

3. Die Landesapothekerkammer unterliegt bei der Normierung des Werbeverbots nicht dem sog. Kartellverbot des Art. 85 EWGV (wie VGH Bad.-Württ., Vorlagebeschl. v. 14. 5. 1992 – 9 S 2730/86 –, ESVGH 42, 283).

VGH Bad.-Württ., Normenkontrollbeschl. v. 18. 4. 1994 – 9 S 3114/93

Krankenversicherungsrecht

Einem ausländischen Sozialhilfeempfänger, dessen Asylverfahren noch nicht unanfechtbar abgeschlossen ist, kann ein Anspruch auf Krankenhilfe zustehen, der vom Krankenhausträger gegen den Träger der Sozialhilfe geltend zu machen ist. Begibt sich ein Asylbewerber zu einer unaufschiebbaren Behandlung in ein Krankenhaus, folgt daraus allein nicht, daß er Selbstkostenträger sein will.

OLG Köln, Urt. v. 22. 8. 1994 – 5 U 145/94 (LG Aachen)

Der gegen eine private Krankenversicherung im Wege der einstweiligen Verfügung gerichtete Antrag auf sofortige Durchführung einer dreimonatigen stationären Behandlung in einer Privatklinik wegen depressiver und psychosomatischer Störungen ist unstatthaft (Leistungsverfügung).

OLG Köln, Urt. v. 8. 8. 1994 – 5 W 60/94 (LG Bonn)

Sachverständigenrecht

a) Zur Verpflichtung des Tatrichters, auf die Aufklärung etwaiger Widersprüche hinzuwirken, wenn er eine Änderung der bisherigen Auffassung des Sachverständigen annimmt.

b) Wird das Ergebnis einer mündlichen Anhörung des Sachverständigen in einem Vermerk des Berichterstatters festgehalten, so muß dieser so klar und vollständig abgefaßt sein, daß das Revisionsgericht nachprüfen kann, ob der Tatrichter den Sachverständigen richtig verstanden hat.

BGH, Urt. v. 27. 9. 1994 – VI ZR 284/93 (OLG Hamm)

Verstoß gegen die ärztliche Befunderhebungspflicht

BGB §§ 276, 823 Abs. 1

Liegt der ärztliche Behandlungsfehler nicht in der Fehlinterpretation von Befunden, sondern in deren Nichterhebung, so ist dem Arzt nicht nur eine falsche Diagnosestellung vorzuwerfen.

Zu den Anforderungen an die Bewertung eines Behandlungsfehlers als grob und an die darauf gegründete Umkehr der Beweislast für die Kausalität.

BGH, Urt. v. 4. 10. 1994 – VI ZR 205/93 (Hans. OLG Hamburg)

Problemstellung: Verstöße gegen die ärztliche Pflicht, zweifelsfrei gebotene Befunde zu erheben und zu sichern, können einen schweren Behandlungsfehler darstellen. Sie tragen Aufklärungserschwernisse in das eigentliche Behandlungsgeschehen und können sich auf die Feststellung der für die Schädigung in Betracht kommenden Ursachen auswirken. Hat der Arzt in erheblichem Ausmaß Diagnose- und Kontrollbefunde nicht erhoben und ist er deshalb in besonderem Maße dafür verantwortlich, daß die Daten zur Aufdeckung des Behandlungsverlaufes nicht zu Gebote stehen, so kommen im Arzthaftpflichtprozeß für den Kausalitätsnachweis Beweiserleichterungen bis hin zur Beweislastumkehr nach den bei groben Behandlungsfehlern geltenden Regeln in Betracht (grundlegend BGHZ 85, 212). Dabei ist nach st. Rspr. des VI. Zivilsenats des BGH allerdings

