance hat,

der eben diese Spenderleber erhält, dürfte der Arzt grundsätzlich frei entscheiden, welcher der beiden Patienten die Spenderleber erhält. Ihm könnte im Hinblick auf die Lebenswertindifferenz nicht auferlegt werden, von diesen Patienten, die beide gleichermaßen ohne Erhalt eben dieser Spenderleber keine Überlebenschance haben und nicht auf das nächste Organ warten können, denjenigen auszuwählen, der von beiden schneller zu versterben droht. Dies würde in der konkreten Gegenüberstellung zweier Patienten eine unzulässige Bewertung des Lebens und nicht nur der Dringlichkeit der Rettungshandlung bedeuten, weil das Unterlassen der Operation für beide Patienten die identische tödliche Folge hätte (vgl. Bülte, Manipulation der Zuteilungsreihenfolge eines Spenderorgans zur Ermöglichung einer Transplantationsbehandlung, StV 2013, 749, 757).

Wenn aber die tatsächliche Dringlichkeit nicht verlässlich festgestellt werden kann und darüber hinaus mehrere Patienten dieselbe Dringlichkeitsstufe haben und derselben Gefahr unterliegen kurzfristig zu versterben, können die Organzuteilungsregelungen nicht dem Zweck dienen, dem Leben eines Patienten vor dem Leben eines anderen Patienten Vorrang zu gewähren und damit individuelles Leben zu schützen.

Dass die Zuteilungsregelungen nicht den Lebensschutz des einzelnen Patienten, sondern die Erzielung einer Verteilungsgerechtigkeit bezwecken, zeigt auch der nachfolgende Beispielsfall.

> *Folgende Patienten befinden sich auf den ersten 10 Ranglistenplätzen der Match-Liste des Match-Verfahrens mit der Nummer 123456, wobei die Patienten auf den Ranglistenplätzen 6 und 7 aus dem Zentrum G. stammen und beide von demselben Arzt betreut werden.*

Ranglistenplatz	**Patient**	**MELD-Score**
1	A	40
2	B	39
3	C	38
4	D	37
5	E	36
6	**F**	**35**
7	**G**	**34**
8	H	33
9	I	32
10	J	31

*Zum Zeitpunkt der Durchführung des Match-Verfahrens 123456 ist der **Patient F** relativ stabil, während der Zustand des **Patienten G** sich zunehmend verschlechtert und dieser zwar noch transplantabel ist, aber binnen kurzer Zeit zu versterben droht. Nach der Einschätzung des Arztes würde der **Patient G**, wenn er nicht sofort transplantiert würde, versterben, während der **Patient F** so stabil zu sein scheint, dass es vertretbar erschiene, auf ein weiteres Organangebot zu warten.*

Variante 1:

Nachdem die Organangebote für die Patienten A-E abgelehnt worden waren, erhält F das Organangebot.

Wenn der Arzt das Organangebot annähme, dürfte er die Spenderleber auch nur dem Patienten F und nicht etwa dem Patienten G transplantieren. Dies gälte auch dann, wenn der Patient G mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit ohne sofortige Transplantation versterben würde, F hingegen sehr wahrscheinlich ausreichend stabil wäre, um auf ein weiteres Organangebot zu warten. Das heißt, auch wenn der Arzt durch die „Umleitung“ der Spenderleber auf G gegebenenfalls zwei Menschenleben retten könnte, dürfte er dies nicht tun.

Variante 2:

Nachdem die Organangebote für die Patienten A-E abgelehnt wurden, geht Eurotransplant in das beschleunigte Verfahren über, weil der Spender kreislaufinstabil zu werden droht und binnen einer Stunde die Organentnahme geplant ist. Das Transplantationszentrum G., zu dem die Patienten F und G gehören, erhält die Spenderleber als sogenanntes kompetitives Zentrumsangebot.

Zu den verfahrensgegenständlichen Zeiten hätte der Arzt sich nunmehr dafür entscheiden können, die Spenderleber dem Patienten G zu transplantieren. Der Arzt hätte mithin ein Auswahlermessen gehabt, welchem der Patienten des Transplantationszentrums G. er die Spenderleber transplantiert.

Auch dieses Beispiel belegt, dass die Zuteilungsregelungen nicht bezwecken, dass ein bestimmter Patient eine Spenderleber zur Lebensrettung erhält bzw. den Zweck haben, dem Schutz individuellen Lebens zu dienen. Dass im Standardverfahren eine Abweichung von der vorgegebenen Reihenfolge nicht erlaubt ist, hat nicht den Grund, dass davon ausgegangen wird, dass derjenige Patient, der aufgrund des höheren MELD-Score auf dem Ranglistenplatz 1 steht, tatsächlich die Spenderleber dringender zum Überleben benötigt als der Patient auf dem Ranglistenplatz 2. Diese

Feststellung ist aus den vorstehend dargelegten Gründen ohnehin nicht möglich. Die Organverteilung soll vielmehr nach verbindlichen Regeln erfolgen, um das Risiko möglichst gering zu halten, dass sachfremde Erwägungen (wie zum Beispiel Zahlung von Bestechungsgeldern oder Bevorzugung von Patienten aufgrund ihres Status) die Zuteilung von Organen beeinflussen.

Da der MELD-Score lediglich aus drei Blutwerten errechnet wird und bei der Berechnung des labMELD-Scores keine subjektiven Wertungen einfließen, handelt es sich um eine objektive Methode, anhand derer die Bildung der Reihenfolge der elektiven Patienten vorgenommen wird. Ein Teil der Benachteiligungen von Patienten, die dadurch auftreten können, dass der labMELD nicht die tatsächliche Dringlichkeit der Transplantation widerspiegelt, wurde versucht durch die Gewährung eines exceptionalMELD auszugleichen. Darüber hinaus gibt es den pediatricMELD. Wie die Änderung des ET-Manuals zeigt, wird nunmehr auch versucht, Vorteile, die Patienten durch die Gabe von Vitamin K-Antagonisten gegenüber anderen Patienten erlangen, weil hierdurch ihr INR-Wert steigt, auszugleichen. Eine zutreffende Einteilung der Patienten nach Dringlichkeit und insbesondere eine Vermeidung von Benachteiligungen einzelner Patienten war weder zu den verfahrensgegenständlichen Zeiten gewährleistet noch ist dies gegenwärtig der Fall.

Da es vorliegend um Mangelverwaltung geht, wird die medizinische Dringlichkeit, die ohnehin nicht exakt feststellbar ist, zu einem formalen Kriterium, das seinen relevanten Bezug zum Rechtsgut verliert (vgl. Bülte, Manipulation der Zuteilungsreihenfolge eines Spenderorgans zur Ermöglichung einer Transplantationsbehandlung, StV 2013, 749, 757). Mit Blick auf den Lebensschutz könnte es strafrechtlich letztlich dem Arzt überlassen bleiben, welchen Patienten er rettet (vgl. Bülte, a. a. O.). Genau diese Konstellation bestand zu den verfahrensgegenständlichen Zeiten bei den kompetitiven Zentrumsangeboten. Im Standardvergabeverfahren ist eine entsprechende Entscheidungsfreiheit nicht vorgesehen. Hier dienen die Vergaberegeln dem Zweck eine möglichst große Verteilungsgerechtigkeit zu gewährleisten und die Zuteilung transparent und nachvollziehbar zu gestalten. Daher würde es, sofern aufgrund der Fehlallokation ein Patient verstorben wäre, der mit der Spenderleber überlebt hätte, an einem Pflichtwidrigkeitszusammenhang zwischen der durch Manipulation bewirkten Organzuteilung und dem Tod des Patienten und damit auch an der objektiven Zurechenbarkeit des Todeserfolges fehlen (vgl. zum

Pflichtwidrigkeitszusammenhang und der objektiven Zurechnung im Rahmen von Manipulationen bei der Organzuteilung: Bülte, a. a. O.).

(cc) Kein Tatentschluss für einen versuchten Totschlag gemäß § 212, 22, 23 Abs. 1 StGB

Selbst wenn die Organzuteilungsregelungen des TPG und die sich darauf stützenden Richtlinien der Bundesärztekammer den Schutz individuellen menschlichen Lebens bezweckten, hätte sich der Angeklagte gleichwohl weder eines versuchten noch eines vollendeten Totschlags schuldig gemacht. Dies gilt sowohl für den erstverdrängten Patienten als auch für die zweit-, dritt- und weiterverdrängten Patienten in dem Match-Verfahren Nr. 189537 bzw. für die Patienten in den nachfolgenden Match-Verfahren.

Der Angeklagte hat sich keine Tatumstände vorstellt, bei deren Verwirklichung der volle Unrechtstatbestand des Totschlags gemäß § 212 Abs. 1 StGB erfüllt wäre. Zwar setzt der dem Angeklagten zur Last gelegte bedingte Tötungsvorsatz das Element des Wissens um die nicht fernliegende Möglichkeit des Todes eines Patienten voraus und hat der Angeklagte insbesondere mit der Annahme des „ermanipulierten“ Organes etwas für andere Patienten auf derselben Warteliste potentiell Gefährliches getan. Mit dem Wissen um die Gefährlichkeit seines Verhaltens ist indes noch nicht gesagt, dass der Angeklagte den Erfolgseintritt auch akzeptiert und sich innerlich mit ihm abgefunden hätte. Es wäre rechtsfehlerhaft, allein aus der Erkenntnisfähigkeit eines Täters oder seiner vorhandenen Erkenntnis im Wege der Schlussfolgerung stets auf die billigende Inkaufnahme des Erfolgs zu schließen (vgl. BGH v. 25.11.1987 – 3 StR 449/87, NStZ 1988, 175).

Im Fall des Patienten **B.** sowie in den weiteren fünf Fällen der Patienten **I., W., W., P.** und **F.**, in denen die Kammer jeweils Manipulationen von Patientendaten festgestellt hat, vertraute der Angeklagte in den Fällen des jeweils erstverdrängten Patienten aufgrund konkreter Anhaltspunkte darauf, dass von diesen niemand aufgrund seiner Manipulation versterben bzw. zu Schaden kommen wird. Hinsichtlich der zweit-, dritt und nachfolgend verdrängten Patienten war der Kausalverlauf für den Angeklagten nicht mehr vorhersehbar.

(aaa) Vorstellungsbild des Angeklagten zum Zeitpunkt der Organannahme – intellektuelle Moment des Vorsatzes

Bei der Annahme der Spenderleber für den Patienten B. wusste der Angeklagte, dass für diesen Patienten gegenüber Eurotransplant falsche Angaben zur Nierenersatztherapie gemacht worden waren. Er hatte diese selbst veranlasst. Dem Angeklagten war ebenfalls bewusst, dass sich hierdurch der labMELD des Patienten B. (ausgewiesen in Spalte 18 der von Eurotransplant übersandten Match-Liste) gegenüber dem tatsächlichen labMELD erhöht hatte und nunmehr bei den nachfolgenden Match-Verfahren diesen als sogenannter matchMELD (nationaler MELD, ausgewiesen in Spalte 17) zugrunde gelegt würde. Die Erhöhung des labMELD war das Ziel der Falschangabe, da der Patient kurzfristig zu versterben drohte. Durch die mit der Falschangabe erzielte Erhöhung des MELD-Score bezweckte der Angeklagte, dass der Patient in nachfolgenden Match-Verfahren andere Patienten, die bei wahrheitsgemäßen Angaben und damit regulärem Match-Verlauf auf den Match-Listen vor dem Patienten B. gestanden hätten, überholt werden.

Insoweit beziehen sich die nachfolgenden Ausführungen lediglich auf Patienten, deren Reihenfolge auf der Match-Liste sich nach dem matchMELD, also dem MELD richtet, der am höchsten ist und im Match-Verfahren berücksichtigt wird.

In den von Eurotransplant für das hiesige Verfahren zur Verfügung gestellten Match-Listen entspricht der matchMELD dem nationalen MELD. Nachfolgend wird der Begriff matchMELD verwendet, der zum Ausdruck bringt, dass in den Fällen, in denen ein Patient mehrere MELD-Scores hat – zum Beispiel labMELD und exceptionalMELD oder pediatricMELD – bei der Bildung der Reihenfolge auf der Matchliste jeweils der höchste MELD berücksichtigt wird und den matchMELD darstellt.

Der Angeklagte wusste weiter, dass jährlich etwa 400 bis 500 Patienten auf der Leberwarteliste verstarben, ohne rechtzeitig ein Organ zu erhalten, wobei einige hiervon indes selbst durch die schnellstmögliche Transplantation nicht mehr hätten gerettet werden können (vgl. nachfolgend (aaaa)), dass sich seine Manipulationen im Einzelfall überhaupt nicht auswirken könnte, regelmäßig indes einige wenige bis zu etwa Patienten betreffen würde (vgl. nachfolgend (bbbb)), dass sich seine

Manipulation für den verdrängten Patienten sogar lebensverlängernd auswirken könnte (nachfolgend (cccc)), dass durch seine Manipulationen die besonders dringlichen HU-Patienten, Patienten mit ACO-Status sowie balance-Patienten nicht betroffen sein würden (vgl. nachfolgend (dddd), dass die tatsächlich verdrängten Patienten weitere Erstangebote erhalten würden, ihr Risiko, aufgrund der Manipulation zu versterben, deshalb gering und zudem fraglich bzw. nicht sicher ist, ob das „ermanipulierte“ Organ auch für den verdrängten Patienten geeignet gewesen wäre (vgl. nachfolgend (eeee)) und schließlich dass seine eigenen Patienten tatsächlich dringlich waren, während er nicht sicher davon ausging, dass alle möglicherweise verdrängten Patenten tatsächlich dringlicher oder vergleichbar dringlich wie seine Patienten waren (vgl. nachfolgend (ffff)).
Der Angeklagte wusste hingegen nicht, ob überhaupt und wenn ja wie sich seine Manipulationen auf die zweit-, dritt- und weiter verdrängten Patienten auswirken. Der Kausalverlauf war für ihn mithin nicht vorhersehbar (vgl. nachfolgend (gggg)).

Der Angeklagte erkannte zur Überzeugung der Kammer nicht nur als möglich und nicht ganz fernliegend, sondern als möglich, dass aufgrund seiner Manipulation der erstverdrängte Patient sowohl im Falle des Patienten B. als auch in den übrigen Fällen der Dialysemanipulationen das transplantierte Organ nicht erhalten würde und deshalb hätte versterben können. Der Angeklagte billigte diese Möglichkeit um des erstrebten Zieles willen, der Rettung des Lebens des Patienten B., indes nicht. Er vertraute vielmehr aufgrund der nachfolgend unter (ccc) dargelegten und weiter oben unter C. II. 2. e) bb) (4) (a) (cc) (eee) ausgeführten tatsächlichen Umstände und deshalb begründet darauf, dass der erstverdrängte Patient trotz seiner Manipulation nicht versterben werde.

(aaaa) Wissen um Versterbensrisiko verdrängter Patienten auf der Warteliste

Der Angeklagte sah die Möglichkeit, dass der Patient, der bei regulärem Verlauf in dem Match-Verfahren 189537 das Organ gegebenenfalls erhalten und mit diesem Organ möglicherweise überlebt hätte nach dem Match-Verfahren hätte versterben können, ohne ein weiteres Organangebot zu erhalten.

Dass tatsächlich in den Jahren 2009 bis 2011 nicht ausreichend Spenderlebern zur Verfügung standen und Patienten auf der Warteliste verstarben, zeigen die nachfolgenden von Rechtsanwältin A. im Auftrag von Eurotransplant mit Schreiben vom 18. November 2014 übermittelten Aufstellungen:

Patienten auf der Warteliste in Deutschland am Stichtag ...			
	31.12.2009	31.12.2010	31.12.2011
Leber	2083	2087	2064
Leber + Niere	66	63	47
Leber + Herz	3	2	3
Leber + Herz + Lunge	0	0	1
Leber + Lunge	3	3	0
Leber + Pancreas	7	4	3
Leber + Herz + Pancreas	0	1	0
Leber + Niere + Pancreas	1	1	1
Gesamt	**2163**	**2161**	**2119**

Anzahl transplantierter Patienten am Stichtag ... (ohne Lebend-Spenden und ohne Domino-Spender)			
	31.12.2009	31.12.2010	31.12.2011
Split-Leber	99	102	72
Ganze Leber	980	1048	1016
Split-Leber + Niere	1	5	3
Ganze Leber + Niere	32	24	17
Ganze Leber + Niere en bloc	0	0	1
Ganze Leber + Pancreas	4	5	3
Ganze Leber + beide Lungen	2	0	1
Ganze Leber + Herz	0	1	2
Ganze Leber + Herz + beide Lungen	0	1	0
Ganze Leber + Niere + Pancreas	1	1	1
Gesamt	**1119**	**1187**	**1116**

Anzahl verstorbener Patienten ohne Transplantation (verstorben auf der Warteliste für Lebertransplantation; gemäß Kenntnisstand 30.10.2014)			
	in 2009	in 2010	in 2011
	423	**469**	**453**

Auch wenn dem Angeklagten die exakten Zahlen von 423, 469 bzw. 453 nicht bewusst gewesen sein sollten, so waren ihm als Transplantationsmediziner mit langjähriger Berufserfahrung sowohl der Organmangel als auch der Umstand bekannt, dass jedes Jahr wenige hundert Patienten untransplantiert auf der Warteliste versterben. Er hatte zur Überzeugung der Kammer zumindest auch

gelegentlich die Jahresberichte von Eurotransplant durchgesehen, aus denen sich neben einer Vielzahl anderer statistischer Daten auch die vorstehenden Zahlen ergeben. Weiter war dem Angeklagten bewusst, dass einigen dieser Patienten auch durch die schnellstmögliche Transplantation eine Lebensverlängerung nicht mehr hätte zuteilwerden können, da diese in jedem Fall verstorben werden.

Soweit die Auffassung vertreten wird, die(se) fremden, unbekannten Patienten kämen im Motivationsgefüge des manipulierenden Arztes nicht mehr vor und würden durch die Sorge um den eigenen Patienten verdrängt (vgl. Schroth, Die strafrechtliche Beurteilung der Manipulationen bei der Leberallokation, NStZ 2013, 437, 442), ist dem entgegenzuhalten, dass es für die Annahme eines Vorsatzes nicht erforderlich wäre, dass ein Täter während der Tathandlung ausdrücklich bzw. bewusst über sämtliche Tatumstände reflektieren muss. Ausreichend ist vielmehr, dass ein „sachgedankliches Mitbewusstsein“ das Vorstellungsbild des Täters begleitet (vgl. Sternberg-Lieben/Schuster in: Schönke/Schröder, StGB, 29. Auflage 2014, § 15 Rn. 51). Dem Angeklagtem war sowohl bei der Veranlassung der Übermittlung der manipulierten Daten als auch bei der Annahme des Organs, zumal beides am selben Tag, dem 15. Juli 2010, erfolgte, zumindest in diesem Sinne bewusst, dass ein durch den Patienten B. verdrängter Patienten hätte versterben, mit dem „ermanipulierten“ Organ indes hätte überleben können.

(bbbb) Wissen um die Anzahl der verdrängten Patienten

Als der Angeklagte am 15. Juli 2010 die Spenderleber für den Patienten B. annahm, wusste er um die Möglichkeit, dass sich mehrere Patienten auf der Match-Liste befanden, die bei regulärem Match-Verlauf vor dem Patienten B. hätten stehen können. Aus der Höhe des MELD-Scores bzw. der Differenz zwischen dem tatsächlichem und dem „manipuliertem“ MELD-Score allein konnte der Angeklagte jedoch nicht abschätzen, ob überhaupt und wenn ja wie viele Patienten möglicherweise überholt würden. Dies war von Patient zu Patient unterschiedlich. Insoweit wird auf die obige Aufstellung unter C. II. 2. e) bb) (3) (a) (cc) (eee) sowie auf die bei den jeweiligen Patienten dargestellten Match-Verläufe Bezug genommen. Daraus geht zum Beispiel hervor, dass der Patient B. ohne Falschangabe einen labMELD von 34 gehabt und in dem Match-Verfahren 189537 mit diesem MELD-

Score regulär bereits auf dem 2. Ranglistenplatz gestanden hätte. Der Patient I. hingegen, der ebenfalls ohne Falschangaben einen labMELD von 34 hatte, hätte mit diesem MELD in seinem Match-Verfahren lediglich den 13. oder 14. Ranglistenplatz eingenommen und überholte, da er aufgrund der Falschangaben einen MELD-Score von 40 hatte, mindestens 10 Patienten. Die Patientin F. wiederum, die regulär einen MELD-Score von 33 gehabt hätte und mit Falschangaben einen solchen von 39 hatte, befand sich in ihrem Match-Verfahren auf dem 5. Ranglistenplatz. Diesen Ranglistenplatz hätte sie sich auch eingenommen, wenn sie mit ihrem regulären MELD-Score von 33 an dem Match-Verfahren teilgenommen hätte. Die Patienten F. hatte somit aufgrund der Manipulation und der damit verbundenen Steigerung des labMELD um 6 Punkte von 33 auf 39 keinen einzigen Patienten überholt.

Bei den Match-Listen handelt es sich um Unterlagen, die von Eurotransplant erst auf Ersuchen der Kammer anhand der ET-Datenbank erstellt wurden. Auch wenn diese regelmäßig eine Zahl von 34 Patienten aufweisen, bedeutet dies nicht, dass an dem jeweiligen Verfahren exakt 34 Patienten teilnahmen. Die tatsächliche Anzahl dürfte sehr viel höher gewesen sein, wenngleich die Patienten auf den Plätzen 35 ff. und damit außerhalb jedenfalls der übersandten Match-Listen keinerlei begründete Aussicht mehr auf ein Organangebot hatten. Gleiches gilt im Regelfall für die Patienten auf den Listen ab den Ranglistenplätzen 8 ff. Eurotransplant hat nämlich die Organe im Standardverfahren durchschnittlich 7,4 Patienten dieser Liste angeboten, bevor in das beschleunigte Verfahren übergegangen und damit das Organ nicht mehr den Patienten auf den Match-Listen angeboten wurde. Im beschleunigten Verfahren werden die Organe sodann einzelnen Zentren angeboten, die sodann ihre jeweilige Zentrumsliste durchgehen, bis sie ggf. einen geeigneten Patienten gefunden haben. Bei damit durchschnittlich 8,4 bzw. weniger als 10 potentiellen Organempfängern hätte der Angeklagte jedenfalls hinsichtlich der ersten Patienten angesichts der Besonderheiten des Allokationsverfahrens wie etwa der Tatsache, dass Organangebote mangels entsprechender Organeignung vielfach abgelehnt werden bzw. dass besonders dringliche Patienten HU-gelistet werden können und von der Manipulation tatsächlich betroffene Patienten kurzfristig weitere Organangebote erhalten noch darauf vertrauen können, dass niemand dieser Patienten aufgrund seiner Manipulation verstirbt. Im Übrigen konnte er lediglich

hinsichtlich des erstverdrängten Patienten den Kausalverlauf übersehen (vgl. nachfolgend gggg).

Schließlich war dem Angeklagten auch bewusst, dass diejenigen Patienten von seinen Manipulationen tatsächlich nicht betroffen waren, die bei Zugrundelegung des regulären Meld-Scores nachrangig gelistet worden wären. Auch wenn er nach seinem Vorstellung von der Tat im Falle des Patienten B. davon ausgehen musste, dass es sich hierbei leicht um etwa 4 oder 5 Patienten hätte handeln können, waren es tatsächlich lediglich 1 Patient. Andererseits rechnete er im Falle des Patienten I. nicht mit mindestens 10 verdrängten Patienten.

(cccc) Wissen, dass Manipulation nicht ausschließbar lebensrettend für verdrängten Patienten war

Der Angeklagte kannte aufgrund seiner langjährigen Tätigkeit als Transplantationschirurg und Leiter der Transplantationsabteilung der UMG die Abläufe des Allokationsverfahrens und wusste daher, dass das von ihm für den Patienten B. angenommene und diesem transplantierte Organ ohne Manipulation sicher dem erstverdrängten Patienten angeboten worden wäre.
Anders verhält es sich hinsichtlich der sich aus der Manipulation möglicherweise ergebenden weiteren Konsequenzen Der Angeklagte wusste, dass der Arzt des erstverdrängten Patienten das Organ hätte ablehnen bzw. annehmen und transplantieren und dem Patienten in diesem Fall durch eine kausale Behandlung möglicherweise ein längerfristiges Überleben ermöglichen können. Der Angeklagte war sich aufgrund seiner besonderen Expertise im Transplantationswesen aber auch folgender weiterer möglicher Konsequenz einer Annahme der Leber für den erstverdrängten Patienten bewusst: Jede Transplantation geht mit einem nicht unbeachtliches Risiko einher, dass der Patient aufgrund operationsimmanenter Risiken verstirbt, die Transplantation mithin nicht überlebt. Dieses Risiko wurde von den Sachverständigen **Prof. Dr. B.** und **Prof. Dr. D.** mit 5 bis 10 % beziffert. Es ist daher mehr als nur eine denktheoretische Möglichkeit, dass im Fall des Patienten B. oder der anderen Patienten ohne die Manipulation des Angeklagten der erstverdrängte Patient das Organ erhalten und über der Operation verstorben wäre, sodass er das sein Weiterleben letztlich tatsächlich ermöglichende spätere

Organangebot nicht mehr erlebt hätte. Diese Möglichkeit wird nicht dadurch weniger wahrscheinlich, dass der Patient B. die Operation mit diesem Organ überlebt hat. Die Operationsrisiken hängen maßgeblich von der Konstitution des jeweiligen Patienten und damit hier von der des Verdrängten ab.

(dddd) Wissen, dass hochdringliche HU-Patienten, Patienten mit ACO-Status sowie balance-Patienten von Dialysemanipulationen nicht betroffen sind

Weiter war dem Angeklagten bewusst, dass er durch die Falschangaben zur Nierenersatztherapie besonders dringliche HU-Patienten, Patienten mit ACO-Status (bevorzugte kombinierte Organtransplantation) und balance-Patienten hinsichtlich deren Ranglistenplatz nicht beeinträchtigen würde, weil diese in der genannten Reihenfolge immer vor den Patienten stehen, deren Reihenfolge sich nach dem matchMELD richtet. Das bedeutet, dass diese Patienten durch Falschangaben zu den Kreatinin-, Bilirubin- und / oder INR-Werten bzw. zu Nierenersatzverfahren nicht beeinträchtigt werden. Insoweit richtete sich das Vorstellungsbild des Angeklagten daher auch nicht auf die Überholung dieser Patienten, sondern auf die Überholung der Patienten, deren Einordnung auf der Match-Liste sich nach dem matchMELD (nationalen MELD) richtete.

(eeee) Wissen um weitere Erstangebote, um geringes Versterbensrisiko und um die fragliche Eignung des „ermanipulierten“ Organs für die verdrängten Patienten

Der Angeklagte wusste weiterhin, dass dem erstverdrängten Patienten, dem dieses Organ nicht angeboten wurde, in späteren Match-Verfahren weitere Organe angeboten würden und dieser Patient mit einem der ihm angebotenen Organe wahrscheinlich transplantiert werden und letztlich keinen Schaden an Leib oder Leben erleiden würde. Eine weitere Möglichkeit war, dass der erstverdrängte Patient kein Organ mehr rechtzeitig erhalten und verstorben könnten. Der Angeklagte vertraute indes darauf, dass dies nicht geschehe.

Der Angeklagte hat sich u. a. dahingehend eingelassen, Patienten mit einem hohen MELD-Score würden viele Organangebote erhalten. Dabei sei ein Organangebot indes nicht gleichzusetzen mit der Offerte eines für den Patienten tatsächlich auch geeigneten Organs. Es komme vielmehr häufig vor, dass Organgebote von den behandelnden Ärzten abgelehnt würden, weil diese bei eingehender Prüfung für den Patienten doch nicht geeignet seien. Würde einem Patienten durch Manipulation – was der Angeklagte in Bezug auf seine Person in Abrede genommen hat – ein Organangebot „weggenommen“, könne dies daher nicht gleichgesetzt werden mit der Wegnahme eines für den Patienten geeigneten Organs und damit mit der Verhinderung seiner Rettung. Regelmäßig, so der Angeklagte weiter, könne man erst sehen, wenn man das Organ vor sich habe, ob dieses von seiner Größe und Gewebestruktur auch wirklich zu dem allozierten Patienten passe. Auch würden die Organe bei der Entnahme gelegentlich schlecht präpariert, sodass man die Eignung des Transplantats letztlich erst beurteilen könne, wenn man dieses tatsächlich in den Händen halte und bewerten könne, ob das Organ für den eigenen Patienten etwa im Hinblick auf die Verbindung der Blutgefäße geeignet sei. Des Weiteren wird auf die vorstehend unter (4) (a) (cc) getroffenen Feststellungen Bezug genommen. Die Sachverständigen **Prof. Dr. B.**, **Prof. Dr. D.** sowie **Prof. Dr. R.** haben die Angaben des Angeklagten hinsichtlich der bedingten Eignung der von Eurotransplant angebotenen Organe bestätigt.

Diese auch seiner Vorstellung zum Zeitpunkt der Organannahme entsprechende Einlassung des Angeklagten, wonach Patienten mit hohe MELD-Score viele Angebote erhielten, wurde u.a. durch die Aussage des Zeugen Dr. R., die von Eurotransplant übermittelten allgemeinen statistischen Daten sowie die von Eurotransplant zu den verfahrensgegenständlichen Fällen genannten Zahlen bestätigt. So hat, wie bereits dargelegt, der Zeuge Dr. R. erklärt, die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient mit einem MELD-Score zwischen 36 und 40 innerhalb von zwei Tagen transplantiert werde, betrage 12%, die Wahrscheinlichkeit, dass er innerhalb dieses Zeitraumes versterbe, hingegen lediglich 4 %. Aus den Match-Listen von Eurotransplant geht hervor, dass in den elf angeklagten Manipulationsfällen keiner der erstverdrängten Patienten verstarb, ohne dass diesem nach den jeweils verfahrensgegenständlichen Match-Verfahren zuvor nicht jeweils mehrere Organangebote gemacht wurden. Im Fall des Patienten B. ergibt sich aus

dessen Match-Liste, dass der Patient auf dem 5. Ranglistenplatz nicht weniger als 54 Erstangebote erhielt, bevor die diesen behandelnden Ärzte ein diesem Patienten sodann angebotenes weiteres Organ für geeignet hielten und transplantierten.

Nach den übereinstimmenden, im Rahmen der Hauptverhandlung vorgenommenen gutachterlichen Bewertungen der Sachverständigen **Prof. Dr. B., Prof. Dr. D., Prof. Dr. R.**, **Prof. Dr.** R. sowie der Aussage des sachverständigen Zeugen **Dr. R.**, dem ehemaligen Leiter von Eurotransplant, kann nichts dazu gesagt werden, ob die im Falle des Patienten **I.** für den erstverdrängten Patienten abgelehnten 19 und im Falle der Patienten **P.**, **F.**, **W.** und **W.** für die jeweils erstverdrängten Patienten abgelehnten 8 (P.), 2 (F.), 6 (W.) und 9 (W.) Erstangebote für diese Patienten nicht genauso gut oder schlecht waren wie das jeweils „ermanipulierte“ Organe. Es kann somit auch nicht ausgeschlossen werden, dass die jeweils „ermanipulierten“ Organe für diese Patienten ebenfalls ungeeignet waren.

(ffff) Wissen um die Dringlichkeit des eigenen, Zweifel um die Dringlichkeit einzelner fremder Patienten

Der Angeklagte wusste aufgrund seiner Kenntnis über den Gesundheitszustand seiner Patienten, dass der Patient B. ebenso wie alle übrigen verfahrensgegenständlichen Patienten ungeachtet ihres tatsächlichen MELD-Wertes dringlich waren und im Einzelfall wie etwa im Falle des Patienten I. binnen kürzester Zeit zu versterben drohten. Hinsichtlich der verdrängten und ihm unbekannten Patienten ging der Angeklagte indes nicht davon aus, dass alle gegebenenfalls verdrängten Patienten tatsächlich dringlicher waren als der manipulierte Patient. Dass sich der Angeklagte dieser Tatsache während seiner Tathandlungen tatsächlich bewusst war, schließt die Kammer aus dem Umstand, dass sie erst durch die Einlassung des Angeklagten darüber in Kenntnis gesetzt wurde, dass eine verlässliche Einstufung der Dringlichkeit einer Lebertransplantation anhand des für die Rangfolge gleichwohl maßgeblichen MELD-Scores nicht möglich ist.

Eine verlässliche Einstufung der Dringlichkeit der Transplantation eines Patienten scheitert zum einen daran, dass die MELD-Werte der Patienten nicht vollständig miteinander vergleichbar sind. Ein und derselbe Patient kann, je nachdem, in welchem Labor seine Blutwerte bestimmt werden, unterschiedliche MELD-Werte

haben. Dieser kann, wie nachfolgend dargestellt, bei ein und demselben Patienten um bis zu 12 MELD-Punkten differieren und benachteiligt aufgrund ihrer geringeren Muskelmasse Frauen. Zum anderen spiegelt der MELD-Score nicht bei allen Patienten die tatsächliche Dringlichkeit der Transplantation wider, weil er andere Faktoren wie zum Beispiel eine bestehende Blutungsgefahr aus Ösophagus- oder Magenvarizen oder die Gefahr der Entstehung einer spontan bakteriellen Peritonitis aufgrund des Vorliegens eines therapierefraktären Aszites außer Betracht lässt.

Bei chronischen Lebererkrankungen ist der MELD-Score Maß für die Dringlichkeit der Transplantation. Der labMELD errechnet sich aus den Blutwerten Serum-Kreatinin, Serum-Bilirubin und Prothrombinzeit (Normalized Ratio, INR). Hinsichtlich der Berechnung des labMELD wird auf die obigen Ausführungen unter C. II. 1. a) bb) (3) (a) (bb) (ddd) (aaaa) Bezug genommen. Darüber hinaus wird Patienten, bei denen der labMELD die Dringlichkeit nicht ausreichend widerspiegelt, ein sogenannter exceptionalMELD gewährt. Bei Kindern und Jugendlichen kommt darüber hinaus auch der pediatricMELD zum Einsatz. Je höher der MELD-Score ist, desto höher wird die Wahrscheinlichkeit eingeschätzt, dass der Patient im Endstadium seiner Lebererkrankung innerhalb von drei Monaten verstirbt. Die Verwendung des MELD-Scores scheint somit auf den ersten Blick die Aufstellung einer verlässlichen Reihenfolge der Patienten nach Dringlichkeit zu ermöglichen.

Den Ausführungen des Sachverständigen **Prof. Dr. O.**, Facharzt für Laboratoriumsmedizin und einer der weltweit führenden Experten auf diesem Gebiet, zufolge existiert jedoch bei der Feststellung der **INR-, Bilirubin- und Kreatinin-Werte** eine **hohe Interlaborvariabilität**. So hat der Sachverständige ausgeführt, es gebe keine Vereinheitlichung der Laborverfahren zur Feststellung des MELD-Scores.

Den größten Einfluss auf die Höhe MELD-Scores habe die **Interlaborvariabilität hinsichtlich des INR-Wertes**.

Insoweit hat der Sachverständige **Prof. Dr. Dr. O.** ausgeführt, die International Normalized Ratio (INR) werde anhand der Thromboplastinzeit (TPZ) bestimmt. Die Angabe der TPZ erfolge in Sekunden oder als Quick-Wert in % der Norm. Die INR sei eine Standardisierung des Quick-Wertes. Als Untersuchungsmaterial werde venöses, plättchenarmes Citratplasma (1 Teil Natrium-Citrat, 9 Teile Plasma)

verwendet. Eine falsche Citrat/Plasmarelation beeinflusse die Messergebnisse. Ein zu großer Citratanteil führe zu verlängerten Gerinnungszeiten.
Da die einzelnen Hersteller unterschiedliche Citratlösungen verwenden würden, seien die gemessenen Werte bei den Untersuchungsmaterialien unterschiedlicher Hersteller nicht miteinander vergleichbar. Deshalb würden die Werte genormt. Dies erfolge durch den Internationalen Sensitivitätsindex (ISI). Die Kalibration des INR werde über ISI mit Standardproben von Patienten vorgenommen, welche mit Vitamin K-Antagonisten behandelt würden. Aus diesem Grund sei der INR-Wert in der herkömmlichen Form geradezu per Definition nicht geeignet für Patienten mit Lebererkrankungen. Da die Gerinnungsstörung bei Patienten mit Leberzirrhose eine andere Ursache habe als bei Patienten, die eine therapeutische Antikoagulation erhielten, müsste für Patienten mit Leberzirrhose ein gesonderter ISI ermittelt werden.

Des Weiteren hat der Sachverständige ausgeführt, Studien bzw. Untersuchungen hätten ergeben, dass aufgrund der hohen Interlaborvariabilität bei der INR-Messung die Chancen für die Vergabe eines Lebertransplantats abhängig seien von dem Laboratorium, in welchem der INR-Wert gemessen worden sei. In den meisten Studien habe der durchschnittliche Unterschied im MELD-Score zwischen dem höchsten und dem niedrigsten „Scoring-Labor“ bei etwa 3 bis 5 MELD-Punkten gelegen, wobei auch Unterschiede von 6 MELD-Punkten bis hin zu 11 oder 12 MELD-Punkten beschrieben worden seien. Als Fazit aus den unterschiedlichen Untersuchungen ergebe sich, dass sich der MELD-Score in Abhängigkeit von dem eingesetzten Laborassay für INR durchschnittlich um fünf bis sechs Punkte ändern könne. Zwar wäre eine Standardisierung der INR über ISI (Leber) hinsichtlich verschiedener Reagenzien für Patienten mit Lebererkrankungen grundsätzlich möglich. Diese sei aber bisher nicht verfügbar. Die Vergleichbarkeit der INR gelte daher nur für oral antikoagulierte Patienten, nicht jedoch für Patienten mit Leberzirrhose. Darüber hinaus sei bei Patienten mit Leberzirrhose auch die prognostische Aussagekraft der TPZ eingeschränkt, da andere Variablen, wie zum Beispiel Vitamin K-Mangel oder die Substitution mit „fresh frozen Plasma“ eine Rolle spielten.

In diesem Zusammenhang ist anzumerken, dass seit der Fassung des ET-Manuals vom 15. Dezember 2014 durch Eurotransplant festgesetzt wurde, dass der

übermittelte INR-Wert nur gültig sei, wenn keine Vitamin K Antagonisten innerhalb von zwei Wochen vor der Bestimmung des INR-Wertes verabreicht worden seien. Im Falle einer Vitamin-K-Antagonisten-Therapie müsse der letzte Wert vor Beginn der Vitamin K-Antagonisten-Therapie verwendet werden oder die orale Vitamin K-Antagonisten-Gabe müsse für mindestens 2 Wochen gestoppt werden, um den aktuellen INR zu bestimmen. Wenn kein INR-Wert zum Zeitpunkt der Datenverarbeitung im Eurotransplant System bekannt sei, werde ein Wert von 1,00 bei der MELD-Score-Berechnung verwendet.

Der Sachverständige **Prof. Dr. B.** hat hierzu angegeben, es sei durchaus denkbar, dass auch Patienten mit Leberzirrhose Vitamin K-Antagonisten, also gerinnungshemmende Mittel erhielten. Dies könne beispielweise bei Vorliegen einer Pfortaderthrombose der Fall sein. Bei der Gabe von Vitamin K-Antagonisten könnten falsch hohe INR-Werte gemessen werden, weil sich hierdurch die Gerinnungszeit verlängere. Dies wurde von dem Sachverständigen **Prof. Dr. D.** bestätigt, der hinzugefügt hat, heute werde dieser Umstand bei der INR-Berechnung berücksichtigt. Dies hätte zwar auch bereits zu früheren Zeiten der Fall sein müssen, sei aber nicht erfolgt.

Der Sachverständige **Prof. Dr. O.** hat des Weiteren dargelegt, im Hinblick auf die hohe Interlaborvariabilität könne es auch bei der Bestimmung des **Bilirubin-Wertes** zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen. Hinsichtlich der Messung des **Kreatinin-Wertes** hat der Sachverständige **Prof. Dr. O.** angemerkt, dass unterschiedliche Messmethoden, die zur Messung des Kreatinin-Wertes verwendet würden, zu Problemen bei der Vergleichbarkeit der Kreatinin-Werte führen könnten. Eine Untersuchung habe darüber hinaus gezeigt, dass die Interferenz von Bilirubin bei der Kreatinin-Messung ein besonderes Problem bei Patienten mit Zirrhose darstelle und Unterschiede im MELD-Score von bis zu 7 Punkten hervorrufen könne, wenn die Bilirubin-Konzentration > 23,4 mg/dL sei. Zusätzliche Probleme bestünden bei Patienten mit schwerer Leberzirrhose, da die tägliche Kreatinin-Produktion im Vergleich zu Patienten einer allgemeinen Population herabgesetzt sei. Dies habe seine Ursache darin, dass eine verminderte Kreatin-Produktion in der Leber erfolge und eine Malnutrition eine verminderte Konversion von Kreatin zu Kreatinin verursache.

Darüber hinaus hat der **Sachverständige PD Dr. M.**, Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie, dargelegt, die Höhe des Kreatinin-Wertes sei abhängig von der Muskelmasse eines Menschen. Aus diesem Grund hätten schwerkranke bettlägerige Patienten, bei denen es zu einer Abnahme der Muskelmasse komme, vergleichsweise niedrige Kreatinin-Werte, wodurch die Nierenleistung dieser Patienten eher überschätzt werde. Frauen seien gegenüber Männern ebenfalls benachteiligt, weil diese aufgrund der geringeren Muskelmasse ebenfalls niedrigere Kreatinin-Werte hätten als Männer. Der Sachverständige **Prof. Dr. O.** hat insoweit ergänzend ausgeführt, Untersuchungen hätten ergeben, dass weibliche Patienten bei Vorliegen des gleichen Kreatinin-Wertes im Serum verglichen mit männlichen Patienten eine niedrigere glomuläre Filtrationsrate und damit eine schlechtere Nierenfunktion gehabt hätten, was im MELD-Score nicht berücksichtigt werde. Bei 65 % der weiblichen Lebertransplantationskandidaten sei eine Differenz von 2 bis 3 Punkten beobachtet worden. Daher erhielten Frauen keine gleiche Priorität für ein Transplantat bei gleicher Serumkreatinin-Konzentration, da sie trotz schlechterer Nierenfunktion denselben MELD-Score erhielten, wie männliche Patienten mit besserer Nierenfunktion. Hierdurch ergebe sich eine Benachteiligung dieser Frauen auf der Warteliste.

Die Gutachten der Sachverständigen **Prof. Dr. O.** und **PD. Dr. M.** waren verständlich und nachvollziehbar. Die Kammer hatte keine Veranlassung an der Sachkunde der Sachverständigen zu zweifeln.
So hat der Sachverständige **Prof. Dr. O.** ausgeführt, er sei 30 bis 40 Jahre in der Transplantationsmedizin und klinischen Chemie tätig gewesen. Zunächst habe er in der medizinischen Hochschule Hannover mit Prof. Dr. Pichlmayr gearbeitet. Ab 1991 habe er eine Professur für Klinische Chemie an der UMG innegehabt und sei Direktor der Abteilung Klinische Chemie/Zentrallabor gewesen. 2012 habe seine Tätigkeit geendet. Nunmehr sei er Niedersachsenprofessor. Sowohl in der Vergangenheit als auch gegenwärtig sei er mit der Transplantationsmedizin befasst gewesen. Ihm sei es – gerade im Hinblick auf den Organmangel – ein Anliegen, die Lebensdauer der transplantierten Organe zu verlängern. Aufgrund seiner Forschungstätigkeit habe er auch im Bereich Pharmakologie, Pharmakokinetik, Pharmakogenetik und Pharmakodynamik Erfahrung. Der **Sachverständige PD Dr. M.** ist Oberarzt in der M.H. Hannover und Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie. Darüber hinaus ist

er eigenen Angaben zufolge im prä- und nachtransplantierten Bereich sowie im Bereich Dialyse tätig.

Die Darlegungen des Sachverständigen **Prof. Dr. O.**, der über eine langjährige Berufserfahrung im Bereich Laboratoriumsmedizin verfügt und sich zudem auch mit der Transplantationsmedizin befasst hat, belegt eindrücklich, dass die MELD-Werte der Patienten untereinander nicht ohne Weiteres miteinander vergleichbar sind. Zum einen liegt dies an der hohen Interlaborvariabilität. Zum anderen können, was der Sachverständige **PD Dr. M.** bestätigt hat, bei der Messung des Kreatinin-Wertes bestimmte Patienten, darunter Frauen und bettlägerige Patienten, aufgrund der geringen Muskelmasse gegenüber anderen Patienten benachteiligt werden. Darüber hinaus kann auch die Gabe von Medikamenten, insbesondere im Rahmen der Blutgerinnung zur Beeinflussung der Messergebnisse führen. Dass es sich hierbei nicht um zu vernachlässigende unbedeutende Abweichungen handelt, zeigt auch die dargelegte Änderung des ET-Manuals hinsichtlich des INR-Wertes.

Nicht nur die Ermittlung der Höhe des MELD-Scores ist unzuverlässig. Der ermittelte MELD-Score spiegelt auch aus anderen Gründen nicht in allen Fällen die tatsächliche Dringlichkeit einer Transplantation wider. Da der MELD-Wert lediglich anhand der Bilirubin-, Kreatinin- und INR-Werte bestimmt wird, bleiben andere Faktoren, die die Sterbewahrscheinlichkeit eines Patienten deutlich erhöhen können, wie zum Beispiel eine bestehende Blutungsgefahr aus Ösophagus- oder Magenvarizen oder die Gefahr der Entstehung einer spontan bakteriellen Peritonitis aufgrund des Vorliegens eines therapierefraktären Aszites außer Betracht. So haben die Sachverständigen **Prof. Dr. B.**, **Prof. Dr. D.** und **Prof. Dr. Dr. R.** übereinstimmend angegeben, es sei allgemein bekannt, dass der MELD-Score die Dringlichkeit einer Transplantation bei chronischen Lebererkrankungen nicht immer zuverlässig abbilde und es der Verteilung von Spenderorganen, soweit sie sich nach der Höhe des MELD-Score richte, zu Benachteiligungen von denjenigen Patienten kommen könne, deren gesundheitlicher Zustand schlechter sei, als dies nach der Höhe des MELD-Scores den Anschein habe. Der Vorteil des MELD-Scores sei jedoch, dass er nicht von subjektiven Wertungen beeinflusst sei, sondern anhand objektiver Kriterien ermittelt werde. Da ein gerechteres Zuteilungssystem bisher nicht entwickelt worden sei, werde trotz der Nachteile im Standard-Zuteilungsverfahren

weiterhin eine Zuteilung der Spenderlebern nach der Höhe des MELD-Score vorgenommen.

(gggg) Vorhersehbarkeit des Kausalverlaufs bzgl. der zweit-, dritt- und nachfolgend verdrängten Patienten

Von Rechts wegen scheidet eine Strafbarkeit auch in den Fällen der dem erstverdrängten Patienten nachfolgenden und damit ab dem zweitverdrängten Patienten aus. Während bzgl. der jeweils erstverdrängten Patienten die sichere Feststellungmöglich ist, dass diese Patienten ohne Manipulation jedenfalls ein Organangebot erhalten hätten, ist eine entsprechende Feststellung bei den zweit-, dritt- und nachfolgend verdrängten Patienten nicht möglich.

(aaaaa) Tatsächliche Aspekte

In dem vorliegenden Match-Verfahren hätte der Patient B. einen regulären MELD-Score von 34 gehabt und auf dem 2. Ranglistenplatz gestanden. Durch die unzutreffende Dialyseangabe des Angeklagten wurde der MELD-Score auf 40 erhöht. Daher erhielt der Patient B. als erster Patient das Organangebot, das für ihn auch angenommen wurde.
Wenn für den Patienten B. zutreffend angegeben worden wäre, dass bei ihm keine Nierenersatztherapie stattgefunden hätte, hätte sich folgender Match-Verlauf ergeben können:

Der Transplantationsarzt des Zentrums des dann auf dem 1. Ranglistenplatz stehenden (und tatsächlich erstverdrängten) Patienten J.Z. hätte die Eignung des Organs für diesen Patienten geprüft. Hätte der Arzt das Organ sodann angenommen, wäre das Organ keinem weiteren Patienten, auch nicht dem dann auf dem 2. Ranglistenplatz stehenden Patienten B. angeboten worden. Der Patient Z. hätte mit einem Risiko von 5 – 10% an dieser Operation versterben, er hätte aber auch, deutlich wahrscheinlicher, die Operation überleben und mit diesem Organ weiterleben können. Dann wäre der Zustand eingetreten, der auch trotz der Manipulation des Angeklagten und der dadurch später durchgeführten Transplantation tatsächlich eingetreten ist: Der erstverdrängte Patient lebt aktuell tatsächlich mit einem Transplantat. Nach den übereinstimmenden Einschätzungen

der Sachverständigen **Prof Dr. B., Prof. Dr. D.** und etwa **Prof. Dr. Dr. R.** kann nicht festgestellt werden, dass sich die manipulationsbedingte verspätete Transplantation nachteilig oder vorteilhaft ausgewirkt hat. Das dem Patienten Z. tatsächlich „entzogene“ Organ kann für diesen schlechter, besser oder genauso gut geeignet gewesen sein wie das ihm später tatsächlich transplantierte. Entsprechendes gilt für den manipulationsbedingt um einen Tag nach hinten verschobenen Operationszeitpunkt. Der Patient Z. wurde ausweislich der Match-Liste am 17. Juli 2010 transplantiert. Dieser etwas spätere Operationszeitpunkt könnte sich nach Einschätzung der Sachverständigen somit ebenfalls negativ, positiv oder auch überhaupt nicht auf den Gesundheitszustand des Patienten Z. ausgewirkt haben.

Wäre das Organ für den Patienten Z. nicht angenommen worden, wäre der Zustand eingetreten, wie er auch aufgrund der Manipulation tatsächlich eingetreten ist. Der Angeklagten hätte das Organ für den Patienten B. angenommen und diesem transplantiert. Für den drittverdrängten Patienten A.O. und die diesem nachfolgenden Patienten hätte sich die Manipulation nicht ausgewirkt.

Aber selbst wenn das Organ sowohl für den Patienten Z. als auch für den Patienten B. abgelehnt und tatsächlich dem Patienten A.O. angeboten worden wäre, kann nicht festgestellt werden, ob es von dessen Arzt als für diesen Patienten geeignet befunden und angenommen worden wäre. Aus der Match-Liste geht hervor, dass sowohl der zweitverdrängte Patient O. als auch die drittverdrängte Patientin M. nach dem verfahrensgegenständlichen manipulierten Match-Verfahren noch 2 bzw. 4 Erstgebote erhielten, mit dem daraufhin erfolgten 3. bzw. 5. Organangebot transplantiert wurden und trotzdem verstarben. Nach den gutachterlichen Stellungnahmen der vorgenannten Sachverständigen kann nicht festgestellt werden, ob diese Patienten mit der dem Patienten B. transplantierten Leber überlebt hätten bzw. nicht noch während oder unmittelbar nach der Transplantation – und damit noch früher als tatsächlich geschehen – verstorben wären.

Selbst wenn das Organ für diesen Patienten tatsächlich geeignet gewesen wäre, kann nicht sicher davon ausgegangen werden, dass es dem Patienten O. tatsächlich auch transplantiert worden wäre. So hätte der Patient O. aktuell unter einer Erkältung leiden können. Derartige, der sofortigen Transplantation entgegenstehenden Umstände wurden nach den von der Kammer getroffenen Feststellungen nicht stets zeitnah an Eurotransplant gemeldet und die Patienten damit nicht sogleich als „nt“

oder „non transplantabel“ gelistet. In der Praxis sehr viel wahrscheinlicher für die Ablehnung eines auch für den eigenen Patienten potentiell geeigneten Organs sind indes nach der Einlassung des Angeklagten sowie den damit übereinstimmenden Bekundungen der vorgenannten Sachverständigen organisatorische Gründe. Auch wurde der Kammer von sachverständigen Zeugen bzw. Sachverständigen berichtet, dass es in Einzelfällen vorkam, dass der oder die Transplantationschirurgen eines Zentrums wegen Ermüdung oder Überlastung zum Zeitpunkt eines Organangebots nicht zur Verfügung standen und ein Organangebot deshalb abgelehnt werden musste.

Der viertverdrängte Patient J.L. überlebte wie alle weiteren Patienten einschließlich des 10. Ranglistenplatz. Mehr als 10 Patienten durchschnittlich wurde ein Organ nach Auskunft von Eurotransplant nicht angeboten.

Dieser Fall verdeutlicht beispielhaft, dass der Match-Verlauf von vielen Gegebenheiten abhängig war, die von dem Angeklagten weder beeinflussbar und vor allem von ihm auch nicht vorhersehbar waren. Auch kann nicht festgestellt werden, dass sich die Manipulationen des Angeklagten in den Fällen der nach Transplantation jeweils verstorbenen Patienten O. und M. überhaupt ursächlich auf deren Versterben bzw. den Zeitpunkt ihres Todes ausgewirkt hat. Die Folgen, die aufgrund einer manipulierten Allokation eintreten können, sind demnach so vielfältig, dass sie für den Angeklagten auch nicht in ihren wesentlichen Zügen vorhersehbar bzw. die möglicherweise eingetreten Folgen dem Angeklagten nicht objektiv zurechenbar sind. Die tatsächlich eingetretenen Folgen können bei dieser Patientengruppe nicht festgestellt werden.

Der Angeklagte hat zum Zeitpunkt der Manipulationen bzw. der Organannahme weder vorhergesehen, wie sich seine Manipulation auf diese Patientengruppe auswirkte noch sich – tatsächlich nicht feststellbare – Umstände vorgestellt, wonach ihm der Tod einer dieser Patienten objektiv zurechenbar wäre

(bbbbb) Rechtliche Aspekte

(Vollendete) Erfolgsdelikte wie der dem Angeklagten im Falle des Patienten B. zur Last gelegte Straftatbestand des (versuchten) Totschlags erfordern über die Tathandlung, hier die Annahme des „ermanipulierten“ Organs, hinaus einen nach Raum und Zeit abgrenzbaren Außenwelterfolg. Zur Verwirklichung eines solchen

Erfolgsdeliktes reicht es nicht aus, dass der Täter auf der einen Seite eine tatsächlich bzw. auch nur vermeintlich rechtsgutschädigende Handlung vornimmt und auf der anderen Seite eine tatbestandsrelevante Rechtsgutbeeinträchtigung festgestellt wird. Es bedarf vielmehr bei jedem Erfolgsdelikt einer Verknüpfung zwischen Handlung und Erfolg der Gestalt, dass der Erfolg als das Werk des Täters bzw. als das Ergebnis seiner Handlung anzusehen ist. Eine strafrechtliche Verantwortlichkeit setzt voraus, dass zwischen der Handlung und dem Erfolg „eine Verbindung besteht, die den konkret eingetretenen Erfolg als vom Täter herbeigeführt erscheinen lässt“ (vgl. Wessels, Beulke, Strafrecht AT, 42. Auflage 2012, Rdnr. 153). Es gehört zum gesicherten Stand der Strafrechtsdogmatik, dass es wegen der allzu großen Weite der Äquivalenztheorie bei Erfolgsdelikten einer weiteren Einschränkung bedarf. Kausalitätsüberlegungen wie diese stellen nichts anderes als einen ersten Schritt, eine notwendige aber noch nicht ausreichende Bedingung dar. Entscheidend ist, ob über die bloße Kausalität hinaus der sozialschädliche Erfolg dem Täter unter Berücksichtigung des menschlichen Leistungsvermögens als sein Werk zugerechnet werden kann (vgl. Wessels, Beulke a.a.O. Rdnr. 176).

Die Überprüfung, ob ein eingetretener Erfolg als das Werk eines Täters anzusehen und damit ihm zuzurechnen ist, erfolgt auf unterschiedliche Art und Weise. Die in der Literatur vertretene und auf Roxins „Gedanken zur Problematik der Zurechnung im Strafrecht“ (vgl. Honig-Festschrift Seite 133 ff.) zurückgehende Lehre von der objektiven Zurechnung sieht einen durch menschliches Verhalten verursachten Außenwelterfolg nur dann als objektiv zurechenbar an, wenn dieses Verhalten eine rechtlich missbilligte Gefahr des Erfolgseintrittes geschaffen hat und diese Gefahr sich auch tatsächlich in dem konkreten erfolgsverursachenden Geschehen realisiert hat (vgl. SK-StGB/Rudolphi Vor § 1 Rdnr. 57). Objektive Zurechnung bedeutet danach die „Schaffung einer unerlaubten Gefahr und Verwirklichung dieser Gefahr in konkreten Erfolg“ (vgl. Rengier Strafrecht AT, 4. Auflage 2012, 13/46). Das Schrifttum verortet die Frage nach der objektiven Zurechnung im objektiven Tatbestand und prüft nach heutige ganz vorherrschender Ansicht in einem mehrstufigen Prüfungsverfahren zunächst im Rahmen der ersten beiden Stufen, ob der den Erfolg adäquat kausal Verursachende durch seine Handlung eine unerlaubte Gefahr für den Erfolgseintritt geschaffen hat (Gefahrschaffung) und sodann, ob sich diese Gefahr im konkreten Erfolg auch verwirklicht hat (Gefahrverwirklichung).

Die Rechtsprechung bildet für die Lösung der vorstehend skizzierten Zurechnungsproblematik Fallgruppen und bedient sich dabei Kausalitätserwägungen. Lediglich vereinzelt rekurriert sie bislang auch auf Aspekte der objektiven Zurechnung (etwa bei Abgrenzung zwischen Selbst- und einverständlicher Fremdgefährdung, BGH vom 20.11.2008 - 4 StR 328/08, NStZ 2009, 148, 149 Abs. Nr. 20). So stellt die Rechtsprechung im objektiven Tatbestand die Frage nach der „Ursächlichkeit im strafrechtlichen Sinne“ (BGH vom 25.9.1957 - 4 StR 354/57, BGH St 11, 1, 7) oder nach dem „rechtlichen Ursachenzusammenhang“ (vgl. BGH vom6.11.1984 - 4 StR72/84, NJW 1985, 1350). Andere Fälle löst sie über die Vorsatzproblematik und stellt im Rahmen des subjektiven Tatbestandes die Frage, ob der Täter den Kausalverlauf in seinen wesentlichen Zügen vorhersehen konnte bzw. ob ein Irrtum über den Kausalverlauf vorlag. Im Bereich der Fahrlässigkeitsdelikte wird die Frage nach der Vorhersehbarkeit gestellt. Grundlage jeder Kausalitätserwägung ist zunächst die conditio-sine-qua-non-Formel, wonach Ursache eines Erfolges jede Bedingung ist, die nicht hinweggedacht werden kann, ohne dass der Erfolg in seiner konkreten Gestalt entfiele. Entscheidend ist dabei nicht allein, ob der Erfolg überhaupt, d. h. irgendwann und irgendwie, sondern ob er gerade auf diese Weise und in diesem Augenblick entfiele. Zeitliche und örtliche Abweichungen sind dabei in der Regel ohne Belang.

