



## Das Urteil

Show-Gerichtsverhandlung  
beim 12. Symposium Leitstelle

- **Juristische Konsequenzen sorgfaltswidriger Notrufabfragen** wurden beim 12. Symposium Leitstelle aktuell in Bremerhaven am 20. Mai 2025 auch in einer Hauptverhandlung aufgearbeitet, die auf einem fiktiven, aber praxisrelevanten Fall basierte.

## **Show-Gerichtsverhandlung beim 12. Symposium Leitstelle: Urteil wegen fahrlässiger Tötung**

Ralf Tries, Direktor des Amtsgerichts Montabaur

**Juristische Konsequenzen sorgfaltswidriger Notrufabfragen wurden beim 12. Symposium Leitstelle aktuell in Bremerhaven am 20. Mai 2025 auch in einer Hauptverhandlung aufgearbeitet. Das auf einem fiktiven, aber praxisrelevanten Fall basierende und zuvor vielseitig abgewogene, mündlich begründete Strafurteil wird hiermit schriftlich abgesetzt allen Interessierten „zugestellt“:**

**Im Namen des Volkes**

### **URTEIL**

In der Strafsache gegen

Frank Macke

– Verteidiger: Rechtsanwalt Geduld –

wegen fahrlässiger Tötung

hat das Amtsgericht – Schöffengericht – Lummerstadt aufgrund der Hauptverhandlung vom 20. Mai 2025, an der teilgenommen haben:

Richter am Amtsgericht Tries als Vorsitzender  
zwei aus dem Publikum berufene Schöffen

Staatsanwalt Streng  
als Vertreter der Staatsanwaltschaft

Justizsekretärin Siems  
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

*(Anmerkung zu weiteren Mitwirkenden:  
Sachverständiger Prof. Dr. Georgius Letalis  
Zeugin Notärztin Eske Tamin  
Zeuge ÄLRD Dr. Friedel Unschuld  
Zeuge Hannes Janßen)*

#### **für Recht erkannt:**

1. Der Angeklagte ist schuldig der fahrlässigen Tötung.
2. Er wird verwarnt.
3. Die Verurteilung zu einer Geldstrafe von 60 Tagessätzen zu je 130,00 Euro bleibt vorbehalten.
4. Der Angeklagte hat die Kosten des Verfahrens zu tragen.

**Angewendete Vorschriften:** §§ 222, 59 StGB

## Gründe:

### I.

Der zum Zeitpunkt der Hauptverhandlung 53-jährige verheiratete Angeklagte wuchs mit zwei Geschwistern bei seinen Eltern in Tiefenhausen auf. Nach dem Realschulabschluss absolvierte er eine Ausbildung zum Rettungssanitäter mit späteren Überleitungen zum Rettungsassistenten und schließlich im Jahr 2019 zum Notfallsanitäter. Seit Januar 2020 ist der Angeklagte auch als Leitstellendisponent tätig. Er verdient derzeit monatlich brutto 4.600 Euro. Seine Ehefrau, mit der er ein von seinen Eltern geerbtes, unbelastetes Einfamilienhaus bewohnt, ist ebenfalls ganztags berufstätig. Unterhaltspflichten oder Schulden bestehen keine.

Der Angeklagte ist nicht vorbestraft.

### II.

Am 17. April 2024 war der Angeklagte auf der Rettungsleitstelle als Leitstellendisponent eingesetzt. Um 14.03 Uhr nahm er über den Notruf „112“ folgenden Anruf des 47-jährigen Ingo Oelsen entgegen, der selbst seit 20 Jahren nebenberuflich als Rettungssanitäter im Krankentransport im Kreisgebiet tätig und daher dem Angeklagten auch persönlich bekannt war:

*Angeklagter: „Notruf, Feuerwehr und Rettungsdienst, wo genau ist der Notfallort?“*

*Oelsen (hörbar schmerzbelastet): „Oh, der Ingo hier, Ingo Oelsen. Frank, bist du das?“*

*Angeklagter: „Ja, bin ich, Ingo, ja, Tag, was ist los?“*

*Oelsen: „Oh, ich habe so Schmerzen, Interkostalneuralgie wahrscheinlich. Ich kann mich überhaupt nicht mehr bewegen, das tut so weh. Hör mal, kannst Du mir ein Auto schicken?“*

*Angeklagter: „Ja, natürlich. Wohin denn?“*

*Oelsen: „Zu mir, Fürstenstraße 13 in Hochhausen. Ich habe mit der Orthopädie im Marienhaus schon telefoniert. Die wissen Bescheid; ich soll kommen - ich kriege das hier so nicht hin.“*

*Angeklagter: „Dann schick ich Dir KTW, reicht das?“*

*Oelsen: „Ja, KTW ist ausreichend, habe Schmerzen so Skala 7 bis 8 oder so.“*

*Angeklagter: „Seit wann hast Du das denn?“*

*Oelsen: „Ging vor einer Stunde wieder los. Hatte das schon mal vor acht Monaten. Da habe ich eine Spritze bekommen, da ging das wieder.“*

*Angeklagter: „Der 6/85/2 ist gleich frei. Der braucht noch so ca. 20 Minuten, dann wäre der bei Dir. Wenn das reicht?“*

*Oelsen: „Ja geht schon, wenn ich mich nicht groß bewege; kriege das hin, passt.“*

