

Obergericht des Kantons Zürich

III. Strafkammer



Geschäfts-Nr.: UE200076-O/U

Mitwirkend: Oberrichter lic. iur. A. Flury, Präsident, die Oberrichterinnen
lic. iur. A. Meier und lic. iur. C. Gerwig sowie Gerichtsschreiberin
lic. iur. D. Tagmann

Beschluss vom 27. November 2020

in Sachen

1. **A.** _____,

2. **B.** _____,

Beschwerdeführer

1, 2 vertreten durch Rechtsanwalt MLaw X. _____,

gegen

Staatsanwaltschaft I des Kantons Zürich,

Beschwerdegegnerin

betreffend **Nichtanhandnahme**

**Beschwerde gegen die Nichtanhandnahmeverfügung der Staatsanwalt-
schaft I des Kantons Zürich vom 28. Februar 2020, A-5/2019/10021045**

Erwägungen:

I.

1. Am tt.mm.2018, um 01.17 Uhr, verstarb † C._____ (geb. tt. Mai 1944) im Universitätsspital Zürich (Urk. 13/2/76). Rund ein Jahr später, am 19. Juni 2019, erstatteten die Kinder des Verstorbenen, A._____ und B._____ (nachfolgend: Beschwerdeführer), Strafanzeige gegen unbekannte Mitarbeiter des Universitätsspitals Zürich wegen fahrlässiger Tötung (Urk. 13/1). Am 1. Juli 2019 beauftragte die Staatsanwaltschaft I des Kantons Zürich (nachfolgend: Staatsanwaltschaft) Prof. Dr. D._____, ... [Abteilung], mit der Erstellung eines medizinischen Fachgutachtens (Urk. 13/4/3). Das Gutachten erging am 16. September 2019 (Urk. 13/4/5), dessen Ergänzung nach Stellungnahme der Beschwerdeführer vom 25. Oktober 2019 (Urk. 13/3/7) am 6. Januar 2020 (Urk. 13/4/7). Am 28. Februar 2020 verfügte die Staatsanwaltschaft die Nichtanhandnahme einer Strafuntersuchung (Urk. 5 = Urk. 13/6).

2. Mit Eingabe vom 12. März 2020 liessen die Beschwerdeführer gegen die ihnen am 2. März 2020 zugestellte Einstellungsverfügung (Urk. 16) fristgerecht Beschwerde erheben und folgende Anträge stellen (Urk. 2 S. 2 f.):

- "1. Die Nichtanhandnahmeverfügung der Beschwerdegegnerin sei aufzuheben.
2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, in der Strafsache weiter gegen Unbekannt (Ärztenschaft Universitätsspital Zürich) zu ermitteln und das Verfahren fortzuführen.

alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge (zzgl. 7.6% [sic!] MwSt.) zu Lasten der Staatskasse."

3. Innert Frist leisteten die Beschwerdeführer die Prozesskaution in Höhe von Fr. 2'500.00 (Urk. 7, Urk. 9). Die Staatsanwaltschaft nahm nach entsprechender Fristansetzung (Urk. 10) am 12. Mai 2020 Stellung und beantragte die Abweisung der Beschwerde (Urk. 12). Mit Verfügung vom 5. Juni 2020 wurde den Beschwerdeführern Frist zur Replik angesetzt (Urk. 14). Diese liessen sich innert Frist nicht mehr vernehmen (Fristablauf: 18. Juni 2020; Urk. 15).

4. Die Beschwerdeführer konstituierten sich bei der Staatsanwaltschaft als Zivil- und Strafkläger (Urk. 13/1 S. 2 f.). Es handelt sich bei ihnen um Angehörige eines Opfers im Sinne von Art. 116 Abs. 2 StPO. Machen die Angehörigen des Opfers Zivilansprüche geltend, so stehen ihnen die gleichen Rechte zu wie dem Opfer (Art. 117 Abs. 3 StPO).