Literatur wie Rechtsprechung ist gemein, dass beide – mithin auch die Lehre von der objektiven Zurechnung – davon ausgehen, dass zurechenbar nur adäquat kausal verursachte Erfolge sind, wobei alle Bedingungen für den Erfolgseintritt äquivalent, mithin gleichwertig sind (Äquivalenztheorie).

Nach diesem (gemeinsamen) Maßstab kann der Angeklagte weder für den Tod der zweit- und drittverdrängten Patienten verantwortlich gemacht werden, die am 18. Juli 2010 bzw. am 25. August 2010 nach Transplantation verstarben noch etwa im Falle des Patienten W. für den Tod des erst- und zweitverdrängten Patienten, die ohne Transplantation verstarben, indes nach der Manipulation des Angeklagten und vor ihrem Tod noch 9 bzw. 8 weitere Erstangebote erhielten. Es kann - nicht nur denktheoretisch - nicht ausgeschlossen werden, dass das im Fall des Patienten W. „ermanipulierte“ Organ von den Ärzten dieser beiden Patienten ebenso die danach angebotenen 9 bzw. 8 Organe nicht angenommen worden wären. Wie vorstehend

unter (aaaa) sowie unter C II 2. dargelegt ist der Match-Verlauf von zahlreichen Gegebenheiten abhängig und nicht vorhersehbar. Die durch Manipulationen bzw. sonstige Falschangaben bewirkte Zuteilung eines Spenderorgans an einen anderen Patienten führt nicht zwangsläufig dazu, dass hierdurch der Tod eines anderen Patienten verursacht bzw. dieser auch nur in die Gefahr des Todes gebracht wird. Die Folgen, die nach einer manipulierten Fehlallokation eintreten können, sind so vielgestaltig, dass nicht davon ausgegangen werden kann, der die Taten bestreitende und sich daher zu seinem Vorstellungsbild auch nicht äußernde Angeklagte sei jedenfalls seinerseits davon ausgegangen, durch die Manipulationen in kausaler bzw. objektiv zurechenbarer Weise den Tod eines anderen Menschen zu verursachen.

Die Vorstellung des Angeklagten zum Zeitpunkt der Manipulationen bzw. der Organannahme in den (nachweisbaren) Fällen der Patienten **B., I., W., W., P.** und **F.**, wonach er weder vorhersah, dass aufgrund seiner Manipulation ein Patient, ohne ein anderes Organangebot erhalten zu haben, versterben könnte noch sich Umstände vorgestellte, aufgrund deren ihm der Tod einer anderen Patienten objektiv zurechenbar wäre, entspricht auch den tatsächlichen Gegebenheiten. In keinem dieser 6 Fälle verstarb ein Patient auf der Warteliste, ohne dass er zuvor transplantiert wurde bzw. ohne dass ihm zuvor weitere andere Organe angeboten worden waren. Den in diesen sechs Fällen auf den Wartelisten ohne Transplantation insgesamt versterbenden 8 Patienten waren zuvor 8 (I.), 8 bzw. 9 (W.), 3, 13 und 15 (P.) und 2 bzw. 4 (F.) Erstangebote offeriert worden. Diese wurden sämtlich abgelehnt.
Die Annahme, der Angeklagte habe sich den nicht nachweisbaren und auch fernliegenden Umstand vorgestellt, in jedem dieser Fälle sei das „ermanipulierte“ Organ für die jeweils verstorbenen Patienten geeignet und in all diesen Fällen wären die Transplantationen mit den jeweiligen Patienten auch tatsächlich lebensverlängernd gewesen, ist nicht nur fernliegend, sie würde auch einen Verstoß gegen die verfassungsrechtlich verankerte Unschuldsvermutung darstellen.

Die Manipulationen des Angeklagten stellen auch nicht den **Abbruch eines rettenden Kausalverlaufs** dar. Um einen rettenden Kausalverlauf abbrechen zu können, hätte der Angeklagte bei einer ex ante Betrachtung in eine bereits begonnene rettende Kausalkette eingreifen müssen. Diese würde in den

Manipulationsfällen indes erst mit der Annahme des durch Eurotransplant angebotenen Organs beginnen, nicht bereits mit dessen Angebot. Dass ein Angebot tatsächlich erfolgt wäre, kann vorliegend zudem lediglich bzgl. der erstverdrängten Patienten festgestellt werden, nicht hingegen hinichtlich der zweit-, dritt und weiter nachfolgenden Patienten.

(bbb) Vorstellungsbild des Angeklagten zum Zeitpunkt der Organannahme – voluntative Element des Vorsatzes

Wie vorstehend unter (aaa) festgestellt, erkannte der Angeklagte zwar den Umstand, dass ein Patient aufgrund seiner Manipulation versterben und sich seine Handlung damit lebensverkürzend auswirken könnte, als möglich und nicht ganz fern liegend. Indes war sein Wille weder auf die Herbeiführung eines solchen Erfolges ausgerichtet (dolus directus 1. G.s) noch sah der den Tod eines Wartelistenpatienten als Folge seiner Handlung sicher voraus (dolus directus 2. G.s). Der Angeklagte fand sich um des erstrebten Zieles willen, der Rettung des Patienten **B.** bzw. der der Patienten **I.**, **W.**, **W.**, **P.** und F. auch nicht mit dem Tod der verdrängten Wartelistenpatienten ab. Dies gilt sowohl für den erstverdrängten als auch für die zweit-, dritt- und weiter verdrängten Patienten. Hinsichtlich der zweit-, dritt- und weiter verdrängten Patienten war für den Angeklagten bereits der Kausalverlauf nicht mehr vorhersehbar und fehlte insoweit bereits das intellektuelle Moment (vgl. vorstehend (gggg)).

Vor Annahme eines hier allein in Betracht kommenden bedingten Vorsatzes müssen beide Elemente der inneren Tatseite, also sowohl das Wissens- als auch das Willenselement, umfassend geprüft und gegebenenfalls durch tatsächliche Feststellungen belegt werden. Hierzu bedarf es einer **Gesamtschau** aller objektiven und subjektiven Tatumstände des Einzelfalles, in welche vor allem die objektive **Gefährlichkeit der Tathandlung**, die **konkrete Angriffsweise** des Täters, seine **psychische Verfassung** bei der Tatbegehung und seine **Motivationslage** einzubeziehen sind (vgl. BGH v. 15.05.2013 – 3 StR 45/13, NStZ 2013, 242, 243).

Zur objektiven Gefährlichkeit der Manipulationshandlungen des Angeklagten und seiner konkreten Angriffsrichtung wurden bereits mit den Darlegungen, wie der Angeklagte die Zeugen S. und W. veranlasste, falsche allokationsrelevante

Patientendaten an Eurotransplant zu übermitteln, wie diese Übermittlung erfolgte, um welche Daten es sich handelte , welche vielfältigen und nicht vorhersehbaren Folgen dies auf das weitere manipulierte Verteilungsverfahren hatte sowie den weiteren Ausführungen hinsichtlich der Nichtbeachtung der verfassungswidrigen Richtlinien der Bundesärztekammer sowie der Art und Weise der Organzuteilung durch Eurotransplant umfängliche Feststellungen getroffen. All diese Umstände berücksichtigend und sie in die gebotene Gesamtschau aller objektiven und subjektiven Tatumstände einstellend ist keine Motivationslage erkennbar, warum der Angeklagte zum Wohle seiner Patienten einen Totschlag begehen und damit all die sich daraus ergebenden Risiken und Konsequenzen auf sich nehmen sollte.

Der Angeklagte soll nach dem Anklagevorwurf „billigend in Kauf (genommen haben), dass Patienten auf der Warteliste, die einen höheren MELD-Score hatten und damit dem Tod näher standen als seine eigenen Patienten, kein Organ mehr erhielten (…)“ (vgl. S. 13 der Anklageschrift). Bereits die Annahme der Staatsanwaltschaft, wonach „(…) Patienten auf der Warteliste, die einen höheren MELD-Score hatten und damit dem Tod näher standen (…)“ ist so nicht zutreffend. Tatsächlich kann nicht davon ausgegangen werden, dass der für das Allokationsverfahren maßgebliche MELD-Score einen sicheren Rückschluss auf das Versterbensrisiko der Patienten zulässt und das somit Risiko eines Patienten mit höherem MELD-Score tatsächlich höher ist als das eines Patienten mit einem niedrigeren MELD-Score (vgl. vorstehend (ffff)). Dies wusste der Angeklagte und hatte dementsprechend auch nicht das ihm insoweit zu Last gelegte Wissenselement. Des Weiteren ist die Annahme der Staatsanwaltschaft falsch, der Angeklagte habe zum Wohle seiner Patienten fremde Patienten benachteiligt. Aus den von Eurotransplant übersandten Match-Listen der Patienten **I.** und **W.**, aber auch aus denen der Patienten **S.**, **V.**, **F.**,und **O.**, hinsichtlich deren der Angeklagte keine Manipulation der Patientendaten veranlasst hat, ergibt sich vielmehr, dass an all diesen Match-Verfahren außer den vorgenannten Patienten selbst noch andere G. Patienten des Angeklagten teilnahmen. So führte im Falle des Patienten W. die Manipulation des Angeklagten auch dazu, dass ein anderer Patient des Angeklagten ranglistenmäßig überholt und damit möglicherweise benachteiligt wurde. Der Patient W. verbesserte sich durch die Manipulation von Ranglistenplatz 7 auf 3 und überholte damit zugleich den sich auf dem noch aussichtsreichen Ranglistenplatz 6 befindlichen anderen Patienten des Angeklagten.

Hierbei handelte es sich ausweislich der Match-Liste-W. um den Patienten F.R., das Kürzel „GGOTP“ weist ihn als G. Patient aus.
Bei einer gesamtwürdigenden Betrachtung finden sich keine tragfähigen Erwägungen, warum der Angeklagte den Tod seines Patienten R. auf Ranglistenplatz 6 billigend in Kauf nehmen und sich mit dessen Versterben somit abfinden sollte, um seinen sich regulär auf dem Ranglistenplatz 7 befindlichen Patienten W. davor zu bewahren, wenn er zu dem Patient W. kein anderes – sprich kein besseres oder schlechteres – persönliches Verhältnis oder Arzt-Patienten Verhältnis hat als zu dem Patient R. auf Ranglistenplatz 6. Dem Angeklagten war aufgrund seiner Expertise bzw. seinem Wissen um den eigenen Patientenstamm der tatsächlich gegebene Umstand bewusst, dass in jedem Match-Verfahren auch mehrere seiner Patienten miteinander konkurrieren können. Dass dies für den Angeklagten keine nur theoretische Erwägung war, ergibt sich aus der Tatsache, dass der Angeklagte, durch zahlreiche Zeugenaussagen wie etwa die des Zeugen Dr. R. belegt, viele Patienten listen ließ. So wurde einleitend unter C. II. bereits festgestellt, dass sich im November 2011, als der Angeklagte vom Dienst freigestellt wurde, 138 seiner Patienten auf der Warteliste befanden. In diesem Zusammenhang hat der Zeuge Dr. R. bekundet, der Angeklagte habe ein sehr weites Zentrumsprofil und dementsprechend auch viele Patienten auf der Warteliste gehabt.

Von keinem seiner verfahrensgegenständlichen Patienten oder deren Angehörigen erhielt der Angeklagte für seine ärztlichen Leistungen irgendeinen auch noch so geringen **geldwerten Vorteil**. Wie dargelegt hat der Patient B. ebenso wie alle übrigen hierzu vernommen Patienten erklärt, zu keinem Zeitpunkt Geld an den Angeklagten gezahlt zu haben. Die Ermittlungen gegen den Angeklagten wurden entsprechend den Bekundungen der Zeugen **PKín C.** und **KHK J.** zunächst wegen des Verdachts der Bestechlichkeit geführt, wobei in deren weiteren Verlauf auch umfangreiche Vermögensermittlungen und damit verbunden sogenannte Kontoverdichtungen vorgenommen wurden. Im Rahmen all dieser Ermittlungen haben sich keinerlei belastbare Anhaltspunkte dafür ergeben, dass der Angeklagte von Patienten oder deren Angehörigen Geld oder geldwerte Vorteile für seine Manipulationen erhalten hat.

Dass der Angeklagte zu dem Patienten B. bzw. zu den weiteren Patienten V., F., I., W., W., P. oder F., bzgl. derer er die Übermittlung falscher allokationsrelevanter Daten an Eurotransplant veranlasst bzw. Richtlinien zur Alkoholkarenzzeit (V., F. und W.), zur Listung von Patienten mit bösartigen Erkrankungen (I.) bzw. zur Listung von Patienten mit akutem Leberversagen (B.) nicht beachtet hat, ein **besonderes persönliches Verhältnis** und damit zu diesen irgendeine besondere Verbundenheit hatte, konnte nicht festgestellt werden.

Auch die **Boni-Zahlungen** scheiden als Beweggrund für die Inkaufnahme des Todes anderer Patienten aus. Die Vergütung des Angeklagten bestand in den Jahren 2008 bis einschließlich 2010 in einem hohen Fixgehalt von 170.000 Euro. Zudem war die Ehefrau des Angeklagten im tatrelevanten Zeitraum als angestellte Zahnärztin tätig. Demgegenüber war der variable Gehaltsanteil, dessen Höhe von der Anzahl der erfolgten Lebertransplantationen abhängig war und der für den Zeitraum vom 1. Oktober 2008 bis 31. Dezember 2009, in dem der Angeklagte 59 Lebertransplantationen durchführte, insgesamt 58.500 Euro bzw. für das Jahr 2010, in dem 61 Lebertransplantationen erfolgten und der für dieses Jahr mithin 60.000 Euro betrug, verhältnismäßig gering. Zudem geht auch die Staatsanwaltschaft davon aus, dass die ganz überwiegende Anzahl dieser Bonus-Zahlungen aufgrund „manipulationsfreier“ Transplantationen erfolgte. Dass der Angeklagte in den 3 Fällen der Patienten V., F. und B. für insgesamt weniger als 5000 Euro den Tod anderer Menschen billigend in Kauf genommen haben soll, erscheint fernliegend. Bereits in seiner R.er Zeit führte der Angeklagte zusammen mit Prof. Dr. S. ohne das er dafür irgendwelche Bonuszahlungen erhielt ähnlich viele Transplantationen durch wie in G., nämlich im Jahre 2005 exakt 50, 2006 49, 2007 57 und im Jahr 2008 52.

Für das Jahr 2011 und damit die Patienten W., W., P. und F. scheiden Bonuszahlungen als Motiv bereits deshalb aus, weil der Angeklagte ab dieser Zeit zusätzlich zu seinem Fixgehalt von 170.000 Euro die Summe von 60.000 Euro pauschal erhielt.

Dafür, dass der Angeklagte die Transplantationen in den Fällen der Patienten V., F., B., I., W., W., P. und F. zur Steigerung seiner **beruflichen Reputation** durchführte und hierdurch die ohnehin hohe Zahl seiner Transplantationen durch wenige manipulierte Fälle weiter erhöhen wollte, erscheint ebenfalls fernliegend.

In all den vorgenannten Aspekten findet sich mithin kein Motiv gesehen, warum der Angeklagte zur Behandlung dieser Patienten den Tod anderer hätte in Kauf nehmen sollen.
Die Kammer hat weiter bedacht, dass der Angeklagte nicht nur im Fall des Patienten B., sondern auch in den fünf weiteren und nachfolgenden Fällen der Patienten I., W., W., P. und F. Dialysefalschmeldungen veranlasst hat und sich mit einer zunehmenden Anzahl von Fällen auch die Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines schädigenden Erfolges erhöht, was bei der Prüfung des Vorliegens **eines begründeten Vertrauen auf den Nichteintritt des Todes** eines verdrängten Patienten zu beachten ist. Im Falle des Patienten B. ist indes zu berücksichtigen, dass keine Anhaltspunkte für die tragfähige Schlussfolgerung vorliegen, der Angeklagte habe während seiner Tathandlung in diesem ersten Fall einer Dialysemanipulation vorgehabt, künftig häufiger oder gar regelmäßig zu manipulieren. Es stellt im Hinblick auf ein begründetes Vertrauen auf das Ausbleiben eines unerwünschten Erfolges einen Unterschied dar, ob die Gefahr des Eintritts eines solchen Erfolges einmal oder vielfach geschaffen wird. Bei einer geringeren Anzahl von Fällen durfte der Angeklagte aus den vorstehend dargelegten Gründen ernsthafter darauf vertrauen, dass kein anderer Patient durch seine Manipulation verstirbt bzw. an der Gesundheit geschädigt wird. Insoweit macht es einen Unterschied, ob der Angeklagte in 6 oder wie ihm zu Last gelegt in 10 Fällen Dialysemanipulationen veranlasst. Das Vertrauen auf das Ausbleiben des Todes eines verdrängten Patienten ist bei der 6. Manipulation tatsächlich noch fundierter als bei der 10. Manipulation.

Entscheidender noch als dieser Gesichtspunkt ist indes der Umstand, dass es für die Frage des voluntativen Elementes des Vorsatzes und damit des ernsthaften Vertrauens auf den Nichteintritt des Todes nicht darauf ankommt, ob der Angeklagte ernsthaft darauf vertrauen durfte, dass keiner der möglicherweise durch seine Manipulation verdrängten Patienten verstirbt. Maßgeblich ist vielmehr, ob der Angeklagte darauf vertrauen durfte, dass keiner der möglicherweise durch seine Manipulation verdrängten Patienten **aufgrund seiner Manipulation verstirbt**. Nicht ausschließbar und rechtlich ohne Bedeutung ist hingegen, dass Patienten auf der Warteliste aufgrund ihrer Grunderkrankung verstarben und ohne dass die Manipulationen des Angeklagten hierfür mitursächlich waren.

Tatsächlich hat der Angeklagte außer im Falle des Patienten B. die Übermittlungen falscher allokationsrelevanter Dialysedaten in den weiteren Fällen der Patienten I., W., W., P. und F. veranlasst. Der erstverdrängte Patient im Falle des Patienten B. wurde, wie sich aus den von Eurotransplant zur Verfügung gestellten Match-Listen der Patienten ergibt, zwei Tage später am 17. Juli 2011 mit einem anderen Organ transplantiert. Im Falle des Patienten I. wurde der erstverdrängte Patient am 18. Februar 2011 und damit mehr als einen Monat nach der manipulierten Allokation transplantiert, nachdem dieser Patient nach dem manipulierten Match-Verfahren und vor seiner Operation 19 weitere von seinen Ärzten abgelehnte Erstangebote erhalten hatte, bis das 20. Erstangebot schließlich angenommen wurde. Der durch P. erstverdrängte Patient wurde acht Tage nach der manipulierten Allokation vom 10. Mai 2011 transplantiert. Der durch den Patienten F. erstverdrängte Patient wurde knapp drei Wochen nach dem manipulierten Match-Verfahren am 13. Juli 2011 transplantiert, nachdem er zuvor 2 Erstangebote erhalten hatte. Der durch W. erstverdrängte Patient wurde mehr als einen Monat nach dem manipulierten Match-Verfahren transplantiert. Einzig im Fall des Patienten W. verstarb der im Rahmen des manipulierten Match-Verfahren vom 6. April 2011 erstverdrängte Patient achtzehn Tage später **ohne Transplantation**, nachdem er in der Zwischenzeit indes noch 9 Erstangebote erhalten hatte.

Der Angeklagte konnte mithin aufgrund tatsächlicher Umstände darauf vertrauen, dass keiner der erstverdrängten Patienten versterben würde. Er vertraute tatsächlich auch darauf.

Hinsichtlich der zweit-, dritt- und weiter verdrängten Patienten war bereits der Kausalverlauf für ihn nicht mehr vorhersehbar, sodass insoweit bereits das intellektuelle Moment des Vorsatzes fehlte. Die im Rahmen der Beweiserhebung getroffenen Feststellungen hinsichtlich der tatsächlichen Verhältnisse innerhalb dieser Patientengruppe haben im Falle des Patienten B. indes ergeben, dass keiner der untersuchten 9 Patienten untransplantiert auf der Warteliste verstarb. Gleiches gilt für den Patienten W.. Auch in den übrigen Fällen der Patienten I., W., P. und F. ist kein einziger dieser Patienten verstorben, ohne dass ihm zuvor mehrere andere Organe angeboten worden waren, die für diese Patienten nicht ausschließbar sogar noch besser als das durch den Angeklagten „ermanipulierte“ Organ gewesen sein

konnten und trotzdem abgelehnt wurden. Sie hätten indes auch schlechter bzw. gleichgut sein können. So sind im Falle des Patienten I. dem ohne Transplantation auf der Warteliste verstorbenen einem Patienten dieser Patientengruppe immerhin noch 8, im Falle des Patienten W. den dort verstobenen zwei Patienten noch 8 bzw. 9, im Falle der Patientin P. den verstorbenen drei Patienten noch 8, 13 und 15 und schließlich im Falle des Patienten F. den beiden untransplantiert verstorbenen Patienten noch 2 bzw. 3 Organe als Erstagebote offeriert worden.

(c) Versuchte Körperverletzungsdelikte gemäß §§ 223 ff., 22, 23 Abs. 1 StGB

(aa) Aus den vorstehend dargelegten Gründen ist Schutzzweck der Organzuteilungsregeln die Gewährung einer Verteilungsgerechtigkeit als Ausdruck der Menschenwürde und des Lebensschutzes. Sie schützen indes weder individuelles Leben noch die individuelle körperliche Integrität und Unversehrtheit, mithin auch nicht das Rechtsgut der §§ 223 ff. StGB. Auch hier gilt, dass die Annahme der Spenderleber für den Patienten B. zwar eine zu missbilligende Verletzung der Verteilungsgerechtigkeit und des Vertrauens der Allgemeinheit in die Lauterkeit und Funktionsfähigkeit des Organverteilungssystems darstellt, jedoch keine zurechnungsgeeignete Körperverletzungshandlung im Sinne der §§ 223 ff. StGB.
Daher hat der Angeklagte sich durch die Organannahme für den Patienten B. in Kenntnis des Umstandes, dass falsche Angaben zur Nierenersatztherapie gemacht wurden, auch nicht eines **versuchten Körperverletzungsdelikts gemäß §§ 223 ff., 22, 23 Abs. 1 StGB** zum Nachteil anderer Patienten schuldig gemacht.

(bb) Selbst wenn derartige Manipulationen geeignet wären, den Straftatbestand des § 223 StGB zu erfüllen, hätte der Angeklagte nicht vorsätzlich gehandelt. Ebenso wie hinsichtlich des Umstandes, dass kein verdrängter Patient ursächlich durch seine Manipulation im Falle des Patienten **B.** bzw. der Patienten **I.**, **W.**, **W.**, **P.** und **F.** versterben würde, vertraute er auch begründet darauf, dass durch seine Maninupulationen kein Patient körperlich misshandelt oder an seiner Gesundheit beschädigt würde.

(d) Fahrlässige Tötung bzw. fahrlässige Körperverletzung

Eine **fahrlässige Tötung zum Nachteil anderer Patienten gemäß § 222 StGB bzw. eine fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB** scheidet bereits deshalb aus, weil aus den oben unter (a) dargelegten Grünen schon nicht erwiesen ist, dass infolge des Umstands, dass dem Patienten B. in dem Match-Verfahren mit der Nr. 189537 die Spenderleber zugeteilt wurde, ein Patient verstarb oder an der Gesundheit geschädigt wurde.

(4) Straftaten zum Nachteil des Patienten B.

(a) Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich durch die Lebertransplantation bei dem Patienten B. **nicht einer vorsätzlichen Körperverletzung** gemäß **§ 223 Abs. 1 StGB zum Nachteil dieses Patienten** schuldig gemacht.

Die durch die Lebertransplantation tatbestandlich begangene vorsätzliche Körperverletzung ist, sofern der Patient B. nicht nochmals vor der Transplantation eingewilligt haben sollte, zumindest durch eine mutmaßliche Einwilligung gerechtfertigt. Zum einen hatte der Patient erst zwei Tage vor der Lebertransplantation schriftlich seine Einwilligung erteilt und zum anderen hat er nachträglich zum Ausdruck gebracht, dass die Lebertransplantation ihm das Leben gerettet habe. Es gibt daher keine Anhaltspunkte dafür, dass die Transplantation nicht dem Willen des Patienten entsprach.
Die Lebertransplantation verstieß auch nicht gegen die guten Sitten im Sinne des § 228 StGB. Insoweit wird auf die obigen Ausführungen unter C. II. 2. b) cc) (2) (a) (cc) (Patient S.) Bezug genommen.

(b) Versuchte Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich auch nicht einer **versuchten Körperverletzung** gemäß **§§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB** schuldig gemacht.
Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass der Angeklagte davon ausging, dass die Durchführung der Lebertransplantation bei dem Patienten B. nicht erforderlich gewesen sei bzw. dass er die Transplantation aus sachfremden Erwägungen wie

zum Beispiel die Steigerung der Transplantationszahlen oder der Erlangung von Bonuszahlungen durchführte. Ebenso wenig liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass der Angeklagte davon ausging, die Lebertransplantation entspreche nicht dem (mutmaßlichen) Willen des Patienten B..

(c) Fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB

Der Angeklagte hat sich nicht einer **fahrlässigen Tötung** gemäß **§ 222 StGB** schuldig gemacht.

Anhaltspunkte dafür, dass der Tod des Patienten B., der mehr als drei Jahre nach der Lebertransplantation eintrat, in direktem Zusammenhang mit der Transplantation stand bzw. auf einem Behandlungsfehler des Angeklagten beruht, haben sich nicht ergeben. Die Transplantation entsprach dem (mutmaßlichen) Willen des Patienten B. und wurde ausweislich des Gutachtens des Sachverständigen **Prof. Dr. B.** nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt.

(5) Bestechlichkeit gemäß § 332 StGB

Der Angeklagte hat sich des Weiteren auch nicht wegen **Bestechlichkeit gemäß § 332 Abs. 1 und 3 StGB** schuldig gemacht.
Das gesamte Verfahren hat keinen Beweis dafür erbracht, dass der Angeklagte einen Vorteil, insbesondere Geld für sich oder einen Dritten als Gegenleistung dafür forderte, sich versprechen ließ oder annahm, dass er dem Patienten B. regelwidrig eine Spenderleber verschafft bzw. bei diesem Patienten bevorzugt eine Lebertransplantation durchführt. Es haben sich auch keinerlei Anhaltspunkte dafür ergeben, dass der Angeklagte sich dem Patienten B. oder einer anderen Person gegenüber hierzu bereit zeigte.

(6) Urkundenfälschung gemäß § 267 Abs. 1, § 25 Abs. 1, Alt. 2 StGB

Der Angeklagte hat sich durch die Veranlassung der von dem Transplantations-Koordinator W. gutgläubig gegenüber Eurotransplant getätigten Falschangabe, wonach bei dem Patienten B. in der Woche vor dem Kreatinin-Test zweimal eine Nierenersatztherapie stattgefunden habe, nicht einer **Urkundenfälschung in**

mittelbarer Täterschaft gemäß §§ 267 Abs. 1, 25 Abs. 1 Alt. 2 StGB schuldig gemacht.

Die Falschmeldungen hinsichtlich der Nierenersatztherapien erfolgten ausschließlich durch Eingabe in das ENIS-System. Bei dem ENIS-System („Eurotransplant Network Information System“) handelt es sich um eine Internet-Browser basierende Datenbank der Stiftung Eurotransplant in Leiden (Niederlande), in der in verschiedenen Bereichen die zur Organzuteilung und -vergabe notwendigen Daten aufgenommen und verwaltet werden.
Bei Eingabe der Blutwerte in das ENIS-System findet sich neben der Bezeichnung „Renal Replacement Therapy 2x/week“ (= Nierenersatztherapie 2x/Woche, womit gemeint ist, ob innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test zweimal eine Nierenersatztherapie/Dialyse stattfand) ein Auswahlfeld, in dem man aus einer Auflistung „Yes“ = Ja oder „No“ = Nein auswählen musste. Zu den verfahrensgegenständlichen Zeiten waren Nachweise für tatsächlich durchgeführte Nierenersatztherapien bzw. Dialysen nicht erforderlich. Das bedeutet, die Angabe über durchgeführte oder nicht durchgeführte Dialysen erfolgte ausschließlich durch Auswahl der Antwort „Yes“ oder „No“ im ENIS System. Insoweit liegt demnach keine verkörperte Gedankenerklärung, mithin auch keine Urkunde vor.

(7) Fälschung technischer Aufzeichnungen gemäß § 268, § 25 Abs. 1, Alt. 2 StGB

Der Angeklagte hat sich durch die Veranlassung der von dem Zeugen W. gutgläubig gegenüber Eurotransplant getätigten falschen Dialyseangaben auch keiner **Fälschung technischer Aufzeichnungen in mittelbarer Täterschaft gemäß § 268, 25 Abs. 1, Alt. 2 StGB** schuldig gemacht.

Nach der Legaldefinition des § 268 Abs. 2 StGB ist eine technische Aufzeichnung eine Darstellung von Daten, Mess- oder Rechenwerten, Zuständen oder Geschehensabläufen, die durch ein technisches Gerät ganz oder zum Teil selbständig bewirkt wird, den Gegenstand der Aufzeichnung allgemein oder für Eingeweihte erkennen lässt und zum Beweis einer rechtlich erheblichen Tatsache bestimmt ist, gleichviel ob ihr die Bestimmung schon bei der Herstellung oder später gegeben wird.

Zwar wird durch das ENIS-System anhand der eingegebenen Kreatinin-, Bilirubin- und INR-Werte sowie anhand der Angabe, ob innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test eine Nierenersatztherapie stattfand, der labMELD automatisch errechnet. Insoweit wurde mit der unzutreffenden Angabe zur Nierenersatztherapie ein labMELD errechnet, der nicht dem labMELD entsprach, den der Patient B. zum Zeitpunkt der Eingabe der Daten tatsächlich hatte, weil aufgrund der Falschangabe zur Nierenersatztherapie von dem Computersystem der Berechnung des labMELD automatisch ein Kreatinin-Wert von 4,00 mg/dl zugrunde gelegt wurde. Dies stellt jedoch weder die Herstellung einer unechten noch eine Verfälschung einer technischen Aufzeichnung dar.

Eine störende Einwirkung auf den Aufzeichnungsvorgang gemäß § 268 Abs. 3 StGB ist ebenfalls nicht gegeben, da § 268 Abs. 3 StGB voraussetzt, dass die Tat das Aufzeichnungsergebnis beeinflusst, also die fehlerfreie Funktion des Gerätes stört (vgl. Fischer, StGB, 62. Auflage 2015, § 268 Rdnr. 22). Hierzu gehört nicht das „täuschende Beschicken“ des Geräts, also eine Inputmanipulation sowie Veränderungen am Bezugsgegenstand (vgl. Fischer, StGB, 62. Auflage 2015, § 268 Rdnr. 24). Vorliegend wurden in das System zwar hinsichtlich der Nierenersatztherapie falsche Daten eingegeben. Der eigentliche Rechenvorgang, der anhand der eingegebenen Blutwerte und der Angaben zur Nierenersatztherapie erfolgte, war jedoch korrekt und wurde nicht beeinflusst.

(8) Fälschung beweiserheblicher Daten gemäß § 269 Abs. 1, § 25 Abs. 1, Alt. 2 StGB

Der Angeklagte hat sich durch die Veranlassung der von dem Zeugen W. gutgläubig gegenüber Eurotransplant getätigten Dialysefalschangabe auch keiner **Fälschung beweiserheblicher Daten in mittelbarer Täterschaft gemäß § 269 Abs. 1, § 25 Abs. 1, Alt. 2 StGB** schuldig gemacht.

Durch das Auswählen des Feldes „Yes“ bei dem Auswahlfeld, das die Beantwortung der Frage betrifft, ob zweimal innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test eine Nierenersatztherapie bei dem Patienten B. stattgefunden habe, machte der Zeuge W. diese zum Datenbestand im ENIS-System und speicherte diese Daten. Wären diese Angaben sofort ausgedruckt worden, so hätte eine Urkunde im Sinne des § 267 StGB vorgelegen, dessen Aussteller der Zeuge gewesen wäre. Im Fall des

Ausdrucks der Daten läge somit eine verkörperte Gedankenerklärung über die Blutwerte des Patienten und eine durchgeführte Nierenersatztherapie vor. Diese Erklärung wäre beweiserheblich gewesen, weil sich aus ihr die bei dem Patienten gemessenen MELD-relevanten Blutwerte und die Durchführung einer zweimaligen Nierenersatztherapie ergeben hätten. Diese Werte bzw. Angaben waren ihrerseits Grundlage für die Berechnung des labMELD. Die Höhe des MELD-Scores war wiederum für die Zuteilung eines Organs von Bedeutung. Diese Urkunde wäre indes nicht unecht gewesen, weil aus ihr zutreffend als Aussteller der Zeuge W. hervorgegangen wäre. Eine Urkunde ist echt, wenn sie in der gegenwärtigen Gestalt vom angeblichen Aussteller herrührt. Sie ist hingegen nur dann falsch, wenn der aus ihr ersichtliche Aussteller mit dem tatsächlichen Hersteller nicht identisch ist (Fischer, StGB, 62. Auflage 2015, § 269 Rdnr. 27). Eine Veränderung beweiserheblicher Daten liegt ebenfalls nicht vor.

(9) Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse gemäß § 278 StGB

Der Angeklagte hat sich durch die Veranlassung der von dem Zeugen W. getätigten Falschangabe auch nicht eines **Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse gemäß § 278 Abs. 1 StGB** schuldig gemacht.

Da der Angeklagte in Bezug auf den Patienten B. nicht eigenhändig Eingaben in das ENIS-System machte, hat er sich bereits aus diesem Grund nicht des Ausstellens eines unrichtigen Gesundheitszeugnisses schuldig gemacht.
Tathandlung ist insoweit das Ausstellen eines inhaltlich unrichtigen Zeugnisses über den Gesundheitszustand eines Menschen. Ausstellen im Sinne des § 278 StGB ist das körperliche oder elektronische Herstellen des Zeugnisses, das als solches nicht eigenhändig vorgenommen werden muss und die nach außen kenntlich gemachte Übernahme der Verantwortung für den Inhalt (vgl. Fischer, StGB, 62. Aufl. 2015, § 278 Rdnr. 3). Auch wenn die Dateneingabe hinsichtlich der Nierenersatztherapie auf Veranlassung des Angeklagten erfolgte, ging – jedenfalls während der verfahrensgegenständlichen Zeiträume – aus den Eintragungen in das ENIS-System nicht hervor, wer die Verantwortung hierfür übernimmt. Für Eurotransplant war anhand der Logfiles lediglich erkennbar, dass der Zeuge W. die Eingaben machte, nicht jedoch auf wessen Veranlassung dies geschah.

Der Angeklagte hat somit nicht eigenhändig ein Gesundheitszeugnis erstattet.

(10) Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse gemäß § 278, § 25 Abs. 1 Alt. 2 StGB

Der Angeklagte hat sich auch nicht des **Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse in mittelbarer Täterschaft gemäß § 278, § 25 Abs. 1 Alt. 2 StGB** schuldig gemacht.

Bei § 278 StGB handelt es sich um ein Sonderdelikt, das nur von Ärzten und anderen approbierten Medizinalpersonen begangen werden kann. Bei dem Zeugen, der eigenen Angaben zufolge das von ihm begonnene Medizinstudium nicht abschloss und als Transplantations-Koordinator tätig war, handelt es sich weder um einen Arzt noch um eine approbierte Medizinalperson in Sinne des § 278 StGB. Gleiches gilt im Übrigen für die Assistentin des Transplantations-Koordinators, die Zeugin E.S., die bei den Patienten F., I., W., W., I., O. und F. die verfahrensgegenständlichen Daten in das ENIS-System eingab. Diese war als Verwaltungsangestellte in der UMG tätig und damit ebenfalls keine approbierte Medizinalperson im Sinne des § 278 StGB.

(11) Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG in der Fassung vom 4. September 2007 durch Übertragung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG in der Fassung vom 4. September 2007

Die am 16. Juli 2010 von dem Angeklagten durchgeführte Übertragung der Spenderleber auf den Patienten B. erfüllt nicht den Tatbestand des § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (in der Fassung vom 4. September 2007), weil nicht nachweisbar ist, dass die Spenderleber von Eurotransplant an den Patienten B. nicht nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprachen, vermittelt wurde. Insbesondere ist nicht erwiesen, dass die Spenderleber nicht nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit vermittelt wurde und der Patient B. kein geeigneter Patient im Sinne des § 12 Abs. 3 S. 1 TPG (in der Fassung vom 20. Juli 2007) war.

Gemäß § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG handelt ordnungswidrig, wer vorsätzlich oder fahrlässig entgegen § 9 Abs. 1 TPG ein Organ überträgt. Nach § 9 Abs. 1 S. 2 TPG

(in der Fassung vom 4. September 2007) ist die Übertragung vermittlungspflichtiger Organe nur zulässig, wenn die Organe durch die Vermittlungsstelle unter Beachtung der Regelungen nach § 12 TPG vermittelt werden. Gemäß § 12 Abs. 3 S. 1 TPG sind die vermittlungspflichtigen Organe von der Vermittlungsstelle nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit für geeignete Patienten zu vermitteln. In § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 TPG (in der Fassung vom 4. September 2007) ist wiederum ausgeführt, dass die Bundesärztekammer den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft in Richtlinien für die Regeln zur Organvermittlung nach § 12 Abs. 3 S. 1 TPG festsetzt.

Aus dem Umstand, dass die Bundesärztekammer Richtlinien für die Organvermittlung festgesetzt hat, kann nicht die Schlussfolgerung gezogen werden, dass ausnahmslos jeder Verstoß gegen die von der Bundesärztekammer aufgestellten Richtlinien eine Ordnungswidrigkeit nach § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (in der Fassung vom 4. September 2007) darstellt. Auch kann nicht ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass aufgrund eines jeden Verstoßes gegen die Richtlinien der Bundesärztekammer die Vermittlung eines Spenderorgans durch Eurotransplant nicht dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entspricht und deshalb eine nach der Zuteilung durch Eurotransplant erfolgte Organübertragung nach § 9 Abs. 1 S. 2 TPG (in der Fassung vom 4. September 2007) unzulässig ist. Hiergegen spricht die Regelung des § 16 Abs. 1 S. 2 TPG (in der Fassung vom 4. September 2007), wonach die Einhaltung des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft *vermutet* wird, wenn die Richtlinien der Bundesärztekammer beachtet wurden. In rechtlicher Hinsicht würde diese Vermutungsregelung völlig leerlaufen, wenn die Ärzte durch § 9 Abs. 1 S. 2 TPG i.V.m. § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (jeweils in der Fassung vom 4. September 2007) uneingeschränkt an die Einhaltung der Richtlinie gebunden wären (vgl. hierzu auch Bader, Organmangel und Organverteilung (2010), S. 119).

Dies bedeutet, dass vorliegend nur dann eine Ordnungswidrigkeit nach § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (in der Fassung vom 4. September 2007) in Betracht käme, wenn der Nachweis geführt werden könnte, dass die Vermittlung der Spenderleber von Eurotransplant an den Patienten B. nicht nach Regeln erfolgte, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprachen und die Spenderleber insbesondere nicht nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit für einen geeigneten

Patienten vermittelt wurde. Nur in diesem Fall wäre die Lebertransplantation nach § 9 Abs. 1 S. 2 TPG (in der Fassung vom 4. September 2007) unzulässig gewesen.

Ein entsprechender Nachweis konnte indes nicht geführt werden. Insbesondere kann nicht allein aus dem Umstand, dass der Organzuteilung Falschangaben zur Nierenersatztherapie vorausgingen, geschlossen werden, dass die Vermittlung der Spenderleber durch Eurotransplant bereits aus diesem Grund nicht nach Regeln erfolgte, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprachen. Denn grundsätzlich ist denkbar, dass für einen Patienten vor der Organzuteilung zwar Falschangaben gemacht wurden, diese jedoch auf die Vermittlungsentscheidung keinen Einfluss hatten. So hatte die Patientin F. ohne die Falschangabe zur Nierenersatztherapie einen labMELD von 33 und nach der Falschangabe einen solchen von 39. In dem Match-Verfahren, in dem es zur Organzuteilung kam, hatte die Patientin F. mit dem labMELD von 39 den 5. Ranglistenplatz inne. Diesen Ranglistenplatz hätte sie auch gehabt, wenn sie mit einem MELD-Score von 33 an dem Match-Verfahren teilgenommen hätte. Dies bedeutet, die Organzuteilung hätte in diesem Match-Verfahren auch ohne Falschangabe zur Nierenersatztherapie stattgefunden. Die Organvermittlung erfolgte somit objektiv trotz der Falschangaben zur Nierenersatztherapie nach Regeln, die (auch nach den Richtlinien der Bundesärztekammer) dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprachen.

Der Vorschrift des § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG in der Fassung vom 4. September 2007 kann somit aus den dargelegten Gründen nicht entnommen werden, dass bereits Manipulationen im Vorfeld der Organvermittlung bzw. Falschangaben gegenüber Eurotransplant eine Ordnungswidrigkeit nach dieser Vorschrift darstellen. Eine Ordnungswidrigkeit liegt erst dann vor, wenn die Vermittlungsentscheidung nach Regeln erfolgt, die nicht dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen. Zwar können Falschangaben zu einer entsprechenden regelwidrigen Vermittlungsentscheidung führen. Da dies aus den dargelegten Gründen jedoch nicht zwangsläufig der Fall ist, muss die Regelwidrigkeit der Vermittlungsentscheidung festgestellt werden.

In den nach § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 TPG von der Bundesärztekammer zum verfahrensgegenständlichen Zeitpunkt aufgestellten Richtlinien zur Organvermittlung ist ebenso, wie in den aktuellen Richtlinien (zuletzt geändert mit Wirkung vom 9.

Dezember 2013), ausgeführt, dass in der Gruppe der elektiven Patienten grundsätzlich nach Dringlichkeit der Transplantation alloziert werde. Maß der Dringlichkeit sei der MELD-Score. Dieser ermögliche eine „Einschätzung“ der Wahrscheinlichkeit für Patienten im Endstadium einer Lebererkrankung, innerhalb von drei Monaten zu versterben. In den Richtlinien der Bundesärztekammer wird somit zum Ausdruck gebracht, dass die Vermittlung der Organe, sofern nur eine entsprechende Erfolgsaussicht besteht, nach Dringlichkeit erfolgen soll. Der MELD-Score bietet insofern nur eine Einschätzung der Dringlichkeit. Im Hinblick darauf, dass aus den dargelegten Gründen bei der Bestimmung des MELD-Score eine erhebliche Interlaborvariabilität bestehen kann und der MELD-Wert nicht immer exakt die Dringlichkeit einer Transplantation widerspiegelt, kann nicht allein aus dem Umstand, dass ein Patient mit einem höheren MELD-Score bei Eurotransplant registriert ist, darauf geschlossen werden, dass dessen Transplantation dringlicher ist als die derjenigen Patienten, die mit einem geringeren MELD-Score bei Eurotransplant registriert sind.

Zwar ist der registrierte MELD-Score der Patienten Grundlage für die Bildung der Reihenfolge auf der Match-Liste, was seinen Grund darin hat, dass es nicht möglich ist, festzustellen, welcher der Patienten zum Zeitpunkt des Match-Verfahrens die Spenderleber tatsächlich am dringlichsten benötigt. Wenn aber die Veränderung der Reihenfolge auf der Match-Liste, die zu einer Organzuteilung geführt hat, eine Sanktion, vorliegend ein Bußgeld, mit der Begründung nach sich ziehen soll, aufgrund der Falschangaben sei die Organvermittlung nicht mehr nach Regeln erfolgt, die dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen, muss dem Arzt, der das Organ in Kenntnis des Umstands auf einen Patienten überträgt, dass das Organ aufgrund von Falschangaben vermittelt wurde, nachgewiesen werden, dass ein anderer Patient das Organ hätte erhalten müssen.

Da die Organe bei Vorliegen einer entsprechenden Erfolgsaussicht nach Dringlichkeit vermittelt werden sollen, müsste dem Angeklagten im vorliegenden Fall somit nachgewiesen werden, dass der Patient, der sich auf dem Ranglistenplatz 1 befunden hätte, die Spenderleber dringender benötigt hätte als der Patient B. und für diesen Patienten die Spenderleber auch angenommen worden wäre.

Wie bereits dargelegt verfügte der Patient B. über weniger als 1 % nachweisbares Lebergewebe. Darüber hinaus hatte sich bei ihm ein akutes Nierenversagen

entwickelt und es bestand die Gefahr, kurzfristig zu versterben. Es erscheint angesichts des kritischen Zustands des Patienten B. selbst dann, wenn der übergangene Patient ebenfalls kurzfristig zu versterben drohte, nicht vorstellbar, dass eine Abstufung dahingehend möglich gewesen wäre bzw. nachträglich möglich ist, welcher der beiden Patienten zum Zeitpunkt des Match-Verfahrens dringlicher eine Transplantation zum Überleben benötigte. Anhand des MELD-Scores war diese Abstufung jedenfalls nicht möglich. Der Patient B. hätte ohne Falschangaben zur Nierenersatztherapie einen MELD-Score von 34, also lediglich 2 MELD-Punkte weniger gehabt als der überholte Patient, der einen MELD-Score von 36 hatte. Insoweit kann im Hinblick auf die Interlaborvariabilität nicht sicher davon ausgegangen werden, dass der Unterschied der MELD-Werte tatsächlich 2 Punkte betrug bzw. der Patient B. einen höheren MELD-Wert hatte. Bei dem Patienten B. ergibt sich darüber hinaus das zusätzliche Problem, dass er unter einem akuten und nicht unter einem chronischen Leberversagen litt, für das der MELD-Score den Angaben des Sachverständigen **Prof. Dr. B.** zufolge grundsätzlich keine Anwendung findet. Der Sachverständige hat indes auch angegeben, es gebe in Veröffentlichungen Hinweise darauf, dass der MELD-Score auch in der Situation des akuten Leberversagens eingesetzt werden könne, um die Prognose des akuten Leberversagens zu prognostizieren.

Hätte der Patient B. die Clichy- oder die King´s College-Kriterien erfüllt, hätte er von Eurotransplant den HU-Status erhalten und in dem Match-Verfahren regulär auf dem ersten Ranglistenplatz gestanden. Dass bei dem Patienten B. die King´s College-Kriterien nicht erfüllt waren, könnte, wie von dem Angeklagten angegeben, nicht ausschließbar mit der Gabe der Blutprodukte zusammenhängen, die die Gerinnungsleistung verbessert haben. Diese Unsicherheiten können jedoch nicht zu Lasten des Angeklagten berücksichtigt werden. Daran, dass bei dem Patienten B. die konkrete Gefahr bestand, ohne Lebertransplantation kurzfristig zu versterben, besteht kein Zweifel.

Da die Transplantation bei dem Patienten B. somit erforderlich und dringlich war und zudem auch Erfolgsaussicht hatte, kann dem Angeklagten nicht nachgewiesen werden, dass er Angeklagte am 16. Juli 2010 entgegen § 9 Abs. 1 TPG in der Fassung vom 4. September 2010 eine Spenderleber auf den Patienten B.

f) Patient F.I. (Ziffer 5. der Anklage)

Der Angeklagte war zunächst von dem in der Anklageschrift vom 29. Mai 2013 explizit erhobenen Vorwürfen, er habe den Patienten F.A.I. am 13. August 2010 durch die Zeugin S. in die Warteliste aufnehmen lassen, obwohl bei diesem Patienten bereits extrahepatisches Tumorwachstum bzw. ein fortgeschrittenes Stadium einer bösartigen Erkrankung vorgelegen habe und die vorgenannte Zeugin direkt oder über eine andere Person veranlasst, am 3. Januar 2011 gegenüber Eurotransplant anzugeben, der Patient I. habe zweimal innerhalb der Woche vor dem Kreatinintest eine Nierenersatztherapie erhalten bzw. in Kenntnis des Umstands, dass diese Mitteilung am 10. Januar 2011 wiederholt worden war, am 11. Januar 2011 das Organangebot für den Patienten I. angenommen, aus rechtlichen Gründen freizusprechen. Keine dieser Handlungen erfüllt den Tatbestand eines Strafgesetztes bzw. einer Ordnungswidrigkeit.

Entsprechendes gilt für den durch die Kammer weiter geprüften Aspekt, der Angeklagte habe veranlasst, dass der Patient I. bei Eurotransplant als „resident“ registriert wurde. Hinsichtlich der weiteren Verdachtsmomente, der Angeklagte könnte zum Zeitpunkt der Organannahme davon ausgegangen sein, dass sich der durch Falschangaben gegenüber Eurotransplant erreichte exceptionalMELD auf die Organzuteilung ausgewirkt habe und auf Veranlassung des Angeklagten seien Blutproben des Patienten I. manipuliert bzw. falsche Blutwerte an Eurotransplant gemeldet wurden, war der Angeklagte aus tatsächlichen Gründen freizusprechen. Insoweit konnte kein Tatnachweis geführt werden.

aa) Feststellungen

(1) Zusammenfassung des wesentlichen Ergebnisses der Beweisaufnahme

Der am (…) geborene **Patient F.I.** litt unter einem gemischt hepatozellulär-cholangiozellulären Karzinom und ist frühestens am 27. Dezember 2011 verstorben. Am 12. Januar 2011 wurde ihm durch den Angeklagten eine Spenderleber transplantiert. Die Lebertransplantation, die im Hinblick auf den lebensbedrohlichen Zustand des Patienten I. dringlich war, wurde zu Heilzwecken und
nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt. Die Operation entsprach, was dem Angeklagten bewusst war, dem (mutmaßlichen) Willen des Patienten.

Bei dem Patienten I. bestand, was dem Angeklagten bekannt war, bereits ein fortgeschrittenes Stadium der Tumorerkrankung sowie ein extrahepatisches Tumorwachstum. Nach den Richtlinien der Bundesärztekammer für die Wartelistenführung und Organvermittlung zur Lebertransplantation in der zum Vorfallszeitpunkt gültigen Fassung [aktuell: Gliederungspunkt III. 2.2. (Bösartige Erkrankungen)] hätte der Patient I. daher nicht in Warteliste aufgenommen und dementsprechend auch nicht transplantiert werden.

Zum Zeitpunkt der Organzuteilung am 11. Januar 2011 war für den Patienten I. durch Eurotransplant ein unzutreffender labMELD von 40 zugrunde gelegt worden. Diesen MELD-Score hatte der Patient nur deshalb erreicht, weil die Mitarbeiterin des Transplantations-Koordinationsbüros E.S. am 3. Januar 2010 und sodann nochmals am 10. Januar 2011 gegenüber Eurotransplant angegeben hatte, bei dem Patienten sei innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test jeweils zweimal eine Nierenersatztherapie durchgeführt worden. Diese Mitteilung, die unzutreffend war, erhielt die Zeugin S. entweder direkt von dem Angeklagten oder auf dessen Veranlassung von einer anderen Person. Ziel der Falschmeldung war, für den Patienten I. einen höheren MELD-Score zu erreichen und hiermit die Chancen auf eine Organzuteilung zu erhöhen.

Mit dem MELD-Score von 40 stand der Patient in dem Match-Verfahren mit der Nummer 193952, das schließlich zur Organzuteilung führte, auf dem Ranglistenplatz 3. Wenn hinsichtlich des Patienten zutreffende Angaben gemacht worden wären, hätte er an diesem Match-Verfahren mit einem MELD-Score von 34 teilgenommen und bestenfalls den Ranglistenplatz 13, gegebenenfalls auch den 14. Ranglistenplatz eingenommen.

Der Angeklagte ging, als er die Spenderleber für diesen Patienten annahm, davon aus, dass der Patient die Spenderleber von Eurotransplant gegebenenfalls nicht angeboten bzw. zugeteilt bekommen hätte, wenn gegenüber Eurotransplant zutreffende Angaben gemacht worden wären. Denn in diesem Fall hätte, was dem Angeklagten ebenfalls bewusst war, der Patient I. mit einem niedrigeren MELD-Score als 40 an dem Match-Verfahren teilgenommen. Dies hätte wiederum mit hoher Wahrscheinlichkeit zur Folge gehabt, dass ein anderer Patient, der einen höheren MELD-Score gehabt und deshalb auf der Match-Liste vor dem Patienten I. gestanden hätte, das Organangebot erhalten hätte. Dem Angeklagten war des

Weiteren bewusst, dass derjenige Patient, der das Organ tatsächlich zugeteilt bekommen hätte, in die Gefahr geraten könnte, nicht mehr rechtzeitig ein weiteres passendes Organangebot zu erhalten und aufgrund dessen zu versterben. Er vertraute allerdings darauf, dass zumindest derjenige Patient, der in dem Match-Verfahren unmittelbar hinter dem Patienten I. stand – sofern das Organ für diesen Patienten überhaupt angenommen worden wäre –, zeitnah und damit rechtzeitig ein weiteres passendes Organangebot bekommen und durch die fehlerhafte Organzuteilung keinen gesundheitlichen Schaden erleiden werde.

Im Einzelnen hat die Kammer folgende Feststellungen getroffen:

(2) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der Transplantation

(a) Verlauf bis zur Aufnahme in die Warteliste

Der Patient F.A.I. wurde am 9. August 2010 in der UMG aufgenommen und befand sich auf der **Station 1016 der Allgemein- und Viszeralchirurgie des Zentrums 8 Chirurgie i**n stationärer Behandlung. Anhand der durchgeführten Untersuchungen wurde die Diagnose eines multifokalen hepatozellulär-cholangiozellulären Karzinoms gestellt. Im Hinblick auf diese Diagnose und die Schwere der Erkrankung wurde eine Evaluation für eine Lebertransplantation durchgeführt. Bereits zu diesem Zeitpunkt, also noch vor Aufnahme des Patienten I. in die Warteliste, lag ein fortgeschrittenes Stadium der Tumorerkrankung und darüber hinaus auch bereits ein extrahepatisches Tumorwachstum vor, was der Angeklagte mindestens billigend in Kauf nahm.

Noch während seines stationären Aufenthalts erteilte der Patient I. am 13. August 2010 seine Einwilligung in die von den Ärzten angeratene Aufnahme in die Warteliste für eine Lebertransplantation und deren Durchführung.

(b) Aufnahme in die Warteliste und Registrierung bei Eurotransplant

Ab dem 16. August 2010 war der Patient bei Eurotransplant unter der ET-Nr. B registriert.

Hierbei gab die Zeugin S., weil der Angeklagte ihr mitgeteilt hatte, der Patient I. habe in Deutschland eine Firma und eine deutsche Adresse, an, dass es sich bei dem Patienten I. um einen gebietsansässigen (sogenannten „resident“) Patienten

handele. Tatsächlich besaß der Patient I. aber weder die Staatsangehörigkeit eines ET-Staates noch lebte oder arbeitete er berechtigterweise für länger als sechs Monate in einem ET-Staat.

Darüber hinaus machte die Zeugin S. unter anderem die nachfolgenden Angaben:

Kreatinin: *„0,74“* mg/dl
Bilirubin: *„0,40“* mg/dl
INR: *„1,00“* mg/dl

Die Frage, ob zweimal innerhalb einer Woche eine Nierenersatztherapie stattfand, wurde verneint. Aus den vorgenannten Werten errechnete sich ein MELD-Score von 6.

(c) Verlauf nach Aufnahme in die Warteliste

(aa) Am 16. August 2010 stellte die Zeugin S. gegenüber Eurotransplant den Antrag, dem Patienten aufgrund des Vorliegens eines hepatozellulären Karzinoms (HCC) einen exceptionalMELD zu bewilligen.
In dem Antrag, der durch Ausfüllen eines Online-Formulars, das sich im ENIS-System befindet, an Eurotransplant übermittelt wurde, gab die Zeugin durch Auswählen bzw. Anklicken entsprechender vorgegebener Felder an, dass bei dem Patienten I. ein hepatozelluläres Karzinom vorliege. Des Weiteren gab sie durch Anwählen einer bereits vorgegebenen Antwort an, die Diagnose des initialen HCC sei gestellt worden durch eine Biopsie und zwei positive Ergebnisse mit Hypervaskularisation in bildgebenden Verfahren (Spiral-CT, MRT, Angiografie), wobei zwei unterschiedliche Verfahren zur Anwendung gekommen seien.

Die Zeugin wählte des Weiteren die vorgegebene Antwort aus, dass der Empfänger, also der Patient I., <= 3 Tumoren habe, deren Durchmesser < 3 cm sei und weder extrahepatische Metastasen noch eine makrovaskuläre Invasion vorlägen. Anhand dieser Angaben wurde durch die Zeugin bestätigt, dass die sogenannten Mailand-Kriterien zum Zeitpunkt der Antragstellung vorgelegen hätten. Dies war jedoch nicht der Fall, weil bereits eine extrahepatische Metastasierung vorlag. Von wem die Zeugin die Anweisung erhielt, den Antrag mit diesem Inhalt zu stellen, konnte nicht festgestellt werden.

Dem Patienten I. wurde aufgrund des Antrags vom 16. August 2010 von Eurotransplant eine „standard exception“ (Standardausnahme) gewährt und ihm ein exceptionalMELD von (aufgerundet) 22 zugewiesen. Der labMELD betrug zu dieser Zeit 6.

Am 1. November 2010 bestätigte die Zeugin S. den SE-(Standard Exception = Standard-Ausnahme)-Status gegenüber Eurotransplant und machte hierbei dieselben Angaben wie bei dem Antrag vom 16. August 2010. Auch hier konnte nicht festgestellt werden, auf wessen Veranlassung sie diese Angaben machte. Aktuelle Blutwerte meldete sie zu diesem Zeitpunkt nicht an Eurotransplant.