*Angeklagter: „Alles klar, schick Dir den gleich rüber. Dann gute Besserung.“*

*Oelsen: „Wird schon wieder, danke, tschüss.“*

*Angeklagter: „Tschö.“*

Noch vor Eintreffen des Krankentransportwagens ging bei dem Angeklagten um 14.25 Uhr ein weiterer Notruf über die 112 ein, in dem der merklich aufgeregte Anrufer Hannes Janßen, ein Nachbar des Ingo Oelsen, Hilfe anforderte:

*Angeklagter: „Notruf, Feuerwehr und Rettungsdienst, wo genau ist der Notfallort?“*

*Janßen: „Ja, Sie müssen bitte ganz schnell kommen. Nach Hochhausen in die Fürstenstraße 13, beim Ingo Oelsen. Der ist gerade zusammengebrochen und irgendwie ... der sagt gar nichts mehr.“*

*Angeklagter: „Hochhausen, Fürstenstraße 13 – der, der Kollege Oelsen, ist das der?“*

*Janßen: „Ja, ja, ganz schnell bitte.“*

*Angeklagter: „Ja, schicke sofort Notarzt raus. Die sind direkt, direkt bei Ihnen.“*

*Janßen: „Ja, kommen Sie bitte ganz schnell, Tür ist auf.“*

*Angeklagter: „Ja gut, kommen, schon alarmiert.“*

*Janßen: „Danke, tschüss.“*

Bei zeitgleichem Eintreffen des Notarzteinsatzfahrzeuges und des ebenfalls zur dringenden Weiterfahrt aufgeforderten Krankentransportwagens um 14.32 Uhr – Eintreffen des Rettungstransportwagens um 14.34 Uhr – bei dem Patienten Oelsen stellte die Notärztin Dr. Eske Tamin fest, dass der bewusstlose Patient keine Atmung und keinen Puls mehr hatte. Die eingeleiteten Reanimationsmaßnahmen mit anfänglich zweimaliger Defibrillation wurden nach 50 min abgebrochen. Ein Transport in das ca. 5 min Fahrzeit entfernte Kreiskrankenhaus erfolgte nicht mehr. Ingo Oelsen verstarb an einem akuten Herzinfarkt auf dem Boden eines Verschlusses (Gerinnsel) des absteigenden Astes der linken Herzkranzschlagader. Durch das Gerinnsel wurde die Blut- und somit Sauerstoffversorgung des Herzmuskels unterbrochen, wodurch ein Untergang des Herzmuskelgewebes resultierte. Hätte der Angeklagte auf den ersten Notruf sofort Notarzteinsatzfahrzeug und Rettungswagen alarmiert, hätte Oelsen deutlich länger überlebt. Bei einer telefonischen Anleitung des Hannes Janßen zur (Laien-) Reanimation bei dessen Notruf hätte Oelsen wahrscheinlich deutlich länger überlebt.

### III.

1. Die Feststellungen zur Person des Angeklagten beruhen auf dessen glaubhaften Angaben. Ausweislich des verlesenen Bundeszentralregisterauszuges vom 8. Mai 2025 ist der Angeklagte nicht vorbestraft.

Der Angeklagte räumte den Verlauf der beiden vom Gericht durch Abspielen der Aufzeichnungen in die Hauptverhandlung eingeführten Notrufe sowie die sich aus dem als Urkunde verlesenen Leitstellenprotokoll ergebenden Dispositionen der Rettungsmittel ein. Er habe beim Anruf des „Kollegen“ Ingo Oelsen auf dessen Fachkompetenz vertraut. Der zweite Anruf des Hannes Janßen habe ihn vollkommen geschockt. Er sei zutiefst erschüttert und leide erheblich; vier Wochen sei er nicht arbeitsfähig gewesen. Telefonreanimation könne in der Leitstelle allerdings auch nur gelegentlich nach einem Schema auf einem Handzettel durchgeführt werden. Für lange Gespräche wäre bei den vielen Notrufen und Personalmangel oft keine Zeit.

2. Der Zeuge Hannes Janßen sagte in der Hauptverhandlung aus, bei seinem Nachbarn geklingelt zu haben, um ihm zwei Flaschen frischen Apfelsaft zu bringen. Oelsen habe die Tür geöffnet und sei dann sofort wieder unter Schmerzäußerungen in gebückter Haltung ins Wohnzimmer gegangen. Dort sei er zusammengebrochen und regungslos auf dem Boden liegen geblieben. Sofort habe Janßen über die „112“ den Rettungsdienst verständigt. Er habe die Haustür für den Rettungsdienst offengelassen, seinen Nachbarn immer wieder laut angesprochen und auch mal an ihm gerüttelt. Der habe auf nichts reagiert. Als der Rettungsdienst gekommen sei, habe er vor dem Haus gewartet.

3. Als (sachverständige) Zeugin führte die Notärztin Dr. Eske Tamin aus, den Patienten in einem sofort reanimationsbedürftigen Zustand angetroffen zu haben. Aufgrund anfänglich sich im EKG darstellenden Kammerflimmern sei wiederholt, insgesamt zweimal defibrilliert worden. Sämtliche auch medikamentösen Maßnahmen der sich insgesamt über 50 min erstreckenden Herz-Lungen-Wiederbelebnungsmaßnahmen seien frustriert verlaufen. Um 15.25 Uhr habe sie den Tod des Patienten festgestellt.