Im vorliegenden Fall steht eine mutmasslich begangene Straftat im Rahmen einer medizinischen Behandlung am Universitätsspital Zürich zur Diskussion. Beim Universitätsspital Zürich handelt es sich um eine Anstalt des kantonalen öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit (§ 1 des Gesetzes über das Universitätsspital Zürich vom 19. September 2005 [LS 813.15]). Im Kanton Zürich kommt bei Haftungsansprüchen gegenüber Organisationen des kantonalen öffentlichen Rechts mit eigener Rechtspersönlichkeit bzw. gegenüber ihren Organen und gegenüber den in ihrem Dienst stehenden Personen, soweit sie öffentlich-rechtliche Verrichtungen ausüben, das Haftungsgesetz vom 14. September 1969 zur Anwendung (§ 3 Abs. 1 Haftungsgesetz [LS 170.1]). Der geschädigten Person steht kein Anspruch gegen die Angestellten zu (§ 4 i.V.m. § 6 Abs. 4 Haftungsgesetz). Demnach sind allfällige Forderungen der Beschwerdeführer nicht zivilrechtlicher, sondern öffentlich-rechtlicher Natur. Öffentlich-rechtliche Forderungen können nicht adhäsionsweise im Strafprozess geltend gemacht werden (BGE 141 IV 380 E. 2.3.1; 131 I 455 E. 1.2.4). Sie sind in einem separaten Staatshaftungsverfahren durchzusetzen.

Unter dem Blickwinkel des Gleichbehandlungsgebots (Art. 8 BV) sowie des aus Art. 2 Ziff. 1 EMRK und Art. 10 Abs. 1 BV abgeleiteten Anspruchs auf eine wirksame und vertiefte amtliche Untersuchung im Falle eines mutmasslichen Tötungsdelikts wird der in Art. 117 Abs. 3 StPO verwendete Begriff "Zivilansprüche" im dem Sinne ausgelegt, dass darunter die aus der mutmasslichen Straftat resultierenden "Haftungsansprüche" zu verstehen sind, unabhängig davon, ob die Haftungsgrundlage zivil- oder öffentlich-rechtlicher Natur ist (ZR 117 [2018] Nr. 39, insb. mit Verweis auf BGE 135 I 113 E. 2.1 und 2.2).

Die Beschwerdeführer sind somit zur Beschwerde legitimiert. Die weiteren Eintretensvoraussetzungen geben keinen Anlass zu Bemerkungen.

II.

1.1. Die Beschwerdeführer rügen vorab, dass die Staatsanwaltschaft mit der Begründung ihrer Nichtanhandnahmeverfügung vom Prozessgegenstand abgewichen sei, um sich nicht mit dem Kern der Vorwürfe auseinandersetzen zu müssen. Damit verfallende Staatsanwaltschaft in Willkür und es liege eine materielle Rechtsverweigerung vor (Urk. 2 S. 8 N 13).

1.2. Die Staatsanwaltschaft stützte sich zur Begründung der Nichtanhandnahmeverfügung auf das von ihr eingeholte Fachgutachten, wonach bei der Diagnostik, Untersuchung, Planung, Behandlung und Operation lege artis und pflichtgemäss vorgegangen worden sei (Urk. 5 S. 1). Eine Verletzung der Begründungspflicht und eine daraus abgeleitete materielle Rechtsverweigerung liegt in casu nicht vor, auch wenn die Staatsanwaltschaft zugegebenermassen in der Folge vor allem Passagen betreffend den Operationsverlauf und die postoperative Behandlung zitierte, welche nicht den eigentlichen zur Anzeige gebrachten Sachverhalt (vgl. E. II. 4) betreffen, und die Begründung zum eigentlichen Vorwurf dementsprechend knapp erscheint.

2. Gemäss Beschwerdeführer handelt es sich bei der unbekanntem Täterschaft um Ärzte im Universitätsspital Zürich (Urk. 2 S. 5 N 7), einem öffentlichen Spital (vgl. E. I. 4.; siehe auch Zürcher Spitalliste 2012 Akutsomatik [Version 2018.2 und Version 2020.3]). Hierbei handelt es sich um Beamte im Sinne von Art. 110 Abs. 3 StGB. Erachtet die Staatsanwaltschaft den Erlass einer Nichtanhandnahmeverfügung als angezeigt, kann sie von der vorgängigen Einholung einer Ermächtigung gemäss § 148 GOG absehen (ZR 112 [2013] Nr. 86).