Dem Patienten I. wurde aufgrund der Bestätigung vom 1. November 2010 von Eurotransplant ein exceptionalMELD von (aufgerundet) 25 zugewiesen. Der labMELD betrug zu dieser Zeit, da insoweit keine Aktualisierung erfolgte, weiterhin 6. Dem Angeklagten war indes bekannt, dass für den Patienten I. ein exceptional-MELD aufgrund des Vorliegens eines HCC gewährt worden war und welche Höhe der MELD hatte. Ihm war auch bewusst, dass es zu dieser Zeit bereits deutliche Hinweise auf das Vorliegen extrahepatischen Tumorwachstums gab und deshalb der exceptionalMELD von Eurotransplant möglicherweise aufgrund unzutreffender Angaben und damit zu Unrecht gewährt wurde. Gleichwohl veranlasste er keine Zusatzuntersuchungen, um das Stadium des Tumors zu bestimmen und abzuklären, ob die Voraussetzungen für die Gewährung eines exceptionalMELD überhaupt vorliegen.- Der Angeklagte wollte, dass der Patient I. den SE-Status behält.

(bb) In der Zeit vom 16. August 2010 bis 10. Januar 2011 hatte der Patient I. seit der Registrierung bei Eurotransplant folgende MELD-Werte, mit denen er bei Eurotransplant gemeldet war:

Datum	**labMELD**	**exceptionalMELD**
16.08.2010	6	22
01.11.2010		25
22.11.2010	8	
27.12.2010	28	
29.12.2010	35	
03.01.2011	40	
10.01.2011	40	

(cc) Die Zeugin S. hatte ab dem 22. November 2010 folgende Informationen an Eurotransplant übermittelt:

Eintragungsdatum	Probendatum	Kreatinin (mg/dl)	Bilirubin (mg/dl)	INR	Nierenersatztherapie 2 x / Woche
22.11.2010	22.11.2010	0,70	0,90	1,10	Nein
27.12.2010	27.12.2010	1,35	12,80	2,30	Nein
29.12.2010	29.12.2010	1,20	10,40	5,00	Nein
03.01.2011	03.01.2011	2,04	6,00	3,50	Ja
10.01.2011	10.01.2011	1,84	5,00	4,20	Ja

(aaa) Die Angaben der Zeugin gegenüber Eurotransplant vom 3. und 11. Januar 2011, dass der Patient I. zweimal innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test eine Nierenersatztherapie erhalten habe, waren unzutreffend. Die erste Mitteilung, die zu der Meldung vom 3. Januar 2011 führte, erhielt sie entweder direkt von dem Angeklagten oder auf Veranlassung des Angeklagten von einer anderen Person. Der Angeklagte bezweckte mit dieser Falschmeldung, dass der Patient I. einen höheren MELD-Score erreicht und hierdurch die Chancen auf eine zeitnahe Organzuteilung erhöht werden.

Nachdem Eurotransplant die von der Zeugin S. übersandten Ergebnisse der Blutuntersuchung im Rahmen des Audits geprüft und akzeptiert hatte, nahm der Patient I. ab dem 3. Januar 2011, da der Kreatinin-Wert aufgrund der unzutreffenden Angabe zur Nierenersatztherapie bei der Berechnung des MELD-Score auf 4,00 mg/dl festgesetzt wurde, mit einem MELD-Score von 40 an den nachfolgenden Match-Verfahren teil. Wenn die Frage zur Nierenersatztherapie korrekt beantwortet und der MELD-Berechnung der gemessene Kreatinin-Wert von 2,04 mg/dl zugrunde gelegt worden wäre, hätte der Patient einen MELD-Score von 34 gehabt.

Da die Zeugin im weiteren Verlauf keine Mitteilung erhielt, dass die Nierenersatztherapie beendet worden sei und sie davon ausging, dass diese fortdauere, gab sie aus eigenem Antrieb bei der der Aktualisierung vom 10. Januar 2011 wiederum an, dass bei dem Patienten I. weiterhin zweimal innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test eine Nierenersatztherapie durchgeführt worden sei. Dadurch erreichte er erneut einen MELD-Score 40. Bei wahrheitsgemäßen Angaben hätte der MELD-Score unter Zugrundelegung der am 10. Januar 2011 gemessenen und an Eurotransplant übermittelten Blutwerte (Kreatinin: 1,84 mg/dl, Bilirubin: 5,00 mg/dl und INR: 4,20) ebenfalls 34 betragen.

(bbb) Bei dem Patienten I. wurden während seiner Behandlung in der UMG unter anderem folgende Kreatinin-, Bilirubin-, INR- und Quick-Werte gemessen:

Datum/ Anfordernde Stelle	**Kreatinin (mg/dl)**	**Bilirubin (mg/dl)**	**INR**	**Quick %**
10.08.2010 1016-CALL	0,80	0,70		86
11.08.2010 1016-CALL	0,74	0,40	1,00	94
16.08.2010 CALLTRAN	0,90	0,90	1,00	93
22.11.2010 CALLTRAN	0,70	0,90	1,10	81
27.12.2010 CALLTRAN	1,35	12,80	2,30	29
28.12.2010 CALLTRAN	1,44	9,70	2,10	32
29.12.2010 CALLTRAN	1,20	10,40	> 5	< 10
03.01.2011 CALLTRAN	2,04	6,00	3,50	17
10.01.2011 CALLTRAN	1,84	5,00	4,20	14
11.01.2011 22.57 Uhr CALLTRAN	0,77	2,00	1,40	47

Ein Nachweis, dass einer dieser Blutwerte auf einer Manipulation beruhte, konnte nicht geführt werden.

(3) Organallokation und Transplantation

(a) (aa) Am 11. Januar 2011 wurde bei der Stiftung Eurotransplant ein zum Zeitpunkt des Todes 51 Jahre alter hirntoter Spender registriert. Der Spender, der einen Myokardinfarkt erlitten hatte, verstarb an den Folgen eines hypoxischen Hirnschadens. Die Aufnahme im Spenderkrankenhaus erfolgte am 8 Januar 2011. Der Hirntod wurde am 11. Januar 2011 deklariert. Der Spender hatte einen BMI von 25. Bei einer angenommenen kalten Ischämiezeit von acht Stunden betrug der Donor-Risk-Index 1,58. Der Spender erhielt die Spendernummer 136535.

(bb) Das Match-Verfahren, in dem diese verteilt wurde, hatte die Match-Nr. 193952 und begann am 11. Januar 2011 um 22:02 Uhr. Der Patient I., der mit einem MELD-Score von 40 an diesem Match-Verfahren teilnahm, befand sich auf dem 3. Ranglistenplatz. Bei dem Patienten, der sich auf der 1. Position der Match-Liste

befand, handelte es sich um einen Patienten mit der Dringlichkeitsstufe „HU“. Auf dem 2. Ranglistenplatz befand sich ein Patient mit der Dringlichkeitsstufe „ACO“, also ein Patient, der eine kombinierte Organtransplantation benötigte. Nachdem für diese zwei Patienten das Organangebot jeweils abgelehnt worden war, erhielt der Patient I. das Organangebot, das von dem Angeklagten angenommen wurde. Wenn der Patient I. mit einem MELD-Score von 34 an dem Match-Verfahren teilgenommen hätte, hätte er bestenfalls den 13. Ranglistenplatz eingenommen.

(cc) Der Angeklagte ging, als er die Spenderleber für den Patienten I. annahm, davon aus, dass sein Patient diese Spenderleber von Eurotransplant gegebenenfalls nicht angeboten bzw. zugeteilt bekommen hätte, wenn am 10. Januar 2011 gegenüber Eurotransplant zutreffende Angaben gemacht worden wären. In diesem Fall hätte, was dem Angeklagten ebenfalls bewusst war, der Patient I. mit einem niedrigeren MELD-Score als 40 an dem Match-Verfahren teilgenommen. Dies hätte wiederum zur Folge haben können, dass ein anderer Patient, der einen höheren MELD-Score gehabt und deshalb auf der Match-Liste vor dem Patienten I. gestanden hätte, das Organangebot erhalten und auch angenommen hätte. Aber selbst dann, wenn das Organ im weiteren Verlauf im Rahmen einer „kompetitiven“ Rettungsallokation zugeteilt worden wäre, wäre es, was dem Angeklagten aufgrund seiner Kenntnisse im Bereich der Transplantationsmedizin bewusst war, wenig wahrscheinlich gewesen, dass der Patient I. dieses konkrete Organ im Rahmen eines „kompetitiven“ Zentrumsangebots erhalten hätte, weil diese Form der Zuteilung zum verfahrensgegenständlichen Zeitpunkt zum einen davon abhängig war, in welchem Zentrum sich der Spender befand und zum anderen davon, welches Zentrum das Angebot zuerst annahm [vgl. oben C. II. 1. a) bb) (3) (b) (bb) (bbb)].

Dem Angeklagten war des Weiteren aufgrund seiner besonderen Kenntnisse und Fähigkeiten und seiner langjährigen Berufserfahrung im Bereich der Transplantationsmedizin bewusst, dass derjenige Patient, der das Organ tatsächlich zugeteilt bekommen hätte, aufgrund der Annahme der Spenderleber für den Patienten I. in die Gefahr geraten könnte, nicht mehr rechtzeitig ein weiteres passendes Organangebot zu erhalten und aufgrund dessen zu versterben. Er vertraute allerdings darauf, dass zumindest derjenige Patient, der in dem Match-Verfahren unmittelbar hinter dem Patienten I. stand – sofern das Organ für diesen Patienten überhaupt angenommen worden wäre –, zeitnah und damit rechtzeitig ein

weiteres passendes Organangebot erhalten und durch die fehlerhafte Organzuteilung keinen gesundheitlichen Schaden erleiden werde.

(b) Am 12. Januar 2011 wurde die Lebertransplantation bei dem Patienten I. zu Heilzwecken und nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt. Verantwortlicher Operateur war der Angeklagte.
Dieser ging zu diesem Zeitpunkt davon aus, dass bei dem Patienten I. ein gemischt hepatozellulär-cholangiozelluläres Karzinom vorlag und der Patient ohne Transplantation zeitnah versterben würde. Aus diesem Grund hielt der Angeklagte die Durchführung der Transplantation nicht nur für erforderlich, sondern auch für äußerst dringlich. Darüber hinaus ging der Angeklagte zutreffend davon aus, dass die Transplantation dem (mutmaßlichen) Willen des Patienten I. entsprach.

(4.) Verlauf nach der Transplantation

Der postoperative Verlauf war im Wesentlichen unauffällig, so dass der Patient I. am 27. Januar 2011 aus der stationären Behandlung entlassen werden konnte.

Der Patient verstarb frühestens am 27. Dezember 2011 in Amman. Anhaltspunkte dafür, dass der Tod des Patienten in Zusammenhang mit der Transplantation stand bzw. auf einem Behandlungsfehler des Angeklagten beruht, haben sich nicht ergeben. Die Transplantation entsprach dem (mutmaßlichen) Willen des Patienten und wurde nach den Regeln der Kunst durchgeführt.

(5.) Weiterer Verlauf in Bezug auf die ersten neun Patienten, die von dem Patienten I. überholt wurden

In Bezug auf die Patienten, die sich auf den Ranglistenplätzen 4 - 12 befanden, ergab sich nach dieser Allokation der folgende Verlauf:

Rang listen - platz	**Anzahl der Leberang ebote nach dieser Allokatio n**	**Anzahl der abgelehnte n Leber<u>erst-</u> angebote nach dieser Allokation**	**Erste Leber-transplanta tion nach dieser Allokation (22.06.2011)**	**Aktueller Status (Stand: 17.06.2013)**	**Zeitpunkt des Todes**	**Todesursac he**

		(Stand: 16.07.2013)	**(Stand: 17.06.2013)**			
4	25	19	18.02.2011 17:40	Transplantiert		
5	45	39		Entfernt: Empfänger nicht transplantabel		
6	4	3	20.01.2011 20:00	Verstorben nach Transplantation	01.10.2011	Maligne Erkrankung – (Pleurakarzinose – Adenokarzinom)
7	28	26	12.03.2011 08:10	Transplantiert		
8	3	2	19.01.2011 15:20	Transplantiert		
9	11	2	28.01.2011 11:30 Uhr	Verstorben nach Transplantation	30.01.2011	(Reperfusionsschäden, Vv hep. Thrombose, abdom. Kompartment)
10	1	0	25.01.2011 11:57 Uhr	Verstorben nach Transplantation	01.10.2012	Sepsis/Multi-organversagen
11	9	6	02.03.2011 05:25	Transplantiert		
12	8	8		Verstorben, während der Patient auf der Warteliste war	29.01.2011	unbekannt

bb) Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung

[…]

cc) Rechtliche Würdigung

(1) Straftaten zum Nachteil anderer Patienten

(a) Totschlag gemäß § 212 Abs. 1 StGB bzw. Körperverletzungsdelikte gemäß §§ 223 ff. StGB sowie fahrlässige Tötung nach § 222 StGB und fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB

Ein **Totschlag zum Nachteil anderer Patienten gemäß § 212 Abs. 1 StGB,** ein **Körperverletzungsdelikt gemäß §§ 223 ff. StGB**, eine **fahrlässige Tötung nach § 222 StGB bzw. eine fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB** kommen nicht in Betracht, weil nicht erwiesen bzw. nicht beweisbar ist, dass infolge des Umstands, dass dem Patienten I. in dem Match-Verfahren mit der Nummer 193952 die Spenderleber zugeteilt wurde, ein Patient verstarb oder an der Gesundheit geschädigt wurde.

(b) Versuchter Totschlag gemäß §§ 212 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich durch die bei dem Patienten B. genannten Gründen durch die Organannahme keines versuchten Totschlags schuldig gemacht. (vgl. hierzu bei B. unter cc) (3) (b)).

Zur Überzeugung der Kammer hat der Angeklagte zwar durch die Aufnahme des Patienten **I.** in die Warteliste sowie durch dessen Transplantation gegen die **Richtlinien der Bundesärztekammer** verstoßen, wonach bei Patienten mit bösartigen Erkrankungen vor der Aufnahme in die Warteliste sowie durch regelmäßige Kontrollen während der Wartezeit extrahepatisches Tumorwachstum ausgeschlossen sein muss und Patienten in fortgeschrittenen Stadien bösartiger Erkrankungen nur im Rahmen kontrollierter Studien transplantiert werden sollen. Diese Regelung bestand nicht nur zum verfahrensgegenständlichen Zeitpunkt (Gliederungspunkt II.2.3.), sondern existiert inhaltsgleich auch in den aktuellen

Richtlinien (Gliederungspunkt III.2.2.), die zuletzt mit Wirkung vom 9. Dezember 2013 geändert wurden.

Der ausnahmslose Ausschluss von Patienten mit extrahepatischem Tumorwachstum und in fortgeschrittenen Stadien bösartiger Erkrankungen (ohne Studienteilnahme) ist jedoch verfassungswidrig und damit rechtlich unbeachtlich. Die Aufnahme des Patienten I., bei dem die konkrete Gefahr bestand, dass dieser ohne Lebertransplantation kurzfristig verstorben wäre und dessen Lebenserwartung maximal noch ein halbes Jahr betragen hätte, in die Warteliste entsprach vielmehr den Voraussetzungen des § 10 Abs. 2 Nr. 2 TPG. Die Lebertransplantation war insbesondere notwendig und hatte Erfolgsaussicht [nachfolgend (aa)].

Die Falschangabe zur Gebietsansässigkeit („resident“) ist ebenfalls rechtlich unverbindlich [nachfolgend (bb)].

Auch hinsichtlich der Falschangaben zur Nierenersatztherapie hat der Angeklagte sich keine Tatumstände vorgestellt, bei deren Verwirklichung der volle Unrechtstatbestand eines Totschlags erfüllt wäre [nachfolgend (cc)].

(aa) Aufnahme des Patienten I. in die Warteliste trotz des Vorliegens einer bösartigen Erkrankung im fortgeschrittenen Stadium sowie extrahepatischem Tumorwachstum

Da sich die Erkrankung des Patienten I., der unter einem gemischten hepatozellulären und cholangiozellulären Karzinom und damit nach Angaben des Sachverständigen **Prof. Dr. B.** unter einer bösartigen Erkrankung im Sinne der BÄK-Richtlinien litt, bereits in einem fortgeschrittenen Stadium befand und zudem extrahepatisches Tumorwachstum vorlag, hätte der Patient nach den Richtlinien der Bundesärztekammer nicht in die Warteliste aufgenommen und folglich auch nicht transplantiert werden dürfen.

Die zu der verfahrensgegenständlichen Zeit gültige Richtlinie differenzierte unter dem Gliederungspunkt II.2.3. ebenso wie die aktuellen Richtlinien unter dem Gliederungspunkt III.2.2. zwischen dem Vorliegen von extrahepatischem Tumorwachstum (Absatz 1), und „fortgeschrittenen Stadien bösartiger Erkrankungen“ (Absatz 2).

(aaa) Extrahepatisches Tumorwachstum

Aus der Formulierung, bei Patienten mit bösartigen Erkrankungen *müsse* vor der Aufnahme in die Warteliste extrahepatisches Tumorwachstum ausgeschlossen sein, kann gefolgert werden, dass die Aufnahme eines entsprechenden Patienten in die Warteliste ausnahmslos nicht zulässig sein soll. Der weiteren Formulierung, es *müsse* während der Wartezeit durch regelmäßige Kontrollen extrahepatisches Tumorwachstum ausgeschlossen sein, kann wiederum entnommen werden, dass in den Fällen, in denen bei Patienten nach Aufnahme in die Warteliste extrahepatisches Tumorwachstum festgestellt wird, diese Patienten zwingend von der Warteliste genommen und bei Eurotransplant abgemeldet werden müssen und damit auch nicht transplantiert werden dürfen.

Diese Richtlinie ist verfassungswidrig. Wie bereits dargelegt hat jeder Patient, bei dem eine Lebertransplantation erforderlich ist, einen aus dem Grundrecht auf Leben (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) i.V.m. seinem Anspruch auf Schutz der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG), aus dem allgemeinen Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) und aus dem Sozialstaatsprinzip abgeleiteten Anspruch auf gleichmäßige Teilhabe am vorhandenen Organaufkommen (vgl. auch Dannecker/Streng, Rechtliche Möglichkeiten und Grenzen einer an den Erfolgsaussichten der Transplantation orientierten Organallokation, JZ 2012, 444, 445). Für einen ausnahmslosen Ausschluss von Patienten mit extrahepatischem Tumorwachstum, der unter Benachteiligung dieser Patienten dazu führt, dass ihnen eine lebensrettende oder zumindest lebensverlängernde Transplantation versagt bleibt, gibt es keine zwingenden medizinischen Gründe.

Zwar ist es denkbar, dass bei einigen Patienten mit extrahepatischem Tumorwachstum eine Lebertransplantation im Vergleich mit einer konservativen Behandlung zu einer Lebensverkürzung führen könnte. Dies wäre etwa dann der Fall, wenn durch die Einnahme von Immunsuppressiva, die nach einer Transplantation zwingend erforderlich ist, ein rasches Fortschreiten der Tumorerkrankung zu erwarten wäre. In derartigen Fällen läge ein medizinischer Grund vor, der es rechtfertigen würde, von einer Transplantation abzusehen. Dies ist aber eine Frage des Einzelfalles und bei jedem Patienten gesondert zu prüfen, weil

es auch Patienten mit extrahepatischem Tumorwachstum gibt, bei denen eine Lebertransplantation durchaus zu einer nennenswerten Lebensverlängerung führen kann. So hat der Sachverständige **Prof. Dr. B.** in Bezug auf den Patienten I. ausgeführt, dieser Patient hätte ohne Lebertransplantation eine Lebenserwartung von ungefähr einem halben Jahr gehabt. Mit Lebertransplantation sei ein Tumorrezidiv binnen zwei Jahren zu erwarten gewesen. Der Sachverständige hat des Weiteren bestätigt, dass die Lebertransplantation geeignet gewesen sei, zu einer Lebensverlängerung des Patienten **I.** zu führen. Tatsächlich hat der Patient I. nach der Transplantation noch (mindestens) knapp elf Monate gelebt. Der Sachverständige hat hierzu angegeben, er hätte bei dem Patienten I. im Hinblick auf den Organmangel gleichwohl keine Lebertransplantation durchgeführt. Selbst wenn er erst während der Operation bemerkt hätte, dass bei dem Patienten extrahepatisches Tumorwachstum vorlag, hätte er die Leber nicht transplantiert sondern über Eurotransplant weitervermitteln lassen.

Auch wenn es auf den ersten Blick nachvollziehbar erscheint, Organe aufgrund des nicht unerheblichen Organmangels denjenigen Patienten zuzuteilen, die eine möglichst lange Lebenserwartung mit einem Spenderorgan haben, so verstößt ein sich allein auf die eingeschränkte Lebenserwartung stützender ausnahmsloser Ausschluss von Patienten mit extrahepatischem Tumorwachstum von der Aufnahme in die Warteliste gegen das Grundgesetz. Eine Posteriosierung von Organempfängern, für deren Rechtfertigung ausschließlich angeführt werden kann, die posteriosierten Organempfänger würden im Vergleich zu anderen Organempfängern von dem Spenderorgan nur in geringerem Umfang profitieren, weil sie an einer die Lebenserwartung limitierenden chronischen Grunderkrankung leiden, ist verfassungswidrig (vgl. auch Dannecker/Streng, Rechtliche Möglichkeiten und Grenzen einer an den Erfolgsaussichten der Transplantation orientierten Organallokation, JZ 2012, 444, 447) und stellt einen Verstoß gegen das Verbot der Differenzierung nach dem Lebenswert gemäß Art. 2 S. 1 GG i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG dar.

In Anbetracht dessen ist die Aufnahme des Patienten I. in die Warteliste bzw. dessen Verbleib auf der Warteliste anhand der in § 10 Abs. 2 Nr. 2 TPG genannten Kriterien zu messen. Danach ist über die Aufnahme in die Warteliste nach Regeln zu entscheiden, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprechen, insbesondere nach Notwendigkeit und Erfolgsaussicht. Da der Patient

I. unter einem gemischten hepatozellulären cholangiozellulären Karzinom litt und ausweislich des Gutachtens des Sachverständigen **Prof. Dr. B.** die konkrete Gefahr bestand, dass der Patient ohne Lebertransplantation kurzfristig versterben könnte und die maximale Lebensdauer ein halbes Jahr betrage, war die Lebertransplantation auch bei diesem Patienten notwendig. Zwar bestand im Fall des Patienten I. aufgrund des fortgeschrittenen Stadiums der Erkrankung und insbesondere im Hinblick auf das extrahepatische Tumorwachstum die Gefahr eines Tumorrezidivs, das zeitnah zum Tode führen könnte. Im Rahmen der Entscheidung über den (der eigentlichen Verteilung bzw. Organzuteilung vorgelagerten) Wartelistenzugang dürfen jedoch keine zu hohen Anforderungen an die Erfolgsaussichten einer Transplantation gestellt werden. Andernfalls hätte dies zur Konsequenz, dass selbst dann, wenn ausreichend Organe zur Verfügung stünden oder ein Organ nicht vermittelbar wäre (zum Beispiel bei sehr seltener Blutgruppe), bestimmte Patienten von der Verteilung ausgeschlossen wären, obwohl ihnen eine sonst überflüssige Spenderleber zugeteilt und transplantiert werden könnte. Dies wäre mit dem allgemein anerkannten und aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 und. Art. 3 Abs. 1 GG abgeleiteten derivativen Teilhabeanspruch jedes geeigneten Patienten am vorhandenen Organaufkommen nicht zu vereinbaren (vgl. Bobbert/Dannecker/Ganten/Streng, Forum Marsilius-Kolleg 04 (2013), Gleichheit und Ungleichheit in der Leberallokation. Aktuelle Fragen klinischer Praxis und ihre Reflexion aus medizinischer, ethischer und rechtlicher Sicht, S. 7).

Da im Falle des Patienten I. die - sich letztlich bestätigende – Aussicht bestand, durch die Lebertransplantation könne das Leben dieses Patienten verlängert werden, waren die Aufnahme des Patienten in die Warteliste und sein Verbleib auf derselben rechtmäßig. Hierdurch wurde keine rechtlich relevante Gefahr für das Leben oder die Gesundheit anderer Wartelistenpatienten geschaffen.

(bbb) Fortgeschrittene Stadien bösartiger Erkrankungen

Soweit in den zum verfahrensgegenständlichen Zeitpunkt geltenden und auch in den aktuellen Richtlinien ausgeführt ist, Patienten in fortgeschritten Stadien bösartiger Erkrankungen sollen nur im Rahmen von kontrollierten Studien „*transplantiert*“ werden, kann hieraus geschlossen werden, dass diese Patienten nicht nur nicht in die Warteliste aufgenommen werden sollen, sondern auch die Verpflichtung der

Transplantationszentren bzw. Ärzte besteht, entsprechende Patienten wieder von der Warteliste zu nehmen, wenn nach der Aufnahme in die Warteliste ein fortgeschrittenes Tumorstadium festgestellt wird.
Sofern mit der Formulierung „*sollen*“ zum Ausdruck gebracht werden soll, dass ausnahmslos alle Patienten, die sich in fortgeschrittenen Stadien bösartiger Erkrankungen befinden und nicht an kontrollierten Studien teilnehmen, von der Aufnahme in die Warteliste ausgeschlossen werden, wäre dies aus denselben Gründen, die zuvor unter (aaa) dargelegt wurden, materiell verfassungswidrig und damit rechtlich unverbindlich.

Die vorgenannten Richtlinien der Bundesärztekammer unter II.2.3. sind ebenso wie die gleichlautenden aktuellen Richtlinien unter dem Gliederungspunkt III.2.2. indes auch in formeller Hinsicht verfassungswidrig. Die Bundesärztekammer leitet ihre Richtlinienkompetenz aus § 16 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 TPG iVm § 10 Abs. 2 Nr. 2 TPG ab. Als hierdurch Beliehene und zum Erlass abstrakt-genereller und verbindlicher Regelungen Ermächtigte muss sie sich hinsichtlich ihrer Normsetzungskompetenz mit den gleichen Maßstäben messen lassen wie auch der Verordnungs- und Gesetzgeber. Die gilt insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Bundesärztekammer mit ihren Regelungen über die Aufnahme in die Warteliste bzw. die Nichtaufnahme in selbige über „Leben und Tod“ entscheidet. Die danach auch von der Bundesärztekammer zu beachtende Maßstab der Normklarheit (vgl. BVerfG v. 12.10.2010 – 2 BvL 59/06, BeckRS 2010, 55320) besagt, dass Normen so bestimmt und klar abgefasst sein müssen, dass der Betroffene die Rechtslage erkennen und sein Verhalten danach ausrichten kann. Außerdem dienen die Anforderungen an Bestimmtheit und Klarheit dazu, das Verhalten des Normgebers nach Inhalt, Zweck und Ausmaß zu begrenzen, und die Gerichte in die Lage zu versetzen, dies zu kontrollieren. Zwar verstößt etwa die Verwendung unbestimmter Rechtsbegriffe nicht schon wegen deren Auslegungsbedürftigkeit gegen das rechtsstaatliche Bestimmtheitserfordernis. Dies entbindet den Normgeber aber nicht davon, seine Regelungen so zu fassen, dass sie verständlich, redaktionell genau und nicht fehleranfällig sind.
Diesen Maßstäben wird die Richtlinie nicht gerecht. So wird nicht ausreichend klar festgelegt, was unter „fortgeschrittenen Stadien“ zu verstehen ist. Sofern das Vorliegen eines fortgeschrittenen Tumorstadiums ausnahmslos den Ausschluss der

entsprechenden Patienten von der Aufnahme in die Warteliste bezwecken soll, wäre, um insbesondere die Chancengleichheit dieser Patienten gegenüber anderen Patienten zu wahren, eine Konkretisierung erforderlich, unter welchen konkreten Voraussetzungen überhaupt von einem fortgeschrittenen Stadium bösartiger Erkrankungen auszugehen ist – und – welche Standards bei den entsprechenden Untersuchungsmethoden zu beachten sind. So hat der Sachverständige **Prof. Dr. B.** ausgeführt, bei der Erkrankung HCC werde ein fortgeschrittenes Stadium im Sinne der BÄK-Richtlinien angenommen, wenn die Mailand-Kriterien nicht erfüllt seien. Zugleich hat der Sachverständige jedoch auch bekundet, dass die Anzahl und Größe der einzelnen Tumore, anhand derer das Vorliegen der Mailand Kriterien beurteilt werde, nicht immer verlässlich festgestellt werde und von den angewandten Untersuchungsmethoden abhingen. Die Frage, ob die Größe eines Tumors mit 4,9 cm (bei der die Aufnahme in die Warteliste bzw. der Verbleibt auf der Warteliste zulässig wäre) oder 5,1 cm (bei der die Aufnahme des Patienten in die Warteliste nicht zulässig wäre) gemessen werde, sei zufällig und unter anderem von der bei der Untersuchung an der bildgebenden Apparatur eingestellten Schichtdicke abhängig. Darüber hinaus könnten auch Atembewegungen des Patienten die Tumorgröße verschieben. Bei der Untersuchung entstünden daher „Unschärfen“.
Nicht zuletzt diese Ausführungen des Sachverständigen sprechen gegen einen pauschalen Ausschluss all derjenigen Patienten, bei denen vom Vorliegen eines fortgeschrittenen Stadiums einer bösartigen Erkrankung ausgegangen wird. Es existieren weder in den Richtlinien noch im Rahmen ihrer praktischen Umsetzung (verbindliche) Standards, die sicherstellen, dass die Untersuchungsergebnisse mit dem tatsächlichen Zustand der Tumore übereinstimmen. Wird bei einer Untersuchung ein Tumordurchmesser von 5,1 cm festgestellt, so ist es danach denkbar, dass dieser tatsächlich „nur“ einen Durchmesser von 4,9 cm hat. Darüber erscheint es evident, dass ein Patient mit einem Tumordurchmesser von 4,9 cm nicht zwingend eine bessere Prognose hat als ein Patient mit einem Tumordurchmesser von 5,0 oder 5,1 cm.

Da der ausnahmslose Ausschluss von Patienten der vorgenannten Art von der Aufnahme in die Warteliste verfassungswidrig und damit rechtlich unverbindlich ist und im Übrigen die Voraussetzungen für die Aufnahme des Patienten I. in die Warteliste vorlagen, hat der Angeklagte durch die Aufnahme dieses Patienten in die

Warteliste (und auch durch die später erfolgte Transplantation) keine rechtlich relevante Gefahr für andere Wartelistenpatienten geschaffen.

(bb) Meldung bei Eurotransplant als „resident“

Dass der Patient I. zum Zeitpunkt der Registrierung bei Eurotransplant weder die Staatsangehörigkeit eines ET-Staates besaß noch berechtigterweise für länger als sechs Monate in einem ET-Land lebte oder arbeitete, zu Unrecht als „resident“ gemeldet wurde, lässt die Voraussetzungen für dessen Aufnahme in die Warteliste des Zentrums der UMG und dessen Registrierung bei Eurotransplant nicht entfallen.

Zwar existierte zur verfahrensgegenständlichen Zeit in dem ET-Manual im Kapitel 2 unter dem Gliederungspunkt 2.1.5.4 die Regelung, wonach die Anzahl an Registrierungen nicht-gebietsansässiger Patienten unter anderem für Leber-(Re-)-Transplantationen 5 % der Gesamtzahl an (erstmaligen oder wiederholten) Transplantationen postmortaler Organe dieses Zentrums im Vorjahr nicht übersteigen sollte. Gegen diese heute nicht mehr geltende Regelung wurden ebenfalls erhebliche verfassungsrechtliche Bedenken geltend gemacht. So wurde die Auffassung vertreten, die Zulassungsbeschränkung von „Non-ET-Residents“ sei jedenfalls in den Fällen rechts- bzw. verfassungswidrig, in denen sich diese Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Warteliste in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten. Denn durch diesen Aufenthalt entstehe für den Patienten – Eignung und Bedürftigkeit vorausgesetzt – ein Anspruch auf Teilhabe am deutschen Transplantationssystem nach § 10 Abs. 2 Nr. 2 TPG bzw. Art. 2 Abs. 2 S. 1 i.V.m. Art 3 Abs. 1 GG und dem Sozialstaatsprinzip, der mangels medizinischen Bezugs bzw. Verhältnismäßigkeit nicht durch eine Zulassungsbeschränkung für Non-ET-Residents eingeschränkt werden könne (vgl. Bader, Organmangel und Organverteilung, 2010, S. 421).
Hierauf kommt es jedoch letztlich nicht mehr an, weil diese 5 %-Regelung inzwischen, was der Sachverständige **Prof. Dr. B.** bestätigt hat, von Eurotransplant aufgehoben wurde.
Insoweit ist in entsprechender Anwendung von § 2 Abs. 3 StGB die für den Angeklagten günstigere Version der Regelung zugrunde zu legen. Bereits aus diesem Grund ist die genannte Zugangsbeschränkung für Non-ET-Residents rechtlich unverbindlich.

(cc) Falschangabe zur Nierenersatztherapie

Die Veranlassung der Übermittlung falscher Patientendaten zur Nierenersatztherapie stellt bereits objektiv kein Tötungsunrecht dar und erfüllt somit auch nicht den Tatbestand des (versuchten) Totschlags. Die Manipulationen bzgl. der Falschangaben zur Nierenersatztherapie waren zum Zeitpunkt ihrer Vornahme bzw. der Annahme der dergestalt erlangten Organe vielmehr nicht mit Strafe bedroht und erfüllen deshalb auch nicht den Tatbestand eines anderen Strafgesetzes. Eine Bestrafung des Angeklagten scheidet daher aus (Art. 103 Abs. 2 GG).

(aaa) Die Regeln über die Organvermittlung bzw. Organzuteilung nach § 9 Abs. 1 S. 2 TPG i. V. m. § 12 Abs. 3 S. 1 TPG i.V.m. § 16 Abs. 1 S. 1. Nr. 5 TPG i.V.m. den von Eurotransplant in dem ET-Manual erstellten Regelungen dienen aus den bei dem Patienten B. unter cc) (2) (c) (bb) dargelegten Gründen nicht den Zweck, individuelles Leben zu schützen. Sie sollen vielmehr Verteilungsgerechtigkeit gewährleisten. Verstöße gegen diese Regelungen stellen damit auch kein Tötungsunrecht i.S.d. § 212 StGB, der gerade dem Schutz individuellen Lebens dient.

(bbb) Aber selbst wenn man die Rechtsauffassung verträte, dass vom Schutzzweck der Zuteilungsregelungen auch das individuelle Leben umfasst würde, läge im Fall des Patienten I. kein Tatentschluss für einen versuchten Totschlag vor. Hinsichtlich des erstverdrängten Patienten vertraute der Angeklagte begründet darauf, dass dieser (sofern die Spenderleber für diesen Patienten überhaupt angenommen worden wäre) zeitnah und rechtzeitig ein passendes Organangebot bekommen und hiermit überleben werde. Tatsächlich wurde der erstverdrängte Patient auch transplantiert und überlebte, nachdem er nach der Manipulation des Angeklagten ausweislich der Match-Liste von Eurotransplant noch 19 weitere Erstangebote erhielt und mit dem 20sten schließlich transplantiert wurde.
Hinsichtlich der übrigen Patienten lag aus den vorstehend bei dem Patienten B. unter cc) (3) (c) (cc) (bbb) (aaa) dargelegten Gründen, die für den Patienten I. ebenfalls Geltung haben, kein Tatentschluss hinsichtlich eines versuchten Totschlags vor. So fehlt es bereits am intellektuellen Moment, als bei dieser Patientengruppe aus Sicht

der Rechtsprechung der Kausalverlauf nicht mehr versehbar war bzw. ein ursächlich durch die Manipulation verursachter Tod (was nicht feststellbar ist) aus der Perspektive der herrschenden Lehre nicht objektiv zurechenbar wäre. Die im Rahmen der Beweiserhebung getroffenen Feststellungen hinsichtlich der tatsächlichen Verhältnisse innerhalb dieser Patientengruppe haben im Falle des Patienten I. ergeben, dass von den 9 insgesamt untersuchten Patienten 7 transplantiert und 1 Patient von der Warteliste genommen, nachdem er nach der Manipulation des Angeklagten noch 39 Erstangebote erhalten hatte. Von den transplantierten Patienten verstarben 3 noch nach ihrer Transplantation. 1 weiterer Patient verstarb untransplantiert auf der Warteliste, wobei diesem vor seinem Tod noch 8 Erstangebote gemacht wurden.

(c) Versuchte Körperverletzungsdelikte gemäß §§ 223 ff., 22, 23 Abs. 1 StGB

(aa) Da Schutzzweck der Organzuteilungsregeln die Gewährung einer Verteilungsgerechtigkeit als Ausdruck der Menschenwürde ist, ist die Verkürzung oder Linderung von körperlichen Leiden nicht vom Schutzweck dieser Regelungen umfasst. Auch hier gilt, dass die Annahme der Spenderleber für den Patienten I. zwar eine äußerst gefährliche und moralisch und ethisch zu missbilligende Verletzung der Verteilungsgerechtigkeit und des Vertrauens der Allgemeinheit in die Lauterkeit und Funktionsfähigkeit des Organverteilungssystems, jedoch keine zurechnungsgeeignete Körperverletzungshandlung im Sinne der §§ 223 ff. StGB darstellt.
Daher hat sich der Angeklagte durch die Organannahme für den Patienten I. in Kenntnis des Umstands, dass falsche Angaben zur Nierenersatztherapie gemacht wurden, auch nicht eines **versuchten Körperverletzungsdelikts gemäß §§ 223 ff., 22, 23 Abs. 1 StGB** zum Nachteil anderer Patienten schuldig gemacht.

(bb) Selbst wernn die von dem Angeklagten durchgeführte Manipulation den objektiven Straftatbestand des § 223 StGB erfüllen würde, hätte der Angeklagte nicht vorsätzlich gehandelt. Insoweit wird auf die vorstehendenden Ausführungen bei dem Patienten B. unter cc) (3) (c) (bb) Bezug genommen.

(2) Straftaten zum Nachteil des Patienten I.

(a) Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich durch die Lebertransplantation **keiner vorsätzlichen Körperverletzung** gemäß **§ 223 Abs. 1 StGB zum Nachteil des Patienten I.** schuldig gemacht.

Die durch die Lebertransplantation tatbestandlich begangene vorsätzliche Körperverletzung ist entweder durch ausdrücklich erteilte oder, sofern der Patient I. nicht nochmals vor der Transplantation seine Einwilligung erteilt haben sollte, zumindest durch eine mutmaßliche Einwilligung gerechtfertigt. Der Patient I. hatte bereits bei der Aufnahme in die Warteliste seine Einwilligung in eine Lebertransplantation erteilt und es sind keine Anhaltspunkte dafür zutage getreten, dass er seine Einstellung geändert hatte. Die Lebertransplantation verstieß auch nicht gegen die guten Sitten im Sinne des § 228 StGB. Insoweit wird auf die obigen Ausführungen unter C. II. 2. b) cc) (2) (a) (cc) (Patient S.) Bezug genommen.

(b) Versuchte Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich auch keiner **versuchten Körperverletzung** gemäß **§§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB** schuldig gemacht.
Es sind keine Anhaltspunkte dafür erkennbar, dass der Angeklagte davon ausging, dass die Durchführung der Lebertransplantation bei dem Patienten I. nicht erforderlich gewesen sei bzw. dass er die Transplantation aus sachfremden Erwägungen wie etwa der Steigerung der Transplantationszahlen durchführte. Die Erlangung einer Bonuszahlung scheidet auch hier als Motivation aus, weil der Angeklagte ab dem Jahr 2011 keine Sonderboni erhielt, die an die Anzahl der Lebertransplantationen geknüpft waren. Ebenso wenig liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass der Angeklagte davon ausging, die Lebertransplantation entspreche nicht dem (mutmaßlichen) Willen des Patienten I..

(c) Fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB

Der Angeklagte hat sich auch keiner **fahrlässigen Tötung** gemäß **§ 222 StGB** schuldig gemacht.

Anhaltspunkte dafür, dass der Tod des Patienten I. in direktem Zusammenhang mit der Lebertransplantation stand bzw. auf einem Behandlungsfehler des Angeklagten beruht, haben sich nicht ergeben. Die Transplantation entsprach dem (mutmaßlichen) Willen des Patienten I. und wurde ausweislich der Ausführungen des Sachverständigen **Prof. Dr. B.** nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt.

(3) Weitere Straftaten

Anhaltspunkte für die Begehung weiterer Straftaten haben sich ebenfalls nicht ergeben. Insoweit wird auf die oben bei dem Patienten B. unter C. II. 2. e) cc) (1), (2), (5) bis (10) gemachten Ausführungen Bezug genommen, die bei dem Patienten I. entsprechende Geltung haben. Insbesondere hat der Angeklagte sich aufgrund der von der Zeugin S. gegenüber Eurotransplant getätigten Angaben im Rahmen der Beantragung des exceptionalMELD sowie zur Nierenersatztherapie **nicht des Ausstellens unrichtiger Gesundheitszeugnisse in mittelbarer Täterschaft** gemäß **§§ 278, 25 Abs. 1 Alt. 2 StGB** schuldig gemacht, da es sich bei der Zeugin um eine Verwaltungsangestellte und damit nicht um eine Ärztin oder approbierte Medizinalperson handelt.

(4) Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (vom 4. September 2007) durch Übertragung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG

Die am 12. Januar 2010 von dem Angeklagten durchgeführte Übertragung der Spenderleber auf den Patienten I. erfüllt nicht den Tatbestand des § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (in der Fassung vom 4. September 2007), weil nicht nachweisbar ist, dass die Spenderleber von Eurotransplant an den Patienten I. nicht nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprachen, vermittelt wurde. Insbesondere ist nicht erwiesen, dass das Organ nicht nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit vermittelt wurde und der Patient I. kein geeigneter Patient im Sinne des § 12 Abs. 3 S. 1 TPG (in der Fassung vom 20. Juli 2007) war.

Hinsichtlich des Anwendungsbereichs und der tatbestandlichen Voraussetzungen des § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (in der Fassung vom 4. September 2007) wird auf die bei dem Patienten B. oben unter C. II. 2. e) cc) (11) insoweit gemachten Ausführungen Bezug genommen.

Der Patient I. litt unter einem gemischt hepatozellulär cholangiozellulären Karzinom und es bestand die konkrete Gefahr, dass er ohne Lebertransplantation kurzfristig versterben würde. Medizinische Gründe, die – abgesehen von den allgemeinen Transplantations- bzw. Operationsrisiken – erwarten ließen, dass er die Transplantation nicht überleben oder kurze Zeit später versterben würde, waren nicht bekannt. Die Lebertransplantation war daher erforderlich, dringlich und hatte zudem auch Erfolgsaussicht. Da nachträglich nicht mehr festgestellt werden kann, welcher Patient die Spenderleber bei regulärem Matchverlauf erhalten und ob dieser Patient die Spenderleber dringender zum Überleben benötigt hätte als der Patient I., konnte dem Angeklagten aus den dargelegten Gründen nicht nachgewiesen werden, dass er am 12. Januar 2011 entgegen § 9 Abs. 1 TPG in der Fassung vom 4. September 2010 eine Spenderleber auf den Patienten I. übertrug.

dd) Ergebnis zu dem Patienten I.

(1) Hinsichtlich der **Tatvorwürfe**,

● der Angeklagte sei zum Zeitpunkt der Organannahme davon ausgegangen, dass der durch Falschangaben gegenüber Eurotransplant erreichte exceptionalMELD des Patienten I. sich auf die Organzuteilung ausgewirkt habe und

● auf Veranlassung des Angeklagten seien Blutproben des Patienten I. manipuliert bzw. falsche Blutwerte an Eurotransplant gemeldet worden,

war der Angeklagte aus **tatsächlichen** Gründen freizusprechen, weil insoweit bereits ein Tatnachweis nicht geführt werden konnte.

(2) Bezüglich des Verdachts, dass der Angeklagte durch die am **12. Januar 2011** erfolgte **Übertragung der Spenderleber** auf den Patienten I. einen **Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG** in der Fassung vom 4. September 2007 begangen haben könnte, erfolgte der Freispruch ebenfalls aus **tatsächlichen** Gründen.

(3 Hinsichtlich der **Tatvorwürfe**, der Angeklagte habe

● den Patienten I. in **die Warteliste aufgenommen** und **transplantiert**, obwohl bei diesem bereits extrahepatisches Tumorwachstum bzw. ein fortgeschrittenes Stadium einer bösartigen Erkrankung vorgelegen habe und

● veranlasst, dass der Patient I. bei Eurotransplant als „resident“ registriert wurde und

● die Mitarbeiterin des Transplantations-Koordinationsbüros E.S. direkt oder über eine andere Person veranlasst, am **3. Januar 2011** gegenüber Eurotransplant anzugeben, der Patient I. habe zweimal innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test eine Nierenersatztherapie erhalten bzw. in Kenntnis des Umstands, dass diese Mitteilung **am 10. Januar 2011** wiederholt worden sei, am **11. Januar 2011** das Organangebot für den Patienten I. angenommen

erfolgte der Freispruch jeweils aus **rechtlichen** Gründen, weil durch keine dieser Handlungen der Tatbestand eines Strafgesetzes erfüllt wurde.

g) Patient H.-J.W. (Ziffer 6. der Anklage)

Auch hinsichtlich der Anklagevorwürfe betreffend den Patienten W. war der Angeklagte freizusprechen. Hinsichtlich des Vorwurfes, der Angeklagte habe am 31. März 2011 die Aufnahme des Patienten in die Warteliste veranlasst und bei diesem am 1. April 2011 eine Lebertransplantation durchgeführt, obwohl der Patient unter einer alkoholinduzierten Leberzirrhose gelitten und noch keine 6 Monate vollständiger Alkoholabstinenz eingehalten habe, war der Angeklagte aus tatsächlichen Gründen freizusprechen. Es war bereits nicht nachweisbar, dass die Leberzirrhose des Patienten W. alkoholinduziert war, also Alkoholmissbrauch Ursache der Leberzirrhose war. Zwar hat der Angeklagte veranlasst bzw. gebilligt, dass am 31. März 2011 gegenüber Eurotransplant die unzutreffende Angabe gemacht wurde, bei dem Patienten W. habe zweimal innerhalb der Woche vor dem Kreatinintest vom 30. März 2011 eine Nierenersatztherapie stattgefunden. Diese Handlung erfüllte indes zum verfahrensgegenständlichen Zeitpunkt nicht den Tatbestand eines Strafgesetztes, weshalb der Angeklagte insoweit aus Rechtsgründen freizusprechen war.

Die Annahme des Spendenorgans für den Patienten W. am 31. März 2011 in Kenntnis des Umstandes, dass Falschangaben zur Nierenersatztherapie gemacht wurden bzw. die am 11. April 2011 erfolgte Übertragung der Spenderleber auf den Patienten W. erfüllen ebenfalls nicht den Tatbestand eines Strafgesetztes weshalb der Angeklagte insoweit ebenfalls aus rechtlichen Gründen freizusprechen war.

aa) Feststellungen

(1) Zusammenfassung des wesentlichen Ergebnisses der Beweisaufnahme

Der am (…) geborene **Patient H.-J.W.** litt unter einer Leberzirrhose, die nicht ausschließbar durch eine Hepatitis C-Infektion verursacht wurde und damit Hepatitis C induziert war. In der Vergangenheit hatte der Patient sowohl einen Drogen- als auch einen Alkoholabusus betrieben. Am 1. April 2011 wurde ihm durch den Angeklagten eine Spenderleber transplantiert. Die Lebertransplantation, die im Hinblick auf den lebensbedrohlichen Zustand des Patienten W. dringlich war, wurde zu Heilzwecken und nach den Regeln der ärztlichen
Kunst durchgeführt. Die Operation entsprach, was dem Angeklagten bewusst war, dem Willen des Patienten.

Als der Patient W. am 31. März 2011 in die Warteliste aufgenommen und am Folgetag transplantiert wurde, hatte dieser, was der Angeklagte in Kauf nahm, noch keine sechs Monate vollständige Alkoholabstinenz eingehalten.

Zum Zeitpunkt der Organzuteilung war für den Patienten W. durch Eurotransplant ein unzutreffender labMELD von 40 zugrunde gelegt worden. Diesen MELD-Score hatte der Patient nur deshalb erreicht, weil die Mitarbeiterin des Transplantations-Koordinationsbüros E.S. am 31. März 2011 gegenüber Eurotransplant angegeben hatte, bei dem Patienten sei innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test vom 30. März 2011 zweimal eine Nierenersatztherapie durchgeführt worden. Dies war jedoch nicht zutreffend.

Die Informationen bzgl. der Nierenersatztherapie erhielt die Zeugin S. entweder direkt von dem Angeklagten oder auf Veranlassung bzw. mit Billigung des Angeklagten von einer anderen Person. Ziel der Falschmeldung war, für den Patienten W. einen höheren MELD-Score zu erreichen und hiermit seine Chancen auf eine Organzuteilung zu erhöhen.

Mit dem MELD-Score von 40 stand der Patient in dem Match-Verfahren mit der Nummer 195907, das schließlich zur Organzuteilung führte, auf dem Ranglistenplatz 38. Wenn hinsichtlich des Patienten W. zutreffende Angaben gemacht worden wären, hätte er an diesem Match-Verfahren mit einem MELD-Score von 28 teilgenommen. Die zehn Patienten, die unmittelbar hinter dem Patienten auf den Ranglistenplätzen 39 bis 48 standen, hatten einen MELD-Score zwischen 31 und 33.

Der Angeklagte ging, als er die Spenderleber für den Patienten W. annahm, davon aus, dass sein Patient diese Spenderleber von Eurotransplant gegebenenfalls nicht angeboten bzw. zugeteilt bekommen hätte, wenn am 31. März 2011 gegenüber Eurotransplant zutreffende Angaben gemacht worden wären. In diesem Fall hätte, was dem Angeklagten ebenfalls bewusst war, der Patient W. mit einem deutlich niedrigeren MELD-Score als 40 an dem Match-Verfahren teilgenommen. Dies hätte wiederum zur Folge haben können, dass ein anderer Patient mit einem höheren MELD-Score das Organangebot erhalten hätte. Aber auch wenn das Organ im weiteren Verlauf im Rahmen einer „kompetitiven“ Rettungsallokation zugeteilt worden wäre, wäre es wenig wahrscheinlich gewesen, dass der Patient W. dieses konkrete Organ im Rahmen eines „kompetitiven“ Zentrumsangebots erhalten hätte. Auch dies war dem Angeklagten ebenso bewusst wie der Umstand, dass derjenige Patient, der

das Organ tatsächlich zugeteilt bekommen hätte, in die Gefahr geraten könnte, nicht mehr rechtzeitig ein weiteres passendes Organangebot zu erhalten und aufgrund dessen zu versterben. Er vertraute allerdings darauf, dass der erstverdrängte Patient, zeitnah und damit rechtzeitig ein weiteres passendes Organangebot erhalten und durch die fehlerhafte Organzuteilung keinen gesundheitlichen Schaden erleiden werde.

Im Einzelnen hat die Kammer folgende Feststellungen getroffen:

(2) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der Transplantation

In den Jahren 1989 bis 1991 lebte der Patient W. in Indien. 1992 wurde bei ihm eine Hepatitis C-Infektion festgestellt. Seit dieser Zeit befand er sich regelmäßig in ärztlicher Behandlung.
Trotz seiner Lebererkrankung betrieb der Patient W. über mehrere Jahre einen Drogen- und Alkoholabusus. In der Zeit von Oktober 2009 bis April 2010 absolvierte er in (…) eine Drogentherapie. Im Anschluss daran befand er sich für vier Monate zur Adaption im Therapiezentrum OPEN in G.. Während dieser Zeit konsumierte er weder Alkohol noch Drogen. Nach der Adaption lebte er allein G. und begann aus Einsamkeit erneut Alkohol zu konsumieren. Im weiteren Verlauf ging es dem Patienten W. gesundheitlich zunehmend schlechter. Er fühlte sich sehr schwach und schläfrig und konnte sich kaum noch selbst versorgen.

Am 10. Februar 2010 stellte die Gemeinschaftspraxis Dr. F.B. / Dr. E.B. eine „Verordnung von Krankenhausbehandlung“ aus. In dieser Verordnung ist ausgeführt, dass bei dem Patienten W. ein alkoholtoxisches und Hepatitis C-bedingtes Leberversagen vorliege und der Patient seit circa zwei Wochen „trocken“ sei. Daraufhin wurde der Patient W. in der Zeit vom 15. Februar bis zum 8. März 2011 in dem Krankenhaus (…) stationär behandelt. Dort wurden unter anderem ein subakutes Leberversagen bei chronischem Alkoholabusus und chronischer Hepatitis C sowie eine Leberzirrhose „CHILD III“ (gemeint: Child C), eine Hepatische Enzephalopathie II. – III. Grades, Ösophagusvarizen II. Grades und

Aszites diagnostiziert. Nach Stabilisierung seines Gesundheitszustands wurde der Patient W. am 8. März 2011 zur Entzugstherapie in das (…) Fachklinikum in G. verlegt. Da sich während des Aufenthalts in dem (…) Fachklinikum in G. der

Allgemeinzustand und die Leberfunktion des Patienten W. verschlechtert hatten, wurde er am 21. März 2011 in das Krankenhaus (…) zurückverlegt. Dort wurden unter anderem ein „Akut on chronic liver failure (= akut-auf-chronisches Leberversagen) bei Hepatitis C-Virus- und alkoholindizierte Leberzirrhose im Stadium „CHILD III“ diagnostiziert und eine Evaluation für eine Lebertransplantation durchgeführt.

Am 31. März 2011 wurde der Patient W. vom Krankenhaus (…) in die Transplantations-Ambulanz der UMG überführt. Dort traf er unter anderem auf den Angeklagten, den gesondert Verfolgten Dr. L. und den Arzt A.-A.. Ihm wurde erläutert, dass er dringend eine Lebertransplantation benötige. Der Patient W., der mit der Aufnahme in die Warteliste und der Durchführung einer Lebertransplantation einverstanden war, unterzeichnete am 31. März 2011 das Formular „Einwilligung zur „Lebertransplantation“. Sodann kehrte er in das Krankenhaus (…) zurück.

Noch am selben Tag wurde der Patient bei Eurotransplant als Empfänger für eine Lebertransplantation unter der ET-Nr. N registriert. Die Zeugin S. übermittelte am 31. März 2011 um 13:07:40 Uhr folgende Daten an Eurotransplant:

Probendatum:	*„30-03-2011“*
Kreatinin:	*„0,75“* mg/dl
Bilirubin:	*„12,60“* mg/dl
INR:	*„2,80“*
Nierenersatztherapie	
2x pro Woche:	*„Yes“* (= Ja)
Mars Therapie:	*„No“* (= Nein)“

Die Angabe, dass bei dem Patienten W. zweimal innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test eine Nierenersatztherapie stattgefunden habe, war unzutreffend. Die Anweisung zur Übermittlung dieser Angaben stammte entweder direkt von dem Angeklagten oder auf Veranlassung bzw. mit Billigung des Angeklagten von einer anderen Person.

Der MELD-Score des Patienten W. betrug, da der Kreatinin-Wert aufgrund der unzutreffenden Angabe zur Nierenersatztherapie bei der Berechnung des MELD-Score auf 4,00 mg/dl festgesetzt wurde, nunmehr 40. Wenn die Frage zur Nierenersatztherapie korrekt beantwortet und der MELD-Berechnung der gemessene Kreatinin-Wert von 0,75 mg/dl zugrunde gelegt worden wäre, hätte der Patient einen MELD-Score von 28 gehabt.

Nachdem Eurotransplant die von der Zeugin S. übersandten Ergebnisse der Blutuntersuchung geprüft und akzeptiert hatte, nahm der Patient W. nunmehr mit einem MELD-Score von 40 an den nachfolgenden Match-Verfahren teil.

Dem Angeklagten war bei Aufnahme des Patienten in die Warteliste und auch bei dessen Transplantation bewusst, dass der Patient nicht sechs Monate alkoholabstinent war. Gleichwohl erfolgte keine Abklärung dieser Frage, weil die Nichteinhaltung der Alkoholkarenzzeit die Entscheidung des Angeklagten, bei dem Patienten W. eine Transplantation durchzuführen, nicht beeinflusst hätte.

(3) Organallokation und Transplantation

(a) (aa) Am 31. März 2011 wurde um 19:00 Uhr bei der Stiftung Eurotransplant ein Spender registriert. Es handelte sich um einen Patienten, der mit einem Schädel-Hirn-Trauma am 29. März 2011 im Krankenhaus aufgenommen worden war. Am 31. März 2011 wurde der Hirntot diagnostiziert. Der Spender war zum Zeitpunkt des Todes 26 Jahre alt und hatte einen BMI von 28. Bei einer angenommen kalten Ischämiezeit von acht Stunden betrug der Donor Risk Index 1,11. Der Spender erhielt die Spendernummer 137964.

(bb) Das Match-Verfahren, in dem diese Spenderleber verteilt wurde, hatte die Match-Nr. 195907 und begann am 31. März 2011 um 19:07 Uhr. Der Patient W., der mit einem MELD-Score von 40 an diesem Match-Verfahren teilnahm, befand sich auf dem Ranglistenplatz 38. Bei dem Patienten, der sich auf der 1. Position der Match-Liste befand, handelte es sich um einen Patienten mit der Dringlichkeitsstufe „HU“. Auf dem 2. – 34. Ranglistenplatz befanden sich Patienten aus den Niederlanden. Hierbei handelte es sich um Patienten, bei denen eine sogenannte Angebotsverpflichtung bestand („obligation to offer“). Hinsichtlich der Bedeutung einer solchen Angebotsverpflichtung wird auf die obigen Ausführungen unter C. II. 1. a) bb) (3) (a) (bb) (ccc) Bezug genommen. Nachdem für keinen dieser Patienten das Organangebot angenommen worden war, erhielt der Patient W. das Organangebot, das von dem Angeklagten angenommen wurde.
Wenn der Patient W. mit einem MELD-Score von 28 an dem Match-Verfahren teilgenommen hätte, hätten mindestens zehn weitere Patienten vor ihm gestanden, die einen matchMELD zwischen (aufgerundet) 31 und 33 hatten.