Das Gericht hat die Zeugenaussage der Notärztin im Hinblick auf deren Beurteilungsrelevanz zum Patientenzustand und zur Kausalität des Tatvorwurfs detailliert wie folgt festgehalten:

Der Patient habe bei Ankunft im Wohnzimmer in Rückenlage mit einem blassen Hautkolorit auf dem Boden gelegen. Es sei eine Zyanose der Lippen und Finger aufgefallen. Herr Oelsen habe keine Reaktion auf laute Ansprache oder einen Schmerzreiz gezeigt. Weiterhin habe ein Atemstillstand vorgelegen. Eine Reanimationssituation sei von ihr laut für alle kommuniziert worden. Ein Rettungssanitäter habe sofort mit der Herzdruckmassage begonnen. Beim Blick in die Augen habe sie beidseits weite Pupillen festgestellt, die nicht auf Licht reagiert hätten, der Glasgow Coma Score sei 3 (Bewusstlosigkeit) gewesen. Es hätten sich keine gestauten Halsvenen, keine Blutungen nach außen oder sonstigen sichtbaren Verletzungen gefunden. Die Umgebung sei sicher und unauffällig gewesen. Im Verlauf des Einsatzes seien Blutzucker mit 190 mg/dl und Körpertemperatur mit 35,7 °C ermittelt worden.

Nach sofortigem Beginn der Thoraxkompressionen sei unverzüglich die Anlage der Patches zur EKG-Ableitung erfolgt, um festzustellen, ob der Rhythmus defibrillierbar ist. Bei kurzer Unterbrechung sei visuell ein Kammerflimmern im EKG erkannt worden. Bei Fortsetzung der Thoraxkompressionen sei der Defi geladen und anschließend sofort mit einem ersten Schock (200 Joule) defibrilliert worden. Im Verhältnis 30:2 sei die Reanimation fortgesetzt worden. Die letzten 10 Thoraxkompressionen würden laut gezählt, um damit jeweils einen nahtlosen Übergang zur Ventilation (zweimalige Beatmung) zu ermöglichen. Nach den ersten zwei Beatmungen mit dem Beatmungsbeutel habe sie eine Atemhilfe zügig eingeführt und die Sauerstoffgabe ( $\text{FiO}_2$  1,0) angeschlossen. Nach 2 min sei die nächste EKG-Analyse erfolgt und ein erneutes Kammerflimmern im EKG erkannt worden. Ein zweiter Schock sei abgegeben worden. Der komprimierende Seitenhelfer habe absprachegemäß in dieser kurzen Phase die Position mit dem Kollegen, der am Notfallrucksack gearbeitet habe, gewechselt; dieser habe dann die Thoraxkompressionen fortgesetzt.

Nach Eintreffen auch des RTW sei parallel zu den Reanimationsmaßnahmen ein peripherer Venenzugang am linken Unterarm gelegt, eine Vollelektrolytlösung angeschlossen und 1 mg Adrenalin vorbereitet worden. Blutzucker sei mit 190 mg/dl und die Körpertemperatur mit 35,7 °C gemessen worden.

Die Kapnografie sei als ergänzendes Monitoring angeschlossen und die kardiopulmonale Reanimation (CPR) ab dann mit kontinuierlichen Thoraxkompressionen und ca. 10 Beatmungen/min fortgesetzt worden. Ein Leistenpuls sei in der Kontrolle während der CPR gut tastbar gewesen. In der folgenden kurzen Rhythmusanalyse nach weiteren zwei Minuten habe sich eine Asystolie gezeigt. Die CPR sei fortgesetzt und sofort Adrenalin 1 mg i.v. verabreicht worden.

Im Rahmen eines „10 for 10“ während fortlaufender Maßnahmen sei der Wechsel des Komprimierenden alle 2 min während der kurzen Rhythmusanalyse und die Adrenalingabe von 1 mg i.v. alle 4 min besprochen worden. Des Weiteren wären mögliche reversible Ursachen für den Herz-Kreislaufstillstand durchgegangen worden („vier H und HITS“: Hypoxie, Hypovolämie, Hypo-/Hyperkaliämie, Hypo-/Hyperthermie sowie Herzbeutel-tamponade, Intoxikation, Thromboembolie, Spannungspneumothorax).

Mit dem Ultraschallgerät habe sie eine subxiphoidale Untersuchung des Herzens zum Ausschluss eines Perikardergusses durchgeführt, zusätzlich sei die Aorta angeschaut und ein Lungenscannen durchgeführt worden. Aufgrund der aktuellen Untersuchungsergebnisse, der Informationen des Nachbarn und der KTW-Besatzung sei das Team von einem akuten Myokardinfarkt als Erstdiagnose und Ursache des Herz-Kreislauf-Stillstandes ausgegangen.

Im Verlauf der Reanimation hätten alle weiteren Rhythmusanalysen eine Asystolie gezeigt, es sei nie zu einer Wiedererlangung des Kreislaufes (keine ROSC-Situation) gekommen. Das expiratorische CO<sub>2</sub>, welches initial zwischen 25 – 30 mmHg gelegen habe, sei trotz effektiver Thoraxkompressionen im Verlauf auf unter 10 mmHg abgefallen. Nach erfolglosen Maßnahmen sei bei vermuteter mehrminütiger Low-Flow-Time und initial lichtstarrten, weiten Pupillen (Hypoxiezeichen) die gemeinsame Team-Entscheidung zum Einstellen der Maßnahmen um 15.25 Uhr getroffen worden.