das Gewicht der Möglichkeit, daß der Fehler zum Mißerfolg der Behandlung beigetragen hat, mit zu berücksichtigen. Das Ausmaß der Beweiserleichterung ist danach abzustufen, in welchem Maß wegen der besonderen Schadensneigung des Fehlers das Spektrum der für den Mißerfolg in Betracht kommenden Ursachen verbreitert oder verschoben worden ist (vgl. zuletzt BGH, VersR 1994, 52, 53 n.w.N.). Diesen Grundsätzen wurde im vorliegenden Fall das Berufungsgericht nicht gerecht, wenn es trotz der auch nach seiner Ansicht unwahrscheinlichen Verneidbarkeit der Schädigung des Kl. von einer Beweislastumkehr zu Lasten des Bekl. ausging. Der BGH hob das Berufungsurteil wegen einer rechtsfehlerhaften Bewertung des Arztfehlers als grob und wegen der darauf gestützten Beweislastumkehr auf und verwies den Rechtsstreit zurück.

Zum Sachverhalt: Der am 30. 1. 1985 geborene Kl. nimmt den Bekl. zu 1) [künftig: der Bekl.] als Frauenarzt seiner Mutter auf Ersatz von Schäden in Anspruch, die er durch seine Frühgeburt erlitten hat.

Die Mutter des Kl. wurde während ihrer Schwangerschaft ab Oktober 1984 vom Bekl. betreut. Am 2. 1. 1985 suchte sie ihn wegen vaginaler Blutungen auf. Der Bekl. diagnostizierte eine Zervixverkürzung und einen Harnwegsinfekt. Als am 13. 1. 1985 verstärkt vaginale Blutungen auftraten, veranlaßte der Bekl. die stationäre Aufnahme der Schwangeren im Krankenhaus des früheren Bekl. zu 2). Von dort wurde die Mutter des Kl. am 15. 1. 1985 wieder in die ambulante Behandlung des Bekl. entlassen. Am 25. 1. 1985 schilderte sie ihm starke Schmerzen insbesondere im Rückenbereich. Der Bekl. führte eine weitere Urinuntersuchung durch und diagnostizierte wiederum eine Harnwegsinfektion; eine vaginale Untersuchung erfolgte an diesem Tage nicht. Als am 29. 1. 1985 starke vaginale Blutungen einsetzten, wies der Bekl. die Mutter des Kl. erneut in das Krankenhaus des Bekl. zu 2) ein. Dort erhielt sie wehenhemmende Medikamente. Am 30. 1. 1985 wurde der Kl. in der 26. Schwangerschaftswoche mit einem Gewicht von weniger als 1000 g extrem unreif geboren. Er mußte intubiert und über 55 Tage maschinell beatmet werden.

Der Kl. ist mehrfach behindert und vollständig pflegebedürftig. Er leidet u. a. an beiderseitiger Blindheit, einer Hüftluxation, motorischer Unruhe sowie Sprachentwicklungs- und Verhaltensstörungen; auch besteht der Verdacht auf zerebrale Krampfanfälle.

Der Kl. hat geltend gemacht, die Frühgeburt und seine darauf beruhenden körperlichen und gesundheitlichen Schäden hätten bei sachgerechter Behandlung seiner Mutter durch den Bekl. und im Krankenhaus des Bekl. zu 2) vermieden werden können. Der Bekl. habe schon am 2. 1. 1985 zur Diagnose einer drohenden Frühgeburt gelangen und die Hospitalisierung der Schwangeren, zumindest aber Bettruhe verordnen müssen. Zur Bekämpfung des Harnwegsinfekts sei eine bakteriologische Diagnose erforderlich gewesen. Am 25. 1. 1985 habe der Bekl. eine vaginale Untersuchung durchführen müssen.