(cc) Der Angeklagte ging bei der Annahme der Leber davon aus, dass sein Patient diese Spenderleber von Eurotransplant gegebenenfalls nicht angeboten bzw. zugeteilt bekommen hätte, wenn am 31. März 2011 gegenüber Eurotransplant zutreffende Angaben gemacht worden wären. In diesem Fall hätte, was dem Angeklagten ebenfalls bewusst war, der Patient W. mit einem niedrigeren MELD-Score als 40 an diesem Match-Verfahren teilgenommen. Dies hätte wiederum zur Folge haben können, dass ein anderer Patient mit einem höheren MELD-Score das Organangebot erhalten und auch angenommen hätte. Aber selbst dann, wenn das Organ im weiteren Verlauf im Rahmen einer „kompetitiven“ Rettungsallokation zugeteilt worden wäre, wäre es wenig wahrscheinlich gewesen, dass der Patient W. dieses konkrete Organ im Rahmen eines „kompetitiven“ Zentrumsangebots erhalten hätte.
Dem Angeklagten war des Weiteren aufgrund seiner besonderen Kenntnisse und Fähigkeiten und seiner langjährigen Berufserfahrung im Bereich der Transplantationsmedizin bewusst, dass derjenige Patient, der das Organ tatsächlich zugeteilt bekommen hätte, aufgrund der Annahme der Spenderleber für den Patienten W. in die Gefahr geraten könnte, nicht mehr rechtzeitig ein weiteres passendes Organangebot zu erhalten und aufgrund dessen zu versterben. Er vertraute allerdings darauf, dass zumindest der erstverdrängte Patient zeitnah und damit rechtzeitig ein weiteres passendes Organangebot erhalten und durch die fehlerhafte Organzuteilung keinen gesundheitlichen Schaden erleiden werde.

(dd) Nachdem der Angeklagte das Organangebot für den Patienten W. angenommen hatte, wurde dieser erneut vom Krankenhaus Neu-Mariahilf in die UMG gebracht. Dort erteilte er nochmals seine Einwilligung in die Lebertransplantation.

(ee) Am 1. April 2011 wurde die Lebertransplantation bei dem Patienten W. zu Heilzwecken und nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt. Verantwortlicher Operateur war der Angeklagte, der zu diesem Zeitpunkt davon ausging, dass bei dem Patienten eine Leberzirrhose vorlag und dieser ohne Transplantation zeitnah versterben würde. Aus diesem Grund hielt der Angeklagte die Durchführung der Transplantation nicht nur für erforderlich, sondern auch für

äußerst dringlich. Darüber hinaus ging der Angeklagte davon aus, dass die Transplantation dem Willen des Patienten entsprach.

(4) Verlauf nach der Transplantation

Der postoperative Verlauf war unauffällig. Zwar kam es zu einer akuten Abstoßungsreaktion. Diese konnte jedoch erfolgreich behandelt werden. Am 27. April 2011 wurde der Patient in die (…) Fachklinik (…) verlegt. Dort absolvierte der Patient eine Alkohol-Entzugstherapie.

Der Patient W. lebt nach wie vor mit der Spenderleber (Stand: Dezember 2013), die ihm am 1. April 2011 vom Angeklagten transplantiert wurde.

(5) Weiterer Verlauf in Bezug auf die ersten neun Patienten, die von dem Patienten W. überholt wurden

Hinsichtlich der Patienten, die sich auf den Ranglistenplätzen 39 - 47 befanden, ergab sich nach dieser Allokation der folgende Verlauf:

Ranglisten-platz	**Anzahl der Leberangebote nach dieser Allokation**	**Anzahl der abgelehnten Leber<u>erst-</u>angebote nach dieser Allokation (Stand: 16.07.2013)**	**Erste Leber-transplantation nach dieser Allokation (22.06.2011) (Stand: 17.06.2013)**	**Aktueller Status (Stand: 17.06.2013)**	**Zeitpunkt des Todes**	**Todesursache**
39	10	6	07.05.2011 23:40	Transplantiert		
40	25	19	07.06.2011 12:30	Transplantiert		
41	9	6	30.04.2011	Transplantiert		
42	6	3	18.04.2011	Transplantiert		
43	10	8		Von der Warteliste entfernt. Empfänger hat sich erholt		
44	1	0	20.04.2011 14:00	Transplantiert		
45	3	2	09.06.2011 04:00	Transplantiert		
46	33	25	10.06.2011 20:00	Transplantiert		
47	6	5	19.08.2011 05:20	Transplantiert		

bb) Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung

[…]

cc) Rechtliche Würdigung

(1) Straftaten zum Nachteil anderer Patienten

(a) Totschlag gemäß § 212 Abs. 1 StGB bzw. Körperverletzungsdelikte gemäß §§ 223 ff. StGB sowie fahrlässige Tötung nach § 222 StGB und fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB

Ein **Totschlag zum Nachteil anderer Patienten gemäß § 212 Abs. 1 StGB** bzw. ein **Körperverletzungsdelikt gemäß §§ 223 ff. StGB**, eine **fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB bzw. eine fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB** kommen nicht in Betracht. Es konnte nicht bewiesen werden und ist auch nicht beweisbar, dass infolge der Zuteilung und Annahme einer Spenderleber an bzw. für den Patienten W. in dem Match-Verfahren mit der Nummer 195907 ein Patient verstarb oder an der Gesundheit geschädigt wurde.

(b) Versuchter Totschlag gemäß §§ 212 Abs. 1 , 22, 23 Abs. 1 StGB bzw. versuchte Körperverletzungsdelikt gemäß §§ 223 ff., 22, 23 Abs. 1 StGB durch die Annahme einer Spenderleber trotz Falschangaben

Der Angeklagte hat sich durch die Annahme der Spenderleber in Kenntnis des Umstands, dass für den Patienten W. zuvor Falschangaben zur Nierenersatztherapie gemacht worden waren, weder eines **versuchten Totschlags gemäß §§ 212 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB** noch eines **versuchten Körperverletzungsdeliktes gemäß §§ 223 ff., 22, 23 Abs. 1 StGB** schuldig gemacht.

Die Veranlassung der Übermittlung falscher Patientendaten zur Nierenersatztherapie stellt bereits objektiv kein Tötungsunrecht bzw. keine Körperverletzung dar und erfüllt somit auch nicht den Tatbestand des (versuchten) Totschlags gemäß §§ 212, 22, 23 Abs. 1 StGB bzw. den der §§ 223, 22, 23 Abs. 1 StGB. Die Manipulationen bzgl. der Falschangaben zur Nierenersatztherapie waren zum Zeitpunkt ihrer Vornahme bzw.

der Annahme der dergestalt erlangten Organe vielmehr nicht mit Strafe bedroht und erfüllen deshalb auch nicht den Tatbestand eines anderen Strafgesetzes. Eine Bestrafung des Angeklagten scheidet daher aus (Art. 103 Abs. 2 GG).
Die Regeln über die Organvermittlung bzw. Organzuteilung nach § 9 Abs. 1 S. 2 TPG i. V. m. § 12 Abs. 3 S. 1 TPG i.V.m. § 16 Abs. 1 S. 1. Nr. 5 TPG i.V.m. den von Eurotransplant in dem ET-Manual erstellten Regelungen dienen aus den bei dem Patienten B. unter cc) (3) (c) (bb) dargelegten Gründen nicht dem Zweck, individuelles Leben oder die körperliche Unversehrtheit zu schützen. Sie sollen vielmehr Verteilungsgerechtigkeit gewährleisten. Verstöße gegen diese Regelungen stellen damit auch kein Tötungsunrecht i.S.d. § 212 StGB, der gerade dem Schutz individuellen Lebens dient. Sie stellen auch kein Körperverletzungsunrecht dar.

Aber selbst wenn man die Rechtsauffassung verträte, dass vom Schutzzweck der Zuteilungsregelungen auch das individuelle Leben umfasst würde, läge im Fall des Patienten W. kein Tatentschluss für einen versuchten Totschlag vor. Hinsichtlich des erstverdrängten Patienten vertraute der Angeklagte begründet darauf, dass dieser (sofern die Spenderleber für diesen Patienten überhaupt angenommen worden wäre) zeitnah und rechtzeitig ein passendes Organangebot bekommen und hiermit überleben werde. Tatsächlich wurde der erstverdrängte Patient auch transplantiert und überlebte, nachdem er nach der Manipulation des Angeklagten ausweislich der Match-Liste von Eurotransplant noch 6 weitere Erstangebote erhielt und mit dem 7sten schließlich transplantiert wurde.

Hinsichtlich der übrigen Patienten lag aus den vorstehend bei dem Patienten B. unter cc) (2) (c) (cc) (bbb) dargelegten Gründen, die für den Patienten W. ebenfalls Geltung haben, kein Tatentschluss hinsichtlich eines versuchten Totschlag vor. So fehlt es bereits am intellektuellen Moment, als bei dieser Patientengruppe aus Sicht der Rechtsprechung der Kausalverlauf nicht mehr versehbar war bzw. ein ursächlich durch die Manipulation verursachter Tod (was nicht feststellbar ist) aus der Perspektive der herrschenden Lehre nicht objektiv zurechenbar wäre. Die im Rahmen der Beweiserhebung getroffenen Feststellungen hinsichtlich der tatsächlichen Verhältnisse innerhalb dieser Patientengruppe haben ergeben, dass von den 9 untersuchten Patienten 8 transplantiert wurden und 1 Patient von der Warteliste genommen wurde, weil er sich erholt hatte.

(2) Straftaten zum Nachteil des Patienten W.

(a) Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich durch die Lebertransplantation **keiner vorsätzlichen Körperverletzung** gemäß **§ 223 Abs. 1 StGB zum Nachteil des Patienten W.** schuldig gemacht.

Die durch die Lebertransplantation tatbestandlich begangene vorsätzliche Körperverletzung ist gerechtfertigt, weil der Patient wirksam in die Lebertransplantation eingewilligte. Die Lebertransplantation verstieß auch nicht gegen die guten Sitten im Sinne des § 228 StGB. Insoweit wird auf die obigen Ausführungen unter C. II. 2. b) cc) (2) (a) (cc) (Patient S.) Bezug genommen.

(b) Versuchte Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich auch keiner **versuchten Körperverletzung** gemäß **§§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB** schuldig gemacht.
Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass der Angeklagte bei Durchführung der Lebertransplantation davon ausging, diese sei nicht erforderlich gewesen. Ausgeschlossen werden kann auch, dass die Transplantation aus sachfremden Erwägungen wie zum Beispiel die Steigerung der Transplantationszahlen durchgeführt wurde. Die Erlangung einer Bonuszahlung scheidet als Motivation auch hier aus, weil der Angeklagte ab dem Jahr 2011 keine Sonderboni erhielt, die an die Anzahl der Lebertransplantationen geknüpft waren. Ebenso wenig liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass der Angeklagte davon ausging, die Lebertransplantation entspreche nicht dem Willen des Patienten W..

(3) Weitere Strafvorschriften

Anhaltspunkte für die Begehung weiterer Straftaten haben sich nicht ergeben. Insoweit wird auf die oben bei dem Patienten B. unter C. II. 2. e) cc) (1), (2), (5) bis (10) gemachten Ausführungen Bezug genommen, die bei dem Patienten W. entsprechende Geltung haben.

(4) Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (vom 4. September 2007) durch Übertragung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG

Die am 1. April 2011 von dem Angeklagten durchgeführte Übertragung der Spenderleber auf den Patienten W. erfüllt nicht den Tatbestand des § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (in der Fassung vom 4. September 2007), weil nicht nachweisbar ist, dass die Spenderleber von Eurotransplant an diesen Patienten nicht nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprachen, vermittelt wurde. Insbesondere ist nicht erwiesen, dass das Organ nicht nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit vermittelt wurde und der Patient kein geeigneter Patient im Sinne des § 12 Abs. 3 S. 1 TPG (in der Fassung vom 20. Juli 2007) war.

Hinsichtlich des Anwendungsbereichs und der tatbestandlichen Voraussetzungen des § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (in der Fassung vom 4. September 2007) wird auf bei dem Patienten B. oben unter C. II. 2. e) cc) (11) insoweit gemachten Ausführungen Bezug genommen.

Der Patient W. litt unter einer Leberzirrhose und es bestand die konkrete Gefahr, dass er ohne Lebertransplantation kurzfristig versterben würde. Medizinische Gründe, die – abgesehen von den allgemeinen Transplantations- bzw. Operationsrisiken – erwarten ließen, dass er die Transplantation nicht überleben oder kurze Zeit später versterben würde, lagen nicht vor. Die Lebertransplantation war daher erforderlich, dringlich und hatte zudem auch Erfolgsaussicht. Da nachträglich nicht mehr festgestellt werden kann, welcher Patient die Spenderleber bei regulärem Matchverlauf erhalten und ob dieser Patient die Spenderleber dringender zum Überleben benötigt hätte als der Patient W., konnte dem Angeklagten aus den dargelegten Gründen nicht nachgewiesen werden, dass er am 1. April 2011 entgegen § 9 Abs. 1 TPG in der Fassung vom 4. September 2010 eine Spenderleber auf den Patienten W. übertrug.

dd) Ergebnis zu dem Patienten W.

(1) Der Angeklagte war hinsichtlich des Tatvorwurfs, er habe **am 31. März 2011** die **Aufnahme des Patienten W. in die Warteliste veranlasst** und bei diesem am **1. April 2011** eine Lebertransplantation durchgeführt, obwohl der Patient unter einer

alkoholinduzierten Leberzirrhose gelitten und noch keine sechs Monate vollständige Alkoholabstinenz eingehalten gehabt habe, aus **tatsächlichen Gründen freizusprechen**, weil bereits nicht nachweisbar war, dass die Leberzirrhose des Patienten W. alkoholinduziert, also Alkoholmissbrauch Ursache der Leberzirrhose war.

(2) Zwar hat der Angeklagte veranlasst bzw. gebilligt, dass am **31. März 2011** gegenüber Eurotransplantat die unzutreffende Angabe gemacht wurde, bei dem Patienten W. habe zweimal innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test vom 30. März 2011 eine Nierenersatztherapie stattgefunden. Dies erfüllte zu dem verfahrensgegenständlichen Zeitpunkt jedoch nicht den Tatbestand eines Strafgesetzes, weshalb der Angeklagte **aus Rechtsgründen** freizusprechen war.

Die **Annahme des Spenderorgans** für den Patienten W. am **31. März 2011** in Kenntnis des Umstands, dass Falschangaben zur Nierenersatztherapie gemacht wurden bzw. die am **1. April 2011** erfolgte **Übertragung der Spenderleber auf den Patienten W.** erfüllte ebenfalls nicht den Tatbestand eines Strafgesetzes, weshalb der Angeklagte insoweit ebenfalls aus **Rechtsgründen** freizusprechen war.

(3) Hinsichtlich des Verdachts, dass der Angeklagte durch die Übertragung der Spenderleber auf den Patienten W. einen Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG in der Fassung vom 4. September 2007 begangen haben könnte, erfolgte der Freispruch aus **tatsächlichen Gründen**.

h) Patient U.W. (Ziffer 7. der Anklage)

Entsprechend dem tatsächlichen Vorwurf der Anklageschrift vom 29. Mai 2013 hat der Angeklagte durch die am 4. April 2011 erfolgte Aufnahme des Patienten W. in die Warteliste zwar gegen die Richtlinien der Bundesärztekammer verstoßen, wonach bei Patienten mit alkoholindizierter Zirrhose eine Listung erst dann erfolgen darf, wenn der Patient für mindestens 6 Monate völlige Alkoholabstinenz eingehalten hat. Hierdurch hat der Angeklagte indes keinen Straftatbestand erfüllt, weil die entsprechende Richtlinie verfassungswidrig und damit rechtlich unbeachtlich ist. Auch hat der Angeklagte veranlasst, dass am 4. April 2011 gegenüber Eurotransplant angegeben wurde, bei dem Patienten W. habe zweimal innerhalb der Woche vor den letzten Kreatinintest eine Nierenersatztherapie stattgefunden. Indes erfüllte diese Handlung zum verfahrensgegenständlichen Zeitpunkt nicht Tatbestand eines Strafgesetzes. Die Annahme des Spendenorgans für den Patienten W. am 6. April 2011 in Kenntnis des Umstandes, dass der Patient noch keine 6 Monate völliger Alkoholabstinenz eingehalten hatte und zudem Falschangaben zur Nierentherapie gemacht wurden, ist ebenfalls nicht strafbar. Hinsichtlich der vorgenannten Aspekte war der Angeklagte mithin jeweils aus Rechtsgründen freizusprechen.

aa) Feststellungen

(1) Zusammenfassung des wesentlichen Ergebnisses der Beweisaufnahme

Der am (…) geborene **Patient U.W.** litt unter einer alkoholinduzierten Leberzirrhose. Am 7. April 2011 wurde ihm durch den Angeklagten eine Spenderleber transplantiert. Die Lebertransplantation, die im Hinblick auf den lebensbedrohlichen Zustand des Patienten W. dringlich war, wurde zu Heilzwecken und nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt. Die Operation entsprach, was dem Angeklagten bewusst war, dem mutmaßlichen Willen des Patienten.

Als der Patient W. am 4. April 2011 in die Warteliste aufgenommen und am 7. April 2011 transplantiert wurde, hatte er noch keine sechs Monate vollständige Alkoholabstinenz eingehalten. Dies war dem Angeklagten bewusst.

Zum Zeitpunkt der Organzuteilung war für den Patienten W. durch Eurotransplant ein unzutreffender labMELD von 40 zugrunde gelegt worden. Diesen MELD-Score hatte der Patient W. nur deshalb erreicht, weil die Zeugin S. am 4. April 2011 gegenüber Eurotransplant angegeben hatte, bei dem Patienten W. sei innerhalb der Woche vor

dem Kreatinin-Test vom 4. April 2011 zweimal eine Nierenersatztherapie durchgeführt worden. Diese falsche Mitteilung über die Nierenersatztherapie erhielt die Zeugin S. entweder direkt von dem Angeklagten oder auf dessen Veranlassung von einer anderen Person. Ziel der Falschmeldung war, für den Patienten W. einen höheren MELD-Score zu erreichen und hiermit die Chancen auf eine Organzuteilung zu erhöhen.

Mit dem MELD-Score von 40 stand der Patient W. in dem zur Organzuteilung führenden Match-Verfahren mit der Nummer 196053 auf dem Ranglistenplatz 3. Wenn hinsichtlich des Patienten W. zutreffende Angaben gemacht worden wären, hätte er an diesem Match-Verfahren mit einem MELD-Score von 34 teilgenommen und den Ranglistenplatz 7 eingenommen.
Der Angeklagte ging, als er die Spenderleber für den Patienten W. annahm, davon aus, dass sein Patient diese Spenderleber von Eurotransplant gegebenenfalls nicht angeboten bzw. zugeteilt bekommen hätte, wenn am 4. April 2011 gegenüber Eurotransplant zutreffende Angaben gemacht worden wären. In diesem Fall hätte, was dem Angeklagten ebenfalls bewusst war, der Patient W. mit einem niedrigeren MELD-Score als 40 an dem Match-Verfahren teilgenommen. Dies hätte wiederum zur Folge haben können, dass ein anderer Patient mit einen höheren MELD-Score vor dem Patienten W. gestanden und das Organangebot erhalten und angenommen hätte. Aber auch dann, wenn das Organ im weiteren Verlauf im Rahmen einer „kompetitiven“ Rettungsallokation zugeteilt worden wäre, wäre es, was dem Angeklagten aufgrund seiner Kenntnisse im Bereich der Transplantationsmedizin bewusst war, wenig wahrscheinlich gewesen, dass der Patient W. dieses Organ erhalten hätte. Dem Angeklagten war des Weiteren bewusst, dass derjenige Patient, der das Organ tatsächlich zugeteilt bekommen hätte, in die Gefahr geraten könnte, nicht mehr rechtzeitig ein weiteres passendes Organangebot zu erhalten und aufgrund dessen zu versterben. Er vertraute allerdings darauf, dass der erstverdrängte Patient zeitnah und damit rechtzeitig ein weiteres passendes Organangebot erhalten und durch die fehlerhafte Organzuteilung keinen gesundheitlichen Schaden erleiden werde.

Im Einzelnen hat die Kammer folgende Feststellungen getroffen:

(2) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der Transplantation

Der Patient W. begann etwa im Jahr 1990 vermehrt Alkohol zu konsumieren. Sein Alkoholkonsum steigerte sich zunehmend. Schließlich trank er regelmäßig eine Flasche bis eineinhalb Flaschen Rum oder Wodka am Tag. Ende der 1990iger Jahre hatte er eine Abstinenzphase von sechs Monaten. Danach begann er erneut eine Flasche bis eineinhalb Flaschen Rum bzw. Wodka pro Tag zu trinken. Als bei ihm eine starke Gewichtszunahme mit Beinödemen und zunehmendem Bauchumfang auftrat, begab er sich in das (…)-Krankenhaus (…), wo er in der Zeit vom 18. Juni 2007 bis zum 6. Juli 2007 in der Inneren Abteilung stationär behandelt wurde. Während dieses stationären Aufenthalts wurden bei ihm eine dekompensierte Leberzirrhose sowie eine Alkoholsucht festgestellt. Die von den behandelnden Ärzten angeratene Langzeitentwöhnungstherapie lehnte der Patient W. ab. Ein weiterer stationärer Aufenthalt im (…)-Krankenhaus (…) folgte in der Zeit vom 3. August 2010 bis zum 13. August 2010, weil der Patient W. unter massivem Bluterbrechen litt. Trotz dieser eingetretenen weiteren Komplikation seiner Lebezirrhose war der Patient W. nicht bereit, seinen Alkoholkonsum zu beenden, sondern trank weiterhin mindestens eine Flasche Wodka bzw. Rum pro Tag. Ab Mitte März 2011 ging es dem Patienten W. gesundheitlich zunehmend schlechter. Daraufhin begab er sich am 2. April 2011 erneut in das S.-Krankenhaus, wo er stationär aufgenommen wurde. Seine behandelnden Ärzte gingen von dem Vorliegen eines „akuten“ Leber- und Nierenversagen aus. Da der Gesundheitszustand des Patienten W. sich weiter verschlechterte, wurde er schließlich am 4. April 2011 in die UMG verlegt und dort um 15:48 Uhr auf der operativen Intensivstation 0118 des Zentrums Anaesthesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin um 15:48 Uhr aufgenommen.

Noch bevor der Patient W. in der UMG eingetroffen war, wurde er bereits in die Warteliste des Transplantationszentrums der UMG aufgenommen und um 13:54 Uhr bei Eurotransplant unter der ET-Nummer M registriert. Hierbei machte die Mitarbeiterin des Transplantations-Koordinationsbüros gegenüber Eurotransplant unter anderem folgende Angaben:

Probendatum: „*04-04-2011“*
Kreatinin: „*2,22“* mg/dl

Bilirubin: „*12,73“* mg/dl

INR: *„2,53“*
Nierenersatztherapie
2x pro Woche: *„Yes“* (= Ja)
Mars Therapie: *„No“* (= Nein)“

Die Angabe gegenüber Eurotransplant, der Patient W. habe zweimal innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test vom 4. April 2011 eine Nierenersatztherapie erhalten, war unzutreffend. Der Patient W. erreichte nunmehr, da aufgrund der Falschangabe zur Nierenersatztherapie der Kreatinin-Wert bei der Berechnung des MELD-Score mit 4,00 mg/dl berücksichtigt wurde, einen MELD-Score von 40. Wäre die Frage hinsichtlich der Durchführung einer Nierenersatztherapie zutreffend verneint worden, hätte der Patient W. bei Zugrundelegung der gemessenen und an Eurotransplant übermittelten Werte (Kreatinin: 2,22 mg/dl, Bilirubin: 12,73 mg/dl und INR 2,53 mg/dl) einen labMELD von 34 gehabt.

Die Falschmeldung zur durchgeführten Nierenersatztherapie erhielt die Zeugin S. entweder direkt von dem Angeklagten oder auf dessen Veranlassung von einer anderen Person. Ziel der Falschmeldung war, für den Patienten W. einen höheren MELD-Score zu erreichen und hiermit dessen Chancen auf eine Organzuteilung zu erhöhen. Dem Angeklagten war zu diesem Zeitpunkt auch bekannt, dass der Patient W. unter einer alkoholinduzierten Leberzirrhose litt und noch keine sechs Monate Alkoholabstinenz eingehalten hatte.

Nachdem Eurotransplant die von der Zeugin übersandten Ergebnisse der Blutuntersuchung im Rahmen des Audits geprüft und akzeptiert hatte, nahm der Patient W. nunmehr mit einem MELD-Score von 40 an den nachfolgenden Match-Verfahren teil.
Am 5. April 2011 beantragte der Stationsarzt Labitzke für den Patienten beim Betreuungsgericht G. einen Betreuer mit der Begründung, der Patient leide unter einer alkoholtoxischen Leberzirrhose und es sei eine Lebertransplantation erforderlich, da der Patient vital bedroht sei. Der Patient sei nicht ansprechbar und aufgrund eines Leberversagens komatös. Mit Beschluss des Amtsgerichts G. vom 6. April 2011 –AA – wurde durch einstweilige Anordnung Rechtsanwalt F.S. als Betreuer bestellt.

(3) Organallokation und Transplantation

Am 6. April 2011 wurde bei der Stiftung Eurotransplant um 13:08 Uhr eine zum Zeitpunkt des Todes 59 Jahre alte Spenderin, die einen BMI von 27 hatte, registriert. Der Tod war infolge Subarachnoidalblutung eingetreten, die am 30. März 2011 aufgetreten war. Der Hirntod wurde am 6. April um 08:25 Uhr diagnostiziert. Bei einer angenommenen kalten Ischämiezeit von acht Stunden betrug der Donor-Risk-Index 1,76. Die Spenderin erhielt die Spendernummer 138057.

Das Match-Verfahren, in dem die Spenderleber der Spenderin mit der Spender-Nr. 138057 verteilt wurde, hatte die Match-Nr. 196053 und begann am 6. April 2011 um 13:24 Uhr. Der Patient W. nahm mit einem MELD-Score von 40 an diesem Match-Verfahren teil und befand sich auf dem 3. Ranglistenplatz. Bei dem Patienten, der sich auf der 1. Position der Match-Liste befand, handelte es sich um einen Patienten mit der Dringlichkeitsstufe „HU“. Danach folgten 45 Patienten, die jeweils den Ranglistenplatz 2 hatten. Hierbei handelte es sich um 44 Patienten aus Österreich und einen Patienten aus Ungarn mit der Kategorie „balance“, mithin um Patienten aus Ländern, bei denen eine „obligation to offer“, das heißt eine Angebotsverpflichtung bestand, weil zuvor deutsche Patienten aus diesen Ländern Organe erhalten hatten.
Wenn der Patient W. mit einem MELD-Score von 34 an dem Match-Verfahren teilgenommen hätte, hätte er den 7. Ranglistenplatz eingenommen.

Bei der dem Patienten W. am 5. April 2011 um 05:00 Uhr, also knapp 15 Stunden nach der Falschmeldung gegenüber Eurotransplant entnommenen Blutprobe wurde ein Kreatinin-Wert von 3,89 mg/dl gemessen. Am 6. April 2011 wurde bei der um 05.00 Uhr, also noch vor dem Match-Beginn entnommenen Blutprobe ein Kreatinin-Wert von 4,33 mg/dl gemessen. Allerdings versah das Zentrallabor diesen Wert mit dem Vermerk, es habe eine Störung durch eine ikterische Probe vorgelegen, weshalb das Ergebnis nur eingeschränkt zu verwenden sei. Da durch die Falschmeldung hinsichtlich der Nierenersatztherapien bei der Berechnung des MELD-Scores durch Eurotransplant ein Kreatinin-Wert von 4,00 mg/dl zugrunde gelegt wurde, hätte, wenn der gemessene Wert von 4,33 mg/dl zutreffend gewesen sein sollte, der Kreatinin-Wert des Patienten W. tatsächlich den Wert erreicht, der bei der MELD-Berechnung und dem Match-Verfahren zugrunde gelegt wurde. Für die Korrektheit dieses Wert trotz ikterischer Probe spricht, dass bei der am 6. April 2011 um 19:34 Uhr, also nach der Organzuteilung aber vor der Transplantation

entnommenen Blutprobe noch ein Kreatinin-Wert von 4,40 mg/dl gemessen wurde. Eine Aktualisierung der Werte gegenüber Eurotransplant erfolgte nicht.

Am 7. April 2011 wurde die Lebertransplantation bei dem Patienten W. zu Heilzwecken und nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt. Verantwortlicher Operateur war der Angeklagte.
Dieser ging zum Zeitpunkt der Transplantation davon aus, dass bei dem Patienten W. eine alkoholinduzierte Leberzirrhose vorlag und der Patient ohne Transplantation zeitnah versterben wäre. Aus diesem Grund hielt der Angeklagte die Durchführung der Transplantation nicht nur für erforderlich, sondern auch für äußerst dringlich. Darüber hinaus ging der Angeklagte zutreffend davon aus, dass die Transplantation dem mutmaßlichen Willen des Patienten W. entsprach. Dieser konnte, da er ohne Bewusstsein war, seinen Willen nicht kundtun. Eine Einwilligung des Betreuers lag nicht vor, weil der Betreuer über die bevorstehende Transplantation nicht informiert war

(4) Verlauf nach der Transplantation

Nach der Transplantation wurde der Patient W. zunächst sieben Tage auf der operativen Intensivstation 0118 behandelt. Anschließend wurde er zur weiteren stationären Behandlung in die chirurgische Klinik auf die Station 1016 verlegt. Im weiteren Verlauf entwickelt sich eine Gallenleckage mit galliger Peritonitis, weshalb am 10. Mai 2011 eine erneute Operation durchgeführt werden musste. Dabei zeigte sich eine ausgedehnte Nekrose des Spendergallengangs. Es wurde eine Gallengangsresektion durchgeführt und eine biliodigestive Anastomose angelegt. Schließlich konnte der Patient am 20. Juni 2011 in die weitere ambulante Behandlung mit stabilem Allgemeinzustand und reizlosen Wundverhältnissen entlassen werden.
Der Patient W. lebt nach wie vor mit der Spenderleber (Stand: Dezember 2013), die ihm am 7. April 2011 vom Angeklagten transplantiert wurde.

(5) Weiterer Verlauf in Bezug auf die von dem Patienten W. überholten Patienten

Hinsichtlich der Patienten, die sich auf den Ranglistenplätzen 4 - 7 befanden, ergab sich nach dieser Allokation der folgende Verlauf:

Ranglisten-platz	**Anzahl der Leberangebote nach dieser Allokation**	**Anzahl der abgelehnten Leber<u>erst-</u>angebote nach dieser Allokation (Stand: 16.07.2013)**	**Erste Leber-transplantation nach dieser Allokation (22.06.2011) (Stand: 17.06.2013)**	**Aktueller Status (Stand: 17.06.2013)**	**Zeitpunkt des Todes**	**Todesursache**
4	12	9		Verstorben, während Patient auf der Warteliste war	24.04.2011	Sepsis Mulitorganversagen
5	14	8		Verstorben, während Patient auf der Warteliste war	22.04.2011	Mulitorganversagen mit multiplen Blutungen
6	1	0	19.05.2011 12:09	Transplantiert		
7	2	0	27.04.2011 13:30	Transplantiert		

bb) Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung

[…]

cc) Rechtliche Würdigung

(1) Straftaten zum Nachteil anderer Patienten

(a) Totschlag gemäß § 212 Abs. 1 StGB, Körperverletzungsdelikte gemäß §§ 223 ff. StGB sowie fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB bzw. fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB

Ein **Totschlag zum Nachteil anderer Patienten gemäß § 212 Abs. 1 StGB**, ein **Körperverletzungsdelikt gemäß §§ 223 ff. StGB**, eine **fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB oder eine fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB** kommen bereits aus dem Grund nicht in Betracht, weil nicht erwiesen und nicht erweislich ist, dass infolge des Umstands, dass dem Patienten W. in dem Match-Verfahren mit der

Nummer 196053 die Spenderleber zugeteilt wurde, ein anderer Patient verstarb oder an der Gesundheit geschädigt wurde.

(b) Versuchter Totschlag gemäß §§ 212 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB durch die Organannahme, obwohl der Patient die sechsmonatige Alkoholabstinenzzeit nicht einhielt und Falschangaben zur Nierenersatztherapie gemacht wurden

Der Angeklagte hat sich durch die Organannahme für den Patienten W. in dem Match-Verfahren 196053 obwohl ihm bekannt war, dass der Patient unter einer alkoholindizierten Leberzirrhose litt und zum Zeitpunkt der Aufnahme in die Warteliste noch keine sechs Monate vollständige Alkoholabstinenz eingehalten hatte und obwohl hinsichtlich des Patienten gegenüber Eurotransplant unzutreffende Angaben zur Nierenersatztherapie gemacht worden waren, auch **keines versuchten Totschlags gemäß § 212 Abs. 1, §§ 22, 23 Abs. 1 StGB** zum Nachteil anderer Patienten schuldig gemacht.

Der Angeklagte hat sich durch die bei bei dem Patienten B. genannten Gründen durch die Organannahme keines versuchten Totschlags schuldig gemacht (vgl. hierzu u.a. bei B. die Ausführungen unter cc) (3) (c).

Der Angeklagte ging zu dem Zeitpunkt der Organannahme vielmehr zutreffend davon aus, dass bei dem Patienten W. eine alkoholinduzierte Leberzirrhose vorlag und die Gefahr bestand, dass dieser ohne Transplantation zeitnah versterben würde. Aus diesem Grund hielt der Angeklagte die Durchführung der Transplantation nicht nur für erforderlich, sondern auch für äußerst dringlich. Darüber hinaus ging der Angeklagte davon aus, dass die Transplantation dem Willen des Patienten W. entsprach.

(aa) Zwar war dem Angeklagten bekannt, dass der Patient W. die sechsmonatige vollständige Alkoholabstinenzzeit nicht eingehalten hatte. Die zum verfahrensgegenständlichen Zeitpunkt gültige und auch in den aktuellen BÄK-Richtlinien festgesetzte Alkoholabstinenzregelung, wonach bei Patienten mit alkoholinduzierter Leberzirrhose die Aufnahme in die Warteliste erst dann erfolgt, wenn die Patienten für sechs Monate völlige Alkoholabstinenz eingehalten haben, ist indes verfassungswidrig und daher rechtlich unverbindlich. Hinsichtlich der Begründung der Verfassungswidrigkeit wird auf die obigen bei der Patientin V. erfolgten Ausführungen unter C. II. 2. c) cc) (1) (b) Bezug genommen.

Die Aufnahme des Patienten W. in die Warteliste am 20. Mai 2010 erfolgte daher unter Beachtung der Regelungen in § 10 Abs. 2 Nr. 2 TPG und hat damit (ebenso wie die nachfolgend durchgeführte Transplantation) keine rechtlich relevante Gefahr für andere Wartelistenpatienten geschaffen.

(bb) Die Veranlassung der Übermittlung falscher Patientendaten zur Nierenersatztherapie stellt bereits objektiv kein Tötungsunrecht dar und erfüllt somit auch nicht den Tatbestand des (versuchten) Totschlags. Die Manipulationen bzgl. der Falschangaben zur Nierenersatztherapie waren zum Zeitpunkt ihrer Vornahme bzw. der Annahme der dergestalt erlangten Organe vielmehr nicht mit Strafe bedroht und erfüllen deshalb auch nicht den Tatbestand eines anderen Strafgesetzes. Eine Bestrafung des Angeklagten scheidet daher aus (Art. 103 Abs. 2 GG).
Die Regeln über die Organvermittlung bzw. Organzuteilung nach § 9 Abs. 1 S. 2 TPG i. V. m. § 12 Abs. 3 S. 1 TPG i.V.m. § 16 Abs. 1 S. 1. Nr. 5 TPG i.V.m. den von Eurotransplant in dem ET-Manual erstellten Regelungen dienen aus den bei dem Patienten B. unter cc) (3) (c) (bb) dargelegten Gründen nicht dem Zweck, individuelles Leben zu schützen. Sie sollen vielmehr Verteilungsgerechtigkeit gewährleisten. Verstöße gegen diese Regelungen stellen damit auch kein Tötungsunrecht i.S.d. § 212 StGB, der gerade dem Schutz individuellen Lebens dient.

Aber selbst wenn man die Rechtsauffassung verträte, dass vom Schutzzweck der Zuteilungsregelungen auch das individuelle Leben umfasst würde, läge im Fall des Patienten W. kein Tatentschluss für einen versuchten Totschlag vor. Hinsichtlich des erstverdrängten Patienten vertraute der Angeklagte begründet darauf, dass dieser (sofern die Spenderleber für diesen Patienten überhaupt angenommen worden wäre) zeitnah und rechtzeitig ein passendes Organangebot bekommen und hiermit überleben werde. Zwar verstarb der erstverdrängte Patient untransplantiert auf der Warteliste, diesem wurden vor seinem Tode ausweislich der Match-Liste von Eurotransplant noch 9 weitere Erstangebote gemacht.

Hinsichtlich der übrigen Patienten lag aus den vorstehend bei dem Patienten B. unter cc) (3) (c) (cc) dargelegten Gründen, die für den Patienten W. ebenfalls Geltung haben, kein Tatentschluss hinsichtlich eines versuchten Totschlag vor. So fehlt es

bereits am intellektuellen Moment, als bei dieser Patientengruppe aus Sicht der Rechtsprechung der Kausalverlauf nicht mehr versehbar war bzw. ein ursächlich durch die Manipulation verursachter Tod (was nicht feststellbar ist) aus der Perspektive der herrschenden Lehre nicht objektiv zurechenbar wäre. Die im Rahmen der Beweiserhebung getroffenen Feststellungen hinsichtlich der tatsächlichen Verhältnisse innerhalb der jeweils untersuchten 9 verdrängten Patienten haben ergeben, dass 7 transplantiert wurden. 2 Patienten verstarben untransplantiert auf der Warteliste, nachdem ihnen zuvor noch 8 bzw. 9 Erstangebote gemacht worden waren.

(c) Versuchte Körperverletzungsdelikte gemäß §§ 223 ff., 22, 23 Abs. 1 StGB

(aa) Da Schutzzweck der Organzuteilungsregeln die Gewährung einer Verteilungsgerechtigkeit als Ausdruck der Menschenwürde ist, ist die Verkürzung oder Linderung von körperlichen Leiden nicht vom Schutzweck der Zuteilungsregelungen umfasst. Auch hier gilt, dass die Annahme der Spenderleber für den Patienten W. keine zurechnungsgeeignete Körperverletzungshandlung im Sinne der §§ 223 ff. StGB ist.
Daher hat der Angeklagte sich durch die Organannahme für den Patienten W. in Kenntnis des Umstands, dass falsche Angaben zur Nierenersatztherapie gemacht wurden, auch nicht eines **versuchten Körperverletzungsdelikts gemäß §§ 223 ff., 22, 23 Abs. 1 StGB** zum Nachteil anderer Patienten schuldig gemacht.

(bb) Selbst wernn die von dem Angeklagten durchgeführte Manipulation den objektiven Straftatbestand des § 223 StGB erfüllen würde, hätte der Angeklagte nicht vorsätzlich gehandelt. Insoweit wird auf die vorstehendenden Ausführungen bei dem Patienten B. unter cc) (3) (c) (cc) Bezug genommen.

(2) Straftaten zum Nachteil des Patienten W.

(a) Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich durch die Lebertransplantation auch **keiner vorsätzlichen Körperverletzung** gemäß **§ 223 Abs. 1 StGB zum Nachteil des Patienten W.** schuldig gemacht.

Zwar hatte weder der Patient W. noch dessen Betreuer Rechtsanwalt S. ausdrücklich in die Lebertransplantation eingewilligt. Die durch die Lebertransplantation tatbestandlich begangene vorsätzliche Körperverletzung ist jedoch durch eine mutmaßliche Einwilligung gerechtfertigt, weil die Lebertransplantation dem mutmaßlichen Willen des Patienten W. entsprach.
Im Hinblick auf den Vorrang des Selbstbestimmungsrechts eines Patienten ist der Inhalt des mutmaßlichen Willens in erster Linie aus den persönlichen Umständen des Betroffenen, aus seinen individuellen Interessen, Wünschen, Bedürfnissen und Wertvorstellungen zu ermitteln. Objektive Kriterien, insbesondere die Beurteilung der Maßnahme als gemeinhin vernünftig und normal sowie den Interessen eines verständigen Patienten entsprechend, haben keine eigenständige Bedeutung, sondern dienen lediglich der Ermittlung des individuellen hypothetischen Willens. Liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass sich der Patient anders entschieden hätte, wird allerdings davon auszugehen sein, dass sein (hypothetischer) Wille mit dem übereinstimmt, was gemeinhin als normal und vernünftig angesehen wird (vgl. BGH, Urteil vom 4. Oktober 1999 – 5 StR 712/98 -, Rn. 6 bei juris).

Nach diesen Maßstäben entsprach die Lebertransplantation dem mutmaßlichen Willen des Patienten W., weil die Gefahr bestand, dass dieser ohne die Durchführung der Lebertransplantation kurzfristig verstorben wäre. Dieser hat vielmehr glaubhaft bekundet, er hätte, wenn ihm dies möglich gewesen wäre, in die Transplantation eingewilligt.

Die Lebertransplantation verstößt auch nicht gegen die guten Sitten im Sinne des § 228 StGB. Insoweit wird auf die obigen Ausführungen unter C. II. 2. b) cc) (2) (a) (cc) –S. Bezug genommen.

(b) Versuchte Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich auch nicht einer **versuchten Körperverletzung** gemäß **§§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB** schuldig gemacht.
Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass der Angeklagte davon ausging, dass die Durchführung der Lebertransplantation bei dem Patienten W. nicht erforderlich gewesen sei bzw. die Transplantation aus sachfremden Erwägungen durchführte. Ebenso wenig liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass der Angeklagte, als er die

Transplantation durchführte, davon ausging, die Lebertransplantation entspreche nicht dem mutmaßlichen Willen des Patienten W..

(3) Weitere Strafvorschriften

Anhaltspunkte für die Begehung weiterer Straftaten haben sich nicht ergeben. Insoweit wird auf die oben bei dem Patienten B. unter C. II. 2. e) cc) (1), (2), (5) bis (10) gemachten Ausführungen Bezug genommen.

(4) Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (vom 4. September 2007) durch Übertragung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG

Die am 7. April 2011 von dem Angeklagten durchgeführte Übertragung der Spenderleber auf den Patienten W. erfüllt nicht den Tatbestand des § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (in der Fassung vom 4. September 2007), weil nicht nachweisbar ist, dass die Spenderleber von Eurotransplant an diesen Patienten nicht nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprachen, vermittelt wurde. Insbesondere ist nicht erwiesen, dass das Organ nicht nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit vermittelt wurde und der Patient kein geeigneter Patient im Sinne des§ 12 Abs. 3 S. 1 TPG (in der Fassung vom 20. Juli 2007) war.

Hinsichtlich des Anwendungsbereichs und der tatbestandlichen Voraussetzungen des § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (in der Fassung vom 4. September 2007) wird auf bei dem Patienten B. oben unter C. II. 2. e) cc) (11) insoweit gemachten Ausführungen Bezug genommen.

Der Patient W. litt unter einer Leberzirrhose und es bestand die konkrete Gefahr, dass er ohne Lebertransplantation kurzfristig versterben würde. Medizinische Gründe, die – abgesehen von den allgemeinen Transplantations- bzw. Operationsrisiken – erwarten ließen, dass er die Transplantation nicht überleben oder kurze Zeit später versterben würde, lagen nicht vor. Die Lebertransplantation war daher erforderlich, dringlich und hatte zudem auch Erfolgsaussicht. Da nachträglich nicht mehr festgestellt werden kann, welcher Patient die Spenderleber bei regulärem Matchverlauf erhalten und ob dieser Patient die Spenderleber dringender zum Überleben benötigt hätte als der Patient W., konnte dem Angeklagten aus den

dargelegten Gründen auch nicht nachgewiesen werden, dass er am 7. April 2011 entgegen § 9 Abs. 1 TPG in der Fassung vom 4. September 2010 eine Spenderleber auf den Patienten W. übertrug.

dd) Ergebnis zu dem Patienten W.

(1) Der Angeklagte hat durch die am **4. April 2011** erfolgte Aufnahme des Patienten W. in die Warteliste gegen die **Richtlinien der Bundesärztekammer verstoßen**, wonach bei Patienten mit **alkoholindizierter Zirrhose** eine Listung erst dann erfolgt, wenn der Patient für mindestens **sechs Monate völlige Alkoholabstinenz** eingehalten hat. Hierdurch hat der Angeklagte nicht den Tatbestand eines Strafgesetzes erfüllt.

(2) Zwar hat der Angeklagte veranlasst, dass am **4. April 2011** gegenüber Eurotransplantat angegeben wurde, bei dem Patienten W. habe zweimal innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test vom 4. April 2011 eine Nierenersatztherapie stattgefunden. Dies erfüllte zu dem verfahrensgegenständlichen Zeitpunkt jedoch ebenfalls nicht den Tatbestand eines Strafgesetzes.

(3) Die **Annahme des Spenderorgans** für den Patienten W. am **6. April 2011** in Kenntnis des Umstands, dass der Patient noch keine sechs Monate völlige Alkoholabstinenz eingehalten hatte und zudem Falschangaben zur Nierenersatztherapie gemacht wurden, ist auch nicht strafbar.

Insoweit war der Angeklagte jeweils aus Rechtsgründen freizusprechen.

(4) Hinsichtlich des Verdachts, dass der Angeklagte durch die am **7. April 2011** erfolgte Übertragung der Spenderleber auf den Patienten W. einen **Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG** in der Fassung vom 4. September 2007 begangen haben könnte, erfolgte der Freispruch aus **tatsächlichen Gründen**.

i) Patientin P. (Ziffer 8. der Anklage)

Der Angeklagte war von dem Vorwurf, er habe am 10. Mai 2011 veranlasst, dass gegenüber Eurotransplant die unzutreffenden Angaben gemacht wurden, bei der Patientin P. sei zweimal innerhalb der Woche vor dem Kreatinintest am 10. Mai 2011 eine Nierenersatztherapie durchgeführt wurde, aus rechtlichen Gründen freizusprechen. Zwar konnte ein entsprechender Nachweis in tatsächlicher Hinsicht geführt werden, diese Handlung stellte jedoch zum verfahrensgegenständlichen Zeitpunkt keine Straftat dar.

Über den explizierten Anklagevorwurf hinaus hat die Kammer darüber hinaus geprüft, ob der Angeklagte veranlasst hat, dass Blutwerte der Patientin P. manipuliert bzw. falsche Blutwerte an Eurotransplant gemeldet wurden. Insoweit war der Angeklagte indes aus tatsächlichen Gründen freizusprechen, weil ein Tatnachweis nicht geführt werden konnte. Auch die (endgültige) Annahme des Spenderorgans für die Patientin P. bzw. deren Transplantation in Kenntnis des Umstandes, dass Falschangaben zur Nierenersatztherapie gemacht wurden, erfüllte nicht den Tatbestand eines Strafgesetzes. Auch insoweit war der Angeklagte mithin aus rechtlichen Gründen freizusprechen.

aa) Feststellungen

(1) Zusammenfassung des wesentlichen Ergebnisses der Beweisaufnahme

Die **Patientin P.** litt an einer chronischen Hepatitis C-Virus-Infektion, die zu einer Leberzirrhose geführt hatte. Am 17. August 2010 wurde ihr durch den gesondert Verfolgten Dr. L. und den Angeklagten eine Spenderleber transplantiert. Die Lebertransplantation wurde zu Heilzwecken und nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt. Die Operation entsprach, was dem Angeklagten bewusst war, dem Willen der Patientin. Nach der Transplantation entwickelte sich eine Infektion des Transplantats mit dem Hepatitis C-Virus. Hieraus bildete sich eine sogenannte fibrosierende cholestatische Hepatitis, die innerhalb kurzer Zeit zu einer progredienten Funktionsverschlechterung des Transplantats und einer erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung der Patientin führte. Daraufhin führte der Angeklagte bei der Patientin P. eine Leber-Retransplantation durch. Diese wurde ebenfalls zu

Heilzwecken und nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt. Auch die Retransplantation entsprach, was dem Angeklagten bewusst war, dem Willen der Patientin P..

Bei der Leber-Retransplantation war zum Zeitpunkt der Organzuteilung für die Patientin P. durch Eurotransplant ein unzutreffender labMELD von 40 zugrunde gelegt worden. Diesen MELD-Score hatte die Patientin nur deshalb erreicht, weil der Transplantations-Koordinator R.W. am 10. Mai 2011 gegenüber Eurotransplant angegeben hatte, bei der Patientin P. sei innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test vom 10. Mai 2011 zweimal eine Nierenersatztherapie durchgeführt worden. Dies war jedoch nicht zutreffend. Diese falsche Mitteilung über die Nierenersatztherapie erhielt der Zeuge W. entweder direkt von dem Angeklagten oder auf dessen Veranlassung von einer anderen Person. Gegebenenfalls handelte der Angeklagte einvernehmlich mit dem gesondert Verfolgten Dr. L.. Ziel der Falschmeldung war, für die Patientin einen höheren MELD-Score zu erreichen und hiermit deren Chancen auf eine Organzuteilung zu erhöhen.

Mit dem MELD-Score von 40 stand die Patientin P. in dem Match-Verfahren mit der Nummer 196909, das schließlich zur Organzuteilung führte, auf dem Ranglistenplatz 3. Wenn hinsichtlich der Patientin zutreffende Angaben gemacht worden wären, hätte sie an diesem Match-Verfahren mit einem MELD-Score von 32 teilgenommen und den Ranglistenplatz 10 oder 11 eingenommen.

Der Angeklagte ging, als er die Spenderleber für die Patientin P. annahm, davon aus, dass seine Patientin diese Spenderleber von Eurotransplant gegebenenfalls nicht angeboten bzw. zugeteilt bekommen hätte, wenn am 10. Mai 2011 gegenüber Eurotransplant zutreffende Angaben gemacht worden wären. Denn in diesem Fall hätte, was dem Angeklagten ebenfalls bewusst war, die Patientin P. mit einem niedrigeren MELD-Score als 40 an dem Match-Verfahren teilgenommen. Dies hätte wiederum zur Folge haben können, dass ein anderer Patient, der einen höheren MELD-Score gehabt und deshalb auf der Match-Liste vor der Patientin gestanden hätte, das Organangebot erhalten und angenommen hätte. Aber auch dann, wenn das Organ im weiteren Verlauf im Rahmen einer „kompetitiven“ Rettungsallokation zugeteilt worden wäre, wäre es, was dem Angeklagten aufgrund seiner Kenntnisse im Bereich der Transplantationsmedizin bewusst war, wenig wahrscheinlich gewesen, dass die Patientin P. dieses konkrete Organ im Rahmen eines

„kompetitiven“ Zentrumsangebots erhalten hätte, weil diese Form der Zuteilung zum verfahrensgegenständlichen Zeitpunkt zum einen davon abhängig war, in welchem Zentrum sich der Spender befand und zum anderen, welches Zentrum das Angebot zuerst annahm. Dem Angeklagten war des Weiteren aufgrund seiner besonderen Kenntnisse und Fähigkeiten und seiner langjährigen Berufserfahrung im Bereich der Transplantationsmedizin bewusst, dass derjenige Patient, der das Organ tatsächlich zugeteilt bekommen hätte, in die Gefahr geraten könnte, nicht mehr rechtzeitig ein weiteres passendes Organangebot zu erhalten und aufgrund dessen zu versterben. Er vertraute allerdings darauf, dass der Patient, der in dem Match-Verfahren unmittelbar hinter der Patientin P. stand – sofern das Organ für diesen Patienten überhaupt angenommen worden wäre – zeitnah und damit rechtzeitig ein weiteres passendes Organangebot erhalten und durch die fehlerhafte Organzuteilung keinen gesundheitlichen Schaden erleiden werde.

Im Einzelnen hat die Kammer folgende Feststellungen getroffen:

(2) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der Leber-Retransplantation

(a) Verlauf bist zur ersten Transplantation

Bei der Patientin P., die zu dieser Zeit als Lehrerin in einem Internat tätig war, wurde im November 2009 erstmals eine Leberzirrhose diagnostiziert, die sich aufgrund einer Hepatitis C-Infektion gebildet hatte. Eine daraufhin eingeleitete Interferonbehandlung musste wegen aufgetretener Nebenwirkungen abgebrochen werden. Der Arzt Dr. M., in dessen gastroenterologischer Facharztpraxis die Patientin P. in Behandlung war, riet ihr zu einer Lebertransplantation. Daraufhin stellte sich die Patientin im Frühjahr 2010 bei dem Angeklagten in der UMG vor. Dieser führte in der Zeit vom 16. März 2010 bis zum 18. März 2010 bei der Patientin P. stationär eine Evaluation für eine Lebertransplantation durch.
Am 23. März 2010 wurde die Patientin P. in die Warteliste aufgenommen und bei Eurotransplant registriert. Zu diesem Zeitpunkt hatte sie einen MELD-Score von 11. Bei der am 9. Juni 2010 vorgenommenen Rezertifizierung der Werte gegenüber Eurotransplant erreichte die Patientin einen MELD-Score von 10.

Die Patientin P., die weiterhin ihrer Tätigkeit als Lehrerin in einem Internat nachging, litt im weiteren Verlauf unter Hautausschlägen, Juckreiz, Durchfall, Wortfindungsstörungen und tiefer Erschöpfung.

Am 16. August 2010 wurde bei Eurotransplant ein Spender registriert unter der Nr. 133990. Es handelte sich um einen im Alter von 52 Jahren verstorbenen Spender mit einem BMI von 28, der am 11. August 2010 mit einer Subarachnoidalblutung im Krankenhaus aufgenommen wurde und in der Folge einem Herzkreislaufstillstand mit Aspiration von Erbrochenem erlitt. Am 16. August 2010 wurde der Hirntod des Spenders diagnostiziert. Bei einer angenommenen Ischämiezeit von acht Stunden betrug der Donor-Risk-Index 1,76. Nachdem der Angeklagte oder der gesondert Verfolgte Dr. L. entschieden hatte, dass das Organ für die Patientin P. in Betracht kam, wurde diese hierüber informiert. Die Patientin P. war damit einverstanden, dass bei ihr die vorgesehene Transplantation durchgeführt wurde.

Am 17. August 2010, wurde die Lebertransplantation bei der Patientin P. zu Heilzwecken und nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt. Die Entfernung der erkrankten Leber erfolgte durch den gesondert Verfolgten Dr. L.. Anschließend übernahm der Angeklagte die Operation und implantierte die Spenderleber.

(b) Verlauf nach der Transplantation

Postoperativ wurde die Patientin P. zunächst auf der Station 0118 behandelt und am zweiten postoperativen Tag auf die Normalstation verlegt. Im weiteren Verlauf zeigte sich eine Gallengangsstenose, die mit einer Stenteinlage behandelt wurde. Am 31. August 2010 wurde die Patientin schließlich aus der stationären Behandlung entlassen.

Zunächst hatte die Patientin subjektiv das Gefühl, ihr gesundheitlicher Zustand habe sich nach der Lebertransplantation deutlich verbessert. Im weiteren Verlauf mussten jedoch mehrfach Stentwechsel vorgenommen werden, weil eine Okklusion (Verschluss) sowie Dislokationen (Veränderung der Lage) der Stents auftraten. Darüber hinaus litt die Patientin wiederholt unter rezidivierenden (wiederkehrenden) rechtsseitigen Pleuraergüssen (pathologische Zunahme der Flüssigkeit zwischen den Blättern der Pleura), die zu Atemnot führten und mehrfach abpunktiert werden mussten. Aufgrund dieser Beschwerden befand die Patientin P. sich mehrfach in stationärer Behandlung in der UMG, und zwar in den Abteilungen Gastroenterologie

und Endokrinologie sowie der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie. Schließlich entwickelte sich eine Infektion des Transplantats mit dem Hepatitis C-Virus. Hieraus bildete sich eine sogenannte fibrosierende cholestatische Hepatitis, die innerhalb kurzer Zeit zu einer progredienten Funktionsverschlechterung des Transplantats führte.

Die Patientin P., die nach der Lebertransplantation eine berufliche Wiedereingliederung versucht hatte, musste diese abbrechen und war nicht in der Lage, ihren Beruf auszuüben, Es ging ihr gesundheitlich zunehmend schlechter. Zum Treppensteigen benötigte sie Unterstützung. Schließlich konnte sie sich nur noch mit einem Gehwagen oder dem Rollstuhl fortbewegen.

Im Hinblick auf die eingetretene Funktionsverschlechterung des Transplantats und die zunehmende Verschlechterung des Gesundheitszustands entschied der Angeklagte, die Patientin erneut in die Warteliste aufzunehmen und bei Eurotransplant für eine Leber-Retransplantation registrieren zu lassen. Die Patientin, die hiermit einverstanden war, hoffte, weil sie sich gesundheitlich sehr beeinträchtigt fühlte, alsbald eine neue Leber zu erhalten.

Ab dem 15. Februar 2011 war die Patientin P. unter der ET-Nummer 290530 erneut bei Eurotransplant als Empfängerin für eine Lebertransplantation registriert.

In der Zeit vom **15. Februar 2011** bis **6. Mai 2011** hatte die Patientin seit ihrer Registrierung bei Eurotransplant folgende labMELD-Werte:

Datum	**labMELD**
15.02.2011	14
11.04.2011	24
13.04.2011	28
21.04.2011	24 („downgradet MELD = herabgestufter MELD)
26.04.2011	25
04.05.2011	24 („downgradet MELD = herabgestufter MELD)
06.05.2011	28

In dem Zeitraum vom **15. Februar 2011** bis zum **10. Mai 2011** wurden bei der Patientin P. folgende Blutwerte gemessen:

Entnahmedatum	P-Kreatinin (mg/dl)	P-Bilirubin, ges. (mg/dl)	INR	Quick (%)
15.02.2011	1,70	1,90	0,90	121
11.04.2011	2,72	8,90	0,90	105
13.04.2011	2,37	7,70	1,60	41
26.04.2011	1,63	13,00	1,40	48
06.05.2011	1,69	22,30	1,50	44
10.05.2011 07:34 Uhr	1,54	21,70	2,40	26
10.05.2011 22:57 Uhr	1,37	20,30	1,00	92

Am 10. Mai 2011 aktualisierte der Transplantations-Koordinator W. die Werte der Patientin P. letztmalig gegenüber Eurotransplant und machte im ENIS-System gegen 10:49 Uhr folgende Angaben:

Probendatum: „10.05.2011“
Kreatinin: „1,54“ mg/dl
Bilirubin: „21,70“ mg/dl
INR: „2,40“
Nierenersatztherapie
2x pro Woche: „Yes“ (= Ja)
Mars Therapie: „No“ (= Nein)“

Die Angabe, dass bei der Patientin P. zweimal innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test eine Nierenersatztherapie stattgefunden habe, war unzutreffend. Anhaltspunkte dafür, dass dem Zeugen W. dies bekannt war, haben sich nicht ergeben. Die falsche Mitteilung zur Nierenersatztherapie erhielt der Zeuge entweder direkt von dem Angeklagten oder auf dessen Veranlassung von einer anderen Person. Ziel der Falschmeldung war, für die Patientin P. einen höheren MELD-Score zu erreichen und hiermit deren Chancen auf eine Organzuteilung zu erhöhen.