4. Der Teamleiter der Leitstelle, der Zeuge Dittmar Funk, hat von seinem Auskunftsverweigerungsrecht gem. § 55 StPO bereits von Beginn des Ermittlungsverfahrens an Gebrauch gemacht, da auch gegen diesen Ermittlungen wegen fahrlässiger Tötung durch Unterlassen das Geschehen betreffend laufen.
5. Als Zeuge vernommen, sagte der Ärztliche Leiter Rettungsdienst Dr. Friedel Unschuld mit Aussagegenehmigung des Landrats (§ 54 Abs. 1 StPO) aus, dass er an die Leitstelle „nicht rankommt“. Das sei eine eigene Welt. Außerdem sei er mit einer nur halben Stelle als Ärztlicher Leiter auch sonst schon voll ausgelastet. Telefonreanimation sei für ihn wichtig und eigentlich erwarte er deren konsequente Umsetzung.

Nachdem der Vertreter der Staatsanwaltschaft darauf hingewiesen hat, dass sich auch ein Ärztlicher Leiter Rettungsdienst im Rahmen seiner Organisationsverantwortung wegen fahrlässiger Tötung schuldig machen kann und Ermittlungen hier auch den Ärztlichen Leiter Rettungsdienst Dr. Unschuld betreffen, schwieg der Zeuge unter Berufung auf § 55 StPO.

6. Der Leiter des Rechtsmedizinischen Instituts des Universitätsklinikums, Prof. Dr. Georgius Letalis, führte als Sachverständiger aus, dass nach dem Ergebnis der von ihm durchgeführten rechtsmedizinischen Obduktion des Leichnams von Ingo Oelsen dieser an einem akuten Herzinfarkt auf dem Boden eines Verschlusses (Gerinnsel) des absteigenden Astes der linken Herzkranzschlagader verstorben sei. Durch das Gerinnsel sei die Blut- und somit Sauerstoffversorgung des Herzmuskels unterbrochen worden, wodurch ein Untergang des Herzmuskelgewebes resultierte.

Bei einem Herzinfarkt handele es sich um einen Notfall, da möglichst schnell die Gefäßverlegung, in diesem Fall ein Blutgerinnsel, aufgelöst werden müsse, um weiterreichende Schädigungen des Herzmuskels oder wie im konkreten Fall ein Versterben zu verhindern. Symptome eines Herzinfarktes könnten neben Atemnot und Schweißausbrüchen plötzliche auftretende Schmerzen im Brustkorbbereich ggf. mit Ausstrahlung in den Arm oder den Oberbauchbereich sein. Im gegenständlichen Begutachtungsfall habe Oelsen dem Angeklagten über sehr starke, plötzlich einsetzende Schmerzen berichtet und selbstständig die Diagnose einer Interkostalneuralgie gestellt. Der Angeklagte habe daraufhin keine weiterführenden Fragen zur genauen Lokalisation und Symptomatik des „Rückenschmerzes“ gestellt. Aus rechtsmedizinischer Sicht hätten derartige Nachfragen jedoch ungeachtet der von Herrn Oelsen selbst geäußerten Diagnose einer Interkostalneuralgie zwingend erfolgen müssen. Auch wenn Schmerzen im Rücken- oder Brustkorbbereich eine muskuloskelettale oder nervale Ursache haben können, seien andere lebensbedrohliche Ursachen zunächst in Betracht zu ziehen, respektive müssten solche durch weiterführende Untersuchungen ausgeschlossen werden.

Der Sachverständige teilt die ihm vom Gericht vorgehaltene Textpassage aus dem gemeinsamen „Kommentar zum aktuellen Notarztindikationskatalog (NAIK) der Bundesärztekammer (BÄK) zur Nutzung in der Leitstelle aus Anwendungssicht“ des Bundesverbands der ÄLRD, des Fachverbands Leitstellen e.V. und der Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften Notärzte Deutschlands e.V. vom 3. Februar 2025, die wie folgt lautet:

*„Das akute Koronarsyndrom ist eine Diagnose, die im Verlauf gestellt wird. Für den Disponenten sind die beim Notruf geschilderten Symptome ausschlaggebend. Bei Schmerzen im Rumpfbereich beginnend im Oberbauch über Thorax bis hin zu den Schulterblättern und Armen muss abgeklärt werden, ob diese mit vegetativen Symptomen wie Kaltschweißigkeit, Übelkeit oder Erbrechen einhergehen. Ohne Vorliegen dieser Symptome ist die Versorgung durch einen RTW mit Notfallsanitäter und der Möglichkeit der Hinzuziehung eines Telenotarztes oder der Nachalarmierung des Notarztes ausreichend, wenn nicht die Schmerzstärke selbst einen Notarzteinsatz bedingt (starker, nicht beherrschbarer Schmerz).“* (Bundesverband der ÄLRD e.V., Fachverband Leitstellen e.V., Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften Notärzte Deutschlands (BAND) e.V. (Hrsg.) (2025) Kommentar zum aktuellen Notarztindikationskatalog (NAIK) der Bundesärztekammer (BÄK) zur Nutzung in der Leitstelle aus Anwendungssicht. [https://band-online.de/wp-content/uploads/2025/02/2025\\_02\\_03\\_NAIK-Kommentierung\\_FVLST\\_BV\\_AeLRD\\_BAND.pdf](https://band-online.de/wp-content/uploads/2025/02/2025_02_03_NAIK-Kommentierung_FVLST_BV_AeLRD_BAND.pdf))