Das LG hat die Klage gegen beide Bekl. abgewiesen. Das OLG hat unter Zurückweisung der gegen den Bekl. zu 2) gerichteten Berufung den gegen den Bekl. geltend gemachten Schmerzensgeldanspruch dem Grunde nach für gerechtfertigt erklärt und festgestellt, daß der Bekl. dem Kl. sämtliche auf die Frühgeburt zurückzuführenden künftigen Vermögensschäden sowie die noch nicht voraussehbaren immateriellen Schäden zu ersetzen habe. Mit der Revision erstrebt der Bekl. die Wiederherstellung des erstinstanzlichen Urteils.

Aus den Gründen: I. Das Berufungsgericht hält den Bekl. sowohl aufgrund des mit der Mutter des Kl. abgeschlossenen Behandlungsvertrages als auch auf deliktischer Grundlage gegenüber dem Kl. für schadensersatzpflichtig. Zwar könne davon ausgegangen werden, daß dem Bekl. bis zum 25. 1. 1985 kein Behandlungsfehler unterlaufen sei; auch könne zu der Behandlung an diesem Tage offenbleiben, ob und welche Folgerungen sich aus dem Unterlassen einer bakteriologischen Urinuntersuchung und aus dem Fehlen eines Karteivermerks zu Angaben der Mutter des Kl. über ziehende Unterbauchschmerzen ergäben. Es sei jedenfalls als grob fehlerhaft zu bewerten, daß der Bekl. die Schwangere am 25. 1. 1985 nicht vaginal auf Anzeichen einer bevorstehenden Frühgeburt untersucht habe. Denn die von ihr an diesem Tage geäußerten heftigen Rücken-

schmerzen, die sich in einem (wohl dem rechten) stark klopfempfindlichen Nierenlager gezeigt hätten, seien in Verbindung mit dem Harnsedimentbefund vom selben Tage als Anzeichen für eine Nierenbeckenentzündung in Betracht gekommen, die ihrerseits eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Frühgeburt begründe. Unter diesen Umständen sei nach den Angaben des Sachverständigen eine erneute vaginale Untersuchung klar und selbstverständlich notwendig gewesen, so daß sich deren Unterlassen als grober Behandlungsfehler des Bekl. darstelle. Damit werde dem Kl. die Beweislast für die Schadensursächlichkeit des ärztlichen Fehlverhaltens abgenommen. Der ursächliche Zusammenhang mit den durch die Frühgeburt entstandenen Schäden sei zwar als unwahrscheinlich anzusehen; dem Bekl. sei jedoch nicht der zum Ausschluß seiner Haftung erforderliche Nachweis gelungen, daß eine hochgradige Unwahrscheinlichkeit vorliege.

II. Das Berufungsurteil hält den Angriffen der Revision nicht stand.

1. Rechtlichen Bedenken begegnet bereits die Ansicht des Berufungsgerichts, das Unterlassen einer vaginalen Untersuchung der Schwangeren am 25. 1. 1985 stelle einen groben Behandlungsfehler des Bekl. dar.

a) Entgegen der Rüge der Revision ist dem Bekl. nach den Feststellungen des Berufungsgerichts allerdings nicht nur eine falsche Diagnosestellung vorzuwerfen, die lediglich bei einem nach Ansicht der Revision hier nicht vorliegenden fundamentalen Irrtum als grober Behandlungsfehler bewertet werden könnte (vgl. dazu Senatsurt. v. 14. 7. 1981 – VI ZR 35/79 –, VersR 1981, 1033, 1034 = AHRs 6560/4; und v. 10. 11. 1987 – VI ZR 39/87 –, VersR 1988, 293, 294 = AHRs 6562/20). Denn das Berufungsgericht lastet dem Bekl. nicht an, von ihm erhobene oder sonst vorliegende Befunde falsch interpretiert zu haben, sondern es wirft ihm vor, eine aufgrund der Beschwerden der Schwangeren und des Harnsedimentbefunds „klar und selbstverständlich“ erforderliche vaginale Untersuchung unterlassen zu haben. Es geht also nicht um die Fehlinterpretation von Befunden, sondern um deren Nichterhebung (vgl. Senatsurt. v. 10. 11. 1987, a.a.O.; und v. 23. 3. 1993 – VI ZR 26/92 –, VersR 1993, 836, 838). Diese kann sich bei zweifelsfrei gebotener Befundung durchaus als schwerer Behandlungsfehler darstellen (vgl. BGHZ 99, 391, 395 = AHRs 6590/11; Senatsurt. v. 18. 4. 1989 – VI ZR 221/88 –, VersR 1989, 701 = AHRs 6562/28; und v. 27. 11. 1990 – VI ZR 30/90 –, VersR 1991, 308, 309).