Der MELD-Score der Patientin P. betrug, da der Kreatinin-Wert aufgrund der unzutreffenden Angabe zur Nierenersatztherapie bei der Berechnung des MELD-Score auf 4,00 mg/dl festgesetzt wurde, nunmehr 40. Wenn die Frage zur Nierenersatztherapie korrekt beantwortet und der MELD-Berechnung der gemessene Kreatinin-Wert von 2,40 mg/dl zugrunde gelegt worden wäre, hätte die Patientin P. einen MELD-Score von 32 gehabt.

Nachdem Eurotransplant die von dem Zeugen W. übersandten Ergebnisse der Blutuntersuchung geprüft und akzeptiert hatte, nahm die Patientin P. nunmehr mit einem MELD-Score von 40 an den nachfolgenden Match-Verfahren teil.

(3) Organallokation und Leber-Retransplantation

Am 10. Mai 2011 wurde bei der Stiftung Eurotransplant ein zum Zeitpunkt des Todes 53 Jahre alte männlicher Spender registriert, der einen BMI von 26 hatte. Am 7. Mai 2011 war infolge einer Aortendissektion vom Typ A letztendlich ein hypoxischer Hirnschaden aufgetreten. Am 10. Mai 2011 wurde der Hirntod diagnostiziert. Bei einer angenommenen kalten Ischämiezeit von 10 Stunden betrug der Donor-Risk-Index 1,56. Der Spender erhielt die Spendernummer 138660 und befand sich in der Region „GBYOR“. Hinsichtlich der Einteilung der Spenderregionen wird auf die obigen Ausführungen unter C. II. 1. a) (3) (a) (bb) (ddd) (bbbb) Bezug genommen.

Das Match-Verfahren, in dem diese Spenderleber verteilt wurde, hatte die Match-Nr. 196909 und begann am 10. Mai 2011 um 19:21 Uhr. Die Patientin P., die mit einem MELD-Score von 40 an diesem Match-Verfahren teilnahm, befand sich auf dem 3. Ranglistenplatz. Bei dem Patienten, der sich auf der 1. Position der Match-Liste befand, handelte es sich um einen Patienten mit der Dringlichkeitsstufe „HU“. Auf dem 2. Ranglistenplatz befand sich ein Patient mit der Dringlichkeitsstufe „T_LIV“, der einen MELD-Score von 40 hatte. Nachdem für diese beiden Patienten das Organangebot jeweils abgelehnt worden war, erhielt die Patientin P. das Organangebot, das von dem Angeklagten angenommen wurde.

Wenn die Patientin P. mit einem MELD-Score von 32 an dem Match-Verfahren teilgenommen hätte, hätte sie bestenfalls den 10. oder 11. Ranglistenplatz eingenommen. Vor ihr hätten mindestens 7, gegebenenfalls auch 8 weitere Patienten gestanden, die einen nationalen MELD bzw. matchMELD von (aufgerundet) 32 bzw. 33 hatten. Auf Rang 11 der Match-Liste befand sich eine Patientin, die ebenso wie die Patientin P. aus der Spenderregion „GNDOR“, und zwar aus dem Zentrum „GHOTP“ (Transplantationszentrum Hannover) stammte und einen nationalen MELD bzw. matchMELD von aufgerundet 32 hatte. Wären für die Patientin P. zutreffende Angaben gemacht worden, hätte zwischen diesen beiden Patientinen die Wartezeit, und zwar zunächst die Wartezeit in der MELD-Stufe 32 über die Reihenfolge entschieden. Die dritte Patientin. die ebenfalls einen nationalen bzw. matchMELD

von 32 hatte, stammte aus der Spenderregion „GESTP“ und hätte hinter der Patientin P. gestanden.

Am 11. Mai 2011 wurde die Lebertransplantation bei der Patientin P., die mit der Leber-Retransplantation einverstanden war, zu Heilzwecken und nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt. Verantwortlicher Operateur war der Angeklagte.
Dieser ging zu diesem Zeitpunkt davon aus, dass aufgrund des cholestatischen Hepatitis C-Rezidivs die konkrete Gefahr bestanden habe, dass die Patientin kurzfristig versterben könnte. Aus diesem Grund hielt der Angeklagte die Durchführung der Transplantation nicht nur für erforderlich, sondern auch für dringlich. Darüber hinaus ging der Angeklagte davon aus, dass die Transplantation dem Willen der Patientin P. entsprach.

(4) Verlauf nach der Retransplantation

Der postoperative Verlauf war unauffällig, so dass die Patientin P. am 1. Juni 2011 aus der stationären Behandlung entlassen werden konnte. Im weiteren Verlauf entwickelte sich wiederum eine Gallengansstenose. Daraufhin wurde am 4. Oktober 2012 eine Hepatikojejunostomie [Verbindung des Gallengangs mit dem Jejunum (Leerdarm)] durchgeführt. Am 14. Dezember 2012 erfolgte eine Punktion der zweiten Transplantatleber. Es wurde festgestellt, dass es auch in dem zweiten Transplantat zu einer Reinfektion gekommen war. Eine daraufhin durchgeführte antivirale Therapie bzw. Interferontherapie machte das Organ virusfrei.
Die Patientin lebt nach wie vor mit der zweiten Spenderleber (Stand: Februar 2014), die ihr am 11. Mai 2011 vom Angeklagten transplantiert wurde.

5) Weiterer Verlauf in Bezug auf die von der Patientin P. überholten Patienten

Hinsichtlich der Patienten, die sich auf den Ranglistenplätzen 4 - 11 befanden, ergab sich der folgende Verlauf:

Ranglisten-platz	**Anzahl der Leberangebote nach dieser Allokation**	**Anzahl der abgelehnten Lebererst-angebote nach dieser Allokation (Stand: 16.07.2013)**	**Erste Leber-transplantation nach dieser Allokation (22.06.2011) (Stand: 17.06.2013)**	**Aktueller Status (Stand: 17.06.2013)**	**Zeitpunkt des Todes**	**Todesursache**
4	9	8	18.05.2011	nach Transplantation verstorben	21.06.2011	Sepsis / Multiorganversagen
5	9	8		Verstorben, während Patient auf der Warteliste war	16.05.2011	Sepsis / Multiorganversagen
6	11	8		Transplantiert	07.06.2011	
7	5	4	08.06.2011	nach Transplantation verstorben	28.09.2011	Todesursache: ungewiss – nicht bestimmt
8	20	17	10.06.2011	Transplantiert		
9	5	5		Entfernt: Empfänger hat sich erholt		
10	19	15		Verstorben, während Patient auf der Warteliste war	24.05.2011	Transplantatversagen
11	10	5	22.07.2011	Transplantiert		

bb) Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung

[…]

cc) Rechtliche Würdigung

(1) Straftaten zum Nachteil anderer Patienten

(a) Totschlag gemäß § 212 Abs. 1 StGB, Körperverletzungsdelikte gemäß §§ 223 ff. StGB, fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB bzw. fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB

Ein **Totschlag zum Nachteil anderer Patienten gemäß § 212 Abs. 1 StGB**, ein **Körperverletzungsdelikt gemäß §§ 223 ff. StGB**, eine **fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB oder eine fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB** kommen bereits aus dem Grund nicht in Betracht, weil schon nicht erwiesen und nicht erweislich ist, dass infolge des Umstands, dass der Patientin P. in dem vorliegenden Match-Verfahren die Spenderleber zugeteilt wurde, ein anderer Patient verstarb oder an der Gesundheit geschädigt wurde.

(b) Versuchter Totschlag gemäß §§ 212 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB oder ein versuchtes Körperverletzungsdelikt gemäß §§ 223 ff., 22, 23 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich durch die Annahme der Spenderleber in Kenntnis des Umstands, dass für die Patientin P. zuvor Falschangaben zur Nierenersatztherapie gemacht worden waren, weder eines **versuchten Totschlags gemäß §§ 212 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB** noch eines **versuchten Körperverletzungsdeliktes gemäß §§ 223 ff., 22, 23 Abs. 1 StGB** schuldig gemacht.

Die Veranlassung der Übermittlung falscher Patientendaten zur Nierenersatztherapie stellt bereits objektiv kein Tötungs- oder Körperverletzungsunrecht dar und erfüllt somit weder den Tatbestand des (versuchten) Totschlags noch den der versuchten Körperverletzung. Die Manipulationen bzgl. der Falschangaben zur Nierenersatztherapie waren zum Zeitpunkt ihrer Vornahme bzw. der Annahme der dergestalt erlangten Organe vielmehr nicht mit Strafe bedroht und erfüllen deshalb auch nicht den Tatbestand eines anderen Strafgesetzes. Eine Bestrafung des Angeklagten scheidet daher aus (Art. 103 Abs. 2 GG).
Die Regeln über die Organvermittlung bzw. Organzuteilung nach § 9 Abs. 1 S. 2 TPG i. V. m. § 12 Abs. 3 S. 1 TPG i.V.m. § 16 Abs. 1 S. 1. Nr. 5 TPG i.V.m. den von Eurotransplant in dem ET-Manual erstellten Regelungen dienen aus den bei dem Patienten B. unter cc) (3) (c) (bb) dargelegten Gründen nicht dem Zweck, individuelles Leben bzw. die körperliche Unversehrtheit zu schützen. Sie sollen

vielmehr Verteilungsgerechtigkeit gewährleisten. Verstöße gegen diese Regelungen stellen damit auch kein Tötungsunrecht i.S.d. § 212 StGB, der gerade dem Schutz individuellen Lebens dient. Körperverletzungsunrecht liegt ebenfalls nicht vor.

Aber selbst wenn man die Rechtsauffassung verträte, dass vom Schutzzweck der Zuteilungsregelungen auch das individuelle Leben umfasst würde, läge im Fall der Patientin P. kein Tatentschluss für einen versuchten Totschlag vor. Hinsichtlich des erstverdrängten Patienten vertraute der Angeklagte begründet darauf, dass dieser (sofern die Spenderleber für diesen Patienten überhaupt angenommen worden wäre) zeitnah und rechtzeitig ein passendes Organangebot bekommen und hiermit überleben werde. Tatsächlich wurde auch hier der erstverdrängte Patient transplantiert, verstarb indes nach der Transplantation, nachdem ihm mit dem letztlich für ihn angenommenen Organ nach der Manipulation des Angeklagten ausweislich der Match-Liste von Eurotransplant noch 9 weitere Erstangebote gemacht worden waren.

Hinsichtlich der übrigen Patienten lag aus den vorstehend bei dem Patienten B. unter cc) (3) (c) (cc) (bbb) (aaa) dargelegten Gründen, die für die Patientin P. ebenfalls Geltung haben, kein Tatentschluss hinsichtlich eines versuchten Totschlag vor. So fehlt es bereits am intellektuellen Moment, als bei dieser Patientengruppe aus Sicht der Rechtsprechung der Kausalverlauf nicht mehr versehbar war bzw. ein ursächlich durch die Manipulation verursachter Tod (was nicht feststellbar ist) aus der Perspektive der herrschenden Lehre nicht objektiv zurechenbar wäre. Die im Rahmen der Beweiserhebung getroffenen Feststellungen hinsichtlich der tatsächlichen Verhältnisse innerhalb dieser Patientengruppe wären indes aus den bei dem Patienten B. unter cc) (3) (c) (cc) dargelegten Gründen (ebenfalls) geeignet, das begründete Vertrauen zu tragen, keiner dieser Patienten werde **durch die Manipulation** des Angeklagten früher versterben. So wurden von den 9 insgesamt untersuchten Patienten mit dem erstverdrängten 5 Patienten transplantiert. 3 weitere Patienten verstarben untransplantiert auf der Warteliste, nachdem ihnen nach der Manipulation des Angeklagten noch 8, 13 bzw. 15 Erstangebote gemacht worden waren. 1 weiterer Patient wurde nach dessen Erholung von der Warteliste genommen.

(2) Straftaten zum Nachteil der Patientin P.

(a) Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich durch die Lebertransplantation **nicht einer vorsätzlichen Körperverletzung** gemäß **§ 223 Abs. 1 StGB zum Nachteil der Patientin P.** schuldig gemacht.

Die durch die Durchführung der Lebertransplantation tatbestandlich begangene vorsätzliche Körperverletzung ist gerechtfertigt, weil die Patientin wirksam in die Lebertransplantation eingewilligte. Die Lebertransplantation verstieß auch nicht gegen die guten Sitten im Sinne des § 228 StGB. Insoweit wird auf die obigen Ausführungen unter C. II. 2. b) cc) (2) (a) (cc) (Patient S.) Bezug genommen.

(b) Versuchte Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich auch nicht einer **versuchten Körperverletzung** gemäß **§§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB** schuldig gemacht.

Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass der Angeklagte davon ausging, dass die Lebertransplantation bei der Patientin P. nicht erforderlich gewesen sei bzw. die Transplantation aus sachfremden Erwägungen, wie zum Beispiel die Steigerung der Transplantationszahlen durchführte. Die Erlangung einer Bonuszahlung scheidet als Motivation aus, weil der Angeklagte ab dem Jahr 2011 keine Sonderboni erhielt, die an die Anzahl der Lebertransplantationen geknüpft waren. Ebenso wenig liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass der Angeklagte, als er die Transplantation durchführte, davon ausging, die Lebertransplantation entspreche nicht dem Willen der Patientin.

(3) Weitere Strafvorschriften

Anhaltspunkte für die Begehung weiterer Straftaten haben sich nicht ergeben. Insoweit wird auf die oben bei dem Patienten B. unter C. II. 2. e) cc) (1), (2), (5) bis (10) gemachten Ausführungen Bezug genommen, die bei der Patientin P. entsprechende Geltung haben.

(4) Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (vom 4. September 2007) durch Übertragung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG

Die am 11. Mai 2011 von dem Angeklagten durchgeführte Übertragung der Spenderleber auf die Patientin P. erfüllt nicht den Tatbestand des § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (in der Fassung vom 4. September 2007), weil nicht nachweisbar ist, dass die Spenderleber von Eurotransplant an diese Patientin nicht nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprachen, vermittelt wurde. Insbesondere ist nicht erwiesen, dass das Organ nicht nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit vermittelt wurde und die Patientin keine geeignete Patientin im Sinne des § 12 Abs. 3 S. 1 TPG (in der Fassung vom 20. Juli 2007) war.

Hinsichtlich des Anwendungsbereichs und der tatbestandlichen Voraussetzungen des § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (in der Fassung vom 4. September 2007) wird auf bei dem Patienten B. oben unter C. II. 2. e) cc) (11) gemachten Ausführungen Bezug genommen.

Die Patientin P. litt unter einer Leberzirrhose und es bestand die konkrete Gefahr, dass sie ohne Lebertransplantation kurzfristig versterben würde. Medizinische Gründe, die – abgesehen von den allgemeinen Transplantations- bzw. Operationsrisiken – erwarten ließen, dass sie die Transplantation nicht überleben oder kurze Zeit später versterben würde, waren nicht bekannt. Die Lebertransplantation war daher erforderlich, dringlich und hatte zudem auch Erfolgsaussicht. Da nachträglich nicht mehr festgestellt werden kann, welcher Patient die Spenderleber bei regulärem Matchverlauf erhalten und ob dieser Patient die Spenderleber dringender zum Überleben benötigt hätte als die Patientin P., konnte dem Angeklagten aus den dargelegten Gründen nicht nachgewiesen werden, dass er am 11. Mai 2011 entgegen§ 9 Abs. 1 TPG in der Fassung vom 4. September 2010 eine Spenderleber auf die Patientin P. übertrug.

dd) Ergebnis zu der Patientin P.

(1) Der Angeklagte war hinsichtlich des Vorwurfs, er habe veranlasst, dass **Blutwerte** der Patientin Petes **manipuliert** bzw. **falsche Blutwerte** an Eurotransplant **gemeldet** werden, aus **tatsächlichen Gründen freizusprechen**, weil insoweit ein Tatnachweis nicht geführt werden konnte.

(2) Zwar veranlasste der Angeklagte, dass am **10. Mai 2011** gegenüber Eurotransplantat **unzutreffend** angegeben wurde, bei der Patientin P. habe zweimal innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test vom 10. Mai 2011 eine **Nierenersatztherapie** stattgefunden. Dies erfüllte zu dem verfahrensgegenständlichen Zeitpunkt jedoch nicht den Tatbestand eines Strafgesetzes.

(3) Die (endgültige) **Annahme des Spenderorgans** für die Patientin P. bzw. deren Transplantation in Kenntnis des Umstands, dass Falschangaben zur Nierenersatztherapie gemacht wurden, erfüllte ebenfalls nicht den Tatbestand eines Strafgesetzes.

Der Angeklagte war daher insoweit jeweils aus **Rechtsgründen** freizusprechen.

(4) Hinsichtlich des Verdachts, der Angeklagte habe durch die am **11. Mai 2011** erfolgte Übertragung der Spenderleber auf die Patientin P. einen **Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG** in der Fassung vom 4. September 2007 begangen, erfolgte der Freispruch aus **tatsächlichen Gründen**.

j) Patient K.I (Ziffer 9. der Anklage)

Bei dem Patienten I. handelt es sich um denjenigen Patienten, auf den sich der bei der DSO eingegangene anonyme Anruf mit dem Inhalt

„Die G.U. ist in kriminelle Machenschaften verstrickt oder kauft man die Organe direkt bei Ihnen?“

bezog und der sowohl zur Einleitung eines Prüfverfahrens durch die Prüfungs- und Überwachungskommissionen der Bundesärztekammer (insoweit wird auf die obigen Ausführungen unter C. I. 1. c) dd) (1) Bezug genommen) als auch letztlich zur Einleitung dieses Strafverfahrens führte.

Hinsichtlich des Vorwurfs, der Angeklagte habe am 23. Mai 2011 die Listung des Patienten I. veranlasst, obwohl er wusste, dass der Patient die vorgeschriebene Mindestalkoholkarenzzeit von 6 Monaten noch nicht eingehalten hatte, konnte bereits nicht mit der erforderlichen Sicherheit festgestellt werden, dass der Patient vor seiner Aufnahme in die Warteliste und Registrierung bei Eurotransplant tatsächlich weniger als 6 Monate alkoholabstinent war. Bezüglich des weiteren Vorwurfs, er habe die Zeugin S. angewiesen, am 23. Mai 2011 gegenüber Eurotransplant anzugeben, es habe zweimal innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test vom 23. Mai 2011 eine Nierenersatztherapie stattgefunden, konnte dem Angeklagten nicht nachgewiesen werden, dass er diese Anweisung wider besseres Wissen machte. Er hätte diese Falschmeldung allerdings vermeiden können, wenn er bei den Ärzten bzw. Mitarbeitern der Intensivstation 0118, auf der der Patient I. zu dieser Zeit behandelt wurde, nachgefragt hätte, ob eine entsprechende Nierenersatztherapie tatsächlich stattgefand. Am 27. Mai 2011 führte die Mitarbeiterin S. gegenüber Eurotransplant eine Rezertifizierung des labMELD durch und gab, ohne hierzu abermals von dem Angeklagten aufgefordert worden zu sein, erneut an, dass eine Nierenersatztherapie durchgeführt worden sei. Der Angeklagte war mithin aus tatsächlichen Gründen freizusprechen.

Belastbare Anhaltspunkte für eine bei dem Patienten I. erfolgte Blutmanipulation haben sich nicht ergeben.

aa) Feststellungen

(1) Zusammenfassung des wesentlichen Ergebnisses der Beweisaufnahme

Der **Patient K.I** litt unter einer Leberzirrhose. Am 30. Mai 2011 wurde ihm durch den Angeklagten eine Spenderleber transplantiert. Die Lebertransplantation, die im Hinblick auf den lebensbedrohlichen Zustand des Patienten I. dringlich war, wurde zu Heilzwecken und nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt. Die Operation entsprach, was dem Angeklagten bewusst war, dem mutmaßlichen Willen des Patienten.

Ob der Patient I., als er am 23. Mai 2011 in die Warteliste aufgenommen und am 30. Mai 2011 transplantiert wurde, noch keine sechs Monate vollständige Alkoholabstinenz eingehalten hatte, war nicht feststellbar, weil nicht ausreichend sicher festgestellt werden konnte, wann der Patient letztmalig Alkohol trank.

Zum Zeitpunkt der Organzuteilung war für den Patienten I. durch Eurotransplant ein unzutreffender labMELD von 39 zugrunde gelegt worden. Diesen MELD-Score hatte der Patient nur deshalb erreicht, weil die Mitarbeiterin des Transplantations-Koordinationsbüros E.S. auf Veranlassung des Angeklagten am 23. Mai 2011 und sodann nochmals am 27. Mai 2011 gegenüber Eurotransplant angegeben hatte, bei dem Patienten sei innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test jeweils zweimal eine Nierenersatztherapie durchgeführt worden. Tatsächlich hatte der Patient I. in der UMG keine Nierenersatztherapie erhalten.

Es konnte im Ergebnis nicht ausgeschlossen werden, dass der Angeklagte der Zeugin S. irrtümlich mitteilte, bei dem Patienten I. werde eine Nierenersatztherapie durchgeführt und hiervon auch noch überzeugt war, als er das Organangebot für den Patienten I. annahm. Allerdings hätte der Angeklagte die Falschmeldung bzw. seinen Irrtum vermeiden können, wenn er sich bei den Ärzten der medizinischen Intensivstation 0118, wo der Patient I. behandelt wurde, über die angewandten Therapien erkundigt hätte.

Mit dem MELD-Score von 39 stand der Patient I. in dem Match-Verfahren mit der Nummer 197450, das schließlich zur Organzuteilung führte, auf dem Ranglistenplatz 2. Wenn hinsichtlich des Patienten zutreffende Angaben gemacht worden wären, hätte er an diesem Match-Verfahren mit einem MELD-Score von 26 teilgenommen und damit mit hoher Wahrscheinlichkeit keine Aussicht gehabt, die Spenderleber im Standardzuteilungsverfahren zu erhalten.

Im Einzelnen hat die Kammer folgende Feststellungen getroffen:

(2) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der Transplantation

(a) Verlauf bis zur Behandlung in der UMG

Der Patient I., der Alkoholmissbrauch betrieben hatte, wurde am 13. April 2011 in einer russischen Klinik in (…) aufgenommen. Seine Haut wies zu diesem Zeitpunkt eine Gelbfärbung auf. Die Ärzte gingen unter anderem von dem Vorliegen eines akuten Lebersagens unklarer Genese, einer dekompensierten Leberzirrhose Grad C nach Child-Pugh-Klassifikation, einer hepatozellulären Insuffizienz dritten Grades sowie einer hepatischen Enzephalopathie aus.

Während des stationären Aufenthalts wurde der Gesundheitszustand des Patienten zunehmend schlechter. Ab dem 20. April 2011 war er beatmungspflichtig. Von diesem Zeitpunkt bis zu seiner Verlegung nach Deutschland wurde außerdem eine kontinuierliche venovenöse Hämodiafiltration durchgeführt. Als sein Zustand weiterhin immer kritischer wurde und die Ärzte den Angehörigen des Patienten mitgeteilt hatten, dass dieser eine Lebertransplantation benötige, beauftragte die geschiedene Ehefrau des Patienten die Firma M.T. GmbH mit der Vermittlung eines Krankenhauses in Deutschland, in dem eine Lebertransplantation durchgeführt werden konnte. Die Firma M.T. GmbH mit Sitz in Deutschland befasst sich mit der Vermittlung von ausländischen Patienten nach Deutschland bzw. mit der Organisation medizinischer Behandlungen von ausländischen Patienten in Deutschland. Die für diese Firma tätige E.U.S. nahm mit verschiedenen Universitätskliniken in Deutschland Kontakt auf und erfragte, ob die Übernahme des Patienten I. zur Durchführung einer Lebertransplantation möglich sei. Auch die UMG erhielt eine entsprechende Anfrage. Der gesondert Verfolgte Dr. L., dem die Krankenunterlagen des Patienten I. von der Firma M.T. GmbH übermittelt worden waren und dem auf Nachfrage mitgeteilt worden war, der Bruder und die Mutter des Patienten stünden als Lebendspender zur Verfügung, erklärte gegenüber der Firma M.T. GmbH, dass der Patient I. in der UMG aufgenommen werde, sofern die Zahlung der Behandlungskosten gesichert sei. Daraufhin übermittelte die Firma M.T. GmbH, vertreten durch deren Geschäftsführer S.S., der Verwaltung der UMG am 13. Mai 2011 ein Schreiben, in dem die Übernahme der Behandlungskosten bestätigt wurde. Des Weiteren leistete die Firma M.T. GmbH, die das Geld zuvor von der Mutter des

Patienten I. erhalten hatte, am 13. Mai 2011 eine Vorauszahlung in Höhe von 100.000 Euro an die UMG.

Nach der Überweisung der von der UMG geforderten Vorauszahlung wurde der Patient I. mit einem Privatjet nach Hannover geflogen und von dort mit einem Krankentransport in die UMG überführt. Die Mutter, der Bruder und die damalige Lebensgefährtin des Patienten I. reisten ebenfalls nach G..

Im Auftrag der Firma M.T. GmbH wurde A.M. als Dolmetscher tätig, um in der UMG die Verständigung zwischen dem Patienten und dessen Angehörigen auf der einen Seite und den Ärzten auf der anderen Seite sicher zu stellen.

(b) Behandlung in der UMG bis zur Lebertransplantation

(aa) Der Patient I. wurde am 13. Mai 2011 auf der Operativen Intensivstation 0118 des Zentrums Anaesthesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin der UMG aufgenommen. Als er auf der Station eintraf, wurde er beatmet und hatte einen Shaldon-Katheter (Dialysekatheter). Der Patient, der von verschiedenen hochresistenten Keimen besiedelt war, befand sich in einem sehr schlechten Pflegezustand. Er hatte eine Infektion im Bereich der Trachealkanüle sowie tiefe Druckstellen bzw. eine Dekubituswunde in der Sakralregion, die bis zum Knochen reichte. Der Zustand des Patienten war lebensbedrohlich. Daher wurden umgehend therapeutische Maßnahmen zur Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes eingeleitet. So wurde unter anderem durch die Unfallchirurgie die Dekubituswunde operativ versorgt. Durch die HNO erfolgte eine Tracheostomarevision. Da bei dem Patienten I. in der UMG keine Nierenersatztherapie stattfand, wurde am 14. Mai 2011 der Shaldon-Katheter entfernt.

Parallel zu den pflegerischen Maßnahmen wurde eine Evaluation für eine Leberlebendspende durch Familienangehörige sowie zur Lebertransplantation durchgeführt. Hierbei wurde festgestellt, dass die mitgereisten Angehörigen des Patienten I. aus medizinischen Gründen als Lebendspender nicht geeignet waren. Daher wurde beschlossen, den Patienten I. in die Warteliste aufzunehmen und bei Eurotransplant zu registrieren, damit dieser eine postmortale Spender erhalten konnte.

Da der Patient aufgrund seines Gesundheitszustands nicht in der Lage war, Art, Bedeutung und Tragweite der Lebertransplantation zu erfassen und seinen Willen danach zu bestimmen, wurde die Mutter des Patienten, R. „Y.“, vom Amtsgericht G. – Betreuungsgericht - mit Beschluss vom 20. Mai 2011 durch einstweilige Anordnung bis zum 19. November 2011 als vorläufige Betreuerin bestellt. Am 23. Mai 2011 erteilte diese die Einwilligung zur Lebertransplantation.

(bb) Ab dem 23. Mai 2011 war der Patient I. bei Eurotransplant unter der ET-Nr. A registriert.

Ob der Patient I. bereits sechs Monate alkoholabstinent war, als er am 23. Mai 2011 in die Warteliste aufgenommen und am 30. Mai 2011 transplantiert wurde, konnte nicht sicher festgestellt werden.

Die Zeugin S. hatte bei der Registrierung am 23. Mai 2011 unter anderem folgende Angaben gegenüber Eurotransplant gemacht:

Eintragungsdatum	**Probendatum**	**Kreatinin (mg/dl)**	**Bilirubin, ges. (mg/dl)**	**INR**	**Nierenersatztherapie bzw. Dialyse 2x / Woche**
23.05.2011 12:30:33	23.05.2011	0,42	20,90	2,00	Y (Ja)

Die unzutreffende Angabe zur Nierenersatztherapie hatte die Zeugin S. zuvor von dem Angeklagten erhalten. Es konnte nicht mit der erforderlichen Sicherheit ausgeschlossen werden, dass der Angeklagte, als er die Zeugin S. zur Übermittlung der Nierenersatztherapiedaten anwies, irrtümlich davon ausging, dies sei zutreffend. Der Patient hatte nämlich in dem Krankenhaus in K. ab dem 20. April 2011 bis zu dessen Verlegung durchgehend eine Nierenersatztherapie erhalten und war bei seiner Aufnahme in der UMG auf der Station 0118 mit einem sogenannten Shaldon-Katheter versehen. Allerdings hätte der Angeklagte die Falschmeldung vermeiden können, wenn er sich bei den Ärzten der medizinischen Intensivstation 0118, wo der Patient I. behandelt wurde, erkundigt hätte, ob der Patient dort weiterhin eine Nierenersatztherapie erhielt.

Aufgrund der angegebenen Werte und der unzutreffenden Angabe zur Nierenersatztherapie, die zur Folge hatte, dass bei der Berechnung des labMELD von Eurotransplant ein Kreatinin-Wert von 4,00 mg/dl zugrunde gelegt wurde, erzielte der Patient I. einen labMELD von 39. Wenn die Frage zur Nierenersatztherapie

korrekt beantwortet und der MELD-Berechnung der gemessene Kreatinin-Wert von 0,42 mg/dl zugrunde gelegt worden wäre, hätte der Patient I. einen MELD-Score von 26 gehabt. Nachdem Eurotransplant die von der Zeugin S. übersandten Ergebnisse der Blutuntersuchung geprüft und akzeptiert hatte, nahm der Patient I. nunmehr mit einem MELD-Score von 39 an den nachfolgenden Match-Verfahren teil.

Vier Tage nach der Registrierung des Patienten I. bei Eurotransplant übermittelte die Zeugin S. folgende Angaben an Eurotransplant:

Eintragungsdatum	**Probendatum**	**Kreatinin (mg/dl)**	**Bilirubin, ges. (mg/dl)**	**INR**	**Nierenersatztherapie bzw. Dialyse 2x / Woche**
27.05.2011 12:54:50	27.05.2011	0,38	21,60	2,00	Y (Ja)

Da die Zeugin keine weitere Mitteilung zur Nierenersatztherapie erhalten hatte, ging sie von deren Fortdauer aus. Sie gab deshalb aus eigener Initiative, also ohne dass ihr dies von dem Angeklagten oder einer anderen Person mitgeteilt worden war, gegenüber Eurotransplant an, der Patient I. habe innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test vom 27. Mai 2011 wiederum zweimal Nierenersatztherapie erhalten. Hierdurch erreichte der Patient I. erneut einen labMELD von 39. Ohne die Falschangabe zur Nierenersatztherapie hätte der Patient I. weiterhin einen labMELD von 26 gehabt.

(3) Organallokation und Transplantation

Am 29. Mai 2011 wurde bei der Stiftung Eurotransplant eine zum Zeitpunkt des Todes 28 Jahre alte Spenderin registriert. Die Spenderin, die einen BMI von 24 hatte, war am 22. Mai 2011 nach einem Schädelhirntrauma auf einer Intensivstation aufgenommen worden. Der Hirntod wurde am 29. Mai 2011 festgestellt. Bei einer angenommenen kalten Ischämiezeit von zehn Stunden betrug der Donor-Risk-Index 1,02. Die Spenderin erhielt die Spendernummer 138998.

Das Match-Verfahren, in dem diese Spenderleber verteilt wurde, hatte die Match-Nr. 197450 und begann am 29. Mai 2011 um 20:52 Uhr. Der Patient I., der mit einem MELD-Score von 39 an diesem Match-Verfahren teilnahm, befand sich auf dem 2. Ranglistenplatz. Bei dem Patienten, der sich auf der 1. Position der Match-Liste befand, handelte es sich um einen Patienten mit der Dringlichkeitsstufe „T_LIV“, der

eine kombinierte Transplantation benötigte. Nachdem das Organangebot für diesen Patienten abgelehnt worden war, erhielt der Patient I. das Organangebot, das von dem Angeklagten angenommen wurde.

Wenn der Patient I. mit einem MELD-Score von 26 an dem Match-Verfahren teilgenommen hätte, hätte er mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit keine Aussicht gehabt, im Standard-Allokationsverfahren diese Spenderleber zu erhalten. Vor ihm hätten mindestens 32 weitere Patienten gestanden, die einen matchMELD zwischen 30 und 35 hatten.

Nachdem der Angeklagte das Organangebot angenommen hatte, willigte die Mutter als Betreuerin des Patienten am 30. Mai 2011 nochmals stellvertretend für diesen in die Lebertransplantation ein. Die Durchführung der Lebertransplantation entsprach dem mutmaßlichen Willen des Patienten I., der aufgrund seines gesundheitlichen Zustands weiterhin nicht in der Lage war, die Einwilligung die Transplantation selbst zu erteilen.

Am 30. Mai 2011 wurde die Lebertransplantation zu Heilzwecken und nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt. Verantwortlicher Operateur war der Angeklagte.
Dieser ging zu diesem Zeitpunkt davon aus, dass bei dem Patienten I. eine Leberzirrhose vorlag und dieser ohne Transplantation zeitnah versterben würde. Aus diesem Grund hielt der Angeklagte die Durchführung der Transplantation nicht nur für erforderlich, sondern auch für äußerst dringlich. Darüber hinaus ging der Angeklagte davon aus, dass die Transplantation dem mutmaßlichen Willen des Patienten entsprach.

(4) Verlauf nach der Transplantation

Nach der Lebertransplantation wurde der Patient zunächst weiterhin auf der Operativen Intensivstation 0118 behandelt. Am 21. Juni 2011 wurde er sodann auf die Station 1016 verlegt. Der postoperative Verlauf wurde erschwert durch das Auftreten einer Gallengangsnekrose mit Ausbildung einer galligen Peritonitis. Daher wurde am 18. Juli 2011 eine Laparotomie vorgenommen und eine biliodigestive Anastomose angelegt. Am 20. Juli 2011 musste der Patient I. erneut operiert werden, weil eine Nachblutung aufgetreten war. Schließlich musste die biliodigestive Anastomose am 29. Juli 2011 erneut angelegt werden. Insgesamt erfolgte die

Nachbehandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst. Am 29. September 2011 wurde der Patient auf eigenen Wunsch aus der stationären Behandlung entlassen und kehrte in seine Heimat zurück. Hierbei wurde er, damit die medizinische Versorgung des Patienten sichergestellt war, von dem Arzt R., der zu dieser Zeit in der Transplantationschirurgie tätig war, begleitet. Der Patient I. lebte mindestens bis März 2012 mit dieser Spenderleber.

(5) Weiterer Verlauf in Bezug auf die ersten neun Patienten, die von dem Patienten I. überholt wurden

Hinsichtlich der Patienten, die sich auf den Ranglistenplätzen 3 - 11 befanden, ergab sich nach dieser Allokation der folgende Verlauf:

Ranglisten-platz	**Anzahl der Leberangebote nach dieser Allokation**	**Anzahl der abgelehnten Leber<u>erst-</u>angebote nach dieser Allokation (Stand: 16.07.2013)**	**Erste Leber-transplantation nach dieser Allokation (22.06.2011) (Stand: 17.06.2013)**	**Aktueller Status (Stand: 17.06.2013)**	**Zeitpunkt des Todes**	**Todesursache**
3	1	0	31.05.2011	Transplantiert		
4	3	1	31.05.2011	Verstorben nach Transplantation	29.08.2012	Maligne Erkrankung Rezidiv Tumorerkrankung
5	1	0	07.06.2011	Transplantiert		
6	1	0	08.06.2011	Verstorben nach Transplantation	28.09.2011	Todesursache: ungewiss – nicht bestimmt
7	7	5	10.06.2011	Transplantiert		
8	4	4		Von der Warteliste entfernt: Empfänger hat sich erholt		
9	3	1	10.06.2011	Verstorben nach Transplantation	15.06.2011	Zerebrovaskulärer Insult/Unfall (CVA)
10	1	0	09.06.2011	Transplantiert		
11	9	4	22.07.2011	Transplantiert		

bb) Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung

[…]

cc) Rechtliche Würdigung

(1) Fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB bzw. fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB jeweils zum Nachteil anderer Patienten

Eine **fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB oder eine fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB** kommen bereits aus dem Grund nicht in Betracht, weil nicht erwiesen ist, dass infolge des Umstands, dass dem Patienten I. in dem Match-Verfahren mit der Nummer 197450 die Spenderleber zugeteilt wurde, ein Patient verstarb oder an der Gesundheit geschädigt wurde.

(2) Straftaten zum Nachteil des Patienten I.

(a) Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich durch die Lebertransplantation **nicht einer vorsätzlichen Körperverletzung** gemäß **§ 223 Abs. 1 StGB zum Nachteil des Patienten I.** schuldig gemacht.
Die durch die Lebertransplantation tatbestandlich begangene vorsätzliche Körperverletzung war durch die Einwilligung der Betreuerin gerechtfertigt. Im Übrigen kann mangels entgegenstehender Anhaltspunkte davon ausgegangen werden, dass die Einwilligung auch dem mutmaßlichen Willen des Patienten I. entsprach, da der Patient ohne Transplantation verstorben wäre.
Die Lebertransplantation verstößt auch nicht gegen die guten Sitten im Sinne des § 228 StGB. Insoweit wird auf die obigen Ausführungen unter C. II. 2. b) cc) (2) (a) (cc) –S. Bezug genommen.

(b) Versuchte Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich auch keiner **versuchten Körperverletzung** gemäß **§§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB** schuldig gemacht.
Es liegen weiter keine Anhaltspunkte dafür vor, dass der Angeklagte davon ausging, dass die Lebertransplantation bei dem Patienten I. nicht erforderlich gewesen sei bzw. die Transplantation aus sachfremden Erwägungen, wie zum Beispiel die Steigerung der Transplantationszahlen durchführte.

(3) Weitere Straftaten

Zwar kommt durch die von dem Angeklagten erfolgte **Vorlage der gefälschten Dialyseprotokolle an die Prüfungs- und Überwachungskommission** eine **Urkundenfälschung gemäß § 267 Abs. 1 StGB in Form des Gebrauchens einer unechten Urkunde** in Betracht. Dieser Tatvorwurf war jedoch **nicht Gegenstand der Anklage** der Staatsanwaltschaft B. vom 29. Mai 2013 und deshalb nicht Gegenstand des Verfahrens.
Zwar unterliegt die Kammer einer allseitigen Kognitionspflicht, weshalb sie den Unrechtsgehalt einer jeden ihr unterbreiteten Tat ohne Rücksicht auf die der Anklage- bzw. dem Eröffnungsbeschluss zugrunde gelegte Bewertung ausschöpfen muss, sofern dem keine rechtliche Gründe entgegenstehen (vgl. Meyer-Goßner/Schmitt, StPO § 264, Rdnr. 10). Vorliegend handelt es sich bei dem Verdacht der Urkundenfälschung und dem Tatvorwurf des versuchten Totschlag, der durch die Organannahme für den Patienten I. zum Nachteil anderer Patienten begangen worden sein soll, jedoch nicht um ein und dieselbe prozessuale Tat im Sinne des § 264 StPO.
Die unzutreffenden Angaben über die durchgeführte Nierenersatztherapie fanden am 23. Mai 2011 und 27. Mai 2011 statt. Die Organannahme für den Patienten I. erfolgte am 29. Mai 2011 und dessen Transplantation schließlich am 30. Mai 2011. Es liegen keine Anhaltspunkte dafür, dass zu diesem Zeitpunkt bereits die gefälschten Dialyseprotokolle vorlagen oder geplant war, entsprechende Dialyseprotokolle zu erstellen und zu gebrauchen. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme wurde die Dialyseprotokolle vielmehr erst im Oktober 2011 erstellt, wobei unbekannt ist, wer die Protokolle anfertigte und mit einem Handzeichen versah. Auch wenn im weiteren Verlauf der Angeklagte die Unterlagen der Prüfungs- und Überwachungskommission vorgelegt hat, um vorzutäuschen, dass bei dem Patienten I. tatsächlich Dialysen

stattgefunden hat, ist gleichwohl davon auszugehen, dass die Entscheidung, die Protokolle zu erstellen bzw. zu verwenden auf einem Tatentschluss beruhte, der erst entstanden war, nachdem die Prüfungs- und Überwachungskommission ein Prüfverfahren eingeleitet die Akten des Patienten I. angefordert hatte. Da zwischen der Falschmeldung gegenüber Eurotransplant, der Organannahme und Transplantation auf der einen Seite und der Herstellung und dem Gebrauchen der Dialyseprotokolle auf der anderen Seite mehrere Monate lagen und auf unterschiedlichen Tatentschlüssen beruhten, liegen prozessual verschiedene Taten vor.

Anhaltspunkte für die Begehung weiterer Straftaten haben sich nicht ergeben. Insoweit wird auf die oben bei dem Patienten B. unter C. II. 2. e) cc) (1), (2), (5) bis (10) gemachten Ausführungen Bezug genommen, die bei dem Patienten I. entsprechende Geltung haben.

(4) Fahrlässiger Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (vom 4. September 2007) durch Übertragung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG i

Die am 30. Mai 2011 von dem Angeklagten durchgeführte Übertragung der Spenderleber auf den Patienten I. erfüllt nicht den Tatbestand des § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (in der Fassung vom 4. September 2007), weil nicht nachweisbar ist, dass die Spenderleber von Eurotransplant an diesen Patienten nicht nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprachen, vermittelt wurde. Insbesondere ist nicht erwiesen, dass das Organ nicht nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit vermittelt wurde und der Patient kein geeigneter Patient im Sinne des § 12 Abs. 3 S. 1 TPG (in der Fassung vom 20. Juli 2007) war.

Hinsichtlich des Anwendungsbereichs und der tatbestandlichen Voraussetzungen des § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (in der Fassung vom 4. September 2007) wird auf bei dem Patienten B. oben unter C. II. 2. e) cc) (11) insoweit gemachten Ausführungen Bezug genommen.

Der Patient I. litt unter einer Leberzirrhose und es bestand die konkrete Gefahr, dass er ohne Lebertransplantation kurzfristig versterben würde. Medizinische Gründe, die – abgesehen von den allgemeinen Transplantations- bzw. Operationsrisiken – erwarten ließen, dass er die Transplantation nicht überleben oder kurze Zeit später

versterben würde, waren nicht bekannt. Die Lebertransplantation war daher erforderlich, dringlich und hatte zudem auch Erfolgsaussicht. Da nachträglich nicht mehr festgestellt werden kann, welcher Patient die Spenderleber bei regulärem Matchverlauf erhalten und ob dieser Patient die Spenderleber dringender zum Überleben benötigt hätte als der Patient I., konnte dem Angeklagten aus den dargelegten Gründen nicht nachgewiesen werden, dass er am 30. Mai 2011 entgegen§ 9 Abs. 1 TPG in der Fassung vom 4. September 2010 eine Spenderleber auf den Patienten I. übertrug.

dd) Ergebnis zu dem Patienten I.

(1) Hinsichtlich des Verdachts, der Angeklagte habe bei dem Patienten I. **Blutprobenmanipulationen** bzw. die **Weiterleitung falscher Blutwerte** an Eurotransplant veranlasst, war der Angeklagte aus tatsächlichen Gründen freizusprechen, weil der Vorwurf nicht nachweisbar war.

(2) Bezüglich des Tatvorwurfs, er habe am **23. Mai 2011** die **Aufnahme** des Patienten I. **in die Warteliste veranlasst** und bei diesem am **30. Mai 2011** eine **Lebertransplantation** durchgeführt, obwohl der Patient unter einer alkoholinduzierten Leberzirrhose gelitten und noch keine sechs Monate vollständige Alkoholabstinenz eingehalten habe, war der Angeklagte aus **tatsächlichen Gründen freizusprechen**, weil bereits nicht ausreichend sicher feststellbar war, dass der Patient I. keine sechs Monate alkoholabstinent war.

(3) Soweit der Angeklagte am **29. Mai 2011** das **Organangebot** für den Patienten I. **annahm**, obwohl dieses nur deshalb erfolgte, weil für den Patienten zuvor am 23. Mai 2011 und am 27. Mai 2011 gegenüber Eurotransplant Falschangaben zur Nierenersatztherapie gemacht worden waren, war nicht nachweisbar, dass dem Angeklagte dies bekannt war, so dass bereits aus diesem Grund **kein versuchter Totschlag** und auch **kein versuchtes Körperverletzungsdelikt** nachgewiesen werden konnte. Zwar hätte der Angeklagte durch eine entsprechende Nachfrage bei den Ärzten bzw. Mitarbeitern der Station 0118 erfragen können, ob eine Nierenersatztherapie stattfand und hierdurch Falschangaben gegenüber Eurotransplant und damit auch eine Fehlallokation vermeiden können. Es war jedoch

nicht nachweisbar, dass infolge des Umstands, dass dem Patienten I. in dem Match-Verfahren mit der Nummer 197450 die Spenderleber zugeteilt wurde, ein **Patient verstarb** oder an der **Gesundheit geschädigt** wurde. Daher kam bereits aus diesem Grund keine **fahrlässige Tötung** und auch keine **fahrlässige Körperverletzung** in Betracht.

Da im Hinblick auf die Falschangabe zur Nierenersatztherapie zum verfahrensgegenständlichen Zeitpunkt auch auch kein anderer Straftatbestand erfüllt war, war der Angeklagte auch insoweit aus **tatsächlichen Gründen** freizusprechen.

(4) Hinsichtlich des Verdachts, dass der Angeklagte durch die Übertragung der Spenderleber auf den Patienten I. einen fahrlässigen Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG in der Fassung vom 4. September 2007 begangen haben könnte, erfolgte der Freispruch aus **tatsächlichen Gründen**.

k) Patientin O. (Ziffer 10. der Anklage)

Der Angeklagte war von dem Vorwurf, er habe am 8. Juni 2011 und / oder am 15. Juni 2011 eine Manipulation der Blutprobe bzw. des INR-Wertes der Patientin O. veranlasst, aus tatsächlichen Gründen freizusprechen, weil ein entsprechender Tatnachweis nicht geführt werden konnte. Darüber hinaus war nicht nachweisbar, dass der Angeklagte die Zeugin S. veranlasste, am 8. Juni 2011 und / oder am 15. Juni 2011 gegenüber Eurotransplant anzugeben, bei der Patientin O. habe innerhalb der Woche vor den Kreatinin-Tests vom 8. Juni 2011 bzw. 15. Juni 2011 jeweils zweimal eine Nierenersatztherapie stattgefunden. Schließlich konnte dem Angeklagten auch nicht nachgewiesen werden, dass er bis zum Zeitpunkt der Organannahme Kenntnis von dem Umstand hatte, dass der an Eurotransplant am 8. bzw. 15. Juni 2011 übermittelte INR-Wert auf einer Manipulation der Blutprobe der Patientin O. beruhte und zusätzlich gegenüber Eurotransplant am 8. bzw. 15. Juni 2011 eine Falschangabe zur Nierenersatztherapie erfolgt und deshalb der labMELD von 40, der am 19. Juni 2011 zu dem Organangebot geführt hatte, unzutreffend war.

aa) Feststellungen

(1) Zusammenfassung des wesentlichen Ergebnisses der Beweisaufnahme

Die am (…) verstorbene **Patientin K.O.** litt unter einer Hepatitis C-induzierten Leberzirrhose. Am 20. Juni 2011 wurde ihr durch den Angeklagten eine Spenderleber transplantiert. Die Lebertransplantation wurde zu Heilzwecken und nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt. Die Operation entsprach, was dem Angeklagten bewusst war, dem mutmaßlichen Willen der Patientin.

Zum Zeitpunkt der Organzuteilung am 19. Juni 2011 war für die Patientin O. durch Eurotransplant ein unzutreffender labMELD von 40 zugrunde gelegt worden. Diesen MELD-Score hatte die Patientin nur deshalb erreicht, weil die Mitarbeiterin des Transplantations-Koordinationsbüros E.S. am 15. Juni 2011 gegenüber Eurotransplant einen unzutreffenden INR-Wert von 5,00 angegeben hatte, der auf einer Manipulation der Blutprobe der Patientin beruhte. Zwar bestehen deutliche Anhaltspunkte dafür, dass der Angeklagte entweder die Blutprobenmanipulation selbst veranlasste oder zumindest Kenntnis von der Manipulation der Blutprobe hatte. Die Kammer vermochte jedoch letzte vernünftige Zweifel daran, dass der Angeklagte die Manipulation veranlasste bzw. Kenntnis hiervon hatte nicht zu überwinden, da die Umstände der Manipulation nicht mehr aufklärbar waren und auch nicht mehr aufklärbar war, welchen Kenntnisstand der Angeklagte zum Zeitpunkt der Organannahme hinsichtlich der Blutwerte der Patientin und der Angaben gegenüber Eurotransplant hatte.

Darüber hinaus hatte die Zeugin S. am 15. Juni 2011 gegenüber Eurotransplant unzutreffend angegeben, bei der Patientin O. sei innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test vom 15. Juni 2011 zweimal eine Nierenersatztherapie durchgeführt worden. Auch insoweit konnte weder festgestellt werden, dass die Zeugin S. um die Inkorrektheit dieser Übermittlung wusste noch von welcher Person sie diese unzutreffende Information erhielt. Zwar besteht auch insoweit der Verdacht, dass diese Information von dem Angeklagten stammte. Die Kammer vermochte aber auch in diesem Fall aus den gleichen Gründen wie bei der Manipulation der Blutprobe letzte vernünftige Zweifel daran nicht zu überwinden, dass der Angeklagte Veranlasser der Falschmeldung zur Nierenersatztherapie war bzw. von der Falschmeldung Kenntnis hatte.

Mit dem MELD-Score von 40 stand die Patientin O. in dem Match-Verfahren mit der Nummer 197976, das schließlich zur Organzuteilung führte, auf dem Ranglistenplatz

7. Wenn hinsichtlich der Patientin zutreffende Angaben gemacht worden wären, hätte sie an diesem Match-Verfahren mit einem MELD-Score von etwa 17 oder 18 teilgenommen und damit keine Aussicht gehabt, die Spenderleber zu erhalten.

Im Einzelnen hat die Kammer folgende Feststellungen getroffen:

(2) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der Transplantation

(a) Verlauf bis Aufnahme in die Warteliste und Registrierung bei Eurotransplant

Am 12. Oktober 1993 wurde bei der am (…) geborenen Patientin O. im Krankenhaus Nordhausen eine chronisch-aggressive Hepatitis festgestellt. Daraufhin stellte sie sich zur weiteren Behandlung am 7. Dezember 1993 erstmals in der Lebersprechstunde der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie der Medizinischen Klinik und Poliklinik der Georg-August-Universität G. vor und wurde dort in den nachfolgenden Jahren regelmäßig untersucht und behandelt. Im weiteren Verlauf der Erkrankung entwickelte sich bei der Patientin aufgrund der chronischen Hepatitis C-Virusinfektion eine Leberzirrhose. Als ihr im April 2010 von den Ärzten der UMG geraten wurde, eine Evaluation für eine Lebertransplantation durchzuführen, lehnte die Patientin O. dies zunächst ab. Auch bei der nächsten Untersuchung in der Medizinischen Klinik und Poliklinik der UMG am 12. Oktober 2010 lehnte die Patientin eine Evaluation für eine Lebertransplantation ab. Ab Dezember 2010 kam es jedoch zu einer Dekompensation der Leberzirrhose, die zu einem stationären Aufenthalt der Patientin im (…)-Krankenhaus (…) führte. Bei der Patientin hatte sich zunehmend Aszites gebildet, weshalb eine diuretische Therapie durchgeführt wurde. Bereits am 22. Januar 2010 kam es erneut zu einem stationären Aufenthalt der Patientin im (…)-Krankenhaus. Die Patientin war zuvor von ihrem Ehemann bewusstseinsgetrübt zuhause aufgefunden worden. Die Ärzte diagnostizierten unter anderem eine hepatische Enzephalopathie, Ikterus und Aszites bei dekompensierter Leberzirrhose Child-Pugh B. Aufgrund der nunmehr aufgetretenen zweifachen hepatischen Dekompensation der Leberzirrhose wurde der Patientin O. von den behandelnden Ärzten des Südharz-Krankenhauses erneut geraten, eine Lebertransplantation in Erwägung zu ziehen. Da die Patientin nunmehr mit einer Evaluation für eine Lebertransplantation einverstanden war, vereinbarten die Ärzte des (…)-Krankenhauses mit der Lebertransplantations-Ambulanz einen

Termin zur stationären Aufnahme der Patientin für den 27. Januar 2011. Die Patientin O. befand sich daraufhin in der Zeit vom 27. Januar 2011 bis zum 4. Februar 2011 in stationärer Behandlung auf der Station 4024 des Zentrums Innere Medizin der UMG, Abteilung Gastroenterologie. Während dieses stationären Aufenthalts wurde eine Evaluation für eine Lebertransplantation durchgeführt.

Am 3. Februar 2011 wurde durch das Zentrum Psychosoziale Medizin der UMG, Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie eine konsiliarische Untersuchung der Patientin vorgenommen, die zu dem Ergebnis führte, dass keine Bedenken gegen die Durchführung einer Lebertransplantation bestünden.

Noch während ihres stationären Aufenthalts unterschrieb die Patientin, die mit der von den behandelnden Ärzten nach der Evaluation angeratenen Aufnahme in die

Warteliste für eine Lebertransplantation und der Durchführung einer Lebertransplantation bei Eurotransplant einverstanden war, am 4. Februar 2011 das Einwilligungsformular.

(b) Aufnahme in die Warteliste und Registrierung bei Eurotransplant sowie weiterer Verlauf

(aa) Am 4. Februar 2011 wurde die Patientin O. in die Warteliste aufgenommen und bei Eurotransplant unter der ET-Nr. S registriert.

(bb) Am 26. Mai 2011 erfolgte die Aufnahme der Patientin O. auf der Station 1016 der Transplantationschirurgie, weil ein Spenderorgan zur Verfügung stand und die Patientin O. als Empfängerin in Betracht kam. Die Patientin willigte am 26. Mai 2011 in die geplante Transplantation ein. Nachdem sich jedoch herausgestellt hatte, dass die Spenderleber für die Patientin nicht in Betracht kam, wurde sie am 2. Mai 2011 wieder aus der stationären Behandlung entlassen.
Am 8. Juni 2011 befand sich die Patientin O. ambulant in der Transplantationsambulanz. Dort wurde eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt. Die Patientin litt zu dieser Zeit unter Atemnot und massivem Aszites. Es wurde daher eine stationäre Aufnahme für den Folgetag geplant. Darüber hinaus fand an diesem Tag um 11:06 Uhr eine Blutentnahme statt, bei der der INR-Wert der Patientin manipuliert wurde. Die Umstände dieser Blutentnahme und insbesondere die Frage,

ob die Blutentnahme von der Leberambulanz, die als Einsender der Blutprobe bezeichnet wurde, veranlasst wurde, konnten nicht weiter aufgeklärt werden.
Die Patientin befand sich sodann in der Zeit vom 9. Juni 2011 bis 11. Juni 2011 auf der Station 1016. Während dieser Zeit erhielt die Patientin ein weiteres Organangebot und willigte am 10. Juni 2011 zum dritten Mal in eine Lebertransplantation ein. Dieses Organangebot wurde jedoch ebenfalls als nicht geeignet eingeschätzt. Während ihres stationären Aufenthalts erhielt die Patientin Oberbücher unter anderem Vitamin K. Dieses Vitamin wurde ihr auch als Entlassungsmedikation verordnet.
Am 15. Juni 2011 wurde der Patientin eine Blutprobe entnommen und hierbei erneut der INR-Wert manipuliert. Auch die Umstände dieser Blutentnahme sind konnten nicht weiter aufgeklärt werden. Als Einsender ist wiederum die Leberambulanz vermerkt.