3. Gemäss Art. 309 Abs. 1 lit. a StPO eröffnet die Staatsanwaltschaft eine Strafuntersuchung, wenn sich aus den Informationen und Berichten der Polizei, aus der Strafanzeige oder aus ihren eigenen Feststellungen ein hinreichender Tatverdacht ergibt. Nach Abs. 4 derselben Bestimmung verzichtet sie auf die Eröffnung einer Untersuchung, wenn sie sofort eine Nichtanhandnahmeverfügung oder einen Strafbefehl erlässt. Gemäss Art. 310 Abs. 1 StPO verfügt sie die Nichtanhandnahme der Untersuchung, sobald aufgrund der Strafanzeige oder

des Polizeirapports feststeht, dass die fraglichen Straftatbestände oder die Prozessvoraussetzungen eindeutig nicht erfüllt sind (lit. a) oder wenn Verfahrenshindernisse bestehen (lit. b). Ein Strafverfahren kann mithin in sachverhältnismässig und rechtlich klaren Fällen gemäss Art. 310 Abs. 1 StPO durch Nichtanhandnahme erledigt werden. Dies ist der Fall bei offensichtlicher Strafflosigkeit, wenn der Sachverhalt mit Sicherheit nicht unter einen Straftatbestand fällt, oder bei eindeutig fehlenden Prozessvoraussetzungen. Ein Straftatbestand gilt nur dann als eindeutig nicht erfüllt, wenn kein zureichender Verdacht auf eine strafbare Handlung besteht oder der zu Beginn der Strafverfolgung gegebene Anfangsverdacht sich vollständig entkräftet hat. Ergibt sich indes aus den Informationen und Berichten der Polizei, aus der Strafanzeige oder aus den eigenen Feststellungen der Staatsanwaltschaft ein hinreichender Tatverdacht, so eröffnet sie eine Untersuchung (Art. 309 Abs. 1 lit. a StPO). Die zur Eröffnung einer Strafuntersuchung erforderlichen tatsächlichen Hinweise auf eine strafbare Handlung müssen allerdings erheblich und konkreter Natur sein. Blosser Gerüchte oder Vermutungen genügen nicht. Der Anfangsverdacht muss auf einer plausiblen Tatsachengrundlage beruhen, aus welcher sich die konkrete Möglichkeit der Begehung einer Straftat ergibt (Urteil des Bundesgerichts 6B_834/2019 vom 11. Dezember 2019 E. 3.3.1).

4. Beim Vater der Beschwerdeführer, †C._____, wurde am 6. Juni 2018 die Diagnose Aortenklappenprothesen-Endokarditis [Herzinnenhautentzündung] bestätigt. Am 22. Juni 2018 wurde †C._____ operiert (Urk. 13/2/74). Am tt.mm.2018, 1.17 Uhr, verstarb er im Universitätsspital Zürich (Urk. 13/2/76).

Die Beschwerdeführer legen der unbekanntem Täterschaft in diesem Zusammenhang zur Last, vor der Endokarditis-Diagnose eine Sorgfaltspflichtverletzung begangen zu haben, indem diese trotz Erkennbarkeit der "Duke-Kriterien" ab dem 2. Mai 2018 die Möglichkeit des Vorliegens einer Endokarditis nicht in Erwägung gezogen habe. Aufgrund der verspäteten Diagnose sei †C._____ infolge des Krankheitsverlaufs bereits stark geschwächt gewesen und diese Schwäche habe den schlechten Ausgang der Operation am 22. Juni 2018 begünstigt und somit kausal zu seinem Tod beigetragen (Urk. 2 S. 6 f. N 10).

Des Weiteren wird der unbekanntem Täterschaft für die Zeit nach der Endokarditis-Verdachtsdiagnose vom 1. Juni 2018 zur Last gelegt, dass die Abläufe zur Bestätigung der Diagnose so schleppend verlaufen seien, dass die definitive Diagnose letztendlich erst sechs Tage später (am 6. Juni 2018) gestellt worden sei. Ferner sei es auch nach der definitiven Diagnosestellung zu zahlreichen weiteren Verzögerungen gekommen, weshalb die Operation erst 22 Tage nach der ersten Verdachtsdiagnose erfolgt sei. Die Medizinalpersonen hätten aus unerfindlichen Gründen Zeit vergeudet, die für einen erfolgreichen operativen Eingriff "matchentscheidend" gewesen wäre. Nach Ansicht der Beschwerdeführer sei ab der Diagnose eine Operation innert einer Woche angezeigt (Urk. 2 S. 7 N 11).