b) Das Berufungsgericht hat jedoch über das ihm zustehende tatrichterliche Ermessen hinaus bei der Beurteilung der Schwere des ärztlichen Behandlungsfehlers das Versäumnis des Bekl. auf der Grundlage der getroffenen Feststellungen rechtsfehlerhaft als grob angesehen.

aa) Wie das Berufungsgericht selbst darlegt, hat der gerichtliche Sachverständige noch in seinem ersten Ergänzungsgutachten die Notwendigkeit einer vaginalen Untersuchung für den 25. 1. 1985 bzw. einen in deren Unterlassen liegenden groben Behandlungsfehler des Bekl. verneint. In seinem zweiten Ergänzungsgutachten hat der Sachverständige zwar eine vaginale Untersuchung bei Rückenschmerzen für angezeigt, sie aber nur bei ziehenden Schmerzen im Unterbauch, die das Berufungsgericht seiner Entscheidung ausdrücklich nicht zugrunde legt, für stets geboten gehalten. In gewissem Gegensatz dazu hat er es allerdings auf dahin zielende Frage des Einzelrichters des Berufungsgerichts anschließend als für den Bekl. „klar und selbstverständlich“ bezeichnet, auch bei Rückenschmerzen eine vaginale Untersuchung vorzunehmen. Bei seiner mündlichen Anhörung vor dem Berufungsgericht hat der Sachverständige sodann ausgeführt, bei festgestelltem Klopfschmerz im Nierenlager sei primär an einen Harnwegsprozeß zu denken gewesen; die Notwendigkeit einer vaginalen

Untersuchung sei damit aber „noch nicht ganz vom Tisch“ gewesen. Bei durchschnittlicher Sorgfalt hätte man vaginal untersuchen müssen; die in dem Unterlassen der Untersuchung liegende Vernachlässigung der Sorgfalt sei jedoch als eher läßlich zu bezeichnen. Unter Einbeziehung des am 25. 1. 1985 erneut auffälligen Harnsedimentbefunds hat der Sachverständige sodann eine vaginale Untersuchung als „klar und selbstverständlich notwendig“ bezeichnet.

bb) Diese Ausführungen des Sachverständigen bieten keine ausreichende Grundlage, um bei der revisionsrechtlichen Nachprüfung feststellen zu können, daß das Berufungsgericht das Unterlassen einer vaginalen Untersuchung durch den Bekl. am 25. 1. 1985 mit Recht als groben Behandlungsfehler bewertet hat (siehe dazu auch Senatsurt. v. 23. 3. 1993, a.a.O.). Den Angaben kann nämlich nicht klar entnommen werden, daß der Bekl., wie für einen groben Behandlungsfehler erforderlich, eindeutig gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstoßen und einen Fehler begangen hat, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf (zum Begriff des groben Behandlungsfehlers s. Senatsurt. v. 10. 5. 1983 – VI ZR 270/81 –, VersR 1983, 729, 730 = AHRs 6551/7; v. 3. 12. 1985 – VI ZR 106/84 –, VersR 1986, 366, 367 = AHRs 6551/10; und v. 26. 11. 1991 – VI ZR 389/90 –, VersR 1992, 238, 239 = AHRs 6551/21).

