



*Prof. Dr. Hans Kudlich*

*Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht  
und Rechtsphilosophie*

*Universität Erlangen-Nürnberg*

# Reichweite einer strafrechtlichen Sanktionierung von Organisationsmängeln

## Strafrechtliche Risiken der Leitungsebene

**10. Kriminalwissenschaftliches Kolloquium**

**Das moderne Krankenhaus - Ort der „desorganisierten“ Kriminalität?**

## LG Nürnberg-Fürth, NJW 2006, 1824



„Der Angeklagte (...) schuf in seinem Betrieb ein gefährliches und rechtswidriges System, das regelhaft zur Übermüdung bis hin zur Erschöpfung der Fahrer auf ihren Touren führen musste“



Dr. Gerda Müller

2000-2009 Vorsitzende des  
VI. Zivilsenates am BGH  
(Arzthaftungsrecht)

Aus: Festschrift G. Hirsch  
2008,  
S. 413-422

„Soweit die Rspr. sich bisher in einzelnen Fällen und insgesamt eher selten mit Fragen der Wirtschaftlichkeit zu befassen hatte, galt stets der Grundsatz, dass **aus wirtschaftlichen Erwägungen keine Abstriche** gemacht werden dürfen, die die Sorgfaltsanforderungen unter den gebotenen **Mindeststandard** drücken würden.“

„Wenn etwa in Zukunft die Mediziner selbst den Standard herabsetzen [...], wäre es fraglich, ob eine derartige Reduzierung des Standards der rechtlichen Nachprüfung standhalten würde [...].“

(S. 421 f.)



Kudlich, Schulte-Sasse: „Täter hinter den Tätern“ in deutschen Krankenhäusern? - Strafbarkeit von „patientenfernen“  
Patientenschäden

## „Täter hinter den Tätern“ in deutschen Krankenhäusern? Strafbarkeit von „patientenfernen“ Entscheidern in Gesundheitseinrichtungen bei organisatorischen

Professor Dr. Hans Kudlich, Erlangen, und Professor Dr. med. Uwe Schulte-Sasse, Heilbronn

### I. Hinführung

Das „Strafrecht des Gesundheitswesens“ ist in der jüngeren Vergangenheit zwar vor allem durch Diskussionen über Korruption oder aber korruptionsstrafrechtliche Fragen des „Sponsoring“<sup>2</sup> – geprägt. Die Kernmaterie des Arztstrafrechts<sup>3</sup> sind hingegen die Straftaten der Körperverletzung und Tötung. Angeklagt finden sich hier vor allem ärztliches Personal, mitunter auch Pflegepersonal – regelmäßig aber nicht: Mitverantwortung haben in der Regel die Klinikleitungen oder (je nach konkreter Organisationsform) vergleichbare Personen. Dieses jedenfalls strafrechtliche „Unwissen“ über die strafrechtlichen Konsequenzen von Körperverletzungs- bzw. Tötungsdelikten nicht so selbstverständlich, wie es auf den ersten Blick erscheinen mag. Die Verantwortlichen sind daher als – plastisch trotz der dogmatisch an sich nicht richtigen „Schublade“ hier einmal als solche zu bezeichnen – korrekter – Nebentäter ohne weiteres vorstellbar<sup>5</sup>.

Schriften zum Medizinstrafrecht

1

Tim Neelmeier

Organisationsverschulden  
patientenferner Entscheider und  
einrichtungsbezogene Aufklärung



Nomos

# Überblick

I. Einführung

II. Strukturelle Gründe für  
(präsumtiv) rechtswidriges  
riskantes Verhalten

III. Praktische Beispiele aus der  
medizinischen Praxis  
(„Verdachtsfälle“)

IV. Zurechnungshürden

# Überblick

I. Einführung

II. Strukturelle Gründe für  
(präsumtiv) rechtswidriges  
riskantes Verhalten

III. Praktische Beispiele aus der  
medizinischen Praxis  
(„Verdachtsfälle“)

IV. Zurechnungshürden

# Überblick

**I. Einführung**

**II. Strukturelle Gründe für  
(präsumtiv) rechtswidriges  
riskantes Verhalten**

**III. Praktische Beispiele aus der  
medizinischen Praxis  
(„Verdachtsfälle“)**

**IV. Zurechnungshürden**



## I. Einführung

## II. Strukturelle Gründe für (präsumtiv) rechtswidriges riskantes Verhalten

## III. Praktische Beispiele aus der medizinischen Praxis („Verdachtsfälle“)

## IV. Zurechnungshürden

- Kostendruck und Verdrängungswettbewerb
- Ziel der Gewinnmaximierung, insb. durch Steigerung der Fallzahlen und Reduzierung der Kostenquote
- Zielvereinbarungen mit adversen Anreizstrukturen

## I. Einführung

## II. Strukturelle Gründe für (präsumtiv) rechtswidriges riskantes Verhalten

## III. Praktische Beispiele aus der medizinischen Praxis („Verdachtsfälle“)

## IV. Zurechnungshürden

- Qualifikationsmängel (in Folge von Personalmangel)
- Fachübergreifende Bereitschaftsdienste
- Delegation auf nicht hinreichend qualifiziertes Personal (etwa MafA-Fall)
- Beschäftigung von Honorarärzten
- Zu hohe „Taktfrequenz“
- Zu geringe Personalausstattung
- Fehlerhafte Erstversorgung (mangels personeller/apparativer Notfallvorsorge) oder Unmöglichkeit, lebensrettende Standards (etwa E-E-Zeit in der Geburtshilfe)

## I. Einführung

## II. Strukturelle Gründe für (präsumtiv) rechtswidriges riskantes Verhalten

## III. Praktische Beispiele aus der medizinischen Praxis („Verdachtsfälle“)

## IV. Zurechnungshürden

- „Verwässerung der Kausalität“ bzw. der objektiven Zurechenbarkeit mit zunehmender Entfernung vom Patienten
- Bestimmung des Sorgfaltsmaßstabs bei Entscheidungen auf Marko-Ebene
- Mittelfristige Konsequenzen eines Grundsatzes „Nichtleistung statt Schlechtleistung?“
- Praktischer Aspekt: Gutachter-Augenmerk?