(cc) In der Zeit vom 4. Februar 2011 bis zum 15. Juni 2011 hatte die Patientin O. seit ihrer Registrierung bei Eurotransplant folgende MELD-Werte gehabt:

Datum	**labMELD**
04.02.2011, 12:24:26	**17**
04.02.2011, 13:23:12	**18**
08.02.2011	**18**
22.03.2011	**20**
30.03.2011	**17**
04.04.2011	**18**
12.04.2011	**9**
15.04.2011	**13**
16.05.2011	**19**
19.05.2011	**21**
25.05.2011	**16**
03.06.2011	**18**
08.06.2011	**40**
15.06.2011	**40**

(dd) Bei der Patientin O. wurden in der Zeit vom 12. April 2010 bis 19. Juni 2011 unter anderem folgende Kreatinin-, Bilirubin-, INR- und Quick-Werte gemessen:

Entnahmedatum	Einsender	P-Kreatinin	P-Bilirubin, ges.	INR	Quick
12.04.2010	HEPAAMB	0,53 mg/dl	4,50		53 %
22.01.2011	Südharz-Krankenhaus			**1,60**	
23.01.2011	Südharz-Krankenhaus			**1,75**	
26.01.2011	Südharz-Krankenhaus			**1,67**	
27.01.2011	4024-GASTR	1,29 mg/dl	4,80 mg/dl	**1,40**	46 %
28.01.2011	4024 GASTR	1,12 mg/dl	3,30 mg/dl		44 %
31.01.2011	4024 GASTR	1,10 mg/dl	4,40 mg/dl	**1,50**	45 %
04.02.2011	4024 GASTR	0,91 mg/dl	5,00 mg/dl	**1,60**	42 %
08.02.2011		80 µmol/l	84,40 µmol/l	**1,70**	
22.03.2011		81 µmol/l	144,20 µmol/l	**1,64**	
30.03.2011	HEPAAMB_ GASTRO	0,96 mg/dl	6,80 mg/dl	**1,40**	46 %
04.04.2011		0,92 mg/dl	7,10 mg/dl	**1,50**	
12.04.2011		63 µmol/l	9,10 µmol/l	**1,21**	
15.04.2011		79 µmol/l	9,30 µmol/l	**1,73**	
12.05.2011		100 µmol/l	121,10 µmol/l	**1,49**	
19.05.2011		124 µmol/l	92,70 µmol/l	**1,53**	
25.05.2011	HEPAAMB	1,09 mg/dl	5,20 mg/dl	**1,30**	54 %
31.05.2011	Gemeinschaftspraxis Dr. Zyrus			**1,52**	53 %
03.06.2011		80 µmol/l	96 µmol/l	**1,52**	
08.06.2011	HEPAAMB	0,94 mg/dl	5,20 mg/dl	**4,50**	12 %
10.06.2011	1016-CALL	0,96 mg/dl	5,30 mg/dl		58 %
15.06.2011	HEPAAMB	1,09 mg/dl	4,60 mg/dl	**> 5,00**	< 10 %
19.06.2011	1016-CALL	0,97 mg/dl	6,70 mg/dl	**1,40**	51 %

(ee) Am **8. Juni 2011 und 15. Juni 2011** machte die Zeugin S. unter anderem folgende Angaben gegenüber Eurotransplant:

Eintragungsdatum	Probendatum	Kreatinin (mg/dl)	Bilirubin, ges. (mg/dl)	INR	Nierenersatztherapie bzw. Dialyse 2x / Woche
08.06.2011 12:24:15	08.06.2011	0,94	5,20	4,50	Y (Ja)
15.06.2011 08:58	15.06.2011	1,09	4,60	5,00	Y (Ja)

Die gegenüber Eurotransplant mitgeteilten INR-Werte von 4,50 bzw. 5,00 waren unzutreffend. Sie beruhten jeweils auf einer Manipulation der Blutproben vom 8. und

15. Juni 2011. Wer diese Manipulationen durchführte bzw. auf wessen Veranlassung die Manipulationen durchgeführt wurden, war nicht feststellbar.
Die Angaben der Zeugin S. gegenüber Eurotransplant, bei der Patientin O. habe zweimal innerhalb der Woche vor den Kreatinin-Tests vom 8. Juni 2011 bzw. 15. Juni 2011 eine Nierenersatztherapie stattgefunden, waren ebenfalls unzutreffend. Anhaltspunkte dafür, dass der Zeugin S. dies bekannt war, haben sich nicht ergeben. Ebenso wie bei den Manipulationen der Blutproben war nicht feststellbar, von wem die Zeugin S. die Falschangabe zur Nierenersatztherapie erhielt und wer sie veranlasste, am 8. Juni 2011 gegenüber Eurotransplant anzugeben, es habe eine Nierenersatztherapie stattgefunden. Insbesondere konnte nicht mit ausreichender Sicherheit festgestellt werden, dass dies der Angeklagte war. Die Angabe zur Nierenersatztherapie vom 15. Juni 2011 machte die Zeugin S., ohne hierzu aufgefordert worden zu sein, weil sie von deren Fortdauer ausging.

Nachdem Eurotransplant die von Zeugin S. übersandten Ergebnisse der Blutuntersuchung geprüft und akzeptiert hatte, nahm die Patientin O. ab dem 8. Juni 2011 nunmehr mit einem MELD-Score von 40 an den nachfolgenden Match-Verfahren teil. In der Zeit vom 8. Juni 2011 bis zum 15. Juni 2011 erfolgte kein passendes Organangebot.

Wenn am 15. Juni 2011 die Frage zur Nierenersatztherapie korrekt beantwortet und der MELD-Berechnung der gemessene Kreatinin-Wert von 1,09 mg/dl sowie ein INR-Wert von 1,40 bzw. 1,50 zugrunde gelegt worden wäre, hätte die Patientin O. einen MELD-Score von 17 bzw. 18 gehabt.

(3) Organallokation und Transplantation

Am 19. Juni 2011 wurde bei der Stiftung Eurotransplant ein zum Zeitpunkt des Hirntodes 61 Jahre alter Spender mit einem BMI von 24 registriert. Der Tod war infolge einer Kleinhirnblutung sowie eines Myokardinfarkts eingetreten. Bei einer angenommenen kalten Ischämiezeit von 11 Stunden betrug der Donor-Risk-Index 1,99. Der Spender erhielt die Spendernummer 139342.

Das Match-Verfahren, in dem diese Spenderleber verteilt wurde, hatte die Match-Nr. 197976 und begann am 19. Juni 2011 um 18:36 Uhr. Die Patientin O., die mit einem MELD-Score von 40 daran teilnahm, befand sich auf dem 7. Ranglistenplatz. Bei den Patienten, die sich auf den Positionen 1. – 4. der Match-Liste befanden, handelte es

sich um Patienten mit der Dringlichkeitsstufe „HU“. Auf dem 5. und 6. Ranglistenplatz befanden sich Patienten, die eine kombinierte Organtransplantation benötigten. Nachdem für diese Patienten das Organangebot jeweils abgelehnt worden war, erhielt die Patientin O. das Organangebot, das von dem Angeklagten angenommen wurde.

Wenn die Patientin mit einem MELD-Score von 17 oder 18 an dem Match-Verfahren teilgenommen hätte, hätte sie keine Chance auf eine Spenderleber gehabt. Die Patienten, die sich auf den Ranglistenplätzen 8 - 34 befanden, hatten einen nationalen bzw. matchMELD von (aufgerundet) zwischen 33 und 39.

Nachdem der Angeklagte das Organangebot für die Patientin O. angenommen hatte, willigte ihr Sohn J.O. für diese in die Lebertransplantation ein. Die Durchführung der Lebertransplantation entsprach dem mutmaßlichen Willen der Patientin, die aufgrund ihres gesundheitlichen Zustands nicht in der Lage war, die Einwilligung in die Transplantation selbst zu erteilen.

Am 20. Juni 2011 wurde die Lebertransplantation bei der Patientin O. zu Heilzwecken und lege artis durchgeführt. Verantwortlicher Operateur war der Angeklagte. Dieser ging zu diesem Zeitpunkt davon aus, dass bei der Patientin eine Hepatitis C-Virus-induzierte Leberzirrhose vorlag und die Gefahr bestand, dass die Patientin ohne Transplantation zeitnah versterben würde. Aus diesem Grund hielt der Angeklagte die Durchführung der Transplantation nicht nur für erforderlich, sondern auch für äußerst dringlich. Darüber hinaus ging der Angeklagte davon aus, dass die Transplantation dem mutmaßlichen Willen der Patientin O. entsprach.

(4) Verlauf nach der Transplantation

Postoperativ befand sich die Patientin zunächst auf der Operativen Intensivstation 0118. Von dort wurde sie kurzfristig auf die Intermediate-Care-Station der Transplantationschirurgie verlegt. Der postoperative Verlauf war im Wesentlichen unauffällig. Die Patientin O. wurde am 3. August 2011 in die ambulante Behandlung entlassen.

(5) Weiterer Verlauf in Bezug auf die ersten neun von der Patientin O. aufgrund der Falschmeldung überholten Patienten

Hinsichtlich der Patienten, die sich auf den Ranglistenplätzen 8. bis 16. befanden, ergab sich nach dieser Allokation der folgende Verlauf:

Ranglisten-platz	**Anzahl der Leberangebote nach dieser Allokation**	**Anzahl der abgelehnten Leber<u>erst-</u>angebote nach dieser Allokation** **(Stand: 16.07.2013)**	**Erste Leber-transplantation nach dieser Allokation (22.06.2011)** **(Stand: 17.06.2013)**	**Aktueller Status** **(Stand: 17.06.2013)**	**Zeitpunkt des Todes**	**Todesursache**
8	**3**	**2**		Verstorben, während Patient auf der Warteliste war	**09.07.2011**	Sepsis/ Multiorganversagen
9	**0**	**0**		Verstorben, während Patient auf der Warteliste war	**19.06.2011**	Sepsis/ Multiorganversagen
10	**12**	**6**	**13.07.2011**	Verstorben nach Transplantation	**05.08.2011**	Sepsis/ Multiorganversagen
11	**7**	**5**		Verstorben, während Patient auf der Warteliste war	**02.07.2011**	Peritonitis
12	**11**	**6**	**18.08.2011**	Transplantiert		
13	**6**	**5**		Verstorben, während Patient auf der Warteliste war	**19.072011**	Todesursache Ungewiss – nicht bestimmt)
14	**7**	**6**	**14.07.2011**	Transplantiert		
15	**2**	**1**		Nicht transplantabel		
16	**2**	**2**		Entfernt: Empfänger nicht transplantabel)		

bb) Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung

[…]

cc) Rechtliche Würdigung

(1) Fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB bzw. fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB jeweils zum Nachteil anderer Patienten

Eine **fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB oder eine fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB** kommen bereits aus dem Grund nicht in Betracht, weil schon nicht erwiesen und nicht erweislich ist, dass infolge des Umstands, dass der Patientin O. in dem Match-Verfahren 197976 die Spenderleber zugeteilt wurde, ein Patient verstarb oder an der Gesundheit geschädigt wurde.

(2) Straftaten zum Nachteil der Patientin O.

(a) Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich durch die Lebertransplantation auch **nicht einer vorsätzlichen Körperverletzung** gemäß **§ 223 Abs. 1 StGB zum Nachteil der Patientin O.** schuldig gemacht.

Die durch die Lebertransplantation tatbestandlich begangene vorsätzliche Körperverletzung ist entweder durch die ausdrücklich erteilte Einwilligung des Sohnes der Patientin, Ian O. oder durch mutmaßliche Einwilligung der Patienten O. gerechtfertigt und damit nicht rechtswidrig.

Bei der Patientin O. bestand die Gefahr, dass diese ohne Lebertransplantation kurzfristig verstorben wäre. Die Patientin hatte zudem zu diesem Zeitpunkt bereits dreimal in eine Lebertransplantation eingewilligt. Anhaltspunkte dafür, dass die Patientin O. am 19. bzw. 20. Juni 2011 nicht mehr mit der Durchführung der Transplantation einverstanden war, liegen nicht vor.

Die Lebertransplantation verstößt auch nicht gegen die guten Sitten im Sinne des § 228 StGB. Insoweit wird auf die obigen Ausführungen unter C. II. 2. b) cc) (2) (a) (cc) –S. Bezug genommen.

(b) Versuchte Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich auch nicht einer **versuchten Körperverletzung** gemäß **§§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB** schuldig gemacht.
Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass der Angeklagte davon ausging, dass die Durchführung der Lebertransplantation bei der Patientin O. nicht erforderlich gewesen sei bzw. dass er die Transplantation aus sachfremden Erwägungen, wie zum Beispiel die Steigerung der Transplantationszahlen, durchführte.

(c) Fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB

Der Angeklagte hat sich auch keiner **fahrlässigen Tötung** gemäß **§ 222 StGB** schuldig gemacht.

Anhaltspunkte dafür, dass der Tod der Patientin O. in direktem Zusammenhang mit der Transplantation stand bzw. auf einem Behandlungsfehler des Angeklagten beruhte, haben sich nicht ergeben. Die Transplantation entsprach dem Willen der Patientin O. und wurde ausweislich der Ausführungen des Sachverständigen **Prof. Dr. B.** nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt.

(3) Weitere Strafvorschriften

Anhaltspunkte für die Begehung weiterer Straftaten haben sich nicht ergeben. Insoweit wird auf die oben bei dem Patienten B. unter C. II. 2. e) cc) (1), (2), (5) bis (10) gemachten Ausführungen Bezug genommen, die bei der Patientin O. entsprechende Geltung haben.

(4) Fahrlässiger Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (vom 4. September 2007) durch Übertragung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG

Die am 20. Juni 2011 von dem Angeklagten durchgeführte Übertragung der Spenderleber auf die Patientin O. erfüllt nicht den Tatbestand des § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (in der Fassung vom 4. September 2007), weil nicht nachweisbar ist, dass die Spenderleber von Eurotransplant an diese Patientin nicht nach Regeln, die dem

Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprachen, vermittelt wurde. Insbesondere ist nicht erwiesen, dass das Organ nicht nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit vermittelt wurde und die Patientin keine geeignete Patientin im Sinne des § 12 Abs. 3 S. 1 TPG (in der Fassung vom 20. Juli 2007) war.

Hinsichtlich des Anwendungsbereichs und der tatbestandlichen Voraussetzungen des § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (in der Fassung vom 4. September 2007) wird auf die bei dem Patienten B. oben unter C. II. 2. e) cc) (11) insoweit gemachten Ausführungen Bezug genommen.

Die Patientin O. litt unter einer Leberzirrhose und es bestand die konkrete Gefahr, dass sie ohne Lebertransplantation kurzfristig versterben würde. Medizinische Gründe, die – abgesehen von den allgemeinen Transplantations- bzw. Operationsrisiken – erwarten ließen, dass sie die Transplantation nicht überleben oder kurze Zeit später versterben würde, waren nicht bekannt. Die Lebertransplantation war daher erforderlich, dringlich und hatte zudem auch Erfolgsaussicht. Da nachträglich nicht mehr festgestellt werden kann, welcher Patient die Spenderleber bei regulärem Matchverlauf erhalten und ob dieser Patient die Spenderleber dringender zum Überleben benötigt hätte als die Patientin O., konnte dem Angeklagten aus den dargelegten Gründen nicht nachgewiesen werden, dass er am 20. Juni 2011 entgegen § 9 Abs. 1 TPG in der Fassung vom 4. September 2010 eine Spenderleber auf den Patienten W. übertrug.

dd) Ergebnis zu der Patientin O.

(1) Hinsichtlich des Verdachts, der Angeklagte habe bei der Patientin O. eine **Manipulationen des INR-Wertes** bzw. die **Weiterleitung falscher INR-Werte an Eurotransplant** veranlasst, konnte ein Tatnachweis nicht geführt werden.

(2) Darüber hinaus war **nicht nachweisbar**, dass der Angeklagte bezüglich der Patientin O. gegenüber Eurotransplant **unzutreffende Angaben zu Nierenersatztherapien** veranlasste

(3) Schließlich war auch **nicht nachweisbar**, dass der Angeklagte, als er das Organangebot für die Patientin O. am 19. Juni 2011 annahm, **Kenntnis von den Falschangaben zu den INR-Werten und / oder der Nierenersatztherapie** hatte.

(4) Selbst wenn man davon ausginge, dass es dem Angeklagten im Hinblick auf die auffälligen Schwankungen der INR-Werte und aufgrund der aus den oben unter [C. II. b) cc) (2) (e) (cc) (ccc)] dargelegten Gründen sehr wahrscheinlich vorhandenen Kenntnis, dass in der Abteilung des gesondert Verfolgten Prof. Dr. R. Manipulationen stattfanden, möglich und zumutbar gewesen wäre, durch eine Überprüfung der Blutwerte und Durchführung einer Kontrollberechnung des labMELD zu erkennen, dass Falschangaben zum INR-Wert und zur Nierenersatztherapie gemacht wurden **und die Unkenntnis somit auf Fahrlässigkeit** beruhte, wäre **nicht nachweisbar**, dass infolge des Umstands, dass der Patientin O. in dem Match-Verfahren mit der Nummer 197976 die Spenderleber zugeteilt wurde, ein **Patient verstarb** oder an der **Gesundheit geschädigt** wurde.

(5) Ein **Tatnachweis** dahingehend, dass der Angeklagte durch die Übertragung der Spenderleber auf die Patientin O. einen **fahrlässigen Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG** in der Fassung vom 4. September 2007 begangen haben könnte, war ebenfalls **nicht zu führen**.

Der Angeklagte war daher hinsichtlich der Patientin O. aus **tatsächlichen Gründen** freizusprechen, weil hinsichtlich dieser Tatvorwürfe kein Tatnachweis geführt werden konnte.

l) Patient U. F. (Ziffer 11. der Anklage)

Dem Angeklagten konnte nicht nachgewiesen werden, dass er am 20. Juni 2011 bewusst die Übermittlung eines falschen INR-Wertes an Eurotransplant veranlasste. Vielmehr konnte nicht ausgeschlossen werden, dass der am 20. Juni 2011 gemessene INR-Wert von > 5 zutreffend war und nicht auf einer Manipulation der Blutprobe beruhte. Insoweit war der Angeklagte mithin aus tatsächlichen Gründen freizusprechen. Hinsichtlich des weiteren Vorwurfes, der Angeklagte habe am selben Tag die Zeugin S. veranlasst, gegenüber Eurotransplant die unzutreffende Mitteilung zu machen, bei dem Patienten F. sei innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test vom 20. Juni 2011 zweimal eine Nierenersatztherapie durchgeführt worden, hat die Beweisaufnahme ergeben, dass diese Falschmeldung tatsächlich entweder direkt durch den Angeklagten oder aber auf Geheiß des Angeklagten von einer dritten Person veranlasst wurde. Gegebenenfalls erfolgte die Falschmeldung auch im Einvernehmen mit dem gesondert Verfolgten Dr. L.. Ziel der Falschmeldung war, für den Patienten F. einen höheren MELD-Score zu erreichen und hiermit dessen Chancen auf eine Organzuteilung zu erhöhen. Diese Handlung erfüllte indes zum verfahrensgegenständlichen Zeitpunkt nicht den Tatbestand eines Strafgesetzes, weshalb der Angeklagte insoweit aus rechtlichen Gründen freizusprechen war.

aa) Feststellungen

(1) Zusammenfassung des wesentlichen Ergebnisses der Beweisaufnahme

Der am (…) geborene **Patient U.F.** litt unter einer Leberzirrhose, die am ehesten verursacht wurde durch eine nichtalkoholische Steatohepatitis (NASH) infolge von Adipositas Grad III (krankhafte Fettleibigkeit) und insulinpflichtigem Diabetes mellitus, Typ 2. Im weiteren Verlauf der Erkrankung entwickelte er zusätzlich ein hepatozelluläres Karzinom (HCC).
Am 23. Juni 2011 wurde dem Patienten durch den Angeklagten eine Spenderleber transplantiert. Der Patient war, was dem Angeklagten bekannt war, mit der Durchführung der Lebertransplantation einverstanden.

Zum Zeitpunkt der Organzuteilung war für den Patienten F. durch Eurotransplant ein unzutreffender labMELD von 40 zugrunde gelegt worden. Diesen MELD-Score hatte der Patient F. nur deshalb erreicht, weil die Mitarbeiterin des Transplantations-

Koordinationsbüros S. am 20. Juni 2011 gegenüber Eurotransplant angegeben hatte, bei dem Patienten sei innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test vom 20. Juni 2011 zweimal eine Nierenersatztherapie durchgeführt worden. Dies war jedoch nicht zutreffend. Diese falsche Mitteilung über die Nierenersatztherapie erhielt die Zeugin S. entweder direkt von dem Angeklagten oder auf dessen Veranlassung von einer anderen Person. Gegebenenfalls handelte der Angeklagte einvernehmlich mit dem gesondert Verfolgten Dr. L.. Ziel der Falschmeldung war, für den Patienten einen höheren MELD-Score zu erreichen und hiermit die Chancen auf eine Organzuteilung zu erhöhen.

Dass der ebenfalls am 20. Juni 2011 an Eurotransplant übermittelte INR-Wert von 5,00 auf einer Manipulation beruhte, war nicht mit der erforderlichen Sicherheit nachweisbar, so dass die Kammer aufgrund verbliebener Zweifel zugunsten des Angeklagten davon ausgegangen ist, dass der INR-Wert zutreffend war.

Mit dem MELD-Score von 40 stand der Patient F. in dem Match-Verfahren mit der Nummer 198021, das schließlich zur Organzuteilung führte, auf dem Ranglistenplatz 5. Wenn hinsichtlich des Patienten zutreffende Angaben gemacht worden wären, hätte er an diesem Match-Verfahren mit einem MELD-Score von 33 teilgenommen und bestenfalls den Ranglistenplatz 29 eingenommen.

Der Angeklagte ging, als er die Spenderleber für den Patienten F. endgültig annahm, davon aus, dass sein Patient diese Spenderleber von Eurotransplant gegebenenfalls nicht angeboten bzw. zugeteilt bekommen hätte, wenn am 20. Juni 2011 gegenüber Eurotransplant zutreffende Angaben gemacht worden wären. Denn in diesem Fall hätte, was dem Angeklagten ebenfalls bewusst war, der Patient F. mit einem niedrigeren MELD-Score als 40 an dem Match-Verfahren teilgenommen. Dies hätte wiederum zur Folge haben können, dass ein anderer Patient, der einen höheren MELD-Score gehabt und deshalb auf der Match-Liste vor dem Patienten gestanden hätte, das Organangebot erhalten und angenommen hätte. Aber auch dann, wenn das Organ im weiteren Verlauf im Rahmen einer „kompetitiven“ Rettungsallokation zugeteilt worden wäre, wäre es, was dem Angeklagten aufgrund seiner Kenntnisse im Bereich der Transplantationsmedizin bewusst war, wenig wahrscheinlich gewesen, dass der Patient F. dieses konkrete Organ im Rahmen eines „kompetitiven“ Zentrumsangebots erhalten hätte, weil diese Form der Zuteilung zum verfahrensgegenständlichen Zeitpunkt zum einen davon abhängig war, in welchem

Zentrum sich der Spender befand und zum anderen, welches Zentrum das Angebot zuerst annahm. Dem Angeklagten war des Weiteren aufgrund seiner besonderen Kenntnisse und Fähigkeiten und seiner langjährigen Berufserfahrung im Bereich der Transplantationsmedizin bewusst, dass derjenige Patient, der das Organ tatsächlich zugeteilt bekommen hätte, in die Gefahr geraten könnte, nicht mehr rechtzeitig ein weiteres passendes Organangebot zu erhalten und aufgrund dessen zu versterben. Er vertraute allerdings darauf, dass der Patient, der in dem Match-Verfahren unmittelbar hinter dem Patienten F. stand, zeitnah und damit rechtzeitig ein weiteres passendes Organangebot erhalten und durch die fehlerhafte Organzuteilung keinen gesundheitlichen Schaden erleiden werde.

Im Einzelnen hat die Kammer folgende Feststellungen getroffen:

(2) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der Transplantation

(a) Verlauf bis zur Behandlung in der UMG

Im August 2008 fielen bei dem Patienten F., der zu diesem Zeitpunkt jeweils ein Erysipel an beiden Unterschenkeln hatte, im Rahmen der Erysipelbehandlung erhöhte Leberparameter auf. Eine daraufhin durchgeführte Ultraschalluntersuchung ergab Hinweise auf das Vorliegen einer Leberzirrhose. Zur Abklärung der Diagnose wurde er in der Zeit vom 25. August 2008 bis zum 27. August 2008 im Universitätsklinikum (…) in der Klinik für Innere Medizin, Gastroenterologie, Stoffwechsel und Endokrinologie stationär aufgenommen. Im Entlassungsbrief der Klinik vom 27. August 2008 sind als Diagnosen unter anderem eine Leberzirrhose unklarer Genese, CHILD A sowie Adipositas aufgeführt.
Im weiteren Verlauf befand der Patient F. sich am 26. November 2008 zur Verlaufskontrolle in ambulanter Behandlung in der gastroenterologischen Ambulanz des Universitätsklinikums. Unter anderem wurden eine Leberzirrhose unklarer Genese, CHILD B, ein entgleister Diabetes mellitus, eine kombinierte Hyperlipidämie mit führender Hypertriglyceridämie sowie Adipositas diagnostiziert. Eine weitere ambulante Vorstellung in dieser Klinik erfolgte am 6. Mai 2009.

(b) Behandlung in der UMG bis zur Lebertransplantation

(aa) Verlauf bis zur Aufnahme in die Warteliste und Registrierung bei Eurotransplant

Auf Anraten seiner Hausärztin stellte sich der Patient kurz darauf erstmals in der Medizinischen Klinik und Poliklinik der UMG zur Abklärung der Frage vor, ob bei ihm eine Lebertransplantation in Betracht kommt. Am 2. Juni 2009 wurde er in der UMG im Zentrum Innere Medizin, Medizinische Klinik, aufgenommen und in der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie stationär eine Evaluation für eine Lebertransplantation durchgeführt. Im Rahmen dieser Evaluation wurden unter anderem Blutuntersuchungen durchgeführt, bei denen unter anderem ein erhöhtes Serum-Alpha-Fetoprotein (AFP) gemessen wurde. Es handelt sich hierbei um einen Tumormarker. Während der Normalwert <= 7 µg/l ist, wurden bei dem Patienten F. 17 µg/l gemessen. Darüber hinaus wurde ein psychiatrisches Konsil eingeholt, das zu dem Ergebnis kam, dass aus psychosomatischer Sicht keine Bedenken gegen die Durchführung einer Lebertransplantation bestünden, sofern es dem Patienten gelinge, sein Gewicht entsprechend zu reduzieren.

Am 12. Juni 2009 unterzeichnete der Patient F., der mit einer Lebertransplantation einverstanden war, ein **Einwilligungsformular** „Einwilligung zu Transplantation“. Ab dem 22. Juni 2009 war der Patient F. bei Eurotransplant unter der ET-Nr. D registriert.

(bb) Verlauf nach Aufnahme die Warteliste

(aaa) In der Folgezeit wurde der Patient F. mehrfach stationär in der UMG im Zentrum Innere Medizin, Medizinische Klinik, in der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie stationär behandelt. Seine Leberfunktion verschlechterte sich zunehmend. Es kam zur Ausbildung von Aszites, das abpunktiert werden musste und zu einem Ansteigen des Bilirubins. Auch subjektiv fühlte der Patient F. sich sehr unwohl. Er litt unter Verwirrtheitszuständen und Erinnerungslücken. Im Rahmen der Verwirrtheitszustände kam es auch zu Stürzen, wobei er in einem Fall eine Treppe hinabfiel und sich hierbei verletzte. Insgesamt litt der Patient F. zunehmend unter seiner Erkrankung bzw. den körperlichen Folgeerscheinungen und wünschte sich, alsbald ein Spenderorgan zu erhalten.

In der Folgezeit stieg der Serum-AFP-Wert, der bei Vorliegen eines hepatozellulären Karzinoms (HCC) erhöht sein kann, bei dem Patienten F. weiter an und betrug am 9. Juni 2011 bereits 316 µg/l. Daher wurde am 9. Juni 2011 in der Diagnostischen Radiologie der UMG ein CT des Abdomens und des Beckens durchgeführt. Hierbei wurde eine unklare Raumforderung am linken Leberrand festgestellt und zur Abklärung der Frage, ob es sich hierbei um ein HCC oder um eine Zyste handelte, ein MRT empfohlen.

Die nächste stationäre Behandlung des Patienten F., die zugleich auch die letzte vor der Lebertransplantation war, erfolgte in der Zeit vom 15. Juni 2011 bis zum 20. Juni 2011 im Zentrum 8 Chirurgie der UMG, Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Station 1016. Während dieses Aufenthalts erfolgte am 15. Juni 2011 eine MR-Untersuchung in der Diagnostischen Radiologie der UMG. Diese Untersuchung konnte jedoch aufgrund der fehlenden Kooperationsbereitschaft des Patienten nur unvollständig durchgeführt werden. In dem Befund der U.G., Diagnostische Radiologie (Ausdruck 20.06.2011 10:37), ist ausgeführt, es bestehe ein Verdacht auf eine Leberraumforderung im kranialen Segment 2 mit einem Durchmesser von bis 75 mm im transversalen Bild.
Daraufhin wurde am 17. Juni 2011 in der Diagnostischen Radiologie der UMG eine sogenannte transarterielle Chemoembolisation der Leber (TACE) durchgeführt. Bei einer Blutuntersuchung am 20. Juni 2011 wurde bei dem Patienten ein INR-Wert von > 5 bzw. ein Quick-Wert von < 10% gemessen. Daraufhin erhielt er am 20. Juni 2011 Vitamin K-Tropfen sowie zwei Ampullen Konakion. Trotz des hohen INR-Wertes, der im Hinblick auf die stark erhöhte Blutungsgefahr lebensbedrohlich ist, wurde der Patient am 21. Juni 2011 und ohne dass zumindest eine Kontrolluntersuchung durchgeführt wurde, aus der stationären Behandlung entlassen.

(bbb) In der Zeit vom 22. Juni 2009 bis zum 20. Juni 2011 hatte der Patient F. seit seiner Registrierung bei Eurotransplant folgende MELD-Werte:

Datum	labMELD

20.06.2011	40
16.06.2011	18
25.05.2011	17
05.05.2011	18
06.04.2011	15
24.03.2011	17
09.03.2011	16
09.02.2011	17
11.01.2011	16
29.12.2010	15
01.122010	14
13.10.2010	12
15.09.2010	13
11.08.2010	14
19.05.2010	11
24.03.2010	13
20.01.2010	10
16.092009	9
22.06.2009	10

(ccc) In der Zeit vom 6. April 2011 bis 22. Juni 2011 wurden für den Patienten F. folgende Blutwerte gemessen:

Entnahmedatum	Einsender	P-Kreatinin mg/dl	P-Bilirubin, ges. mg/dl	INR	Quick %	S-AFP µg/l
06.04.2011	HEPAAMB	0,54	3,40	1,40	49	29
04.05.2011	HEPAAMB	0,72	7,60	1,40	45	
25.05.2011	HEPAAMB	0,76	5,50	1,40	49	165
09.06.2011	HEPAAMB	0,73	7,60	1,30	58	316
15.06.2011	1016-CALL	0,70			48	
16.06.2011	1016-CALL	0,80	5,70	1,60	43	
17.06.2011	1016-CALL		0,70		49	
18.06.2011	1016-CALL	0,67	8,60		45	
20.06.2011	1016-CALL	0,62	8,60	>5,00	< 10	
22.06.2011	1016-CALL	0,69	7,40	1,60	42	

(ddd) Am 20. Juni 2011 aktualisierte die Zeugin S. die Werte des Patienten F. gegenüber Eurotransplant und machte im ENIS-System gegen 15:00 Uhr folgende Angaben:

Probendatum: „*20-06-2011*“
Kreatinin: „*0,62*“ mg/dl
Bilirubin: „*8,60*“ mg/dl
INR: „*5,00*“
Nierenersatztherapie
2x pro Woche: *„Yes“* (= Ja)
Mars Therapie*:* *„No“ (= Nein)“*

Die Information, bei dem Patienten F. habe zweimal innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test vom 20. Juni 2011 eine Nierenersatztherapie stattgefunden, hatte Zeugin S. zuvor entweder direkt von dem Angeklagten oder auf dessen Veranlassung von einer anderen Person erhalten. Tatsächlich war bei dem Patienten F. jedoch keine Nierenersatztherapie erfolgt, was dem Angeklagten bekannt war. Ziel der Falschmeldung war, für den Patienten F. einen höheren MELD-Score zu erreichen und hiermit die Chancen auf eine Organzuteilung zu erhöhen.

Der labMELD des Patienten F. betrug, da der Kreatinin-Wert aufgrund der unzutreffenden Angabe zur Nierenersatztherapie bei der Berechnung des labMELD auf 4,00 mg/dl festgesetzt wurde, nunmehr 40. Wenn die Frage zur Nierenersatztherapie korrekt beantwortet und der MELD-Berechnung der gemessene Kreatinin-Wert von 0,62 mg/dl zugrunde gelegt worden wäre, hätte der Patient F. einen MELD-Score von 33 gehabt.

Nachdem Eurotransplant die von der Zeugin S. übersandten Ergebnisse der Blutuntersuchung geprüft und akzeptiert hatte, nahm der Patient F. nunmehr mit einem labMELD von 40 an den nachfolgenden Match-Verfahren teil.

(3) Organallokation und Transplantation

(a) (aa) Am 22. Juni 2011 wurde bei der Stiftung Eurotransplant eine Spenderin registriert, die im Alter von 59 Jahren verstorben war. Die Spenderin, die einen BMI von 24 hatte, war am 12. Juni 2011 mit einer Subarachnoidalblutung durch ein rupturiertes zerebrales Aneurysma auf eine Intensivstation eingeliefert worden. Am 21. Juni 2011 wurde bei der Spenderin der Hirntod diagnostiziert. Bei einer angenommenen kalten Ischämiezeit von zwölf Stunden betrug der Donor-Risk-Index 1,58.
Die Spenderin erhielt die Spendernummer 139387.

(bb) Das Match-Verfahren, in dem diese die Spenderleber verteilt wurde, hatte die Match-Nr. 198021 und begann am 22. Juni 2011 um 10:56 Uhr. Der Patient F. befand sich auf dem 5. Ranglistenplatz. Bei den Patienten, die sich auf der 1. und 2. Position der Match-Liste befanden, handelte es sich um Patienten mit der Dringlichkeitsstufe „HU“. Auf dem 3. und 4. Ranglistenplatz befanden sich zwei Patienten, die eine kombinierte Organtransplantation benötigten. Nachdem für diese

vier Patienten das Organangebot jeweils abgelehnt worden war, erhielt der Patient F. das Angebot, das von dem Angeklagten oder Dr. L. angenommen wurde.

Wenn der Patient mit einem MELD-Score von 33 an dem Match-Verfahren teilgenommen hätte, hätte er bestenfalls den 29. Ranglistenplatz eingenommen. Vor ihm hätten mindestens 24 weitere Patienten gestanden, die einen matchMELD zwischen (aufgerundet) 33 und (aufgerundet) 39 hatten. Zwar hatten die Patienten auf den Ranglistenplätzen 28 und 29 ebenso wie der Patient F. einen matchMELD bzw. nationalen MELD von (aufgerundet) 33. Da diese beiden Patienten aus derselben Spenderregion kamen, wie die Spenderin (GBWOR), hätten sie aber beide auf der Match-Liste vor dem Patienten F. gestanden.

(cc) Der Angeklagte ging bei der endgültigen Annahme des Organs davon aus, dass sein Patient diese Spenderleber von Eurotransplant gegebenenfalls nicht angeboten bzw. zugeteilt bekommen hätte, wenn am 20. Juni 2011 gegenüber Eurotransplant zutreffende Angaben gemacht worden wären. Denn in diesem Fall hätte, was dem Angeklagten ebenfalls bewusst war, der Patient F. mit einem niedrigeren MELD-Score als 40 an dem Match-Verfahren teilgenommen. Dies hätte wiederum zur Folge haben können, dass ein anderer Patient, der einen höheren MELD-Score gehabt und deshalb auf der Match-Liste vor dem Patienten gestanden hätte, das Organangebot erhalten und angenommen hätte. Aber auch dann, wenn das Organ im weiteren Verlauf im Rahmen einer „kompetitiven“ Rettungsallokation zugeteilt worden wäre, wäre es, was dem Angeklagten aufgrund seiner Kenntnisse im Bereich der Transplantationsmedizin bewusst war, wenig wahrscheinlich gewesen, dass der Patient F. dieses konkrete Organ im Rahmen eines „kompetitiven“ Zentrumsangebots erhalten hätte. Dem Angeklagten war des Weiteren aufgrund seiner besonderen Kenntnisse und Fähigkeiten und seiner langjährigen Berufserfahrung im Bereich der Transplantationsmedizin bewusst, dass derjenige Patient, der das Organ tatsächlich zugeteilt bekommen hätte, in die Gefahr geraten könnte, nicht mehr rechtzeitig ein weiteres passendes Organangebot zu erhalten und aufgrund dessen zu versterben. Er vertraute allerdings darauf, dass der erstverdrängte Patient zeitnah und damit rechtzeitig ein weiteres passendes Organangebot erhalten und durch die fehlerhafte Organzuteilung keinen gesundheitlichen Schaden erleiden werde.

(dd) Am 22. Juni 2011 willigte der Patient F. erneut in die Lebertransplantation ein. Ihre Durchführung der Lebertransplantation entsprach seinem Willen.

(b) Am 23. Juni 2011 wurde die Lebertransplantation bei dem Patienten zu Heilzwecken und nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt. Operateur war der Angeklagte. Dieser ging zu diesem Zeitpunkt davon aus, dass bei dem Patienten F. eine Leberzirrhose vorlag und dieser ohne Transplantation versterben würde. Aus diesem Grund hielt der Angeklagte die Durchführung der Transplantation nicht nur für erforderlich, sondern auch für dringlich. Darüber hinaus ging der Angeklagte davon aus, dass die Transplantation dem Willen des Patienten entsprach.

(4) Verlauf nach der Transplantation

Nach der Lebertransplantation kam es bei dem Patienten F. am ersten postoperativen Tag zu einer Nachblutung, die eine erneute Operation mit Blutstillung erforderlich machte. Der weitere postoperative Verlauf war unauffällig, so dass der Patient F. am 18. Juli 2011 und damit ca. vier Wochen nach der Transplantation entlassen werden konnte.

Der Patient F. lebt nach wie vor mit der Spenderleber, die ihm am 23. Juni 2011 von dem Angeklagten transplantiert wurde.

(5) Weiterer Verlauf in Bezug auf die ersten neun von dem Patienten F. aufgrund der Falschmeldung überholten Patienten

Hinsichtlich der Patienten, die sich auf den Ranglistenplätzen 6. – 14. befanden, ergab sich nach dieser Allokation der folgende Verlauf:

Ranglisten-platz	**Anzahl der Leberangebote nach dieser Allokation**	**Anzahl der abgelehnten Lebererst-angebote nach dieser Allokation (Stand: 16.07.2013)**	**Erste Leber-transplantation nach dieser Allokation (22.06.2011) (Stand: 17.06.2013)**	**Aktueller Status (Stand: 17.06.2013)**	**Zeitpunkt des Todes**	**Todesursache**
6	6	2	13.07.2011	Transplantiert		
7	11	5	13.07.2011	Verstorben nach Transplantation	05.08.2011	Sepsis/ Multiorganversagen
8	6	4		Verstorben, während Patient auf der Warteliste war	02.07.2011	Peritonitis
9	2	2		Verstorben, während Patient auf der Warteliste war	30.06.2011	Infektion
10	37	21	01.08.2011	Verstorben nach Transplantation	04.09.2011	Akutes Leberversagen
11.	6	5	14.07.2011	Transplantiert		
12.	9	7	07.10.2011	Transplantiert		
13.	1	0	03.07.2011	Transplantiert		
14.	6	4	12.07.2011	Transplantiert		

bb) Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung

[…]

cc) Rechtliche Würdigung

(1) Straftaten zum Nachteil anderer Patienten

(a) Totschlag gemäß § 212 Abs. 1 StGB, Körperverletzungsdelikte gemäß §§ 223 ff. StGB, fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB und fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB

Ein **Totschlag zum Nachteil anderer Patienten gemäß § 212 Abs. 1 StGB**, ein **Körperverletzungsdelikt gemäß §§ 223 ff. StGB**, eine **fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB oder eine fahrlässige Körperverletzung gemäß § 229 StGB** kommen bereits aus dem Grund nicht in Betracht, weil weder erwiesen noch erweislich ist, dass infolge des Umstands, dass dem Patienten F. in dem Match-Verfahren mit der Nummer 198021 die Spenderleber zugeteilt wurde, ein anderer Patient verstarb oder an der Gesundheit geschädigt wurde.

(b) Versuchter Totschlag gemäß §§ 212 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB oder ein versuchtes Körperverletzungsdelikt gemäß §§ 223 ff., 22, 23 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich durch die Annahme der Spenderleber in dem Match-Verfahren 198021 in Kenntnis des Umstands, dass für den Patienten F. zuvor Falschangaben zur Nierenersatztherapie gemacht worden waren, weder eines **versuchten Totschlags gemäß §§ 212 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB** noch eines **versuchten Körperverletzungsdeliktes gemäß §§ 223 ff., 22, 23 Abs. 1 StGB** schuldig gemacht.

Die Veranlassung der Übermittlung falscher Patientendaten zur Nierenersatztherapie stellt bereits objektiv kein Tötungsunrecht dar und erfüllt somit auch nicht den Tatbestand des (versuchten) Totschlags bzw. der versuchten Körperverletzung. Die Manipulationen bzgl. der Falschangaben zur Nierenersatztherapie waren zum Zeitpunkt ihrer Vornahme bzw. der Annahme der dergestalt erlangten Organe vielmehr nicht mit Strafe bedroht und erfüllen deshalb auch nicht den Tatbestand

eines anderen Strafgesetzes. Eine Bestrafung des Angeklagten scheidet daher aus (Art. 103 Abs. 2 GG).
Die Regeln über die Organvermittlung bzw. Organzuteilung nach § 9 Abs. 1 S. 2 TPG i. V. m. § 12 Abs. 3 S. 1 TPG i.V.m. § 16 Abs. 1 S. 1. Nr. 5 TPG i.V.m. den von Eurotransplant in dem ET-Manual erstellten Regelungen dienen aus den bei dem Patienten B. unter cc) (3) (c) (bb) dargelegten Gründen nicht den Zweck, individuelles Leben oder die körperliche Unversehrtheit zu schützen. Sie sollen vielmehr Verteilungsgerechtigkeit gewährleisten. Verstöße gegen diese Regelungen stellen damit auch kein Tötungsunrecht i.S.d. § 212 StGB, der gerade dem Schutz individuellen Lebens dient und auch kein Körperverletzungsunrecht dar.

Aber selbst wenn man die Rechtsauffassung verträte, dass vom Schutzzweck der Zuteilungsregelungen auch das individuelle Leben umfasst würde, läge im Fall des Patienten F. kein Tatentschluss für einen versuchten Totschlag vor. Hinsichtlich des erstverdrängten Patienten vertraute der Angeklagte begründet darauf, dass dieser (sofern die Spenderleber für diesen Patienten überhaupt angenommen worden wäre) zeitnah und rechtzeitig ein passendes Organangebot bekommen und hiermit überleben werde. Auch hier wurde der erstverdrängte Patient transplantiert und überlebte, nachdem er nach der Manipulation des Angeklagten ausweislich der Match-Liste von Eurotransplant noch 2 weitere Erstangebote erhielt und mit dem 3ten schließlich transplantiert wurde.
Hinsichtlich der übrigen Patienten lag aus den vorstehend bei dem Patienten B. unter cc) (3) (c) (cc) dargelegten Gründen, die für den Patienten F. ebenfalls Geltung haben, kein Tatentschluss hinsichtlich eines versuchten Totschlag vor. So fehlt es bereits am intellektuellen Moment, als bei dieser Patientengruppe aus Sicht der Rechtsprechung der Kausalverlauf nicht mehr versehbar war bzw. ein ursächlich durch die Manipulation verursachter Tod (was nicht feststellbar ist) aus der Perspektive der herrschenden Lehre nicht objektiv zurechenbar wäre. Die im Rahmen der Beweiserhebung getroffenen Feststellungen hinsichtlich der tatsächlichen Verhältnisse innerhalb dieser Patientengruppe haben ergeben, dass von den 9 insgesamt untersuchten Patienten noch 7 weitere transplantiert wurden, wovon 2 danach noch verstarben. 2 weitere Patienten verstarben untransplantiert auf der Warteliste, nachdem ihnen vor ihrem Tod noch 2 bzw. 4 Erstangebote gemacht worden waren.

(2) Straftaten zum Nachteil des Patienten F.

(a) Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich durch die Lebertransplantation **keiner vorsätzlichen Körperverletzung** gemäß **§ 223 Abs. 1 StGB zum Nachteil des Patienten F.** schuldig gemacht.

Die durch die Lebertransplantation tatbestandlich begangene vorsätzliche Körperverletzung ist gerechtfertigt, weil der Patient wirksam in die Lebertransplantation eingewilligte. Die Lebertransplantation verstieß auch nicht gegen die guten Sitten im Sinne des § 228 StGB. Insoweit wird auf die obigen Ausführungen unter C. II. 2. b) cc) (2) (a) (cc) (Patient S.) Bezug genommen.

(b) Versuchte Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich auch keiner **versuchten Körperverletzung** gemäß **§§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB** schuldig gemacht.

Es liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass der Angeklagte davon ausging, dass die Lebertransplantation bei dem Patienten F. nicht erforderlich gewesen sei bzw. die Transplantation aus sachfremden Erwägungen, wie zum Beispiel die Steigerung der Transplantationszahlen durchführte. Ebenso wenig liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass der Angeklagte, als er die Transplantation durchführte, davon ausging, die Lebertransplantation entspreche nicht dem Willen des Patienten.

(3) Weitere Strafvorschriften

Anhaltspunkte für die Begehung weiterer Straftaten haben sich nicht ergeben. Insoweit wird auf die oben bei dem Patienten B. unter C. II. 2. e) cc) (1), (2), (5) bis (10) gemachten Ausführungen Bezug genommen, die bei dem Patienten F. entsprechende Geltung haben.

(4) Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (4. September 2007) durch Übertragung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG

Die am 23. Juni 2011 von dem Angeklagten durchgeführte Übertragung der Spenderleber auf den Patienten F. erfüllt nicht den Tatbestand des § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (in der Fassung vom 4. September 2007), weil nicht nachweisbar ist, dass die Spenderleber von Eurotransplant an diesen Patienten nicht nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprachen, vermittelt wurde. Insbesondere ist nicht erwiesen, dass das Organ nicht nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit vermittelt wurde und der Patient F. kein geeigneter Patient im Sinne des § 12 Abs. 3 S. 1 TPG (in der Fassung vom 20. Juli 2007) war.

Hinsichtlich des Anwendungsbereichs und der tatbestandlichen Voraussetzungen des § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (in der Fassung vom 4. September 2007) wird auf bei dem Patienten B. oben unter C. II. 2. e) cc) (11) insoweit gemachten Ausführungen Bezug genommen.

Die Patient F. litt unter einer Leberzirrhose und es bestand die Gefahr, dass er ohne Lebertransplantation versterben würde. Medizinische Gründe, die, abgesehen von den allgemeinen Transplantations- bzw. Operationsrisiken, erwarten ließen, dass er die Transplantation nicht überleben oder kurze Zeit später versterben würde, waren nicht bekannt. Die Lebertransplantation war daher erforderlich, dringlich und hatte zudem auch Erfolgsaussicht. Da nachträglich nicht mehr festgestellt werden kann, welcher Patient die Spenderleber bei regulärem Matchverlauf erhalten und ob dieser Patient die Spenderleber dringender zum Überleben benötigt hätte als der Patient F., konnte dem Angeklagten aus den dargelegten Gründen nicht nachgewiesen werden, dass er am 23. Juni 2011 entgegen § 9 Abs. 1 TPG in der Fassung vom 4. September 2010 eine Spenderleber auf den Patienten F. übertrug.

dd) Ergebnis zu dem Patienten F.

(1) Der Angeklagte war hinsichtlich des Tatverdachts, bei dem Patienten F. eine **Fälschung des INR-Wertes** bzw. die **Meldung eines falschen INR-Wertes** an Eurotransplant **veranlasst** zu haben, aus **tatsächlichen Gründen** freizusprechen. Ein entsprechender Tatnachweis konnte nicht geführt werden.

(2) Zwar hat der Angeklagte veranlasst, dass am **20. Juni 2011** gegenüber Eurotransplantat die unzutreffende Angabe gemacht wurde, bei dem Patienten F.

habe zweimal innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test vom 20. Juni 2011 eine Nierenersatztherapie stattgefunden. Dies erfüllte zu dem verfahrensgegenständlichen Zeitpunkt jedoch nicht den Tatbestand eines Strafgesetzes, weshalb der Angeklagte aus **Rechtsgründen** freizusprechen war.

(3) Die (endgültige) **Annahme der Spenderleber** für den Patienten W. am in Kenntnis des Umstands, dass Falschangaben zur Nierenersatztherapie gemacht wurden, erfüllte ebenfalls nicht den Tatbestand eines Strafgesetzes. Insoweit war der Angeklagte ebenfalls aus **Rechtsgründen** freizusprechen.

(4) Hinsichtlich des Verdachts, dass der Angeklagte durch die am **23. Juni 2011** erfolgte Übertragung der Spenderleber auf den Patienten F. einen **Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG** in der Fassung vom 4. September 2007 begangen haben könnte, erfolgte der Freispruch aus **tatsächlichen Gründen.**

3. „Indikationsfälle“

In den sogenannten „Indikationsfällen“ wird dem Angeklagten zur Last gelegt, bei den Patienten D., M. und T. Lebertransplantationen vorgenommen zu haben, obwohl bei diesen drei Patienten jeweils **keine „medizinische Indikation“** für eine Lebertransplantation bestanden habe, was dem Angeklagten bekannt gewesen sei. Dem Angeklagten sei ebenfalls bewusst gewesen, dass bei diesen Patienten die Transplantationsrisiken höher gewesen seien als ein möglicher gesundheitlicher Nutzen. Gleichwohl habe der Angeklagte die Patienten nach unzureichender Aufklärung transplantiert und durch die Transplantationen und deren Folgekomplikationen in vorhersehbarer Weise den Tod der Patienten verursacht.

Hinsichtlich dieser Tatvorwürfe war der Angeklagte in allen drei Fällen aus **tatsächlichen Gründen freizusprechen**, weil die Patienten D. und T. **wirksam** in die bei ihnen durchgeführten Lebertransplantationen **eingewilligt** hatten und bei der Patienten **M.** zugunsten des Angeklagten das Vorliegen einer **hypothetischen Einwilligung** nicht ausgeschlossen werden konnte. Die Transplantationen dienten Heilzwecken und verstießen hier wie in den Manipulationsfällen auch nicht gegen die guten Sitten im Sinne des § 228 StGB. Die Durchführung dieser drei Transplantationen, die jeweils den Tatbestand der vorsätzlichen Körperverletzung erfüllten, waren somit gerechtfertigt.

Zwar hat der Sachverständige **Prof. Dr. B.** ausgeführt, bei den Patienten D., M. und T. habe keine „medizinische Indikation“ für eine Lebertransplantation bestanden, was hinsichtlich des Patienten **T.** von dem Sachverständigen **Prof. Dr. Dr. R.** und in Bezug auf die Patientin M. von dem Sachverständigen **Prof. Dr. Dr. R.** bestätigt wurde. Der Sachverständige **Prof. Dr. D.** hingegen hat nachvollziehbar und überzeugend dargelegt, dass sowohl bei dem Patienten **D.** als auch bei der Patientin **M.** eine „medizinische Indikation“ für eine Lebertransplantation bestanden habe. Hinsichtlich des von diesem Sachverständigen nicht umfassend begutachteten Patienten **T.** hat der Sachverständige **Prof. Dr. D.** angegeben, wenn ausreichend Spenderorgane zur Verfügung stünden, würde man einen Patienten, bei dem ebenso, wie bei dem Patienten **T.** bereits eine Dekompensation der Leberzirrhose aufgetreten sei und keine medizinischen Gründe gegen eine Transplantation

sprächen auch dann transplantieren, wenn der Patient wieder rekompensiert und gesundheitlich stabil sei. Bei diesen Patienten bestehe ohne Transplantation jederzeit die unvorhersehbare Gefahr einer erneuten - lebensbedrohlichen – Dekompensation der Leberzirrhose. Darüber hinaus bestehe zusätzlich die Gefahr der Bildung eines Leberzellkrebses.

Bei dem Begriff „medizinische Indikation“, für den es keine gesetzliche Definition gibt, ist im Bereich der Transplantationsmedizin zu beachten, dass bei der Indikationsstellung und der Annahme von Kontraindikationen auch Aspekte Berücksichtigung finden, die auf dem Organmangel beruhen. So hat der Sachverständige **Prof. Dr. B.** bei den Patienten **V.**, **F.** und **W.**, bei denen eine **alkoholinduzierte Leberzirrhose** vorlag und die noch **keine sechsmonatige Alkoholkarenzzeit** eingehalten hatten, ausgeführt, es liege **keine „medizinische Indikation**“ vor, weil die **Nichteinhaltung der Alkoholkarenzzeit** eine „**absolute Kontraindikation**“ darstelle. Zu dieser Einschätzung ist der Sachverständige trotz des Umstandes gelangt, dass die genannten Patienten keine ausreichende Lebenserwartung mehr hatten, um eine sechsmonatige Alkoholkarenzzeit einhalten zu können, darüber hinaus keine Verbesserung der Leberfunktion unter Karenz zu erwarten war und das Leben der Patienten nur durch eine Lebertransplantation gerettet werden konnte. Ähnliches gilt für **Patienten mit Tumoren** wie etwa im Falle des Patienten I., die sich bereits in **fortgeschrittenen Stadien** befinden oder bei denen **extrahepatisches Tumorwachstum**. Auch hier hat der Sachverständige **Prof. Dr. B.** angegeben, durch eine Transplantation könne zwar gegebenenfalls eine Lebensverlängerung erzielt werden, gleichwohl bestehe im Hinblick auf das Vorliegen einer **Kontraindikation** keine „**medizinische Indikation**“ für eine Transplantation. Der Sachverständige hat insoweit indes bestätigt, dass der Ausschluss von Patienten mit alkoholinduzierter Leberzirrhose, die keine sechs Monate Alkoholkarenz eingehalten haben und von Tumorpatienten in fortgeschrittenen Stadien bzw. mit extrahepatischem Tumorwachstum im Zusammenhang mit dem Organmangel stehe. Auch bei diesen Patienten könnte eine Transplantation durchgeführt werden, wenn es ausreichend Organe gäbe. Das heißt, wenn es keinen Organmangel gäbe, würden aus Sicht des Sachverständigen die Nichteinhaltung der Alkoholkarenzzeit oder das Vorliegens eines fortgeschrittenen Tumorstadiums bzw. extrahepatischen Tumorwachstums für sich allein genommen

keine Kontraindikation darstellen. Entsprechend haben sich auch die Sachverständigen **Prof. Dr. Dr. R., Prof. Dr. D.** und **Prof. Dr. Dr. R.** geäußert.

Dies belegt, dass der vollständige und ausnahmslose Ausschluss der genannten Patienten von einer Transplantation nicht auf medizinischen Gründen beruht. Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten zu dem Begriff der „medizinischen Indikation“ im Rahmen der Lebertransplantation wird auf die obigen Ausführungen unter C. II. 1. a) bb) (2) (a) und (d) Bezug genommen.

Da der Begriff „medizinische Indikation“ bzw. „Kontraindikation“ in den BÄK-Richtlinien auch Aspekte umfasst, die auf dem Organmangel beruhen, hat die Kammer diesen Gesichtspunkt bei der Prüfung der Frage, ob durch die Transplantation eine Straftat zum Nachteil des Organempfängers gegeben ist, nicht berücksichtigt. Sie hat vielmehr geprüft, ob die Patienten wirksam in den Eingriff eingewilligt haben und insbesondere vor der erteilten Einwilligung ordnungsgemäß über den Eingriff aufgeklärt wurden und, ob die Transplantationen bei den Patienten D., M. und T. jeweils geeignet waren, Heilzwecken zu dienen. Dies war nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme bei allen drei Patienten der Fall. Die Transplantationen wurden zudem nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt.

Die Patienten D. und T. litten beide an einer **fortgeschrittenen, irreversiblen Leberzirrhose**. Eine Lebertransplantation bietet die Möglichkeit, durch die Entfernung der zirrhotischen Leber und Einpflanzung einer Spenderleber die Leberzirrhose mit ihren Folgeerscheinungen zu beseitigen. Soweit der Sachverständige **Prof. Dr. B.** ausgeführt hat, bei dem Patienten **D.** habe eine **Kontraindikation** zur Lebertransplantation vorgelegen, weil bei diesem Patienten eine unzureichende Compliance sowie eine unbehandelte Distraneurinabhängigkeit bestanden hätten, stellen diese beiden Gesichtspunkte ebenso wie unzureichende Alkoholkarenz und fortgeschrittene Tumorstadien keine (absolute) Kontraindikationen dar, zumal bei dem Patienten D. nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Lebertransplantation sein Leben verlängerte. Der Sachverständige **Prof. Dr. D.** hat zwar ebenfalls ausgeführt, aus seiner Sicht wäre es zu bevorzugen gewesen, die Distraneurinabhängigkeit des Patienten D. vor der Transplantation zu behandeln. Dies sei aber keineswegs zwingend erforderlich gewesen, um die Transplantation erfolgreich durchführen zu können.

Die Transplantation der Patientin **M.** diente ebenfalls Heilzwecken. Zwar litt diese Patientin nicht, wie von den behandelnden Ärzten seit dem Jahr 1999 – also seit mehr als 10 Jahren vor der Transplantation – durchgehend fälschlich diagnostiziert unter einer Leberzirrhose. Bei ihr lag vielmehr eine seit vielen Jahren bestehende chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung vor, die im Laufe der Jahre zur Ausbildung einer Pfortaderthrombose sowie Verengungen und Entzündungen in den Gallengängen und zu einer intrahepatischen Cholangiopathie bzw. portalen hypertensiven Biliopathie führte. Darüber hinaus hatte sich eine Leberfibrose entwickelt.

Die Pfortaderthrombose, die sich aufgrund der chronischen Bauchspeicheldrüsenentzündung gebildet hatte, hatte die Ausbildung von Ösophagus- und Magenvarizen und dies wiederum die Gefahr des Auftretens von lebensbedrohlichen Blutungen zur Folge. Darüber hinaus führten die Veränderungen in den Gallenwegen zu wiederkehrenden Gallengangsentzündungen und der Gefahr der Ausbildung einer lebensbedrohlichen Cholangiosepsis.

Durch die Lebertransplantation wurde bei der Patientin M. zwar nicht die Bauchspeicheldrüsenentzündung geheilt. Gleichwohl bestand hierdurch die Möglichkeit, die Pfortaderthrombose zu therapieren. Denn die Patientin M. erhielt durch die Lebertransplantation eine neue Pfortader, die mit einer Magenvene der Patientin verbunden wurde. Die hierdurch im Pfortaderbereich erzielte signifikante Drucksenkung führte wiederum zu einer erheblichen Senkung des Blutungsrisikos aus Ösophagus- und Magenvarizen. Darüber hinaus erfolgte durch die Lebertransplantation eine Sanierung des Gallengangsystems. Hierdurch wurde wiederum die Gefahr der Entstehung einer Cholangitis bzw. einer lebensbedrohlichen Cholangiosepsis gesenkt. Schließlich wurde durch die Entfernung der Leber der Patientin M. auch die intrahepatische Cholangiopathie bzw. die portale hypertensive Biliopathie beseitigt.