cc) Bedenken gegen die Einstufung des Behandlungsfehlers des Bekl. als grob bestehen nicht zuletzt auch deshalb, weil es zum Wesen eines solchen Fehlers gehört, daß er die Aufklärung des Behandlungsverlaufs besonders erschwert (BGHZ 85, 212, 216 = AHRs 6555/6; Senatsurt. v. 28. 6. 1988 – VI ZR 217/87 –, VersR 1989, 80 f. = AHRs 6555/9). Gerade dies ist nach den Ausführungen des Sachverständigen hier aber fraglich; denn nach seinen Angaben ist, wie das Berufungsgericht selbst sagt, der vaginale Tastbefund der Zervix äußerst unsicher und einer außerordentlichen Fehlerbreite unterworfen.

2. Das Berufungsurteil erweist sich überdies auch deshalb als rechtsfehlerhaft, weil das Berufungsgericht aus dem seiner Ansicht nach vorliegenden groben Behandlungsversäumnis des Bekl. eine Umkehr der Beweislast für die Frage der Schadensursächlichkeit herleitet.

a) Wie der Senat bereits mehrfach ausgesprochen hat, kann bei der Frage, ob und inwieweit ein grober Behandlungsfehler eine Beweiserleichterung für die Kausalität rechtfertigt, das Gewicht der Möglichkeit nicht unberücksichtigt bleiben, daß der Fehler zum Mißerfolg beigetragen hat (BGHZ 85, 212, 216 f.; Urt. v. 28. 6. 1988, a.a.O.). Jedenfalls dann, wenn eine kausale Verknüpfung mit dem Schaden in hohem Maße unwahrscheinlich ist, muß dem bei der Frage nach der gerechten Beweislastverteilung Rechnung getragen werden.

b) Im Streitfall hat es der Sachverständige in seinem Hauptgutachten als hochwahrscheinlich bezeichnet, daß die schweren Schäden des Kl. auch durch eine (nach vaginaler Untersuchung und dabei möglicherweise diagnostizierter drohender Frühgeburt) bereits am 25. 1. 1985 begonnene Tokolyse nicht vermeidbar gewesen wären. Denn durch die tokolytische Behandlung wäre wohl kein realer Zeitgewinn von mehr als zwei Tagen möglich gewesen, und auch dann hätte in jedem Fall mit einem schwerstgeschädigten Kind gerechnet werden müssen. In seinem ersten Ergänzungsgutachten hat der Sachverständige auf gezielte Fragen des Einzelrichters des Berufungsgerichts erklärt, daß er den von ihm genannten hohen Grad an Wahrscheinlichkeit zwar nicht mit medizinischer Literatur belegen könne, daß dieser aber auf seiner klinischen Erfahrung beruhe. Auch in diesem Gutachten hat der Sachverständige erneut einen wesentlich anderen klinischen Verlauf bei früherer Tokolyse für unwahrscheinlich gehalten und gesagt, daß ein Zeitgewinn

von wenigen Tagen angesichts der extremen Frühgeburtlichkeit keinen entscheidenden Einfluß auf den Zustand des Kl. und seine weitere Entwicklung gehabt haben dürfte. Bei seiner mündlichen Anhörung vor dem Berufungsgericht hat der Sachverständige sodann erklärt, daß bei einer sich in der 26. Schwangerschaftswoche, wie hier, abzeichnenden Frühgeburt durch eine sofortige Tokolyse durchschnittlich nur ein Gewinn von 2 Tagen erzielt werde und daß die allgemeine Wahrscheinlichkeit im Streitfall gegen ein Erreichen der kritischen Altersgrenze von 30 Wochen spreche. Nach seiner Schätzung lasse sich in 90 % der Fälle die Schwangerschaft durch eine Tokolyse um nicht mehr als 2 Tage verlängern, und der aus einer solchen Verlängerung erwachsende Gewinn sei nicht quantifizierbar.