5. Die Staatsanwaltschaft erklärte zusammengefasst, dass gemäss eingeholtem Fachgutachten kein ärztlicher Kunstfehler ersichtlich sei. Es bestehe nicht einmal ansatzweise ein Verdacht für ein strafrechtlich relevantes Verhalten der Medizinalpersonen am Universitätsspital Zürich (Urk. 5, Urk. 12). Die Beschwerdeführer erachten zusammengefasst das Gutachten als mangelhaft. Die Staatsanwaltschaft könne nicht gestützt hierauf eine Nichtanhandnahme einer Strafuntersuchung begründen. Es sei das Verfahren formell zu öffnen und es seien die notwendigen Ermittlungen zu tätigen (Urk. 2 S. 13 f. N 16). Lediglich soweit erforderlich, d.h. für die Entscheidungsfindung notwendig, ist nachfolgend auf die Ausführungen der Parteien näher einzugehen.

6. Art. 117 StGB stellt die fahrlässige Tötung eines Menschen unter Strafe. Fahrlässig handelt, wer die Folge seines Verhaltens aus pflichtwidriger Unvorsichtigkeit nicht bedenkt oder darauf nicht Rücksicht nimmt (Art. 12 Abs. 3 erster Satz StGB). Ein Schuldspruch wegen fahrlässiger Tötung setzt voraus, dass der Täter den Erfolg durch Verletzung einer Sorgfaltspflicht verursacht hat. Sorgfaltswidrig ist die Handlungsweise, wenn der Täter zum Zeitpunkt der Tat aufgrund der Umstände sowie seiner Kenntnisse und Fähigkeiten die damit bewirkte Gefährdung der Rechtsgüter des Opfers hätte erkennen können und müssen und wenn er zugleich die Grenzen des erlaubten Risikos überschritten hat. Erforderlich ist zudem, dass der Taterfolg vermeidbar war. Dies ist der Fall, wenn er nach einem hypothetischen Kausalverlauf bei pflichtgemäsem Verhalten des Täters ausge-

blieben wäre. Für die Zurechnung des Erfolgs genügt, dass das Verhalten des Täters mindestens mit einem hohen Grad an Wahrscheinlichkeit die Ursache des Erfolgs bildete.

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts richten sich die Sorgfaltspflichten des Arztes im Allgemeinen nach den Umständen des Einzelfalles, namentlich nach der Art des Eingriffs oder der Behandlung, den damit verbundenen Risiken, dem Beurteilungs- und Bewertungsspielraum, der dem Arzt zusteht, sowie den Mitteln und der Dringlichkeit der medizinischen Massnahme. Die zivilrechtliche Haftung des Arztes beschränkt sich dabei nicht auf grobe Verstösse gegen die Regeln der ärztlichen Kunst. Vielmehr hat er Kranke stets fachgerecht zu behandeln, zum Schutze ihres Lebens oder ihrer Gesundheit insbesondere die nach den Umständen gebotene und zumutbare Sorgfalt zu beachten, grundsätzlich folglich für jede Pflichtverletzung einzustehen. Dies gilt im selben Mass für die Bestimmung der Sorgfaltspflicht in strafrechtlicher Hinsicht. Der Begriff der Pflichtverletzung darf jedoch nicht so verstanden werden, dass darunter jede Massnahme oder Unterlassung fällt, welche aus nachträglicher Betrachtungsweise den Schaden bewirkt oder vermieden hätte. Der Arzt hat im Allgemeinen nicht für jene Gefahren und Risiken einzustehen, die immanent mit jeder ärztlichen Handlung und auch mit der Krankheit an sich verbunden sind. Zudem steht dem Arzt sowohl in der Diagnose wie auch in der Bestimmung therapeutischer oder anderer Massnahmen nach dem objektiven Wissensstand oftmals ein Entscheidungsspielraum zu, welcher eine Auswahl unter verschiedenen in Betracht fallenden Möglichkeiten zulässt. Der Arzt verletzt seine Pflichten nur dort, wo er eine Diagnose stellt bzw. eine Therapie oder ein sonstiges Vorgehen wählt, das nach dem allgemeinen fachlichen Wissensstand nicht mehr als vertretbar erscheint und daher den objektivierten Anforderungen der ärztlichen Kunst nicht genügt (Urteil des Bundesgerichts 6B_1118/2018 vom 21. Januar 2019 E. 3.1.3).

7. Gemäss Gutachten von Prof. Dr. D._____, ..., vom 16. September 2019 ging die Ärzteschaft des Universitätsspitals Zürich bei der Diagnosestellung, Untersuchung, Planung, Behandlung und Operation des Verstorbenen lege artis und pflichtgemäss vor (Urk. 13/4/5 S. 4). Dass die Operation und die postoperative

Behandlung lege artis erfolgten, ist unstrittig (Urk. 2 S. 7 f. N 12). Wie zuvor ausgeführt (E. II. 4.), stellen sich die Beschwerdeführer zusammengefasst auf den Standpunkt, dass die Diagnosestellung zu lange gedauert habe und die Operation früher hätte durchgeführt werden müssen. Auf diese Vorwürfe der Beschwerdeführer ist nachfolgend einzugehen.