Im gegenständlichen Begutachtungsfall hätte nach den weiteren Ausführungen des Sachverständigen bei einer suffizienten Anamnese seitens des Disponenten der Verdacht auf einen akuten Herzinfarkt erhärtet werden können und eine umgehende Entsendung eines Rettungswagens und Notarztes veranlasst werden müssen. Bei einem im typischen Zeitintervall liegenden Eintreffen der Rettungskräfte nach ca. 8 min, wie es später auch nach dem weiteren Notruf des Nachbarn der Fall war, hätten zeitnah überlebenswichtige medizinische Maßnahmen begonnen und der Patient Oelsen zwecks Herzkatheteruntersuchung in ein Krankenhaus gebracht werden können. Bei zeitnaher Einleitung adäquater Maßnahmen hätte Oelsen höchstwahrscheinlich „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“ deutlich länger überlebt.

Hinsichtlich des Notrufes seitens des Nachbarn sei rechtsmedizinisch nicht nachvollziehbar, weshalb trotz der von dem Nachbarn berichteten Bewusstlosigkeit des Herrn Oelsen keine Anleitung zu einer Laienreanimation gegeben wurde. Hierbei sei zu berücksichtigen, dass der Disponent auch den vorherigen Anruf des Herrn Oelsen entgegengenommen habe und somit spätestens jetzt von einer lebensbedrohlichen Situation, die Reanimationsmaßnahmen benötigte, hätte ausgehen müssen. Die Durchführung einer angeleiteten Laienreanimation wäre zur Überbrückung der Zeit bis zum Eintreffen der Rettungskräfte klar indiziert gewesen und hätte die Überlebenschancen des Herrn Oelsen deutlich erhöht.

## IV.

### 1. Fahrlässige Tötung

Fahrlässig handelt im Strafrecht, wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer Acht lässt, zu der er nach den konkreten Umständen und nach seinen persönlichen Kenntnissen und Fähigkeiten verpflichtet und imstande ist.

Das Gericht ist nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme davon überzeugt, dass die Abwicklung beider Notrufe sorgfaltswidrig war. Art und Maß der anzuwendenden, im Verkehr erforderlichen Sorgfalt bestimmen sich nach den Anforderungen, die bei objektiver Betrachtung der Notrufe ex ante, also zur Einsatzzeit, an einen besonnenen und gewissenhaften Menschen in der konkreten Situation und seiner sozialen Rolle zu stellen sind (z.B. BGH, Urteil vom 19. April 2000, 3 StR 442/99). Dieser allgemeine Sorgfaltsmaßstab lässt sich in Bezug auf die Bearbeitung von Notrufen, insbesondere sowohl hinsichtlich der abzufragenden Umstände als auch erforderlicher Hinweise, durch die geltenden gesetzlichen Bestimmungen und die allgemeingültigen, wissenschaftlich anerkannten Standards weiter konkretisieren.

Es ist allgemein anerkannt, dass eine ärztliche Versorgung im eigentlichen Sinne bzw. eine abschließende Diagnosestellung grundsätzlich nicht in den Aufgabenbereich des Rettungsdienstes fällt (z.B. LG Düsseldorf, Urteil vom 11. März 2020, 2b O 112/17). Das gilt umso mehr für Leitstellenmitarbeiter, die lediglich auf telefonische Hinweise weitere Hilfeleistungen koordinieren. Die Diagnosestellung fällt aber auch nicht in den Aufgabenbereich des Anrufers. Eigendiagnosen und Versorgungsvorstellungen eines Anrufers haben die Mitarbeiter der Rettungsleitstellen, die vielfach eine unnötig dringende Inanspruchnahme beklagen, mit kritischer Distanz zu begegnen. Scheinbare Sachkunde des Patienten befreit einen Leitstellendisponenten nicht von der Verpflichtung, eigenverantwortlich sämtliche wesentliche Parameter abzufragen. Das gilt selbstverständlich auch dann, wenn seitens eines Anrufers die weniger dringende Versorgungsvariante vorgebracht wird. Strukturierte Abfrageschemata sollen Disponenten davor bewahren, sich von selbstbewusstem und vermeintlich sachkundigem Auftreten des Anrufers in die Irre führen zu lassen. Selbst Anrufe aus Arztpraxen sind in jedem Einzelfall sorgfältig auf die Voraussetzungen zu einer abgekürzten Gesprächsführung und einem Befolgen von Vorgaben zu überprüfen. Unterschiede zwischen KTW und RTW, Rettungssanitäter und Notfallsanitäter sowie die (Tele-)Notarztindikation sind keinesfalls in jeder Arztpraxis bekannt (relevant sind z.B. die Fachrichtung, die Häufigkeit der Zusammenarbeit, ob der behandelnde Arzt selbst oder ein Dritter Anrufer ist).