c) Diesen Ausführungen des Sachverständigen wird das Berufungsgericht nicht gerecht, wenn es trotz der auch nach seiner Ansicht unwahrscheinlichen Vermeidbarkeit der Frühgeburt des Kl. zu Lasten des Bekl. von einer Beweislastumkehr ausgeht. Denn für diese ist die innere Rechtfertigung der Rechtsprechung des erkennenden Senats zu berücksichtigen, die darin liegt, daß wegen der besonderen Schadensneigung des Behandlungsfehlers das Spektrum der für den Mißerfolg in Betracht kommenden Ursachen verbreitert oder verschoben worden ist (BGHZ 85, 212, 216 f.; Senatsurt. v. 28. 6. 1988, a.a.O.; und v. 26. 10. 1993 – VI ZR 155/92 –, VersR 1994, 52, 53). Von einer erheblichen Verschiebung kann aber nach der eigenen Ansicht des Berufungsgerichts im Streitfall nicht ausgegangen werden.

(Bearbeitet von Wiss. Mitarb. Dr. iur. Christian Katzenmeier, Friedrich-Ebert-Platz 2, 69117 Heidelberg)

Behandlungsabbruch vor Einsetzen des Sterbevorgangs aufgrund mutmaßlichen Willens

StGB §§ 22, 212

a) Bei einem unheilbar erkrankten, nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten kann der Abbruch einer ärztlichen Behandlung oder Maßnahme ausnahmsweise auch dann zulässig sein, wenn die Voraussetzungen der von der Bundesärztekammer verabschiedeten Richtlinien für die Sterbehilfe nicht vorliegen, weil der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat. Entscheidend ist der mutmaßliche Wille des Kranken.

b) An die Voraussetzungen für die Annahme eines mutmaßlichen Einverständnisses sind strenge Anforderungen zu stellen. Hierbei kommt es vor allem auf frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen des Patienten, seine religiöse Überzeugung, seine sonstigen persönlichen Wertvorstellungen, seine altersbedingte Lebenserwartung oder das Erleiden von Schmerzen an.

c) Lassen sich auch bei der gebotenen sorgfältigen Prüfung konkrete Umstände für die Feststellung des individuellen mutmaßlichen Willens des Kranken nicht finden, so kann und muß auf Kriterien zurückgegriffen werden, die allgemeinen Wertvorstellungen entsprechen. Dabei ist jedoch Zurückhaltung geboten; im Zweifel hat der Schutz menschlichen Lebens Vorrang vor persönlichen Überlegungen des Arztes, eines Angehörigen oder einer anderen beteiligten Person.

BGH, UrI. v. 13. 9. 1994 – 1 StR 357/94 (LG Kempten)

Problemstellung: Die Grenzen ärztlicher Behandlungspflicht am Ende des Lebens – Abbruch oder Fortführung einer Behandlung, wenn es nur noch um eine künstliche Lebensverlängerung, um eine sinnlose Verzögerung des Sterbens geht – stellen von jeher einen Problemkreis dar, der zweifellos zu den schwierigsten arztstrafrechtlichen Themenkomplexen gehört. Angesichts der atemberaubenden Fortschritte der Medizin und ihrer

Technik wird der vor Ort tätige Arzt immer häufiger mit Fragen aus diesem Sachbereich und mit Konfliktsituationen konfrontiert, für die er vom Recht eine eindeutige Antwort, zumindest aber die maßgeblichen Orientierungspunkte erwartet.