8.1.1. Zur Dauer der Diagnosestellung hielt der Gutachter fest, dass die am 2. Mai 2018 erstmalige Erhöhung des CRP bei normalen Leukozyten keinen pathognomonischen [charakteristisch für ein Krankheitsbild] Wert für eine Endokarditis darstelle. Das CRP gelte als klassisches Akut Phase Protein, das als generelle, unspezifische Antwort auf entzündliche Prozesse und Tumoren gebildet werde. Im Verlauf des Mai 2019 [recte: 2018] sei zudem der Wert nach unten unduliert [wellenartig verlaufen]; die Leukozyten seien im Normbereich geblieben. Einzig auffallend seien die sporadischen abendlichen Fieberspitzen gewesen, die jedoch nicht regelmässig und häufig aufgetreten seien. Im Austrittsbericht betreffend die stationäre Aufnahme des Verstorbenen vom 18. bis 20. Mai 2018 sei weder von klinischen noch von elektrokardiografischen noch von laborchemischen Auffälligkeiten oder sonstigen Komplikationen berichtet worden. Der Verstorbene sei am 20. Mai 2018 asymptomatisch entlassen worden. Die stationäre Wiederaufnahme mit dem Verdacht auf eine Endokarditis sei am 1. Juni 2018 erfolgt. Die eventuell vorliegende Verzögerung der Diagnostik von wenigen Tagen Ende Mai bis Anfang Juni 2018 dürfte keinen entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung der operationsbedürftigen Endokarditis gehabt haben (Urk. 13/4/5 S. 4).

Im Ergänzungsgutachten wiederholte der Gutachter, dass eine isolierte CRP Erhöhung – auch in Kombination mit erhöhten weiteren Biomarkern – nicht beweisend für eine infektiöse Endokarditis sei (Urk. 13/4/7 S. 2). Ob mit einer vorgezogenen CT-Untersuchung die Endokarditis detektiert [entdeckt] worden wäre, sei spekulativ. Der "Gold Standard" für die Diagnose einer Prothesenendokarditis sei die transoesophageale Echokardiographie. Weiter stelle der Hautkeim *Propionibacterium acnes* eine seltene Ursache für eine infektiöse Endokarditis dar; dieser sei nur in ca. 0.3% aller Endokarditis-Fälle ursächlich für die Endokarditis. Die Diagnose einer Endokarditis mit diesem Keim sei schwierig, da ein langsames

Wachstum vorliege. Zudem könnten die Bakterien zu ihrem Schutz einen sog. Biofilm bilden. Bei Nachweis/Wachstum von *Propionibacterium acnes* in der Blutkultur könnten diese als Verunreinigung falsch interpretiert werden (Urk. 13/4/7 S. 3).

8.1.2. Zur Dauer zwischen Diagnosestellung und Operation erläuterte der Gutachter, dass während der Wartezeit zwischen Diagnosestellung und Operation relevante diagnostische Untersuchungen durchgeführt worden seien. Dies habe zwar zu einer gewissen Verzögerung im Operationszeitpunkt geführt, sei jedoch für die Sicherheit der durchzuführenden Operation notwendig gewesen. Nicht nachzuvollziehen aus den Unterlagen wären hypothetische, aber im klinischen Alltag erklärbare Ursachen, weshalb es zu einer tageweisen Verzögerung der Operation hätte kommen können, wie z.B. Verfügbarkeit eines erfahrenen Operateurs, Verfügbarkeit/Organisation/Bestellung eines entsprechenden Homografts [Transplantat], Vorhandensein von Operations- und Intensivstationskapazitäten für die komplexe Reoperation etc. (Urk. 13/4/5 S. 4 f.).