Für das Vorgehen eines Leitstellenmitarbeiters ist wichtig (zitiert aus Tries R [2018] Das Leitsymptom in der Medizin: Indiz, aber kein Beweis. RETTUNGSDIENST 41 [10]: 84-86):

*„Leitsymptome (Kardinalsymptome) in der Medizin sind nur in seltenen Fällen pathognomonisch und damit spezifisch für bestimmte Krankheitsbilder. Sie sind in der Regel nur ein Indiz, nicht aber der Beweis für eine Erkrankung. Weitere Ermittlungen sind daher erforderlich, um den sich aus einem Leitsymptom ergebenden Krankheitsverdacht zu erhärten, genauso aber auch, um ihn zu entschärfen. Vergleichbar mit den Ermittlungen gegen einen Beschuldigten wegen des Verdachts einer Straftat darf der Blick nicht nur auf belastende Umstände gerichtet sein, sondern muss genauso entlastende Faktoren einbeziehen. Den guten, sachverständigen ‚Ermittler‘ zeichnet aus, sich von einem ‚Leitsymptom‘ nicht voreilig zu einer (Verdachts-)Diagnose verleiten zu lassen. Da ein Leitsymptom häufig das vom Patienten primär wahrgenommene Symptom ist, wird es entsprechend oft schon vom Patienten oder seinen besorgten Angehörigen als ‚Laienermittler‘ ausermittelt vorgebracht. Ihnen bietet dabei das Internet eine unüberschaubare, höchst risikobehaftete Informationsgrundlage. Der Profiermittler muss solche manipulativen Einflüsse hinterfragen und würdigen.“*

Der hier relevante Sachverhalt ist ein Klassiker unter den auch die Gerichte immer wieder beschäftigenden Fällen, nämlich der Interkostalneuralgie in Abgrenzung zum akuten Koronarsyndrom.

In den Leitlinien zum akuten Koronarsyndrom (ACS) werden die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen für das ACS beschrieben. Die Dringlichkeit der speziellen Therapie beim ACS lässt Ärzten, die grundsätzlich zwar nicht an Leitlinien gebunden sind, insoweit allerdings kaum einen Entscheidungsspielraum. Insbesondere die empfohlene Befunderhebung ist eindeutig und alternativlos. Als Leitsymptom des ACS wird in den Leitlinien der akute Thoraxschmerz beschrieben, auch wenn dieser eine niedrige Spezifität aufweist und in bestimmten Fällen Schmerzen anders ausfallen können (Begriffe wie „atypisch“ und „typisch“ sollen daher auch vermieden werden).

Das Oberlandesgericht Koblenz hat einen Orthopäden im Rahmen einer sorgfältigen Anamneseerhebung dazu verpflichtet angesehen, zunächst den Patienten zu fragen, wann die akuten Schmerzen erstmals aufgetreten sind (siehe Beschluss des OLG Koblenz vom 30. Januar 2012: 5 U 857/11; Tries R [2012] Interkostalneuralgie oder akutes Koronarsyndrom: Bedeutung einer konsequenten Anamneseerhebung. RETTUNGSDIENST 35 [9]: 60-61). Bei dieser Abklärung zum Leitsymptom eines ACS wäre in dem damaligen Fall festgestellt worden, dass die Schmerzsymptomatik erst seit einer Stunde bestand. Aus dieser Erkenntnis wäre dann auch klar gewesen, dass eine aktuelle internistische Abklärung noch nicht erfolgt sein konnte. Der Senat führt weiter aus, dass der Arzt trotz Drängens des Patienten nach einer schnellen Analgesie besonnen bleiben muss, wozu auch gehört, die scheinbar sachkundige, wortreich und mit Nachdruck vertretene Eigendiagnose einer Interkostalneuralgie (der Patient war ebenfalls Rettungssanitäter) besonders kritisch und ggf. über das eigene Fachgebiet hinaus zu hinterfragen.

Das Beispiel aus der Rechtsprechung verdeutlicht eindrucksvoll, dass die Kommunikation mit der Patientin bzw. dem Patienten ganz wesentlicher Bestandteil für die richtige Deutung eines im Notruf angeführten Leitsymptoms ist. Einzuschlagen ist der Weg, an dessen Ziel die Versorgung der akut bedrohlichsten Erkrankung unter den möglichen gesichert ist. Unbeeindruckt von Emotionen und Forderungen muss der Weg dafür routiniert und strukturiert gegangen werden.

Der Sachverhalt offenbart noch eine weitere ernst zu nehmende Verantwortung der Rettungsleitstellen. Ihre Abfrage muss über die Erfordernisse für die Disposition der geeigneten Rettungsmittel hinaus unter bestimmten Umständen auch weitergehende Befra-

gungen umfassen, um ggf. wichtige Erste-Hilfe-Maßnahmen vor Ort sofort einzuleiten. Solche können den Patienten (z.B. Telefonreanimation) oder aber auch den Anrufer bzw. sonstige Personen vor Ort betreffen (z.B. Schutzmaßnahmen bei Verdacht auf Kohlenmonoxidintoxikation). Auch insoweit ist ein strukturiertes Vorgehen geboten, insbesondere dann, wenn eine Maßnahme wie die Telefonreanimation (vgl. Tries M [2025] Telefonreanimation konsequent „durchdrücken“: Ein haftungsrechtlicher Überblick, MedR 43: 362-368. DOI: 10.1007/s00350-025-7024-8), als Standardmaßnahme erwartet wird.