In diesen Rahmen fügt sich die nachstehende Entscheidung des Bundesgerichtshofs als äußerst bedeutsamer Wegweiser ein. Sie macht klar: Obwohl sachverhaltsmäßig nahe beieinanderliegend, müssen die *Sterbehilfe im eigentlichen Sinn*, d. h. die Hilfe für den Sterbenden als Hilfe *beim* Sterben, und die *Sterbehilfe im weiteren Sinne*, d. h. der Abbruch einzelner lebenserhaltender Maßnahmen als Hilfe *zum* Sterben, für die rechtliche Beurteilung scharf voneinander geschieden werden. Während die *echte* Sterbehilfe dem Arzt den Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen wie Beatmung, Bluttransfusion oder künstliche Ernährung unter der Annahme mutmaßlicher Einwilligung ohne weiteres erlaubt, sind wegen der Gefahr sachfremder Erwägungen an die Begründung des mutmaßlichen Willens des Patienten zum Sterben im Falle des Behandlungsabbruchs höhere Anforderungen zu stellen. Auf die *allgemeinen* Wertvorstellungen darf der Arzt dabei nur zurückgreifen, wenn er keine konkreten Umstände für die Feststellung des *individuellen* (mutmaßlichen) Willens des Kranken finden konnte. Denn auch in derartigen Ausnahmesituationen ist das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu achten. Im Rahmen der danach erforderlichen objektiven Abwägung geht im Zweifel der Schutz menschlichen Lebens vor, doch dürfen in die Entscheidung des Arztes auch die Aussichtslosigkeit der Prognose und die Todesnähe einfließen: „Je weniger die Wiederherstellung eines nach allgemeinen Vorstellungen menschenwürdigen Lebens zu erwarten ist und je kürzer der Tod bevorsteht, um so eher wird ein Behandlungsabbruch vertretbar erscheinen.“

Schon diese wenigen Hinweise zeigen, wie schwierig es für den Arzt in diesem medizinisch-juristischen Grenzgebiet ist, im konkreten Fall das Richtige zu treffen, und wie leicht er über Erlaubnis oder Verbot des Behandlungsabbruchs irren kann. Deshalb stellt sich in derartigen Grenzfällen nicht selten die Problematik des Verbotsirrtums, der bei Unvermeidbarkeit zum Schuldaußschluß, bei Vermeidbarkeit möglicherweise zu einer Strafmilderung führt (§ 17 StGB).

Zum Sachverhalt: Das LG hat die Angekl. des versuchten Totschlags schuldig gesprochen und zu Geldstrafen verurteilt. Gegen dieses Urteil wenden sich beide Angekl. mit ihrer jeweils auf die Sachrüge gestützten Revision.

Das LG hat der Verurteilung folgenden Sachverhalt zugrunde gelegt:

Im Oktober 1990 übernahm der Angekl. Dr. Th. die ärztliche Betreuung der damals 70jährigen Edith Sch., die sich seit dem 15. 3. 1990 in der Pflegeabteilung eines Altenheimes befand. Zu deren Pfleger mit dem Wirkungskreis „Aufenthaltsbestimmung, Zuführung zu ärztlicher Behandlung und Vermögensverwaltung“ war ihr Sohn, der Angekl. Sch., bestellt. Frau Sch. litt an einem ausgeprägten himorganischen Psychosyndrom im Rahmen einer präsenilen Demenz mit Verdacht auf Alzheimer-Krankheit. Durch einen Anfang September 1990 erlittenen Herzstillstand mit anschließender Reanimation war sie irreversibel schwerst cerebralgeschädigt. Aufgrund darauf beruhender Schluckunfähigkeit war sie auf künstliche Ernährung mit einer von Dr. Th. verordneten Sondennahrung angewiesen. Zunächst erfolgte die Ernährung über eine Nasensonde, wegen der dabei aufgetretenen Komplikationen ab Ende 1992 über eine Magensonde.

Frau Sch. war seit Ende 1990 nicht mehr ansprechbar, geh- und stehunfähig und reagierte auf optische, akustische und Druckreize lediglich mit Gesichtszuckungen oder Knurren. Trotz Krankengymnastik kam es zu sog. Grobkontrakturen an den Gliedmaßen. Der Angekl. Dr. Th. sah Frau Sch. einmal wöchentlich und behandelte dabei leichtere Erkrankungen mit Salben und Schmerzmitteln. Der Zustand der Patientin veränderte sich nach der Einbringung der Magensonde