Darüber hinaus hat die Kammer geprüft, ob die jeweiligen Transplantationen von dem Angeklagten zu Heilzwecken durchgeführt wurden oder ob sachfremde Erwägungen für die Transplantationsentscheidungen eine Rolle spielten. Dies konnte im Ergebnis nicht nur „nicht nachgewiesen werden“, die Kammer schließt dies aus. Diesbezüglich ist hinsichtlich der Patienten **M.** und **T.** zu berücksichtigen, dass diese im Jahr 2011 transplantiert wurden und der Angeklagte in diesem Jahr keine Sonderboni erhielt, die an die Anzahl durchgeführter Transplantationen geknüpft

waren. Als der Patient D. im August 2008 für eine Lebertransplantation evaluiert und im September 2008 aufgeklärt wurde und in eine Lebertransplantation einwilligte, hatte der Angeklagte seinen Dienst in der UMG noch gar nicht angetreten. Es könnten nicht die geringsten Anhaltspunkte dafür gibt, dass der Angeklagte als Gegenleistung für die Durchführung der Transplantationen bei den Patienten D., M. und / oder T. von diesen Patienten oder anderen Personen materielle oder immaterielle Vorteile in Aussicht gestellt bekam bzw. erlangte.

a) Patient J.D. (Ziffer 12. der Anklage)

aa) Feststellungen

(1) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der ersten Transplantation

Der Patient D. wurde am 1953 geboren und war von Beruf Bäcker. Er war geschieden und hatte vier Kinder. Nach seiner Scheidung lebte er allein in einem Haus in S.. Er hatte zwei Schwestern, wobei eine Schwester, die Zeugin C.V., sich um ihn kümmerte und regelmäßig Kontakt zu ihm hatte.

Etwa ab dem 25. Lebensjahr trank der Patient D. größere Mengen Alkohol. Er arbeitete in einer Brauerei und erhielt dort unter anderem regelmäßig eine Kiste Bier. Darüber hinaus konsumierte er Schnaps. Nachdem seine Ehefrau ihn aufgrund seines Alkoholkonsums verlassen hatte, steigerte er diesen zunehmend. Im Jahr 1989 bzw. Anfang der 1990iger Jahre wurde dem Patienten regelmäßig das verschreibungspflichtige Medikament Distraneurin (Clomethiazol) verordnet. Hierbei handelt es sich um ein Medikament, welches bei alkoholabhängigen Patienten grundsätzlich nur im Rahmen einer akuten stationären Alkoholentzugsbehandlung verabreicht werden soll. Da es bei längerfristiger Anwendung von Clomethiazol zu einer sekundären Abhängigkeitsentwicklung kommen kann, soll die Einnahme bei alkoholabhängigen Patienten auf ein bis zwei Wochen begrenzt werden. Der Patient D. hingegen nahm über viele Jahre hinweg regelmäßig täglich bis zu 30 Tabletten bzw. Kapseln und fand immer wieder Ärzte, die ihm dieses Medikament, das ein hohes Abhängigkeitspotential aufweist und eine Leberschädigung verursachen kann, verschrieben.

Im Februar 2008 hatte der Patient einen Verkehrsunfall, in dessen Folge er sich in der Zeit vom 13. Februar 2008 bis zum 18. Februar 2008 im (…) Klinikum in (…) befand. Im Anschluss daran hatte der Patient D., der zu diesem Zeitpunkt Frührentner war, zunehmend gesundheitliche Probleme, die unter anderem im April 2008 zu einer weiteren Behandlung im (…) Klinikum führten. Seine Schwester C.V. unterstützte ihn und führte ihm den Haushalt.

Im Juni 2008 stellte der damalige Hausarzt Dr. (…) fest, dass der Patient unter einer Gallenblasenentzündung sowie Aszites litt. Anhand einer durchgeführten Ultraschalluntersuchung ergab sich für den Hausarzt der Verdacht auf das Vorliegen einer Leberzirrhose. Daraufhin wurde der Patient am 9. Juni 2008 stationär im H. Klinikum

aufgenommen. Da mehrfach Gallenblasenentzündungen aufgetreten waren, wurde operativ die Gallenblase entfernt. Während der Operation stellten die Ärzte fest, dass die Leber des Patienten stark zirrhotisch verändert war. In der Folgezeit litt der Patient unter einer stark ausgeprägten Aszitesbildung. Daher kam es in der Zeit vom 9. Juli 2008 bis zum 24. Juli 2008 zu einem erneuten Aufenthalt im (…) Klinikum. Während dieses Aufenthalts wurden acht Liter Aszites abpunktiert. Eine psychotherapeutische Behandlung zur Distraneurin-Entwöhnung lehnte der Patient ab. Seiner Schwester C.V. teilten die Ärzte mit, ihr Bruder benötige zwar zur Therapie seiner Erkrankung eine Spenderleber. Diese werde er jedoch nicht bekommen, weil er Alkoholiker sei. Als die Schwester entgegnete, ihr Bruder trinke schon seit langer Zeit keinen Alkohol mehr, sondern nehme stattdessen Distraneurin, teilten die Ärzte ihr mit, anhand der Blutwerte ihres Bruders sei erkennbar, dass dieser nach wie vor Alkohol konsumiere. C.V. versuchte daraufhin, eine Klinik zu finden, die bereit war, bei ihrem Bruder eine Lebertransplantation durchzuführen und nahm schließlich Kontakt zur UMG auf. Dort wurde ihr mitgeteilt, nach Vorliegen der Vorbefunde werde man prüfen, ob bei dem Patienten D. eine Lebertransplantation in Betracht komme. Als der Patient am 24. Juli 2008 gegen ärztlichen Rat die stationäre Behandlung beendete und das (…) Klinikum verließ, richtete er noch am selben Tag einen handschriftlich unterzeichneten Brief an den Chefarzt der Abteilung für Gastroenterologie und Diabetologie der Klinik für Innere Medizin des (…)-Klinikums Dr. H., in dem er ausführte:

> *Mitteilung an Herrn Dr. H.*
>
> *Sehr geehrter Herr Dr. H.,*
>
> *ich bitte Sie mich auf dem Weg bis zur Lebertransplantation in Ihrem Krankenhaus zu unterstützen.*
> *Ich verlasse das Krankenhaus heute und werde selbst versuchen in den nächsten Tagen und Wochen meinen Tablettenkonsum auf null zu fahren.*
> *In regelmäßigen Abständen werde ich mich mit Ihnen bzw. mit dem Krankenhaus in Verbindung setzen um das Wasser abzusaugen.*
> *Ich bitte um Ihr Verständnis.*
> *Danke*
>
> *Mit freundlichen Grüßen*
>
> *J. D.“*

Bereits vier Tage später, am 28. Juli 2008, begab der Patient D. sich erneut in das (…) Klinikum, wo wiederum acht Liter Aszites abpunktiert wurden. Noch am

selben Tag beendete er wiederum gegen ärztlichen Rat die Behandlung und verließ das Krankenhaus. Ebenfalls mit Datum vom 28. Juli 2008 richtete der damalige Hausarzt Dr. (…) ein Schreiben an die Transplantationsambulanz der UMG, in dem er ausführte:

> *„Sehr geehrter Herr Dr. L.,*
>
> *Betreff: Patient D., J. geb.* (…)*, wohnhaft in* (…)*, […].*
>
> *Lebertransplantationsanfrage bei alkoholtoxischer Leberzirrhose mit Aszites.*
>
> *Hiermit möchte ich als behandelnder Hausarzt im Namen des o.g. Patienten die Anfrage einer Lebertransplantation bei alkoholtoxischer Leberzirrhose mit rezidivierendem Aszites stellen. Als Anlage sende ich Ihnen die Kopien der vorhandenen Befunde vom H. Klinikum B.S. mit.*
> *Für einen Termin in Ihrer Transplantationsambulanz für den o.g. Patienten wäre ich Ihnen dankbar.*
>
> *Mit freundlichen Grüßen*
>
> *Dr. Th. A.*
>
> *Internist*

Daraufhin wurde der Patient D. am 7. August 2008 auf der Station 4021 der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie des Zentrums Innere Medizin der UMG stationär aufgenommen und bis zum 14. August 2008 eine Evaluation für eine Lebertransplantation durchgeführt. Bereits elf Tage danach, am 25. August 2008, wurde der Patient notfallmäßig in das (…) Klinikum eingewiesen, weil sich Aszites gebildet hatte und der Patient unter abdominellen und lumbalen Schmerzen litt. Nachdem wiederum acht Liter Aszites abpunktiert worden waren, wurde der Patient am 26. August 2008 aus der stationären Behandlung entlassen. Drei Tage später wurde er erneut mit Bauchschmerzen und Aszites stationär im (…) Klinikum aufgenommen und eine Aszitespunktion durchgeführt. Dem Patienten wurde nunmehr empfohlen, sich im Hinblick auf den als therapierefraktär eingeschätzten Aszites und die Leberzirrhose Child B einen transjugulären intrahepatischen portosystemischen Shunt (TIPS) legen zu lassen. Darüber hinaus erhielt er erstmals das Medikament Spironolacton, bei dem es sich um eine Standardmedikation bei Vorliegen von Aszites handelt. Am 31. August 2008 wurde der Patient aus der stationären Behandlung entlassen.

Am 2. September 2008 unterzeichnete der Patient D. in der UMG das Formular „Einwilligung zu Lebertransplantation“, nachdem er zuvor durch den Arzt Dr. H., der zu dieser Zeit in der Transplantationschirurgie tätig war, im Beisein seiner Schwester aufgeklärt worden war. Der konkrete Inhalt des Aufklärungsge-

sprächs konnte nicht mehr festgestellt werden. Darüber hinaus unterzeichnete der Patient das Formular „Einwilligung zur Speicherung und Übermittlung personenbezogener Daten“.

Kurze Zeit darauf musste dem Patienten erneut Aszites abpunktiert werden, weshalb er am 8. September 2008 abermals im (…) Klinikum aufgenommen wurde.

Am 19. September 2008 wurde der Patient zur TIPS-Evaluation auf der Station 4021 der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie des Zentrums Innere Medizin aufgenommen. Von der Anlage eines TIPS wurde schließlich abgesehen, weil der Patient, bei dem nach wie vor Aszites vorlag, nach Auffassung der Ärzte zu dieser Zeit durch die diuretische Therapie zufriedenstellend therapiert war.

Der Angeklagte, der am 1. Oktober 2008 seinen Dienst in der UMG angetreten hatte, führte am 6. Oktober 2008 mit dem Patienten D. und dessen Schwester C.V. ein Gespräch über die geplante Aufnahme in die Warteliste und die Lebertransplantation. Im Rahmen dieses Gesprächs teilte der Angeklagte dem Patienten D. unter anderem mit, es sei erforderlich, dass dieser seinen Distraneurinkonsum beende. Darüber hinaus wies er den Patienten auf die Gefahren der Lebertransplantation hin, insbesondere darauf, dass dieser an den Folgen der Transplantation versterben könne. Des Weiteren erläuterte der Angeklagte sinngemäß, dass der Patient im Hinblick auf dessen niedrigen MELD-Score bis auf Weiteres keine Chance auf die Zuteilung einer Spenderleber im Standardvergabeverfahren habe, es jedoch die Möglichkeit gebe, eine Spenderleber zu erhalten, die von anderen Patienten abgelehnt worden sei. Hiermit war der Patient einverstanden. Über eine TIPS-Behandlung bzw. eine Therapie zur Entwöhnung von Distraneurin noch vor Durchführung der Transplantation wurde nicht gesprochen.

Noch am selben Tag wurde der Patient D. in die Warteliste aufgenommen und bei Eurotransplant registriert. Die Mitarbeiterin des Transplantations-Koordinations-büros, die Zeugin S., machte gegenüber Eurotransplant unter anderem folgende Angaben:

Probendatum:	„*06-10-2008*“
Kreatinin:	„*0,95*“ mg/dl
Bilirubin:	„*0,60*“ mg/dl
INR:	„*1,20*“

Die Frage zur Nierenersatztherapie wurde verneint. Mit diesen Werten hatte der Patient einen labMELD von 8.

Zwar ist der konkrete Zeitpunkt, ab dem der Patient D. keinen Alkohol mehr konsumierte, nicht bekannt. Es konnte jedoch nicht festgestellt werden, dass der Patient innerhalb des Zeitraums von sechs Monaten vor Aufnahme in die Warteliste noch Alkohol konsumiert hatte.

(2) Organallokation und Transplantation

Am 12. Oktober 2008 erfolgte im Rahmen einer kompetitiven Rettungsallokation ein Organangebot von Eurotransplant mit der Spendernummer 123597. Bei der Spenderin handelte es sich um 69-jährige Frau, die einen BMI von 27 hatte. Die Aufnahme im Krankenhaus war am 9. Oktober 2008 nach einer intrakraniellen Blutung erfolgt. Der Hirntod wurde am 12. Oktober 2008 festgestellt. Die Leber wurde durch ein auswärtiges Team entnommen. Handschriftlich ist auf dem Eurotransplant Liver/Pancreas Report hinzugefügt: *„Rescue allocation D.“*.
Die Ausklemmung des Organs und der Beginn der kalten Perfusion erfolgten am 12. Oktober 2008 um 21:43 Uhr. Der Donor Risk Index betrug bei einer angenommenen kalten Ischämiezeit von zehn Stunden 1,8. Die Anatomie wurde durch den entnehmenden Chirurgen als normal, die Perfusion als gut und die Organqualität als akzeptabel beschrieben. Insgesamt war die Spenderleber für die bei dem Patienten D. durchgeführte Transplantation uneingeschränkt geeignet.

Nachdem der Angeklagte entschieden hatte, dass der Patient D. als Empfänger für diese Spenderleber in Betracht kam, wurde dieser darüber informiert, dass ein Organangebot vorliege. Da er mit der Durchführung der Transplantation einverstanden war, willigte er nach seinem Eintreffen in der UMG nochmals schriftlich in die bevorstehende Transplantation ein.

Am 13. Oktober 2008 führte der Angeklagte in der Zeit von 05:55 Uhr bis 10:00 Uhr die Lebertransplantation nach den Regeln der ärztlichen Kunst durch. Grund für die Durchführung der Lebertransplantation war, dass der Patient unter einer fortgeschrittenen irreversiblen Leberzirrhose litt, die bereits dekompensiert war. Durch die Entfernung der zirrhotisch veränderten Leber und die Einpflanzung einer Spenderleber bestand die Möglichkeit, die Leberzirrhose des Patienten einschließlich der durch diese Erkrankung hervorgerufenen Folgeerkrankungen bzw. Beschwerden,

darunter die Aszitesbildung, zu beseitigen. Medizinische Aspekte, die gegen die Durchführung der Transplantation sprachen, lagen nicht vor.

(3) Verlauf nach der Transplantation

Nach anfänglich unkompliziertem Verlauf hatte der Patient D. zunehmende gesundheitliche Probleme, die schließlich dazu führten, dass eine Re-Lebertransplantation erforderlich wurde.

(a) Verlauf bis zur Re-Lebertransplantation

Der unmittelbare postoperative Verlauf war regelrecht und problemlos. Am 31. Oktober 2009 wurde der Patient beschwerdefrei aus der stationären Behandlung entlassen. Zu diesem Zeitpunkt hatte zwar noch keine Distraneurin-Entwöhnung stattgefunden, diese wurde jedoch für einen weiteren stationären Aufenthalt geplant. Dieser Aufenthalt, der vor allem deshalb notwendig wurde, weil der Allgemeinzustand des Patienten D. sich zwischenzeitlich verschlechtert hatte, fand in der Zeit vom 12. bis zum 27. November 2008 auf der Station 1016 der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie statt. Zum Ausschluss einer frühen Abstoßungsreaktion wurde eine Leberbiopsie durchgeführt. Die histo-pathologische Begutachtung der Transplantatbiopsie ergab jedoch keine Hinweise auf das Vorliegen einer akuten Abstoßung.

Ein während dieses stationären Aufenthalts eingeholtes psychiatrisches Konsil kam zu dem Ergebnis, dass bei dem Patienten D. ein Distraneurin-Abusus vorliege. Es wurde eine Umstellung der Distraneurin-Medikation auf Diazepam in absteigender Dosierung festgelegt und während des stationären Aufenthalts umgesetzt. Nachdem sein gesundheitlicher Zustand sich gebessert hatte, wurde er der Patient am 27. November 2008 aus der stationären Behandlung nach Hause entlassen. Obwohl ihm bekannt war, dass er kein Distraneurin mehr einnehmen soll, begab er sich bereits am 1. Dezember 2008 zu seinem Hausarzt und einem weiteren Arzt, die ihm beide unabhängig voneinander Distraneurin verordneten. In der Folgezeit nahm der Patient weiterhin regelmäßig Distraneurin ein.

Im Dezember 2008 wurde dem Patienten von dem Arzt Dr. M. in Kassel ein Stent in den Gallengang eingelegt. Anschließend wurde er in der Zeit vom 17. Dezember

2008 bis zum 19. Dezember 2008 auf der Station 1016 der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie der UMG behandelt. Während dieser Zeit wurde eine zweite Leberbiopsie durchgeführt, weil eine anhaltend starke Erhöhung der Cholestaseparameter vorlag. Auch diese Biopsie führte zu dem Ergebnis, dass keine Abstoßungsreaktion vorlag.

Nachdem sich der Gesundheitszustand des Patienten im Verlauf der nachfolgenden dreieinhalb Monate erheblich verschlechtert hatte, wurde er am 7. April 2009 erneut auf der Station 1016 aufgenommen. Unter anderem litt er unter wässrigen Durchfällen und Exsikkosen. Darüber hinaus waren die laborchemischen Cholestaseparameter und Entzündungsparameter erhöht. Nachdem der Patient aufgrund der Exsikkose eine Infusionstherapie erhalten hatte, verbesserte sich sein Allgemeinzustand. Daraufhin verließ er gegen ausdrücklichen ärztlichen Rat am 8. April 2010 das Krankenhaus, obwohl noch keine Abklärung der Erhöhung der Cholestase- und Entzündungsparameter erfolgt war.

Am 3. Juni 2009 wurde der Patient erneut auf der Station 1016 aufgenommen, weil der Verdacht auf Vorliegen einer Cholangitis bestand. Es wurde eine ausgeprägte Stenose der Hepatikusgabel mit Einbeziehung beider Gallengänge festgestellt und jeweils eine Prothese in den linken und rechten Ductus hepaticus eingebracht. Anschließend wurde der Patient am 11. Juni 2009 aus der stationären Behandlung entlassen.

In der Folgezeit ergab sich bei dem Patienten das Erfordernis einer operativen Revision der bei ihm vorliegenden Gallengangstenose. Da bei der Einnahme eines der Medikamente, das er zur Immunsuppression erhielt, ausgeprägte Wundheilungsstörungen auftreten können, sollte vor dem operativen Eingriff eine Umstellung auf ein anderes Medikament erfolgen. Nachdem der Patient am 21. Juli 2009 zur Durchführung der Medikamentenumstellung und anschließender Operation auf der Station 1016 aufgenommen worden war, verließ er bereits am 22. Juli 2009 gegen ärztlichen Rat das Krankenhaus. Zuvor war er darauf hingewiesen worden, dass es unter mangelnder Kontrolle des Medikamentenspiegels und der Leberwerte zu einer Abstoßung und zu einem Verlust des Transplantats kommen könne. Dies konnte ihn dennoch nicht davon überzeugen, dem ärztlichen Rat zu folgen.

Knapp einen Monat später, am 25. August 2009, wurde der Patient D. sodann aufgrund einer Verschlechterung seines Allgemeinzustands und starken

abdominellen Beschwerden erneut in der UMG aufgenommen und aufgrund eines akuten Nierenversagens zunächst in der Zeit vom 25. bis 28. August 2009 auf der Station 1022 dialysiert. Sodann wurde er auf die IMC Station 1021 der Abteilung Nephrologie und Rheumatologie verlegt. Eine weitere Dialyse erhielt der Patient am 31. August 2009. Nachdem sich sein Allgemeinzustand verbessert hatte, wurde er am 3. September 2009 auf die gastroenterologische Station 4024 verlegt. Dort erfolgte ein Stentwechsel im DHC (ductus hepaticus communis). Am 16. September 2009 wurde der Patient aus der stationären Behandlung entlassen.

Bereits zwei Wochen nach seiner Entlassung wurde der Patient D. am 30. September 2010 wiederum mit akutem Nierenversagen in der UMG aufgenommen und erhielt eine Dialyse. Während der anschließenden stationären Behandlung auf der Station 4022 der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie bestand erneut der Verdacht auf Vorliegen einer Cholangitis. Da die Cholestaseparameter stark erhöht waren und weder eine Antibiotikabehandlung noch Stentwechsel zu einer Besserung führten, wurde der Patient zur Anlage einer biliodigestiven Anastomose bzw. Ableitung der Gallenflüssigkeit durch eine Verbindung zwischen den Gallengängen im Bereich der Leber und einer Dünndarmschlinge am 23. Oktober 2009 auf die Station 1016 verlegt. Während der noch am selben Tag durchgeführten Operation stellte der Angeklagte intraoperativ Veränderungen an der Spenderleber fest und ging von dem Vorliegen einer ausgedehnten Leberzirrhose aus. Aus diesem Grund sah er von der Anlage einer biliodigestiven Anastomose ab und entnahm aus der Leber eine Biopsie. Anhand der Untersuchung dieser Biopsie wurde weder eine Leberzirrhose noch eine Abstoßungsreaktion festgestellt, sondern eine fortgeschrittene Destruktion der originären Gallengänge.

Im Hinblick auf den intraoperativen Befund wurde der Patient noch am 23. Oktober 2009 für eine Re-Lebertransplantation bei Eurotransplant gelistet und am 29. Oktober 2009 aus der stationären Behandlung entlassen.

Als er sich am 24. November 2009 in der Lebertransplantationsambulanz vorstellte, wurde ein transfusionspflichtiger Hämoglobinabfall festgestellt, weshalb er noch am selben Tag auf der Station 4024 aufgenommen wurde. Nachdem ihm drei Erythrozytenkonzentrate transfundiert worden waren, verließ er am 27. November 2009 abermals gegen ärztlichen Rat das Krankenhaus, obwohl die erforderlich Abklärung der Ursache des Hämoglobinabfalls noch nicht erfolgt war.

Am 7. Dezember 2009 wurde der Patient D. von seiner Schwester C.V. zuhause nicht ansprechbar aufgefunden. Daraufhin wurde er durch den Notarzt zunächst in das (…) Klinikum eingewiesen. Dort war er bei Aufnahme ebenfalls nicht ansprechbar und hatte ein auffälliges ikterisches Hautkolorit. Am 8. Dezember 2009 wurde er in die UMG verlegt und bis zum 21. Dezember 2009 auf der Medizinischen Intensivstation (1026) der Abteilung Kardiologie und Pneumologie des Zentrums Innere Medizin behandelt. Dort wurde bei dem Patienten ein septischer Schock bei Pneumonie rechts basal, ein akutes Nierenversagen sowie eine paroxysmale supraventrikuläre Tachykardie (Verdacht auf Vorhofflattern) diagnostiziert. Da der Patient zu dieser Zeit intubiert und sediert und deshalb nicht in der Lage war, in ärztliche Maßnahmen einzuwilligen, wurde seine Schwester C.V. am 17. Dezember 2009 vom Amtsgericht G. – Betreuungsgericht – durch einstweilige Anordnung bis zum 16. Juni 2010 für ihn zur vorläufigen Betreuerin mit dem Aufgabenkreis „Sorge für die Gesundheit“ bestimmt. Am 18. Dezember 2009 willigte sie als Betreuerin des Patienten schriftlich in die Durchführung einer Re-Lebertransplantation ein.

Nachdem sich sein Gesundheitszustand stabilisiert hatte, wurde der Patient D. am 21. Dezember 2009 auf die Station 4024 der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie verlegt und nach weiterer Stabilisierung am 5. Januar 2010 schließlich aus der stationären Behandlung entlassen.

(b) Re- Lebertransplantation

Am 17. Januar 2010 erfolgte durch Eurotransplant ein passendes Spenderangebot für den Patienten D., das für ihn angenommen wurde. Die Registrierung der Spenderin mit der Nummer 130572 fand um 16.42 Uhr statt. Bei der Spenderin handelte sich um eine 76 Jahre alte Frau mit einem Körpergewicht von 65 kg und einer Körpergröße von 170 cm. Der BMI betrug 22. Der Hirntod, der infolge einer Subarachnoidalblutung eingetreten war, war am 17. Januar 2010 um 10:07 Uhr diagnostiziert worden. Der Donor Risk Index betrug bei einer angenommenen Ischämiezeit von maximal 11 Stunden 1,97.

Am 17. Januar 2010 willigte der Patient D., der mit der Lebertransplantation einverstanden und zwischenzeitlich wieder in der Lage war, diese Entscheidung zu treffen, persönlich in die Operation ein und unterzeichnete das Einwilligungsformular.

Die Re-Lebertransplantation wurde am 18. Januar 2010 in der Zeit von 04:35 Uhr bis 11:44 Uhr nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt. Als Operateure sind im Operationsbericht an erster Stelle der gesondert Verfolgte Dr. L. und an zweiter Stelle der Angeklagte aufgeführt.

(c) Verlauf nach der Re-Lebertransplantation

Nach der Re-Transplantation traten nicht unerhebliche Komplikationen auf. So musste nach einer Gallengangslecklage am 31. Januar 2010 eine erneute Revision durchgeführt werden. Hierbei wurde eine Ableitung der Gallenflüssigkeit durch eine Verbindung zwischen den Gallengängen im Bereich der Leber und einer Dünndarmschlinge (biliodigestive Anastomose) angelegt. Darüber hinaus entwickelte der Patient septische Infekte und es kam zu einer abdominellen Blutung, die mehrfache Revisionen erforderlich machte. Zwei Monate nach der Re-Lebertransplantation, am 18. März 2010, wurde der Patient aus der stationären Behandlung entlassen.

Im weiteren Verlauf bildete sich ein Leberabszess im linken Leberlappen. Der Patient befand sich daher in der Zeit vom 30. März 2010 bis zum 20. April 2010 erneut in stationärer Behandlung in der UMG. Aufgrund der Abszessbildung wurde eine Drainageeinlage veranlasst. Es entstand ein akutes Nierenversagen sowie eine Sepsis. Der Zustand des Patienten konnte so weit stabilisiert werden, dass er am 20. April 2010 aus der stationären Behandlung nach Hause entlassen werden konnte. Dort entfernte er jedoch die Drainage im Abszess. Sodann forderte er mehrfach den Notarzt an, verweigerte sodann jedoch eine stationäre Aufnahme im Krankenhaus. Am 28. April 2010 wurde er schließlich erneut in der UMG stationär aufgenommen. Unter der notwendigen Immunsuppression konnte der Abszess nicht zur Ausheilung gebracht werden. Im weiteren Verlauf kam es zum septischen Schock mit Multiorganversagen, an dessen Folgen der Patient D. am (…) verstarb.

bb) Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung

[…]

cc) Rechtliche Würdigung

(1) Straftaten zum Nachteil des Patienten D.

(a) Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB bzw. Körperverletzung mit Todesfolge gemäß § 227 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich durch die Durchführung der Lebertransplantation keiner **vorsätzlichen Körperverletzung** nach **§ 223 Abs. 1 StGB** schuldig gemacht.

(aa) Lebertransplantation als tatbestandliche Körperverletzung

Die bei dem Patienten D. durchgeführte Lebertransplantation, die zu Heilzwecken und nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt wurde, erfüllt den Tatbestand der vorsätzlichen Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB.

Insoweit ist es ständige Rechtsprechung, dass jede in die körperliche Unversehrtheit eingreifende ärztliche Behandlungsmaßnahme den Tatbestand der Körperverletzung erfüllt, unabhängig davon, ob diese lege artis durchgeführt wurde und erfolgreich ist (vgl. BGH, Urteil vom 22. Dezember 2010 – 3 StR 239/10 – Rdnr. 9 bei juris; BGH, Urteil vom 5. Juli 2007 – 4 StR 549/06 – Rdnr. 16 bei juris; BGH, Urteil vom 28. November 1957 – 4 StR 525/57 – Rdnr. 5 bei juris; Fischer, StGB, 62. Auflage 2015, § 223, Rdnr. 17 m.w.N.).

(bb) Einwilligung als Rechtfertigungsgrund

Die Körperverletzung ist jedoch durch die von dem Patienten D. **ausdrücklich erteilte Einwilligung** gerechtfertigt. Selbst wenn man davon ausginge, dass die durch den Patienten D. ausdrücklich erteilte Einwilligung aufgrund einer unvollständigen Aufklärung unwirksam war, könnte zugunsten des Angeklagten nicht ausgeschlossen werden, dass der Patient auch bei vollständiger bzw. ordnungsgemäßer Aufklärung in die erste Lebertransplantation eingewilligt hätte. Die Lebertransplantation wäre in diesem Fall mithin durch eine **hypothetische Einwilligung** gerechtfertigt.

(aaa) Ausdrückliche Einwilligung

Der Patient D. hat ausdrücklich in die bei ihm am 13. Oktober 2008 durchgeführte Lebertransplantation eingewilligt. Da die Beweisaufnahme nicht ergeben hat, dass der Patient zu diesem Zeitpunkt nicht in der Lage war, Art, Bedeutung und Tragweite (Risiken) der Transplantation zu erfassen, kann davon ausgegangen werden, dass der Patient einwilligungsfähig war. Darüber hinaus konnte nicht der Nachweis erbracht werden, dass der Patient nicht in ausreichender Form über den Eingriff aufgeklärt und die Einwilligung aus diesem Grund unwirksam war.
Die Einwilligung in eine die körperliche Unversehrtheit eingreifende ärztliche Behandlungsmaßnahme – und damit auch in eine Lebertransplantation – kann nur wirksam erteilt werden, wenn der Patient in der gebotenen Weise über den Eingriff, seinen Verlauf, seine Erfolgsaussichten, Risiken und mögliche Behandlungsalternativen aufgeklärt wurde (vgl. BGH, Urteil vom 5. Juli 2007 – 4 StR 549/06 – Rdnr. 16 bei juris). Gemäß § 630e Abs. 1 S. 2 BGB ist insbesondere über Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie aufzuklären. Nach § 630e Abs. 1 S. 3 BGB ist bei der Aufklärung auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken und Heilungschancen führen.

Nur durch die gebotene Aufklärung wird das aus der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) und dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 GG) abgeleitete Selbstbestimmungsrecht des Patienten sowie sein Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG) gewahrt (vgl. BGH, Urteil vom 22. Dezember 2010 – 3 StR 239/10 – Rn. 10 bei juris). Inhaltlich ist der Patient über die Chancen und Risiken der Behandlung im „Großen und Ganzen“ aufzuklären. Ihm muss ein zutreffender Eindruck von der Schwere des Eingriffs und von der Art der Belastungen vermittelt werden, die aufgrund der Maßnahme bzgl. seiner körperlichen Integrität und seiner Lebensführung auf ihn zukommen können. Eine solche „Grundaufklärung“ hat regelmäßig auch einen Hinweis auf das schwerste, möglicherweise in Betracht kommende Risiko zu beinhalten. Einer exakten medizinischen Beschreibung all dessen bedarf es jedoch nicht (vgl. BGH, Urteil vom 22. Dezember 2010 – 3 StR 239/10 – Rn. 10 bei juris). Der konkrete Umfang der Aufklärungspflicht bestimmt sich in Abhängigkeit von der jeweiligen Behandlungsmaßnahme und unter Berücksichtigung des Eingriffs. Je weniger ein

sofortiger Eingriff medizinisch geboten ist, umso ausführlicher und eindrücklicher ist der Patient, dem der Eingriff angeraten wird oder der ihn selbst wünscht, über die Erfolgsaussichten und etwaige schädliche Folgen zu informieren (vgl. BGH, Urteil vom 22. Dezember 2010 – 3 StR 239/10 – Rn. 10 bei juris).

Neben diesen allgemeingültigen Grundsätzen hat die Bundesärztekammer in ihren zum Zeitpunkt der Transplantation des Patienten D. gültigen **Richtlinien zur Organtransplantation gemäß § 16 Abs. 1 S. 1 Nrn. 2 und 5 TPG** zur Aufklärung ausgeführt:

> *„Vor Aufnahme in die Warteliste für eine Transplantation ist der Patient über die Risiken, Erfolgsaussichten und längerfristigen medizinischen, sozialen und psychischen Auswirkungen einer Transplantation aufzuklären. Hierzu gehört auch die Aufklärung über die notwendige Immunsuppression mit den potentiellen Nebenwirkungen und Risiken und die Notwendigkeit von regelmäßigen Kontrolluntersuchungen.“*

In den **aktuellen Richtlinien** (Stand: 9. Dezember 2013) ist ausgeführt:

> *„Vor Aufnahme in die Warteliste zur Transplantation ist der Patient über die Erfolgsaussicht, die Risiken und die längerfristigen medizinischen, psychologischen und sozialen Auswirkungen der bei ihm vorgesehenen Transplantation aufzuklären. Hierzu gehört auch die Aufklärung über die notwendige Immunsuppression mit den potentiellen Nebenwirkungen und Risiken sowie die Notwendigkeit von regelmäßigen Kontrolluntersuchungen.“*

Auch wenn dies in den Richtlinien nicht ausdrücklich aufgeführt ist, ist der Patient auch über Vor- und Nachteile eventuell vorhandener Behandlungsalternativen aufzuklären (vgl. zum Erfordernis der Aufklärung über Alternativtherapien: Gutmann in: Schroth/König/Gutmann/Oduncu, TPG, 1. Auflage 2005, § 10 Rdnr. 7).

Ein Nachweis, dass die Aufklärung des Patienten D. nicht den vorgenannten Anforderungen genügte, konnte nicht geführt werden.

Der Patient wusste ausweislich der Angaben der Zeugin **V.**, dass es sich bei der Lebertransplantation um einen lebensbedrohlichen Eingriff handelte und er an den Folgen der Transplantation versterben könnte.

Der Zeuge **Dr. H.**, der das Aufklärungsgespräch am 2. September 2008 führte und nach dessen Aufklärung der Patient D. in die Transplantation einwilligte, konnte sich nicht an das Aufklärungsgespräch erinnern. Er hat jedoch angegeben, er habe die Patienten bei der Aufnahme in die Warteliste grundsätzlich im Allgemeinen über deren Erkrankung, die Notwendigkeit der Operation, fehlende Therapieoptionen und den Ablauf der Transplantation aufgeklärt. Auch mögliche operative und

postoperative Komplikationen seien erörtert worden, insbesondere die bei einer Lebertransplantation bestehenden Risiken, vor allem die Erforderlichkeit einer lebenslangen Immunsuppression und die Konsequenzen der Immunsuppression. Üblicherweise habe er auch darauf hingewiesen, wie der Verlauf ohne Transplantation wäre und wie er nach einer Transplantation sein werde. Grundsätzlich habe er versucht, alles so darzustellen, dass der Patient es verstanden habe und eine eigene Entscheidung habe treffen können.

Anhand dieser Aussage ist nicht ausgeschlossen, dass der Patient D. über alle wesentlichen Gesichtspunkte, darunter auch darüber, welche Probleme mit den Gallengängen auftreten können, aufgeklärt wurde.
Insbesondere war dem Patienten D. auch bekannt, dass gegebenenfalls die Möglichkeit bestand, Aszites durch eine TIPS-Anlage zu behandeln. Dafür spricht zum einen, dass der Patient im August 2008 im H. Klinikum über die Möglichkeit einer TIPS-Anlage aufgeklärt wurde und dies den Angaben des Zeugen **Dr. H.** zufolge ablehnte. Darüber hinaus fand Mitte September 2008 in der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie eine TIPS-Evaluation statt. Da der Patient stationär aufgenommen wurde, um die Möglichkeit der Anlage eines TIPS zu prüfen, ist naheliegend, dass mit ihm während dieses Aufenthalts in ausreichender Form die Vor- und Nachteile einer TIPS-Anlage erörtert wurden.

Soweit der Sachverständige **Prof. Dr. B.** ausgeführt hat, der Distraneurinkonsum und eine bestehende Non-Compliance hätten eine Kontraindikation dargestellt, handelt es sich aus den dargelegten Gründen nicht um eine absolute Kontraindikation. Gleichwohl sind dies Gesichtspunkte, die bei dem Patienten D. einer ausführlichen Erörterung im Rahmen der Aufklärung bedurften. Insoweit hat jedoch die Zeugin **V.** bestätigt, dass dem Patienten zum einen die Schädlichkeit des Distraneurinkonsums bekannt gewesen sei und zum anderen der Patient von dem Angeklagten ausdrücklich darauf hingewiesen worden sei, dass er den Distraneurinkonsum beenden müsse.
Hinsichtlich des Erfordernisses einer lebenslangen Einnahme von immunsuppressiven Medikamenten und der Wahrnehmung regelmäßiger Kontrolluntersuchungen kann nicht ausgeschlossen werden, dass der Patient D. hierüber bereits von dem Zeugen **Dr. H.** aufgeklärt wurde, zumal es sich hierbei um

zentrale, generell im Rahmen einer Aufklärung über eine Transplantation zu erörternde Gesichtspunkte handelt.

Da die Sachverständigen **Prof. Dr. B.** und **Prof. Dr. D.** zudem übereinstimmend angegeben haben, das Spenderorgan sei für den Patienten D. uneingeschränkt geeignet gewesen, ergeben sich insoweit keine besonderen Aufklärungspflichten. Im Übrigen hat der Angeklagte sich unwiderlegbar dahingehend eingelassen, die Patienten seien vor der Transplantation erst in Narkose versetzt worden, wenn er die Qualität des Organs geprüft und endgültig festgestellt habe, dass das Organ für den Patienten geeignet sei. Hierüber habe er die Patienten noch vor der Transplantation in Kenntnis gesetzt.

(bbb) Hilfsweise: Hypothetische Einwilligung

Selbst dann, wenn die Aufklärung des Patienten D. nicht vollständig gewesen sein sollte, könnte nicht mit der erforderlichen Sicherheit festgestellt werden, dass der Patient D. bei vollständiger Aufklärung nicht in die Lebertransplantation eingewilligt hätte. Daher würde die Rechtswidrigkeit der Körperverletzung aufgrund einer entsprechenden hypothetischen Einwilligung entfallen.

Aufklärungsmängel können eine Strafbarkeit des Arztes wegen Körperverletzung nur begründen, wenn der Patient bei einer den Anforderungen genügenden Aufklärung in den Eingriff nicht eingewilligt hätte. Dies ist dem Arzt nachzuweisen. Verbleiben Zweifel, so ist nach dem Grundsatz „in dubeo pro reo“ zugunsten des Arztes davon auszugehen, dass die Einwilligung auch bei ordnungsgemäßer Aufklärung erteilt worden wäre (BGH, Urteil vom 29. Juni 1995 – 4 StR 760/94 – Rdnr. 25 bei juris; BGH, Beschluss vom 15. Oktober 2003 – 1 StR 300/03 – Rdnr. 9 bei juris). Wenn der Patient hingegen bei einer ordnungsgemäßen und vollständigen Aufklärung in die ärztliche Maßnahme dennoch eingewilligt hätte, entfällt die Rechtswidrigkeit (vgl. BGH, Beschluss vom 15. Oktober 2003 – 1 StR 300/03 – Rdnr. 9 bei juris).

Da die Lebertransplantation den übereinstimmenden Ausführungen des Sachverständigen **Prof. Dr. B.** und **Prof. Dr. D.** zufolge nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausgeführt wurde und die wechselnde Compliance sowie der

Distraneurinabusus des Patienten auch keine (absolute) Kontraindikation zur Lebertransplantation darstellte, war grundsätzlich eine hypothetische Einwilligung möglich.

Der Patient D. hätte grundsätzlich die Wahl gehabt, entweder so schnell wie möglich eine Lebertransplantation durchführen oder sich zunächst einen TIPS legen zu lassen und mit der Lebertransplantation abzuwarten. Denkbar wäre auch gewesen, zunächst hinsichtlich der Aszitesbehandlung die medikamentöse Einstellung zu optimiren, wobei ungewiss ist, ob dies erfolgreich gewesen wäre.Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der Sachverständige **Prof. Dr. D.** nachvollziehbar ausgeführt hat, dass der Patient voraussichtlich ohnehin binnen eines Jahres in jedem Fall eine Lebertransplantation benötigt hätte. Eine TIPS-Anlage hätte, sofern diese überhaupt möglich gewesen wäre, daher allenfalls eine Verzögerung der ohnehin erforderlichen Lebertransplantation bewirkt. Der Sachverständige **Prof. Dr. D.** hat des Weiteren ausgeführt, die Leberzirrhose sei irreversibel fortgeschritten gewesen und es hätten in den nachfolgenden Monaten zusätzliche Komplikationen auftreten können. Schließlich hat der Sachverständige Prof. Dr. D. dargelegt, eine portale Hypertonie könne bei einer Leberzirrhose verschiedene potentiell letale Komplikationen verursachen wie zum Beispiel rezidivierende gastrointestinale Blutungen, bakterielle Peritonitis, hepatorenales Syndrom, primäre Lebertumoren sowie eine schwere Enzephalopathie. Die Lebertransplantation sei die einzige ursächlich wirksame Therapie. Weiter ist zu berücksichtigen, dass bei dem Patienten D. ein Muskelabbau vorlag und dieser geschwächt war. Der Sachverständige **Prof. Dr. B.** hat insoweit bestätigt, dass die Behandlung des Aszites meist nur das Brauchwasser beseitige und eine vollständige Erholung mit Muskelaufbau erst nach der Lebertransplantation eintrete. Darüber hinaus sei die Widerstandsfähigkeit eines derartigen geschwächten Patienten eingeschränkt. Die Zeugin **Dr. A.** hat ebenfalls darauf hingewiesen, dass Patienten mit Aszites bzw. Patienten, deren Lebererkrankung schon so weit fortgeschritten sei, dass sie eine TIPS-Anlage benötigten, auch schon an einer Grippe versterben könnten.

Nach umfassender Würdigung der Gesamtumstände könnte daher selbst dann, wenn die Aufklärung bei dem Patienten unvollständig bzw. unwirksam gewesen sein sollte, nicht mit der erforderlichen Sicherheit festgestellt werden, dass der Patient D.

bei vollständiger und ordnungsgemäßer Aufklärung nicht in die am 13. Oktober 2008 durchgeführte Lebertransplantation eingewilligt hätte.

(ccc) Kein Verstoß gegen die guten Sitten

Die bei dem Patienten D. durchgeführte Lebertransplantation verstößt nicht gegen die guten Sitten im Sinne des § 228 StGB.

Da bereits kein Tatnachweis hinsichtlich einer vorsätzlichen Köperverletzung geführt werden konnte, kommt eine Strafbarkeit nach **§ 227 Abs. 1 StGB** ebenfalls nicht in Betracht.

(b) Versuchte Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich auch nicht einer **versuchten Körperverletzung** gemäß **§§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB** schuldig gemacht.

Es ist nicht erwiesen, dass der Angeklagte bei Durchführung der Transplantation davon ausging, dass die Lebertransplantation bei dem Patienten D. nicht erforderlich gewesen sei und er die Transplantation aus sachfremden Erwägungen, wie zum Beispiel die Steigerung der Transplantationszahlen oder Erlangung von Bonuszahlungen durchführte. Ebenso wenig liegen Anhaltspunkte dafür vor, dass der Angeklagte, als er die Transplantation durchführte, davon ausging, die Lebertransplantation entspreche nicht dem Willen des Patienten D..
Der Patient hatte bereits am 2. September 2008 bei Aufnahme in die Warteliste in eine Lebertransplantation eingewilligt. Darüber hinaus hatte der Angeklagte erst eine Woche vor der Transplantation mit dem Patienten D. ein Gespräch geführt, in dem dieser seine Bereitschaft zur Transplantation gezeigt hatte.
Schließlich gibt es auch keinen Nachweis, dass die Einwilligung des Patienten D. durch Täuschung erlangt wurde.

(c) Fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB

Der Angeklagte hat sich auch nicht einer fahrlässigen Tötung gemäß § 222 StGB schuldig gemacht.

Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass ein pflichtwidriges Handeln oder Unterlassen des Angeklagten ursächlich für den Tod des Patienten D. war.
Die Sachverständigen **Prof. Dr. D.** und **Prof. Dr. B.** haben übereinstimmend bekundet, die erste Lebertransplantation sei – ebenso wie im Übrigen auch die Retransplantation – nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt worden. Der Sachverständige Prof. Dr. D. hat angegeben, der Tod des Patienten sei aufgrund nicht mehr beherrschbarer Infektsituationen eingetreten. Der Sachverständige Prof. Dr. B. hat ausgeführt, der Patient D. sei schicksalhaft an den Folgen der Retransplantation verstorben.

(2) Weitere Straftaten

Anhaltspunkte dafür, dass ein anderer Straftatbestand erfüllt sein könnte, haben sich nicht ergeben.

Insbesondere hat die Beweisaufnahme bei dem Patienten D. ebenso wie bei den übrigen Patienten keine Anhaltspunkte dafür ergeben, dass dieser dem Angeklagten Geld oder andere Vorteile versprach bzw. an den Angeklagten Geld zahlte oder diesem andere Vorteile mit dem Ziel verschaffte, dass der Angeklagte bei ihm bevorzugt eine Lebertransplantation durchführen sollte.

Es haben sich auch keine Anhaltspunkte dafür ergeben, dass in Bezug auf den Patienten D. vor der ersten Lebertransplantation Falschangaben gegenüber Eurotransplant gemacht wurden, aufgrund derer dieser die Spenderleber erhielt. Die Spenderleber wurde im Rahmen einer kompetitiven Rettungsallokation vergeben. Zur verfahrensgegenständlichen Zeit waren die Transplantationszentren berechtigt, bei kompetitiven Zentrumsangeboten selbst einen geeigneten Empfänger unter den auf der Warteliste befindlichen Patienten auszuwählen.

(3) Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (4. September 2007) durch Übertragung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG

Die am 13. Oktober 2011 von dem Angeklagten durchgeführte Übertragung der Spenderleber auf den Patienten D. erfüllt nicht den Tatbestand des § 20 Abs. 1 Nr. 4

TPG (in der Fassung vom 4. September 2007). Es ist nicht nachweisbar, dass die Spenderleber von Eurotransplant an diesen Patienten nicht nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprachen, vermittelt wurde.

Hinsichtlich des Anwendungsbereichs und der tatbestandlichen Voraussetzungen des § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (in der Fassung vom 4. September 2007) wird auf die bei dem Patienten B. unter C. II. 2. e) cc) (11) insoweit gemachten Ausführungen Bezug genommen.

Der Patient D. litt unter einer Leberzirrhose. Medizinische Gründe, die – abgesehen von den allgemeinen Transplantations- bzw. Operationsrisiken – erwarten ließen, dass er die Transplantation nicht überleben oder kurze Zeit später versterben würde, lagen nicht vor. Die Spenderleber wurde von Eurotransplant im Rahmen einer kompetitiven Rettungsallokation vermittelt. Der Angeklagte war berechtigt, den Patienten D. unter den Wartelistenpatienten des Transplantationszentrums der UMG auszuwählen.

dd) Ergebnis zu dem Patienten D.

Die am 13. Oktober 2008 bei dem Patienten D. durchgeführte Lebertransplantation, die den Tatbestand der vorsätzlichen Körperverletzung erfüllt, war durch eine von dem Patienten D. erteilte Einwilligung gerechtfertigt.

Der Angeklagte war hinsichtlich des Patienten D. daher aus tatsächlichen Gründen freizusprechen.

b) Patientin M.M. (Ziffer 13. der Anklage)

aa) Feststellungen

(1) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der ersten Transplantation

Die Patientin M. wurde am (…) in G. geboren. Sie war nicht verheiratet, alleinstehend und hatte keine Kinder. Von Beruf war sie Hauswirtschaftsgehilfin und arbeitete von 1974 bis zu ihrer Berentung im Jahr 1993 als Köchin.

Bereits in frühen Lebensjahren betrieb sie einen Alkoholabusus von zwei bis drei Litern Bier pro Tag. Hinsichtlich des Beginns des Alkoholabusus sind unterschiedliche Angaben dokumentiert, die den Zeitraum von 1968 bis 1977 betreffen. Darüber hinaus hatte die Patientin einen Nikotinkonsum von zwei bis drei Schachteln Zigaretten am Tag.

Seit etwa 1979 litt die Patientin M. unter chronisch-rezidivierenden Magenbeschwerden, Übelkeit sowie gelegentlichem Erbrechen. Im Juli 1984 kam es zu dem ersten Schub einer Pankreatitis (Bauchspeicheldrüsenentzündung) und im September 1984 erfolgte die Operation eines Bandscheibenprolapses. Im Herbst 1985, Frühjahr und Herbst 1986, März und Mai 1987 sowie im März 1989 erlitt die Patientin M. wiederholt Pankreatitisschübe, die jeweils stationär in der damaligen Medizinischen Klinik und Poliklinik der Georg-August-Universität G. behandelt wurden.

Im Jahr 1993 wurde sodann eine chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung diagnostiziert, die dazu führte, dass die Funktion der Bauchspeicheldrüse eingeschränkt war. So lag zum einen eine Einschränkung der Verdauungsleistung (exokrine Pankreasinsuffizienz) vor und zum anderen entwickelte die Patientin aufgrund der verminderten Produktion von Insulin einen Diabetes mellitus (endogene Pankreasinsuffizienz). Anlässlich eines weiteren stationären Aufenthaltes der Patientin M. in der Medizinischen Klinik und Poliklinik (…) in der Zeit vom 24. Juni 1996 bis 22. Juli 1996 wurde sodann ein alkoholtoxischer Leberparenchymschaden festgestellt.

Am 31. Januar 1999 wurde die Patientin M. notfallmäßig mit Verdacht auf Vorliegen einer cholangiogenen Sepsis in der Medizinischen Klinik stationär aufgenom-

men und dort bis zum 17. Februar 1999 behandelt. Die Patientin litt unter anhaltenden Oberbauchschmerzen, Gewichtsverlust sowie blutigem Erbrechen, das circa sieben Mal am Tag auftrat. Bei einer Computertomographie (CT) wurde festgestellt, dass die intrahepatischen Gallenwege erweitert waren. Die Pfortader war nicht darstellbar und es wurden Umgehungskreisläufe gesehen. Darüber hinaus wurden bei einer Gastroskopie Ösophagusvarizen ersten bis zweiten Grades ohne Blutungszeichen sowie eine milde hypertensive Gastropathie festgestellt. Bereits am 8. April 1999 wurde die Patientin erneut notfallmäßig in der Medizinischen Klinik aufgenommen. Sie litt wiederum unter Oberbauchbeschwerden, Brechreiz und Erbrechen. Darüber hinaus lag ein leichter Ikterus der Skleren und der Haut sowie subfebriles Fieber vor. Nunmehr wurde erstmals die Diagnose einer alkoholtoxischen Leberzirrhose gestellt. Des Weiteren wurden Ösophagusvarizen II. Grades mit „red spots“ auf einer Varize festgestellt. Aufgrund eines niedrigen Hämoglobingehalts und weil andere Ursachen nicht feststellbar waren, wurde seitens der Ärzte in Erwägung gezogen, dass es bereits zu Sickerblutungen aus den Ösophagusvarizen gekommen war.

Nach ihrer Entlassung aus der stationären Behandlung am 21. April 1999 wurde die Patientin in der Zeit vom 22. April 1999 bis zum 11. Mai 1999 in dem Diabeteszentrum (…) behandelt. Dort wurde ebenfalls eine alkoholtoxische Leberzirrhose mit portaler Hypertension (Pfortaderhochdruck) diagnostiziert. Seit dem Jahr 1999 wurde sodann durchgehend die Diagnose alkoholtoxische Leberzirrhose in den Arztbriefen angegeben.

In der Zeit vom 27. Oktober 1999 bis zum 27. November 1999 wurde die Patientin M. wiederum mit Fieber, Bauchschmerzen, Erbrechen und Übelkeit stationär in der Medizinischen Klinik behandelt. Unter anderem wurden Ösophagusvarizen II. Grades festgestellt. Darüber hinaus wurde eine erneute Cholangitis diagnostiziert und am 19. November 1999 erstmals ein Stent in den Gallengang eingebracht. Ein MRT der Oberbauchgefäße ergab zudem, dass eine kavernöse Transformation der Pfortader vorlag. Anlässlich einer weiteren stationären Behandlung, die in der Zeit vom 29. Februar 2000 bis zum 9. März 2000 in der Medizinischen Klinik der (…) bestand, wurden Ösophagusvarizen III. Grades festgestellt.

Am 27. März 2002 wurde der Patientin M. in der Universitäts-Frauenklinik (…) operativ ein großer Ovarialtumor mit einem Durchmesser von 24 cm entfernt.

Im April 2004 erlitt die Patientin M. eine schwere lebensbedrohliche Cholangiosepsis mit Begleitpneumonie und Nierenversagen, weshalb sie zunächst in der Zeit vom 18. April 2004 bis zum 28. April 2004 auf der Intensivstation 1022 der Abteilung Nephrologie und Rheumatologie des Zentrums Innere Medizin des (…) und sodann vom 28. April 2004 bis zum 17. Mai 2004 auf der Station 0122 der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie behandelt wurde. Am 19. April 2004 wurde ein Stent in den rechten Ductus hepaticus (Ductus hepaticus dexter) und am 12. Mai 2004 ein Stent in den Ductus hepaticus communis (DHC) eingebracht. Dieser Stent wurde am 14. März 2006 gewechselt.

Im Juni 2007 wurde die Patientin M. über die Notaufnahme der (…) aufgenommen, weil sie wiederum unter einer Cholangitis mit Oberbauchschmerzen, Übelkeit und Fieber litt. Am 12. Juni 2007 erfolgte ein weiterer Stentwechsel. Im Juli und August 2007 sowie in der Zeit vom 19. November 2007 bis zum 22. November 2007 befand die Patientin sich zur Abklärung des Verdachts eines Pankreaskopftumors sowie des Verdachts auf Leberherdsetzungen in stationärer Behandlung auf der Station 2024 der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie. Im Ergebnis bestätigte sich der Tumorverdacht nicht. Bei einer am 16. August 2007 durchgeführten Ösophago-Gastro-Duodenoskopie wurden Ösophagusvarizen Grad II sowie eine ausgeprägte hypertensive Gastropathie diagnostiziert. Im Rahmen einer CT-Untersuchung wurden am 20. November 2007 eine Pfortaderthrombose mit kavernöser Transformation sowie ein Verschluss der Milzvene mit ausgedehnter Kollateralisierung festgestellt. Weitere Stentwechsel erfolgten am 27. Mai 2008 und Anfang September 2009.

Am 24. und 25. April 2010 stellte die Patientin M. sich, weil sie unter starken Rückenschmerzen litt, zunächst ambulant in der Abteilung Orthopädie der UMG vor. Als es am 25. April 2010 anlässlich der Verlegung auf eine orthopädische Station bei der Patientin zu Hämatemesis (Erbrechen von Blut) kam, wurde sie noch am selben Tag mit Verdacht auf Vorliegen einer oberen gastrointestinalen Blutung auf die IMC (Intermediate Care) Station 1021 der Abteilung Nephrologie und Rheumatologie der UMG überwiesen. Dort wurden weder Teerstuhl noch Hämatemesis beobachtet. Da der Zustand der Patientin stabil war, wurde sie am 27. April 2010 zur weiteren Diagnostik und Therapie auf die Station 4021 der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie des Zentrums Innere Medizin der UMG weiterverlegt. Im Rahmen dieser Verlegung wurde angeregt, bei vorbekannter Leberzirrhose und Alkoholkarenz eine eventuelle Listung für eine Lebertransplantation zu prüfen.

Während der Behandlung der Patientin M. auf der Station 4021 konnte die konkrete Ursache des Bluterbrechens nicht festgestellt werden. Bei einer am 28. April 2010 durchgeführten Gastroskopie wurden Ösophagus-Varizen Grad I-II, Schleimhautläsionen an der Z-Linie (Übergang zwischen Speiseröhre und Magenschleimhaut) sowie Zeichen einer hypertensiven Gastropathie festgestellt. Am 30. April 2010 wurde eine Abdomensonographie durchgeführt, die einen Verdacht auf eine DHC-Stent-Dislokation ergab. Daraufhin wurde zur Durchführung eines Stentwechsels im DHC am 4. Mai 2010 eine ERCP durchgeführt. Diese Untersuchung musste jedoch abgebrochen werden, weil hierbei eine Blutung aus der Z-Linie auftrat.

Im Ergebnis kamen mehrere Ursachen für das am 25. April 2010 aufgetretene Bluterbrechen in Betracht. Zum einen bestand die Möglichkeit, dass die Blutung aus der Z-Linie stammte, weil dort Schleimhautläsionen vorlagen. Zum anderen konnte die Blutung aufgrund der zuvor erfolgten Einnahme des Schmerzmittels Diclofenac erfolgt sein, weil dieses Medikament die Blutgerinnung herabsetzt. Es konnte aber auch nicht vollständig ausgeschlossen werden, dass eine Blutung aus Ösophagusvarizen ursächlich für das Bluterbrechen war.

Da die Patientin weiterhin unter Rückenschmerzen litt und ihr Zustand stabil war, wurde sie am 5. Mai 2010 von der Station 4021 auf die orthopädische Station 4012 der UMG verlegt, wo ihre anhaltenden orthopädischen Beschwerden behandelt wurden.