Wer als Leitstellendisponentin oder -disponent die Telefonreanimation nicht veranlasst, obwohl sie bzw. er deren Indikation erkannt und einen Schadenseintritt (Körperverschädigung durch z.B. apallisches Syndrom oder Tod) billigend in Kauf genommen hat, sieht sich sogar dem Vorwurf einer Vorsatztat mit ganz erheblichen strafrechtlichen Konsequenzen ausgesetzt.

## 2. Kausalität

Nach dem Ergebnis der durchgeführten Beweisaufnahme ist eine auf den verzögerten Rettungswageneinsatz beruhende kausale Tötung gegeben. Das Gericht schließt sich den in jeder Hinsicht nachvollziehbaren und überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. Letalis an, der ein international renommierter Rechtsmediziner ist und sich auf korrekte Anknüpfungstatsachen gestützt hat. Er hat seine medizinischen Feststellungen und Schlussfolgerungen detailliert unter Einbeziehung seiner Ergebnisse bei der Obduktion nebst laborparametrischer Auswertungen sowie insbesondere auch des von der sachverständigen Zeugin, der Notärztin Dr. Eske Tamin, glaubhaft vorgetragene Behandlungsverlaufs geschildert. Alle Nachfragen hat der Sachverständige spontan und präzise beantwortet. Er hat sich mit erhobenen Einwendungen und hypothetischen Sachverhalten auseinandergesetzt und jederzeit darauf hingewiesen, wenn medizinische Zweifel oder Unsicherheiten bestehen. Solche Zweifel bleiben bestehen, wenn ausgehend nur vom zweiten Notruf die Folgen der unterbliebenen (Telefon-)Reanimation durch den Nachbarn gewürdigt werden.

Insoweit konnte der Sachverständige lediglich eine deutliche Erhöhung der Überlebenschancen feststellen, nicht aber die für eine Verurteilung im Strafverfahren erforderliche Sicherheit für eine erhebliche Lebensverlängerung feststellen.

## 3. Strafzumessung

Der Angeklagte hat sich nach alledem einer fahrlässigen Tötung gem. § 222 StGB strafbar gemacht. Die gesetzliche Strafandrohung dafür ist eine Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder Geldstrafe.

Dem Angeklagten war zugutezuhalten, dass er bislang strafrechtlich nicht in Erscheinung getreten ist und ihn der Tod des Patienten, den er aufgrund dessen ehrenamtlicher Rettungsdienstmitarbeit persönlich kannte, anhaltend sehr belastet. Das Gericht verkennt auch nicht, dass die fehlerhaften Notrufbearbeitungen entgegen einer strukturierten, beim zweiten Notruf standardisiert erwarteten Telefonreanimation auf außergewöhnlichen Umständen beruhten. Im ersten Notruf hat der Patient die Gesprächsführung übernommen und der Angeklagte sich im Vertrauen auf die Kompetenz des ihm als ehrenamtlicher Rettungssanitäter bekannten Kollegen darauf eingelassen. Deutlich geschockt nahm der Angeklagte dann den zweiten, in dieser Entwicklung aus seiner Sicht vollkommen überraschenden Notruf entgegen. Die Fahrlässigkeit ist nach alledem, insbesondere bei dem strafrechtlich aufgrund des Kausalitätsnachweises relevanten ersten Notruf im

einfachen, untersten Bereich eines Verschuldens zu sehen. Der Verhängung einer Freiheitsstrafe bedarf es nicht. Auch eine Geldstrafe ist im unteren Bereich tat- und schuldangemessen. Hinsichtlich der Tatfolgen muss dem Angeklagten zugutegehalten werden, dass die Lebensverlängerung bei ordnungsgemäßer Abwicklung des Notrufs zwar für die Tatbestandsverwirklichung ausreichte, aber nicht zwingend ein langfristiges Weiterleben über Wochen, Monate oder gar Jahre festgestellt werden kann.

Das Gericht hat nach alledem eine Geldstrafe in Höhe von 60 Tagessätzen – unter Berücksichtigung der finanziellen Verhältnisse des Angeklagten – mit einer Tagessatzhöhe von 130,00 EUR für angemessen erachtet.

Unter nochmaliger Abwägung sämtlicher für und gegen den Angeklagten sprechenden Umstände war es vertretbar, die Verurteilung zu dieser Strafe vorzubehalten (§ 59 StGB). Neben den bereits zugunsten des Angeklagten strafmildernd angeführten Umständen sieht das Gericht ein gravierendes Organisationsverschulden der Führungskräfte bei der strikten Durchsetzung strukturierter und standardisierter Notrufabfragen. So wurde insbesondere die Telefonreanimation als Standardmaßnahme nicht ausreichend in den Leitstellenbetrieb implementiert und reglementiert (Marung H, Lohs T, Prueckner S et al. [2022] Telefonreanimation konsequent umsetzen: Qualitätsmanagement beim außerklinischen Kreislaufstillstand. Notfall Rettungsmed 25: 398-400. DOI: 10.1007/s10049-021-00963-0; Marung H, Hackstein A, Lenz W [2015] Telefonische Reanimationsanleitungen durch Leitstellendisponenten. Notfall Rettungsmed 18: 567-572. DOI: 10.1007/s10049-015-0047-3).

Mit Blick auf den Angeklagten als Leitstellendisponenten gebietet auch die Verteidigung der Rechtsordnung hier nicht die Verurteilung zur Strafe. Anders wäre es, wenn der Angeklagte uneinsichtig die Notwendigkeit einer strukturierten und standardisierten Notrufbearbeitung infrage gestellt hätte.