(2) Evaluation und Aufnahme in die Warteliste sowie Registrierung bei Euro transplant

In der Zeit vom 13. September 2010 bis zum 17. September 2010 wurde bei der Patientin M. eine Evaluation für eine Lebertransplantation durchgeführt. Im Rahmen der Evaluation wurden unter anderem eine Laparoskopie (Bauchspiegelung), eine Gastroskopie (Magenspiegelung), eine Abdomensonographie (Ultraschalluntersuchung des Bauchraumes) und eine Computertomographie des Abdomens durchgeführt. Darüber hinaus war bei der Laparoskopie eine Leberstanzbiopsie aus dem rechten Leberlappen entnommen worden, die pathologisch untersucht wurde. Bei den genannten Untersuchungen wurde jeweils unter „***Beurteilung***“ angegeben:

- **Laparoskopie vom 14. September 2010:**

  „Makroskopisches Bild einer Leberfibrose bzw. beginnende Zirrhose, keine knotige Oberfläche.“

- **Gastroskopie vom 15. September 2010:**

  „- Ösophagusvarizen Grad (II)-III
  - hypertensive Gastropathie
  - Pylorus/Bulbus/Übergang nach postbulbulär etwas verzogen
  - Varizenstränge im Bulbus
  - Stent darstellbar.“

- **Abdomensonographie vom 16. September 2010:**

  „Hepatomegalie
  Aerobilie. Stent in DHC nachweisbar.
  Sonographisch Zeichen einer Leberzirrhose
  Pfortaderfluss reduziert.“

- **CT Abdomen vom 16. September 2010:**

  „Verschluss der Pfortader mit Ausbildung diverser Kollateralen. Truncus coeliacus regelrecht perfundiert ohne Hinweis auf akzessorische Gefäße. Leberzirrhose mit Aerobilie und intrahepatischer Cholestase.“

In dem **Befund des Zentrums Pathologie der UMG vom 15. September 2010** ist unter „*Mikroskopie vom 15.09.2010* ausgeführt:

> *„[…] Mikroskopisch erkennt man Stanzzylinder, bestehend aus Lebergewebe. Aufgebaut aus regelhaften Hepatozyten. Im Bereich der Portalfelder erkennt man keine nennenswerten entzündliche Infiltrate und kein vermehrt fibrosiertes Bindegewebe. In einer durchgeführten Eisenfärbung sind keine nennenswerten Eisenablagerungen erkennbar.“*

Unter „*Diagnose*“ ist angegeben:

> *„Stanzbiopsie aus dem rechten Leberlappen, Segment II, ohne nennenswerten pathologischen Befund.“*

Darüber hinaus wurde ein **psychiatrisches Konsil** eingeholt. In dem psychiatrischen Befund vom 15. September 2010 ist unter anderem ausgeführt, die Patientin sei sich derzeit der Konsequenzen einer Lebertransplantation nicht bewusst, da sie noch nicht entsprechend aufgeklärt sei. Die Patientin sei aber sicher in der Lage, die Situation zu erfassen. Es bestünden keine Einwände gegen die Listung. Die Patientin sei jedoch noch über die Listung, die Operation und Folgen aufzuklären. Darüber hinaus müssten nach der Operation engmaschige ärztliche Kontrollen sichergestellt werden, da die Patientin keine Familie habe.

Am 17. September 2010 führte der Angeklagte mit der Patientin M. ein Aufklärungsgespräch über die beabsichtigte Aufnahme in die Warteliste und die

Durchführung einer Lebertransplantation. Es konnte nicht ausgeschlossen werden, dass der Angeklagte zum Zeitpunkt des Aufklärungsgesprächs davon ausging, dass die Patientin M. unter einer Leberzirrhose litt.
Noch am selben Tag unterzeichnete die Patientin, die mit der Lebertransplantation einverstanden war, das Formular „Einwilligung zur Lebertransplantation“.

Die Patientin M. ging, als sie in die Lebertransplantation einwilligte, irrtümlich davon aus, bei ihr liege eine Leberzirrhose vor. Tatsächlich hatte sie jedoch noch keine Zirrhose, sondern vielmehr eine mäßiggradige Fibrose. Darüber hinaus konnte nicht ausgeschlossen werden, dass bei der Patientin M. eine intrahepatische Cholangiopathie bzw. portale hypertensive Biliopathie vorlag. Die Patientin, die vor allem die Befürchtung hatte, sie könnte an ihrem eigenen Blut ersticken, erhoffte sich von der Transplantation insbesondere, dass sie künftig keine Blutungen mehr haben würde. Darüber hinaus wollte sie nicht mehr unter Fieber leiden, das immer wieder im Rahmen der Gallengangsentzündungen auftrat.

Ebenfalls am 17. September 2010 wurde die Patientin, die bereits seit etwa 15 Jahren keinen Alkohol mehr konsumiert hatte, in die Warteliste des Transplantationszentrums der UMG aufgenommen und bei Eurotransplant unter der ET Nr. G registriert.

In der Zeit vom 17. September 2010 bis zur Lebertransplantation am 28. März 2011 wurden bezüglich der Patientin M. die nachfolgenden Angaben gegenüber Eurotransplant gemacht, wobei die Frage, ob zweimal innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test eine Nierenersatztherapie stattgefunden habe, jeweils verneint wurde.

Eintragungs-datum	Kreatinin mg/dl	Bilirubin Mg/dl	INR	Errechneter labMELD
17.09.2010	0,85	0,30	0,80	6
10.11.2010	0,79	0,30	0,80	6
17.02.2011	0,81	0,30	0,80	6

(3) Organallokation und Transplantation

Am 27. März 2011 wurde um 15:05 Uhr bei Eurotransplant ein Spender registriert, der die ET-Spendernummer 13872 erhielt.

Das Spenderorgan wurde in dem Match-Verfahren Nr. 195792 zunächst im Standardallokationsverfahren den Patienten auf den Ranglistenplätzen 1 bis 4 angeboten. Für den Empfänger auf dem Ranglistenplatz 1, der einen matchMELD von 27,53 hatte, wurde das Organangebot aufgrund inkompatiblen Alters/Größe abgelehnt. Bei den Patienten auf den Ranglistenplätzen 2 bis 4 wurde das Organangebot wegen unzureichender Spenderqualität abgelehnt. Anschließend wurde in das beschleunigte Vermittlungsverfahren übergegangen und das Spenderorgan sodann im Rahmen einer Rettungsallokation für den Patienten auf dem 8. Ranglistenplatz angenommen. Nachdem das Organ nach der Annahme wegen unzureichender Organqualität nachträglich abgewiesen worden war, wurde es für den Patienten auf dem 25. Ranglistenplatz angenommen. Aber auch in diesem Fall wurde das Organ wieder abgewiesen, diesmal jedoch aus nicht näher bekannten Gründen, die den Empfänger betrafen. Die Spenderleber wurde daraufhin für die Patientin M. angenommen, die auf Platz 48 der Matchliste stand.

Am 27. März 2011 wurde um 19.01 Uhr ein Fax von Eurotransplant an die UMG übersandt mit der Überschrift „Eurotransplant Donor Report 137872“ der unter anderem die folgenden Informationen beinhaltet:
Zentrum: GNOOR, ET Spender-Nr.: 137872, Blutgruppe: AB positiv, Alter: 57 Jahre, Geschlecht: männlich, Gewicht: 70 kg, Körpergröße: 180 cm, BMI: 22, geplante Explantation: 18:00 Uhr, Spenderkrankenhaus: Unfallkrankenhaus B., Todesursache: Hirnödem.
Der Spender war am 22. März 2011 um 08:00 Uhr in der Intensivstation aufgenommen worden. Unter Anamnese ist ausgeführt, der Spender sei am 25. März 2011 von seiner Ehefrau bewusstseinseingetrübt aufgefunden worden. Im CCT hätten sich ein ausgedehntes Hirnödem und eine malignomsuspekte Raumforderung links frontal mit Ausdehnung nach rechts frontal über den Balken mit ausgedehntem perifokalem Ödem gezeigt. Differenzialdiagnostisch wurde ein Glioblastom angegeben.
Des Weiteren ist angegeben, anamnestisch liege ein bekannter Alkoholabusus vor. Im CT-Thorax/Abdomen gebe es keinen Nachweis malignomsuspekter oder metastatischer Raumforderungen. Der Patient sei starker Raucher gewesen und habe starken Alkoholkonsum aufgewiesen.
Mit FAX vom 31. März 2011 übermittelte Eurotransplant ein Spender-Update vom 28. März 2011, das die pathologische Aufarbeitung der Spenderbiopsie betraf. Als

Ergebnis wurde mitgeteilt, dass die Keilbiopsie der Leber unauffällig gewesen sei und eine geringgradige Fibrose und eine 10%ige Verfettung festgestellt worden seien. Die zweite Keilbiopsie der Leber habe Narbengewebe mit Verkalkung gezeigt und keinen Nachweis für Malignität ergeben.

Insgesamt war das Spenderorgan für die Patientin M. uneingeschränkt geeignet.

Als feststand, dass die Patientin M. als Empfängerin für diese Spenderleber in Betracht kam, wurde diese von dem Organangebot in Kenntnis gesetzt. Nachdem sie in der UMG angekommen war, erhielt sie eine weitere Aufklärung über die bevorstehende Lebertransplantation, wobei nicht mehr festgestellt werden konnte, durch welchen Arzt diese Aufklärung erfolgte. Am 27. März 2011 willigte sie nochmals in die bevorstehende Lebertransplantation ein. Auch zu diesem Zeitpunkt ging sie weiterhin davon aus, dass sie unter einer Leberzirrhose litt und die Transplantation unter anderem auch aus diesem Grund erfolgen sollte. Es konnte jedoch nicht mit der erforderlichen Sicherheit festgestellt werden, dass die Patientin M., wenn sie gewusst hätte, dass sie keine Leberzirrhose hatte, nicht in die Transplantation eingewilligt hätte. Der Patientin M. kam es insbesondere darauf an, dass durch die Transplantation die Blutungsgefahr aus Ösophagus- und Magenvarizen verringert werden sollte. Außerdem wollte sie auch keine fieberhaften Gallengangsentzündungen mehr erleiden. Durch die Transplantation bestand sowohl die Möglichkeit der Behandlung der Gallenwegserkrankung als auch des Pfortaderhochdrucks. Vergleichbar aussichtreiche Behandlungsalternativen bestanden hingegen nicht. Alternativ wäre lediglich in Frage kommen, die bisherige Behandlung fortzusetzen, insbesondere regelmäßige Stentwechsel im Gallengang vorzunehmen. Hierbei hätte jedoch weiterhin die Gefahr des Auftretens einer Gallengangsentzündung bzw. einer lebensbedrohlichen Cholangiosepsis bestanden. Darüber hinaus hätte die Gefahr bestanden, dass lebensbedrohliche Blutungen auftreten. Im Hinblick darauf, dass die Patientin M. durch die Transplantation die von ihr gewünschten gesundheitlichen Vorteile hätte erzielen können, konnte nicht mit der erforderlichen Sicherheit ausgeschlossen werden, dass die Patientin M. am 27. März 2011 auch dann in die Lebertransplantation eingewilligt hätte, wenn sie gewusst hätte, dass bei ihr keine Leberzirrhose vorlag.

Eine am 27. März 2011 um 23:00 Uhr entnommene Blutprobe ergab bei der Patientin M. einen INR-Wert von 0,80, einen Bilirubin-Wert von 0,2 mg/dl und einen Kreatinin-Wert von 0,95 mg/dl. Diese Werte ergeben wiederum einen labMELD von 6.

Am 28. März 2011 führte der Angeklagte die Lebertransplantation nach den Regeln der ärztlichen Kunst durch.

Der Angeklagte, der nicht ausschließbar auch zu diesem Zeitpunkt weiterhin davon ausging, dass bei der Patientin M. eine Leberzirrhose vorlag, wollte mit der Transplantation vor allem erreichen, dass die erkrankte Leber ausgetauscht und die aufgrund der Pfortaderthrombose und des Pfortaderhochdrucks bestehende Gefahr des Eintritts von lebensbedrohlichen Blutungen gemindert wird.
Da die Pfortader der Patientin M. vollständig thrombosiert war und während der Operation nicht identifiziert werden konnte, stellte der Angeklagte eine Verbindung zwischen der Spenderpfortader und einer Magenvene der Patientin M. her, wodurch der Pfortaderhochdruck gesenkt wurde.

Darüber hinaus wollte der Angeklagte durch die Transplantation das erkrankte Gallengangsystem sanieren. Hierdurch sollte die Gefahr vermindert werden, dass die Patientin zukünftig an den Folgen einer Gallengansentzündung bzw. einer lebensbedrohlichen Cholangiosepsis, die in der Vergangenheit bereits ausgetreten war, verstirbt. Zu diesem Zweck wollte der Angeklagte im Rahmen der Operation eine biliodigestive Anastomose in Form einer Choledochojejunostomie bzw. Hepaticojejunostomie anlegen, das heißt er wollte eine Verbindung des Spendergallengangs mit dem Jejunum (Leerdarm) der Patientin M. herstellen. Intraoperativ stellte er jedoch fest, dass der Darm der Patientin M. geschwollen und unbeweglich war. Aus diesem Grund war die Anlage einer biliodigestiven Anastomose in Form der Choledochojejunostomie bzw. Hepatikojejunostomie nicht möglich. Da der Spendergallengang nicht ausreichend lang war, war die Anlage einer biliodigestivenAnastomose in Form einer Choledochoduodenostomie, also einer Verbindung des Spendergallengangs mit dem Duodenum (Zwölffingerdarm) der Patientin M., ebenfalls nicht möglich. Daraufhin führte der Angeklagte eine Choledochocholedochostomie durch, er stellte mithin eine Verbindung zwischen dem Gallengang der Patientin M. mit dem Spendergallengang her, wobei er zur Schienung einen Katheter in den Gallengang einführte, der zu einem späteren Zeitpunkt ausgeschieden worden wäre. Hierbei ging er davon aus, dass dies auch

langfristig ausreichend sein könnte, um den Galleabfluss zu gewährleisten. Aus Sicht des Angeklagten hätte, sofern dies erforderlich geworden wäre, auch noch zu einem späteren Zeitpunkt der erneute Versuch der Anlage einer biliodigestiven Anastomose unternommen werden können.

Schließlich wollte der Angeklagte durch die Lebertransplantation auch die Entstehung eines cholangiozellulären Karzinoms und eines Gallengangskarzinoms verhindern.

(4) Verlauf nach der Transplantation

Nach der Transplantation wurde die Patientin M. zunächst stabil von der Operativen Intensivstation 0118 des Zentrums Anaesthesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin übernommen. Zwar war die Leberleistung zunächst zufriedenstellend, es traten jedoch unmittelbar postoperativ eine Vielzahl gesundheitlicher Probleme auf. So wurden ein deutlicher Anstieg der Entzündungsparameter und eine zunehmende Produktion von respiratorischem Sekret festgestellt. Aus diesem Grund wurde eine antibiotische Behandlung eingeleitet. Des Weiteren kam es zu einer schlechten Lungenfunktion mit der Notwendigkeit einer invasiven Beatmung sowie der Einlage von Pleuradrainagen bei Pneumothorax. Darüber trat ein akutes Nierenversagen auf, weshalb am 1. April 2011 ein Nierenersatzverfahren begonnen wurde.

Am Morgen des 4. April 2011 kam es schließlich zu einem akuten Blutdruckabfall mit Bradykardie und Kreislaufstillstand, so dass die Patientin M. reanimiert werden musste. Unter Volumensubstitution, Transfusion und mechanischer sowie medikamentöser Reanimation konnte wieder ein stabiler Kreislauf erreicht werden. Es wurde festgestellt, dass eine massive intraabdominelle Blutung vorlag. Daraufhin wurde am Morgen des 4. April 2011 eine Re-Laparotomie durchgeführt und eine Blutung aus der Arteria hepatica diagnostiziert. Das Hämatom wurde ausgeräumt und die Arteria hepatica übernäht.

Nach dieser Operation zeigte sich eine deutlich rückläufige Leberfunktion der Transplantatleber. Bei der Patientin M. konnte kein stabiler Kreislauf mehr erzielt werden, so dass diese sehr wahrscheinlich noch am Abend des 4. April 2011 um 19:19 Uhr, gegebenenfalls aber auch erst am Folgetag um 19:19 Uhr verstarb.

Die Behandlung nach der Lebertransplantation verlief nach den Regeln der ärztlichen Kunst. Die konkrete Todesursache war rückwirkend nicht feststellbar.

bb) Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung

[…]

cc) Rechtliche Würdigung

(1) Straftaten zum Nachteil der Patientin M.

(a) Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB bzw. Körperverletzung mit Todesfolge gemäß § 227 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich durch die Durchführung der Lebertransplantation bei der Patientin M. keiner **vorsätzlichen Körperverletzung** nach **§ 223 Abs. 1 StGB** schuldig gemacht.

Die bei der Patientin M. durchgeführte Lebertransplantation, die zu Heilzwecken und nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt wurde, erfüllt den Tatbestand der vorsätzlichen Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB.

Die Körperverletzung war **nicht durch eine ausdrücklich erteilte Einwilligung gerechtfertigt**. Die Patientin M. hatte zwar in die Lebertransplantation eingewilligt. Diese Einwilligung beruhte jedoch auf einem Willensmangel. Denn die Patientin ging, als sie in die Transplantation einwilligte, davon aus, dass sie unter einer Leberzirrhose leide, was tatsächlich nicht der Fall war. Die Körperverletzung ist jedoch durch eine **hypothetische Einwilligung gerechtfertigt**, da aus den oben unter bb) (6) (d) genannten Gründen nicht mit der erforderlichen Sicherheit festgestellt werden konnte, dass die Patientin M., wenn sie darüber aufgeklärt worden wäre, dass bei ihr keine Leberzirrhose vorlag, nicht in die Lebertransplantation eingewilligt hätte. Es konnte vielmehr nicht ausgeschlossen werden, dass die Patientin M. auch dann in die Transplantation eingewilligt hätte, wenn ihr bekannt gewesen wäre, dass sie nicht unter einer Leberzirrhose litt.

Die bei der Patientin M. durchgeführte Lebertransplantation verstieß nicht gegen die guten Sitten im Sinne des § 228 StGB.

Da bereits kein Tatnachweis hinsichtlich einer vorsätzlichen Köperverletzung geführt werden konnte, kommt eine Strafbarkeit nach **§ 227 Abs. 1 StGB** ebenfalls nicht in Betracht.

(b) Versuchte Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich auch nicht einer **versuchten Körperverletzung** gemäß **§§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB** schuldig gemacht.
Es ist nicht erwiesen, dass der Angeklagte bei Durchführung der Transplantation davon ausging, dass die Lebertransplantation bei der Patientin M. nicht erforderlich gewesen sei und er die Transplantation aus sachfremden Erwägungen, wie zum Beispiel die Steigerung der Transplantationszahlen oder Erlangung von Bonuszahlungen durchführte. Ebenso wenig war nachweisbar, dass der Angeklagte, als er die Transplantation durchführte, davon ausging, die Lebertransplantation entspreche nicht dem Willen der Patientin M..
Schließlich gibt es auch keinen Nachweis, dass die Patientin M. bewusst über die Diagnose Leberzirrhose getäuscht wurde. Die Einlassung des Angeklagten, er sei bei der Patientin M. von dem Vorliegen einer Leberzirrhose ausgegangen, war nicht zu widerlegen.

(c) Fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB

Der Angeklagte hat sich auch keiner fahrlässigen Tötung gemäß § 222 StGB schuldig gemacht.

Die Lebertransplantation wurde nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausgeführt. Aus den dargelegten Gründen konnte die Todesursache der Patientin M. nicht aufgeklärt werden. Insoweit konnte daher auch nicht nachgewiesen werden, dass der Tod der Patientin auf einem Behandlungsfehler des Angeklagten beruhte. Es gibt daher keinerlei Nachweis dafür, dass ein pflichtwidriges Handeln oder Unterlassen des Angeklagten ursächlich für den Tod der Patientin M. war.

(2) Weitere Straftaten

Anhaltspunkte dafür, dass ein anderer Straftatbestand erfüllt sein könnte, haben sich nicht ergeben. Insbesondere haben sich bei der Patientin M. ebenso, wie bei den übrigen Patienten, keine Anhaltspunkte dafür ergeben, dass diese dem Angeklagten Geld oder andere Vorteile versprach bzw. an den Angeklagten Geld zahlte oder diesem andere Vorteile mit dem Ziel verschaffte, dass der Angeklagte bei ihr bevorzugt eine Lebertransplantation durchführen sollte.
Anhaltspunkte dafür, dass in Bezug auf die Patientin M. in Zusammenhang mit der ersten Lebertransplantation Falschangaben gegenüber Eurotransplant gemacht wurden, haben sich ebenfalls nicht ergeben. Die Spenderleber wurde im Rahmen einer kompetitiven Rettungsallokation vergeben. Zur verfahrensgegenständlichen Zeit waren die Transplantationszentren berechtigt, bei kompetitiven Zentrumsangeboten selbst einen geeigneten Empfänger unter den auf der Warteliste befindlichen Patienten auszuwählen.

(3) Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (4. September 2007) durch Übertragung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG

Die am 28. März 2011 von dem Angeklagten durchgeführte Übertragung der Spenderleber auf die Patientin M. erfüllt nicht den Tatbestand des § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (in der Fassung vom 4. September 2007), weil nicht nachweisbar ist, dass die Spenderleber von Eurotransplant an diese Patientin nicht nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprachen, vermittelt wurde.

Hinsichtlich des Anwendungsbereichs und der tatbestandlichen Voraussetzungen des § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (in der Fassung vom 4. September 2007) wird auf bei dem Patienten B. oben unter C II. 2. e) cc) (11) insoweit gemachten Ausführungen Bezug genommen.

Die Patientin M. litt nicht ausschließbar unter einer intrahepatischen Cholangiopathie bzw. portalen hypertensiven Biliopathie, einer Pfortaderthrombose sowie Gallenwegserkrankungen, die durch die Lebertransplantation geheilt werden konnten. Medizinische Gründe, die, abgesehen von den allgemeinen Transplantations- bzw. Operationsrisiken, erwarten ließen, dass sie die Transplantation nicht überleben oder kurze Zeit später versterben würde, lagen nicht

vor. Die Spenderleber wurde von Eurotransplant im Rahmen einer kompetitiven Rettungsallokation vermittelt. Der Angeklagte war berechtigt, die Patientin M. unter den Wartelistenpatienten des Transplantationszentrums der UMG auszuwählen.

dd) Ergebnis zu der Patientin M.

Die am 28. März 2011 bei der Patientin M. durchgeführte Lebertransplantation, die den Tatbestand der vorsätzlichen Körperverletzung erfüllt, war durch eine hypothetische Einwilligung gerechtfertigt.

Der Angeklagte war daher auch hinsichtlich der Patientin M. aus tatsächlichen Gründen freizusprechen.

c) Patient K.-H.T. (Ziffer 14. der Anklage)

aa) Feststellungen

(1) Wesentlicher Krankheits- und Behandlungsverlauf vor der ersten Transplantation

Der Patient T. wurde am (…) geboren und war zuletzt in (…) am Harz wohnhaft. Er war verheiratet mit der Nebenklägerin D.T. und hatte mit seiner Ehefrau zwei volljährige Töchter, die Nebenklägerinnen J. und J.T.. Von Beruf war der Patient Starkstromelektriker. Die Witwe des Patienten lebt heute von Witwenrente und hat zusätzlich einen „400-Euro-Job“.

Dem Patienten T., der die vorausgegangenen 16 Jahre keine ärztliche Untersuchung hatte durchführen lassen, fiel im November 2008 auf, dass er an Gewicht und insbesondere an Bauchumfang zugenommen hatte. Darüber hinaus litt er an Unterschenkel- bzw. Beinödemen und fühlte sich nicht mehr vollständig leistungsfähig. Daraufhin suchte er die Fachärztin für Allgemeinmedizin U.W. auf. Diese stellte bei ihm Aszites fest. Zur Abklärung der Ursache überwies sie ihn in die Kliniken H.u.O. GmbH.

In der Zeit vom 25. November 2008 bis zum 17. Dezember 2008 befand sich der Patient sodann in stationärer Behandlung in den Kliniken (…), wo bei ihm die Diagnose einer dekompensierten Leberzirrhose Child B unklarer Genese (MELD-Score 9) gestellt wurde. Der von dem Patienten angegebene Alkoholkonsum von drei bis vier Schnäpsen täglich ließ aus Sicht der Ärzte nicht den sicheren Rückschluss zu, dass die Leberzirrhose alkoholinduziert war. Andere Ursachen der Leberzirrhose wurden nicht gefunden.
Bei dem Patienten wurde eine große Menge Aszites festgestellt, weshalb eine Aszitespunktion sowie eine bilanzierte Diurese mit Spironolacton und Xipamid erfolgten. Außerdem erhielt er zwei Erythrozytenkonzentrate, weil eine hochgradige Blutungsanämie vorlag. Die Ursache dieser Anämie bzw. eine akute Blutungsquelle konnte nicht sicher festgestellt werden. Die behandelnden Ärzte führten die Blutungsanämie auf eine vorangegangene Blutung aus Ösophagusvarizen zurück.

In den weiteren Monaten fand insbesondere eine Kontrolle und Behandlung der Ösophagusvarizen statt, wobei hinsichtlich derer zunächst eine Besserung und sodann unerwartet wieder eine Verschlechterung eintrat.

So befand sich der Patient in der Zeit vom 13. Januar 2009 bis zum 23. Januar 2009 in stationärer Behandlung in den Kliniken (…). Bei der am 14. Januar 2009 erfolgten Gastroskopie wurden Ösophagusvarizen Grad II festgestellt, die mit drei Gummibandligaturen versorgt wurden. Bei einer weiteren Gastroskopie am 22. Januar 2009 wurden weitere vier Gummibandligaturen gesetzt.

In der Zeit vom 25. Januar bis zum 28. Januar 2009 befand sich der Patient erneut in stationärer Behandlung. Die am 28. Januar 2009 durchgeführte Gastroskopie zeigte teilweise Varizenrückbildung im Ösophagus (Grad II). Darüber hinaus bestand der Verdacht auf Vorliegen einer portal-hypertensiven Gastropathie.

Der letzte stationäre Aufenthalt in den Kliniken (…) fand in der Zeit vom 14. April 2009 bis zum 16. April 2009 statt. Während dieses Aufenthalts wurden die bei der am 15. April 2009 durchgeführten Gastroskopie festgestellten Ösophagusvarizen mit drei weiteren Gummibandligaturen behandelt. Im weiteren Verlauf hatten die Ösophagusvarizen sich sodann zunächst auf den Grad I zurückgebildet. Im Magen-Fundus waren bei der am 4. März 2009 durchgeführten Gastroskopie weiterhin unverändert Varizen sichtbar.

Am 19. Mai 2009 wurde bei einer ambulanten Gastroskopie eine Varizenrückbildung im distalen Ösophagus gesehen. Im mittleren Drittel wurden Ösophagusvarizen Grad I diagnostiziert. Darüber hinaus wurden hämatinbelegte und abheilende erhabene Erosionen im Magen mit akuter Sickerblutung aus zwei Erosionen festgestellt.

Obwohl der Patient T. strikte Alkoholkarenz eingehalten und seine Medikamente regelmäßig eingenommen hatte, kam es dennoch zu einer Verschlechterung seines Krankheitsbildes. So wurde bei einer am 18. Februar 2010 ambulant durchgeführten Gastroskopie in H. eine im Vergleich zur Voruntersuchung im Mai 2009 starke Zunahme der Ösophagusvarizen festgestellt. Diese wurde beschrieben als Grad II bis III mit vasa vasorum und „red colour signs“ nahezu des gesamten Ösophagus mit Ausnahme des proximalen Ösophagusanteils auf circa 5 cm Länge. Daraufhin wurde die Medikation erhöht. Angesichts der Zunahme der Ösophagusvarizen, die trotz regelmäßiger Einnahme der Medikamente eingetreten war, gingen die behandelnden Ärzte in (…) davon aus, dass die bis dahin durchgeführte Prophylaxe nicht mehr ausreichend sei und empfahlen dem Patienten T. eine TIPS-Anlage sowie eine gegebenenfalls durchzuführende Evaluation für eine Lebertransplantation. Sie vereinbarten in Absprache mit ihm einen Vorstellungstermin in der

Lebersprechstunde der UMG. Als er sich dort am 9. Juni 2010 vorstellte, wurde ein Termin für eine stationäre Aufnahme auf der Station 4021 für den 21. Juli 2010 vereinbart.

In der Zeit vom 21. Juli 2010 bis zum 4. August 2010 befand sich der Patient sodann in Behandlung auf der Station 4021 der Abteilung Gastroenterologie und Endokrinologie des Zentrums Innere Medizin, wo eine Evaluation für eine Lebertransplantation erfolgte. Im Rahmen dieser Evaluation wurden diverse Untersuchungen durchgeführt, darunter eine Abdomensonographie, eine Computertomographie, eine Gastroskopie sowie eine Endosonographie.

Während bei der Abdomensonographie am 22. Juli 2010 ausdrücklich festgestellt wurde, es liege keine Thrombose der Pfortader vor, ergab die am 23. Juli 2010 durchgeführte Computertomographie des Abdomens die Diagnose einer Pfortader-teilthrombose mit Thrombose des linken Pfortaderhauptastes. Darüber hinaus wurden Varizen des Ösophagus und des Magenfundus festgestellt. Bei der am 26. Juli 2010 durchgeführten Gastroskopie wurden Ösophagusvarizen Grad II ohne akute Blutungsstigmata, eine fleckige Rötung der Schleimhaut im Magenantrum, dem Bild einer Gastritis entsprechend, sowie eine hypertensive Gastropathie diagnostiziert. Bei der am 2. August 2010 durchgeführten Endosonographie wurde festgestellt, dass die Pfortader und die Vena lienalis (Milzvene) teilthrombosiert und erweitert waren. Dem Patienten T. wurde nach Abschluss der Evaluation vorgeschlagen, sich in die Warteliste aufnehmen und bei Eurotransplant als Empfänger registrieren zu lassen. Eine TIPS-Anlage erfolgte hingegen nicht.

Noch während seines stationären Aufenthaltes auf der Station 4021 unterzeichnete der Patient das Formular mit der Überschrift „Einwilligung zur Lebertransplantation“, nachdem zuvor mit dem gesondert Verfolgten Dr. L. ein Aufklärungsgespräch geführt worden war. Der Inhalt dieses Gesprächs war nachträglich nicht mehr feststellbar. Am selben Tag unterzeichnete der Patient zudem das Formular „Einwilligung zur Speicherung und Übermittlung personenbezogener Daten“. Ebenfalls am 3. August 2010 wurde der Patient, der seit Ende des Jahres 2008 keinen Alkohol mehr getrunken hatte, in die Warteliste des Transplantationszentrums der UMG aufgenommen und bei Eurotransplant unter der ET Nr. H registriert. Die Mitarbeiterin des Transplantationskoordinationsbüros, die Zeugin S., übersandte daraufhin mit Datum vom 4. August 2010 ein Schreiben an den Patienten mit folgendem Inhalt:

„Sehr geehrter Herr T.,

wir möchten Ihnen mitteilen, dass Sie am 03.08.2010 bei Eurotransplant zur Lebertransplantation angemeldet wurden. Für den Fall eines Organangebots, aber auch für Terminvereinbarungen und Rückfragen sollten Sie ab dem Anmeldedatum ständig telefonisch für uns erreichbar sein.

Bei Änderung wichtiger Daten wie Adresse, Telefonnummer, Krankenkasse oder Wohnort sowie bei vorübergehender Abwesenheit vom Wohnort bitten wir um umgehende Benachrichtigung.

Sollten Sie weitere Fragen haben stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

E.S.

Transplantationskoordination“

Im Dezember 2010 nahmen der Patient und sowie dessen Frau an einem Arzt-Patienten-Seminar über Lebertransplantationen in der UMG teil, das von dem gesondert Verfolgten Prof. Dr. R. moderiert wurde und an dem unter anderem auch der Angeklagte teilnahm. Dort lernten sie einerseits Patienten kennen, die bereits seit vielen Jahren mit einer Spenderleber lebten und andererseits auch Patienten, die bereits sehr krank waren und noch immer auf eine Spenderleber warteten.

Nach der Aufnahme in die Warteliste und Registrierung bei Eurotransplant nahm der Patient am 3. November 2010, 9. Februar 2011, 8. Juni 2011 sowie am 14. September 2011 Kontrolluntersuchungen in der Transplantationsambulanz der UMG wahr. Bei sämtlichen Untersuchungen war der Patient subjektiv beschwerdefrei. Er war arbeits- und leistungsfähig. Komplikationen wie Blutungen aus Ösophagusvarizen, Infektionen oder Nierenprobleme waren nicht aufgetreten. Allerdings entwickelte sich im weiteren Verlauf nicht ausschließbar aus der Pfortaderteilthrombose eine komplette Pfortaderthrombose, wodurch sich die Blutungsgefahr aus Ösophagus- bzw. Magenvarizen und damit auch die Gefahr an einer unstillbaren Blutung zu versterben, erhöhte. Zwar war die komplette Pfortaderthrombose vor der Lebertransplantation nicht durch diagnostische Verfahren wie zum Beispiel eine Computertomographie nachgewiesen worden. Der Angeklagte schloss jedoch aus einem am 8. Juni 2011 erfolgten Bilirubinanstieg darauf, dass sich nunmehr aus der Pfortaderteilthrombose eine komplette Pfortaderthrombose gebildet haben könnte.

In der Zeit vom 3. August 2010 bis zur ersten Lebertransplantation am 1. Oktober 2011 wurden die nachfolgenden Angaben gegenüber Eurotransplant gemacht, wobei

die Frage, ob zweimal innerhalb der Woche vor dem Kreatinin-Test eine Nierenersatztherapie stattgefunden habe, jeweils verneint wurde.

Eintragungs-datum	Kreatinin mg/dl	Bilirubin Mg/dl	INR	Errechneter labMELD
03.08.2010	0,86	1,40	1,10	9
02.11.2010	0,82	1,50	1,00	8
09.02.2011	0.88	1,10	1,10	8
08.06.2011	0,97	1,90	1,20	11
14.09.2011	0,99	1,30	1,20	9

In der UMG wurden folgende Thrombozytenwerte gemessen, wobei der Normalwert zwischen 150.000 und 350.000 pro µl Blut liegt:

Entnahmedatum	Thrombozytenwert pro µl
21.07.2010	70.000
22.07.2010	66.000
23.07.2010	64.000
02.11.2010	82.000
09.02.2011	74.000
08.06.2011	70.000
14.09.2011	56.000
30.09.2011	64.000

(2) Organallokation und Transplantation

Am **30. September 2011** erfolgte ein **Spenderangebot** von Eurotransplant mit der Spender-Nr. 141224. Bei dem Angebot handelte es sich um eine kompetitive Rettungsallokation. Der Spender hatte ebenso wie der Patient T. die Blutgruppe B positiv und war 74 Jahre alt. Bei einer Größe von 190 cm und einem Gewicht von 95 kg betrug der BMI 26. Die Todesursache war ein Hirninfarkt (Mediainfarkt). Das Organ wurde am 30. September 2011 entnommen. Die Anatomie des Spenderorgans wurde von dem entnehmenden Chirurgen als unauffällig beschrieben und die Perfusion der Leber als gut bezeichnet. Der Donor Risk Index betrug zwischen 1,67 und 1,70. Insgesamt war das Spenderorgan für den Patienten T. uneingeschränkt geeignet.

Nachdem feststand, dass der Patient T. als Empfänger für diese Spenderleber in Betracht kam, wurde dieser telefonisch von dem Organangebot in Kenntnis gesetzt. Als er am Abend des 30. September 2011 die entsprechende Mitteilung erhielt, war er zuvor gerade erst mit seiner Frau aus einem Urlaub zurückgekehrt und fühlte sich

gesundheitlich gut. Er war nach wie vor berufstätig und empfand keine Einschränkungen in seiner Leistungsfähigkeit. Ihm war zu diesem Zeitpunkt bekannt, dass er unter einer irreversiblen fortgeschrittenen Leberzirrhose litt und die Leberzirrhose bereits zu erheblichen Komplikationen wie der Ausbildung von Ösophagus- und Magenvarizen sowie Aszites geführt hatte. Andererseits fühlte er sich in den vorausgegangenen Monaten subjektiv beschwerdefrei und leistungsfähig und wusste, dass dieser Zustand noch für eine unbestimmte Zeit, vielleicht sogar noch mehre Jahre anhalten konnte. Ihm war auch bewusst, dass es grundsätzlich die Möglichkeit gab, zur Senkung der Blutungsgefahr aus den Ösophagus- und Magenvarizen einen TIPS legen zu lassen. Auf der anderen Seite wusste er auch, dass sich sein Zustand kurzfristig verschlechtern könnte und es ungewiss war, ob dann, wenn er ein Spenderorgan zu seiner Lebensrettung dringend benötigt, tatsächlich rechtzeitig ein solches zur Verfügung stehen würde. Darüber hinaus bezog er in seine Überlegungen ein, dass es sich bei der Lebertransplantation um einen schwerwiegenden, den Körper erheblich belastenden Eingriff handelt und die Chance, einen solchen Eingriff gut zu überstehen, höher ist, wenn er sich in einem gesundheitlich guten Zustand befinde. Der Patient entschied sich daher im Einvernehmen mit seiner Ehefrau, der Zeugin T., in die UMG zu fahren. Dort erhielt er von dem Arzt Dr. G. nochmals eine Aufklärung über die bevorstehende Lebertransplantation. Auch der Inhalt dieses Aufklärungsgesprächs konnte nicht mehr festgestellt werden. Dem Patienten war jedoch am 30. September 2010, als er erneut in die Lebertransplantation einwilligte und das das Formular „Einwilligung zur Lebertransplantation“ zum zweiten Mal unterzeichnete, bewusst, dass er bei der Operation versterben könnte. Des Weiteren war ihm bekannt, dass nach der Transplantation die Gefahr bestand, an den Folgen einer Infektion, an unerwünschten Nebenwirkungen der Immunsuppression sowie an der medikamentösen Behandlung ev. auftretender Abstoßungskrisen zu versterben. Er wusste weiter, dass es zu chirurgischen Komplikationen wie etwa zu Nachblutungen, einem Galleleck und einem Gefäßverschluss kommen könnte. Ihm war zudem mitgeteilt worden, dass trotz aller Vorsichtsmaßnahmen das Transplantat nach der Operation seine Funktion nicht ausreichend oder gar nicht aufnehmen und es auch bei regelmäßiger und dauerhafter Einnahme von immunsuppressiven Medikamenten zu einer chronischen Abstoßung kommen, so dass auch aus diesen Gründen eine erneute Lebertransplantation erforderlich werden könnte.

Eine am 30. September 2011 um 22:00 Uhr entnommene Blutprobe ergab bei einen INR-Wert von 1,1, einen Bilirubin-Wert von 0,7 mg/dl und einen Kreatinin-Wert von 1,07 mg/dl. Diese Werte ergeben einen labMELD von 8.

Am 1. Oktober 2011 führte der Angeklagte, der davon ausging, dass der Patient T. mit der Transplantation einverstanden war, die Lebertransplantation nach den Regeln der ärztlichen Kunst durch. Grund für die Durchführung der Lebertransplantation war, dass der Patient unter einer fortgeschrittenen irreversiblen Leberzirrhose litt, die zuvor bereits einmal dekompensiert war. Durch die Entfernung der zirrhotisch veränderten Leber und die Einpflanzung einer Spenderleber wollte der Angeklagte die Leberzirrhose des Patienten einschließlich der durch diese Erkrankung hervorgerufenen Folgeerkrankungen bzw. Beschwerden, darunter die Blutungsgefahr aus Ösophagus- und Magenvarizen, therapieren. Medizinische Aspekte, die gegen die Durchführung der Transplantation sprachen, lagen nicht vor.

(3) Verlauf nach der Transplantation

Der postoperative Verlauf war zunächst komplikationslos. Am 9. Oktober 2011 musste jedoch wegen eines aufgetretenen subkutanen Platzbauches eine Revisionsoperation durchgeführt werden, bei der ein erneuter Bauchdeckenverschluss erfolgte. Der daran anschließende postoperative Verlauf gestaltete sich sodann ohne Probleme. Am 20. Oktober 2011 wurde der subjektiv beschwerdefrei aus der stationären Behandlung entlassen. In der Zeit vom 27. Oktober 2011 bis zum 17. November 2011 erfolgte eine Anschlussheilbehandlung in der Einrichtung „Klinik und Rehabilitationszentrum L.“. An der weiteren Nachbehandlung des Patienten war der Angeklagte, der ab dem 24. November 2011 beurlaubt und sodann aus der UMG ausgeschieden war, nicht mehr beteiligt.

Bereits Ende November 2011, also knapp zwei Monate nach der Transplantation, traten bei dem Patienten zunehmend gesundheitliche Probleme auf, die dazu führten, dass er sich bis zu seinem Tod überwiegend in stationärer Behandlung befand. So wurde er am 28. November 2011 auf der Station 1016 aufgenommen, weil sich das Allgemeinbefinden des Patienten verschlechtert hatte und Juckreiz aufgetreten war. Die durchgeführten Untersuchungen ergaben eine Stenosierung des Gallenweges im Bereich der mutmaßlichen Anastomose der Gallenwege. Darüber hinaus wurden hepatische Gallengangsveränderungen im Sinne einer

sekundär ischämischen Cholangiopathie festgestellt. Nachdem in diesem Bereich eine Stent-Einlage erfolgt war, besserte sich das Allgemeinbefinden des Patienten T., so dass er am 30. November 2011 vorübergehend aus der stationären Behandlung entlassen werden konnte. Jedoch kam es schon 28. Dezember 2011 erneut zu einer Aufnahme auf der Station 1016, die bis zum 8. März 2012 andauerte. Der Patient litt zu dieser Zeit unter zunehmendem Haut- und Sklerenikterus sowie wiederum unter Juckreiz und befand sich zudem in einem reduzierten Allgemeinzustand. Da eine ischämische intrahepatische Gallengangsnekrose (ischämische Cholangiopathie) festgestellt wurde, bei der es sich um eine Komplikation handelt, die nach Lebertransplantationen auftreten und zur Erforderlichkeit einer Re-Lebertransplantation führen kann, wurde er am 8. März 2012 erneut in die Warteliste aufgenommen und bei Eurotransplant als Empfänger registriert. Zu diesem Zeitpunkt hatte der Patient T. einen labMELD von 25. Bereits sechs Tage nach seiner Entlassung wurde er am 14. März 2012 wegen akuter Niereninsuffizienz und Elektrolytentgleisung erneut auf der Station 1016 aufgenommen und dort bis zum 20. März 2012 behandelt. Am 3. April 2012 erfolgte seine notfallmäßige Einweisung in die UMG, nachdem bei ihm eine obere gastrointestinale Blutung aufgetreten war. Bis zum 20. April 2012 wurde er auf der Station 4024 behandelt.

Am 4. Mai 2012 wurde bei dem Patienten durch den Zeugen **Prof. Dr. K.** eine Re-Lebertransplantation durchgeführt. Der postoperative Verlauf war sehr komplikationsreich. Dennoch konnte der Patient T. schließlich am 7. September 2012 nach Hause entlassen werden. Bereits am 17. September 2012 musste er indes wieder stationär aufgenommen werden. Nach weiterer Verschlechterung seines Allgemeinzustands verstarb der Patient T. am 24. September 2012 im Rahmen einer Sepsis und Multiorganversagen.

bb) Feststellungsgrundlagen und Beweiswürdigung

[…]

cc) Rechtliche Würdigung

(1) Straftaten zum Nachteil des Patienten T.

(a) Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB bzw. Körperverletzung mit Todesfolge gemäß § 227 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich durch die Durchführung der Lebertransplantation bei dem Patienten T. keiner **vorsätzlichen Körperverletzung** nach **§ 223 Abs. 1 StGB** schuldig gemacht.

(aa) Lebertransplantation als tatbestandliche Körperverletzung

Die bei dem Patienten T. durchgeführte Lebertransplantation, die zu Heilzwecken und nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt wurde, erfüllt den Tatbestand der vorsätzlichen Körperverletzung gemäß § 223 Abs. 1 StGB.

(bb) Einwilligung als Rechtfertigungsgrund

Die Körperverletzung ist jedoch durch eine von dem Patienten T. **ausdrücklich erteilte Einwilligung** gerechtfertigt. Selbst wenn man davon ausginge, dass die durch den Patienten T. ausdrücklich erteilte Einwilligung aufgrund einer unvollständigen Aufklärung unwirksam war, könnte nicht mit ausreichender Sicherheit festgestellt werden, dass der Patient bei vollständiger bzw. ordnungsgemäßer Aufklärung nicht in die erste Lebertransplantation eingewilligt hätte. Die Lebertransplantation wäre in diesem Fall durch eine **hypothetische Einwilligung** gerechtfertigt.

(aaa) Ausdrückliche Einwilligung

Hinsichtlich der allgemeinen Voraussetzungen einer wirksamen Einwilligung wird auf die oben bei dem Patienten D. unter C. II. 3. b) cc) (1) (a) (bb) gemachten Ausführungen Bezug genommen. Der Patient T. hat in die von dem Angeklagten am 1. Oktober 2011 durchgeführte Lebertransplantation eingewilligt und diese Einwilligung am 30. September 2011 mit seiner Unterschrift bestätigt. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme war der Patient T. in der Lage, Art, Bedeutung und Tragweite bzw. Risiken der Transplantation zu erfassen und war somit einwilligungsfähig.

Ein Nachweis, dass der Patient T. nicht in der gebotenen Weise über den Eingriff, seinen Verlauf, die Erfolgsaussichten und alternative Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt wurde, konnte nicht erbracht werden. Dem Patienten T. war nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme bekannt, dass er unter einer fortgeschrittenen irreversiblen Leberzirrhose litt. Er ging weiterhin davon aus, dass diese Erkrankung ohne Transplantation voranschreiten und zu einem nicht vorhersehbaren Zeitpunkt zum Tode führen würde. Hierbei war ihm bewusst, dass durchaus die Möglichkeit bestand, noch mehrere Jahre ohne Lebertransplantation bei guter Lebensqualität weiterleben zu können. Ihm war indes auch bewusst, dass dies weder sicher noch dass vorhersehbar war, wann eine Verschlechterung seines Gesundheitszustands eintreten würde. Darüber hinaus wusste der Patient, dass es sich bei einer Lebertransplantation um einen schwerwiegenden und lebensbedrohlichen Eingriff handelt und er an den Folgen des Eingriffs versterben könnte. Er hatte sich, wie seine Ehefrau glaubhaft bekundet hat, von dem Zeitpunkt an, als er die Diagnose Leberzirrhose erhalten hatte, damit auseinandergesetzt, dass er sowohl an den Folgen der Leberzirrhose als auch an den Folgen einer Lebertransplantation versterben könne. Schließlich hat der Patient T. auch bedacht, dass eine Lebertransplantation die Chance auf eine langfristige Lebensverlängerung bot.

Dem Patienten war somit bekannt, dass zu dem Zeitpunkt der Lebertransplantation diese Maßnahme noch nicht zwingend erforderlich war, sondern die bis zu diesem Zeitpunkt durchgeführte Behandlung hätte fortgesetzt werden können. Ausweislich der Angaben seiner Ehefrau war dem Patienten T. auch bekannt, dass zur Verminderung der Blutungsgefahr zunächst die Anlage eines TIPS hätte erwogen werden können. Gleichwohl entschied er sich in Kenntnis des Umstands, dass es sich bei einer Lebertransplantation um einen lebensbedrohlichen Eingriff handelt, um der längerfristigen Überlebenschance willen für die Operation.

Nicht festgestellt werden konnte, wie konkret dem Patienten T. mitgeteilt wurde, welche Überlebenschancen er mit und ohne Transplantation haben würde. Da der gesondert Verfolgte Dr. L., der das Aufklärungsgespräch vor der Aufnahme in die Warteliste führte, von seinem Auskunftsverweigerungsrecht nach § 55 StPO Gebrauch gemacht und der **Zeuge Dr. G.** behauptet hat, er könne sich an den Inhalt des Aufklärungsgesprächs mit dem Patienten T. nicht mehr erinnern, ist insoweit eine weitere Aufklärung zum konkreten Inhalt der Aufklärungsgespräche nicht mehr möglich. Daher konnte nicht ausgeschlossen werden, dass der Patient T. hinsichtlich

der Überlebenschancen mit und ohne Transplantation ausreichend aufgeklärt wurde. Gleiches gilt hinsichtlich der Aufklärung über den Unterschied zwischen einem Primär- und einem Zentrumsangebot. Auch insoweit konnte aus den dargelegten Gründen nicht ausgeschlossen werden, dass der Patient T. hierüber aufgeklärt wurde. Schließlich konnte aus demselben Grund nicht festgestellt werden, ob der Patient über die Möglichkeit der Entstehung einer Gallengangsläsion vom ischämischen Typ, die bei ihm nach der ersten Lebertransplantation aufgetreten war, aufgeklärt wurde. In der Patienten-Information zur Lebertransplantation wird diese Komplikation zwar nicht erwähnt, gleichwohl kann nicht ausgeschlossen werden, dass der gesondert Verfolgte Dr. L. den Patienten T. hierüber aufklärte.

(bbb) Hilfsweise: Hypothetische Einwilligung

Selbst wenn die Aufklärung des Patienten T. nicht vollständig gewesen sein sollte, könnte nicht mit der erforderlichen Sicherheit festgestellt werden, dass der Patient T. bei vollständiger Aufklärung nicht in die Lebertransplantation eingewilligt hätte. Dies gilt auch für den Fall, dass der Patient T. nicht im Detail über die kurzfristigen und langfristigen Überlebenswahrscheinlichkeiten mit und ohne Lebertransplantation aufgeklärt worden sein sollte. Daher würde, wenn man entgegen der Auffassung der Kammer nicht von einer wirksamen – ausdrücklich erteilten – Einwilligung ausginge, die Rechtswidrigkeit der Körperverletzung aufgrund einer entsprechenden hypothetischen Einwilligung entfallen.

Da die Transplantation den übereinstimmenden Ausführungen der Sachverständigen **Prof. Dr. B.** und **Prof. Dr. Dr. R.** zufolge nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt wurde, war ist die Annahme einer hypothetischen Einwilligung auch nicht ausgeschlossen.

Als er das Organangebot erhielt, stand der Patient T. vor der Entscheidung, dieses abzulehnen und zunächst den weiteren Verlauf abzuwarten oder das Risiko einer Transplantation einzugehen. Wenn er abgewartet hätte, hätte die Möglichkeit bestanden, eine nicht bestimmbare Zeit ohne Transplantation bei guter Lebensqualität weiterleben zu können. Es hätte aber auch das Risiko bestanden, dass kurzfristig und unvorhersehbar eine Dekompensation der Leberzirrhose bzw. eine lebensbedrohliche Blutung oder Infektion hätten eintreten können. Mit einer Lebertransplantation hingegen wären diese Risiken beseitigt worden und die

Lebenserwartung hätte erhöht werden können. Andererseits bestand bei einer Lebertransplantation das Risiko, bei der Operation bzw. im weiteren Verlauf an den Folgen der Transplantation zu versterben. Bei dieser Sachlage konnte nicht mit ausreichender Sicherheit festgestellt werden, dass der Patient T. bei umfassender und vollständiger Aufklärung nicht in die Lebertransplantation eingewilligt hätte.

Ausweislich der Aussage der Ehefrau des Patienten T. war diesem bewusst, dass sich seine Erkrankung im Laufe der Zeit verschlechtern und zum Tod führen könne. Sie hätten keine Vorstellung davon gehabt, wann dieser Fall eintreten würde, es sei aber klar gewesen, dass die Leberzirrhose nicht heilbar sei. Auf der anderen Seite sei ihrem Mann ebenfalls bewusst gewesen, dass es sich bei einer Lebertransplantation um einen gefährlichen Eingriff handele, der auch zum Tod führen könne. Ihr Mann habe sich, seit bei ihm die Diagnose Leberzirrhose gestellt worden sei, damit auseinandergesetzt, an einer Zirrhose oder an der Transplantation versterben zu können. Er habe die Chance gesehen, nach der Transplantation wieder ein recht normales Leben führen zu können. Auch die Hausärztin des Patientin T., die Zeugin W., hat angegeben, der Patient T. habe gehofft, durch die Lebertransplantation zu gewinnen. Dies lässt darauf schließen, dass der Patient T. eine Transplantation grundsätzlich befürwortete.
Darüber hinaus hat die Zeugin T. angegeben, ihrem Ehemann sei bewusst gewesen, dass es von Vorteil sein könne, wenn er sich bei der Transplantation in einem guten Allgemeinzustand befinde und er deshalb die Lebertransplantation mit stabilen Gesundheitszustand besser verkraften könne als zu einem späteren Zeitpunkt, wenn es ihm schlechter gehe. Ein Gesichtspunkt, der für den Patienten T. ebenfalls eine gewichtige Rolle gespielt hat ist der Umstand, dass nicht jeder Patient, der dringend eine Lebertransplantation benötigt, rechtzeitig ein passendes Organ erhält und die Gefahr besteht, an den Folgen der Erkrankung vor einer Transplantation zu versterben.

(ccc) Kein Verstoß gegen die guten Sitten

Die bei dem Patienten T. durchgeführte Lebertransplantation verstieß nicht gegen die guten Sitten im Sinne des § 228 StGB.

Da bereits kein Tatnachweis hinsichtlich einer vorsätzlichen Köperverletzung geführt werden konnte, kommt eine Strafbarkeit nach **§ 227 Abs. 1 StGB** ebenfalls nicht in Betracht.

(b) Versuchte Körperverletzung gemäß §§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB

Der Angeklagte hat sich auch nicht einer **versuchten Körperverletzung** gemäß **§§ 223 Abs. 1, 22, 23 Abs. 1 StGB** schuldig gemacht. Der Angeklagte ging bei Durchführung der Transplantation davon aus, dass die Lebertransplantation bei dem Patienten T. erforderlich war. Er hat sich auch nicht von sachfremden Erwägungen wie etwa der Steigerung der Transplantationszahlen oder der Erlangung von Bonuszahlungen leiten lassen. Auch ging der Angeklagte davon aus, dass die Lebertransplantation dem Willen des Patienten T. entsprach. Schließlich gibt es auch keinen Nachweis, dass die Einwilligung des Patienten durch eine Täuschung erlangt wurde.

(c) Fahrlässige Tötung gemäß § 222 StGB

Der Angeklagte hat sich auch keiner fahrlässigen Tötung gemäß § 222 StGB schuldig gemacht. Die Sachverständigen **Prof. Dr. B.** und **Prof. Dr. Dr. R.** haben übereinstimmend bekundet, die erste Lebertransplantation sei nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt worden. Der Sachverständige **Prof. Dr. Dr. R.** hat ausgeführt, die bei dem Patienten T. aufgetretenen Gallengangskomplikationen könnten bei jeder Transplantation auftreten. Der Tod des Patienten sei Folge eines schicksalhaften Verlaufs. Der Sachverständige **Prof. Dr. B.** hat ebenfalls bekundet, der Tod des Patienten T. sei nicht direkt und unmittelbar auf die erste Lebertransplantation zurückzuführen. Nach der ersten Transplantation sei es vielmehr schicksalhaft zu einer Gallengangsläsion vom ischämischen Typ gekommen. Diese sei nach den Regeln der ärztlichen Kunst behandelt worden. Letztlich sei nur noch die Möglichkeit der Retransplantation verblieben. Nach der Retransplantation sei es schicksalsbedingt zu einer Sepsis mit Mehrorganversagen als Folge einer am ehesten medikamentös toxisch bedingten Panzytopenie gekommen.

Es gibt daher keinerlei Nachweis dafür, dass ein pflichtwidriges Handeln oder Unterlassen des Angeklagten ursächlich für den Tod des Patienten T. war.

(2) Weitere Straftaten

Anhaltspunkte dafür, dass ein anderer Straftatbestand erfüllt sein könnte, haben sich nicht ergeben. Insbesondere liegen bei dem Patienten T. ebenso wenig wie bei den übrigen Patienten Anhaltspunkte dafür vor, dass dieser oder andere Personen dem Angeklagten Geld oder andere Vorteile versprachen bzw. an den Angeklagten Geld zahlten oder diesem andere Vorteile mit dem Ziel verschafften, dass der Angeklagte bei ihnen eine Lebertransplantation durchführen sollte.
Anhaltspunkte dafür, im Zusammenhang mit der ersten Lebertransplantation Falschangaben gegenüber Eurotransplant gemacht wurden, aufgrund derer dieser die Spenderleber erhielt, haben sich ebenfalls nicht ergeben. Die Spenderleber wurde im Rahmen einer kompetitiven Rettungsallokation vergeben. Zur verfahrensgegenständlichen Zeit waren die Transplantationszentren berechtigt, bei kompetitiven Zentrumsangeboten selbst einen geeigneten Empfänger unter den auf der Warteliste befindlichen Patienten auszuwählen.

(3) Verstoß gegen § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (vom 4. September 2007) durch Übertragung eines Organs entgegen § 9 Abs. 1 S. 2 TPG

Die am 1. Oktober 2011 von dem Angeklagten durchgeführte Übertragung der Spenderleber auf den Patienten T. erfüllt nicht den Tatbestand des § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (in der Fassung vom 4. September 2007). Es ist nicht erwiesen, dass die Spenderleber von Eurotransplant an diesen Patienten nicht nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprachen, vermittelt wurde. Hinsichtlich des Anwendungsbereichs und der tatbestandlichen Voraussetzungen des § 20 Abs. 1 Nr. 4 TPG (in der Fassung vom 4. September 2007) wird auf bei dem Patienten B. oben unter C. II. 2. e) cc) (11) gemachten Ausführungen Bezug genommen.

Der Patient T. litt unter einer fortgeschrittenen Leberzirrhose. Medizinische Gründe, die – abgesehen von den allgemeinen Transplantations- bzw. Operationsrisiken – erwarten ließen, dass er die Transplantation nicht überleben oder kurze Zeit später

versterben würde, lagen nicht vor. Die Spenderleber wurde von Eurotransplant im Rahmen einer kompetitiven Rettungsallokation vermittelt und der Angeklagte war berechtigt, den Patienten T. unter den Wartelistenpatienten des Transplantationszentrums der UMG auszuwählen.

dd) Ergebnis zu dem Patienten T.

Die am 1. Oktober 2011 bei dem Patienten T. durchgeführte Lebertransplantation, die den Tatbestand der vorsätzlichen Körperverletzung erfüllt, war durch eine von dem Patienten T. erteilte Einwilligung gerechtfertigt.

Der Angeklagte war hinsichtlich des Patienten T. daher aus tatsächlichen Gründen freizusprechen.

D. Kosten und Auslagen

Die Entscheidung über die Kosten des Verfahrens und die notwendigen Auslagen des Angeklagten beruht auf § 467 Abs. 1 StPO.

Die Nebenklägerinnen haben, wie sich aus dem Umkehrschluss zu § 472 Abs. 1 Satz 1 StPO ergibt, die ihnen erwachsenen notwendigen Auslagen selbst zu tragen (vgl. Meyer-Goßner/Schmitt, StPO, § 472 Rdnr. 2).

E. Entschädigung

Gemäß § 2 Abs. 1 und Abs. 2 Nrn. 2, 3, 4 des Gesetzes über die Entschädigung für Strafverfolgungsmaßnahmen (StrEG) war auszusprechen, dass der freigesprochene Angeklagte wegen der im Tenor genannten Strafverfolgungsmaßnahmen zu entschädigen ist.
Gründe für den Ausschluss oder die Versagung der Entschädigung gemäß §§ 5 und 6 StrEG liegen nicht vor.

G. Riín LG B.-K. M.

befindet sich im Urlaub
und ist daher an einer
Unterschriftleistung gehindert

G.