Somit hat es nach Ablauf der im gesondert erlassenen Beschluss festgesetzten Bewährungszeit von einem Jahr mit der Verwarnung sein Bewenden. Die Eintragung der Verwarnung wird bereits nach erfolgreichem Ablauf der Bewährungszeit aus dem Bundeszentralregister entfernt (§ 12 Abs. 2 Satz 2 BZRG); im Führungszeugnis erscheint sie gar nicht.

#### **4. Sonstige Konsequenzen**

Abschließend ist der Hinweis geboten, dass bei möglichen Behandlungsfehlern aufgrund des Amtsermittlungsgrundsatzes im Strafrecht häufig zunächst dieser Weg genutzt wird, um auf Staatskosten die Erfolgsaussichten einer Zivilklage zu hinterfragen. Das geschieht mit dem Ziel, sowohl auf der Ebene der unmittelbar Handelnden (hier dem Leitstellendisponenten) als auch der zur Organisation und Überwachung berufenen Akteure (hier insbesondere Ärztlicher Leiter Rettungsdienst und Leitung Leitstelle) Beweismittel sicherstellen und auswerten zu lassen, damit ein Fehlverhalten ausfindig zu machen, aus dem bestenfalls Beweiserleichterungen bis hin zu einer Beweislastumkehr im Amtshaftungsverfahren begründet werden können (hierzu z.B. OLG Hamm, Urteil vom 26. Oktober 2022, 11 U 127/21). Denn die Grundsätze der Beweislastumkehr aufgrund eines groben Behandlungsfehlers eines Arztes werden auch im Zivilverfahren auf das Personal in der Rettungsleitstelle angewandt (z.B. KG Berlin, Beschluss vom 19.06.2017, 20 U 147/16).

Mauer et al. haben publiziert, dass das Unterlassen telefonischer Reanimationsanweisungen als ein für Leitstellen relevantes Never Event identifiziert wurde, d.h. ein zu vermei-

dender schwerwiegender medizinischer Zwischenfall und Vorfall, der nicht auftreten darf (Maurer A, Dax F, De Beaufort A et al [2025] Never Events in Leitstellen. Notfall Rettungs-med. DOI: 10.1007/s10049-025-01515-6). „Never Event“ ist zwar kein juristischer Fachbegriff, aber er impliziert insoweit einen groben Behandlungsfehler im juristischen Sinne. Seit dem Jahr 2010 wird die Telefonreanimation in den ERC-Leitlinien als elementarer Bestandteil der Erstversorgung erwartet.

Soweit in dem Strafverfahren mit Blick nur auf die unterlassenen Anweisungen zur Reanimation der Kausalitätsnachweis für die Todesfolge nicht mit der für eine Verurteilung erforderlichen Sicherheit geführt werden konnte, ist im Amtshaftungsverfahren mit einer Beweislastumkehr und entsprechenden Schwierigkeiten der Entlastung durchaus zu rechnen (s. Sarangi F [2020] (Haftungs-)rechtliche Rahmenbedingungen der Rettungsleitstelle – ein kompakter Überblick für den Praktiker. Notfall Rettungsmed 23: 497-504. DOI: 10.1007/s10049-020-00741-4; zu notfallmedizinischen Standardverfahren LG München II Urteil vom 13. März 2024, 1 O 5113/21; Tries M [2025] Telefonreanimation konsequent „durchdrücken“: Ein haftungsrechtlicher Überblick, MedR 43: 362-368. DOI: 10.1007/s00350-025-7024-8: „Die T-CPR hat in Deutschland den Stellenwert eines Standards erreicht. Ihr Unterlassen kommt ohne besondere Rechtfertigung einem Behandlungsfehler gleich.“)

Die Bandbreite von Behandlungsfehlern ist groß und kann schon beim Notruf beginnen. Viele Fehler bleiben in dieser Phase der plötzlichen Not, der Unübersichtlichkeit, des Vertrauens in kompetente Hilfe unentdeckt (zunehmend erfolgt allerdings eine öffentlichkeitswirksame Sensibilisierung u.a. durch Presseberichterstattungen). Umso wichtiger ist von vornherein eine strukturierte, standardorientierte Leitstellenarbeit mit konsequentem Qualitäts- und Fehlermanagement. Dass die Verantwortlichen sich dieser Verantwortung bewusst sein und sie nicht nur zum Schutz der Patienten, sondern auch ihres Personals ernst nehmen müssen, ist nach alledem auch unter strafrechtlichen Erwägungen anzumahnen.

## V.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 465 Abs. 1 StPO.

Es wirkten in der Show-Verhandlung mit: Thomas Hochstein als „Staatsanwalt Streng“, Marc Tries als Verteidiger „Rechtsanwalt Geduld“, Protokollführerin Katy Siems, Professor Dr. Hartwig Marung als „Sachverständiger Prof. Dr. Georgius Letalis“, Dr. Britta Johannes als „Notärztin Eske Tamin“ und Professor Dr. André Gnirke als „ÄLRD Dr. Friedel Unschuld“. Florian Klein spielte den „Angeklagten Frank Macke“, Markus Förster den „Zeugen Hannes Janßen“.

Ralf Tries war der vorsitzende Richter, dem zwei aus dem Publikum berufene Schöffen zur Seite standen. Er verfasste das „Drehbuch“ und setzte auch das schriftliche Urteil ab.