Im Ergänzungsgutachten bejahte der Gutachter die Frage, ob die diversen Untersuchungen vom 8. bis 18. Juni 2018 in einer kürzeren Zeitspanne hätten absolviert werden können. Es hätte sich allerdings hierbei lediglich um eine Verkürzung um einige Tage gehandelt. Der stattgehabte, zeitliche Ablauf müsse unter den Aspekten der Einschätzung der klinischen Dringlichkeit, des Zustandes des Patienten, der Belastung für den Patienten und seiner Organe, der Verfügbarkeit eines geeigneten Homografts und auch der Terminverfügbarkeit der unterschiedlichen Abteilungen, in denen die Untersuchungen durchgeführt worden seien, gesehen werden. Generell sei eine Notfalloperation bei Prothesenendokarditis nur bei therapierefraktärem [nicht ansprechend auf eine Therapie] Herzversagen, was im vorliegenden Fall nicht bestanden habe, indiziert. Ob ein um mehrere Tage früherer Operationszeitpunkt den Operationsverlauf entscheidend verändert hätte, sei äusserst unwahrscheinlich (Urk. 13/4/7 S. 3 f.).

8.2.1. Gemäss dem Gutachten samt Ergänzung bestanden – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführer – nicht bereits ab dem 2. Mai 2018 Anzeichen, welche eine Endokarditis-Diagnose nahegelegt hätten. Die eventuell vorliegende

Verzögerung der Diagnostik von wenigen Tagen Ende Mai bis Anfang Juni 2018 dürfte gemäss Gutachter sodann keinen entscheidenden Einfluss auf die Entwicklung der operationsbedürftigen Endokarditis gehabt haben (E. II. 8.1., Urk. 13/4/5, Urk. 13/4/7). Die punktuellen Rügen der Beschwerdeführer vermögen an dieser gutachterlichen Feststellung nichts zu ändern, wie nachfolgend aufzuzeigen ist.

8.2.2. Die Beschwerdeführer machen geltend, der Gutachter habe darauf hingewiesen, dass in der Anamnese vom 8. Mai 2018 kein Fieber vorgelegen habe. Hierbei habe er den Sprechstundenbericht vom 4. Mai 2018 ausgeblendet, weshalb er die falschen Schlüsse ziehe (Urk. 2 S. 9). Dabei übersehen die Beschwerdeführer, dass der Gutachter in seiner Ergänzung den Sachverhalt betreffend den 8. Mai 2018 korrekt wiedergegeben hat (Urk. 13/4/7 S. 1 f.; Urk. 13/2/44) und er zudem im Hauptgutachten das in der Sprechstunde vom 4. Mai 2020 erwähnte einmalige Fieber aufführte (Urk. 13/4/5 S. 2) und bei seiner Schlussfolgerung auf die sporadischen, abendlichen Fieberspitzen, die nicht regelmässig und häufig aufgetreten seien, einging (Urk. 13/4/5 S. 4) und diese dementsprechend auch berücksichtigte. Entgegen der Darstellung der Beschwerdeführer ist im Sprechstundenbericht auch nicht die Rede von "2x 38.9" (Urk. 2 S. 9), sondern es wird erwähnt, dass der Verstorbene berichtet habe, am "2. mai 38.9" Grad Fieber, seither jedoch kein Fieber mehr gehabt zu haben (Urk. 13/2/42 S. 3). Der Gutachter sprach somit zutreffend von im Sprechstundenbericht vom 4. Mai 2018 aufgeführtem einmaligen Fieber. Der Einwand der Beschwerdeführer vermag somit die Schlussfolgerung des Gutachters, dass zu jenem Zeitpunkt keine Hinweise für eine Endokarditis vorlagen (Urk. 13/4/7 S. 2), nicht in Zweifel zu ziehen.

8.2.3. Weiter bemängeln die Beschwerdeführer, dass der Gutachter unter Abschnitt 1 in seiner Ergänzung festhalte, dass am 10. April 2018 für das weitere Vorgehen eine Therapieentscheidung im Heart Team empfohlen worden sei. Ein derartiger Bericht liege jedoch nicht vor. Es sei daher nicht nachvollziehbar, ob eine solche Besprechung stattgefunden habe. Es liege gar keine Therapieentscheidung vor (Urk. 2 S. 8 f.). In der Tat wird im Bericht betreffend die am 10. April 2018 durchgeführte Herzkatheteruntersuchung am Schluss unter "Procedere" angeführt "Heart-Team Diskussion ad hoc in den nächsten Tagen" (Urk. 13/2/36).

Der Gutachter gab dementsprechend die im Bericht aufgeführte Empfehlung korrekt wieder (Urk. 13/4/7 S. 1). Dass sich kein Bericht über eine "Heart-Team Diskussion" in den von den Beschwerdeführern eingereichten Akten befindet, stellt indes keinen Hinweis auf eine mangelhafte Schlussfolgerung durch den Gutachter betreffend die fehlende Symptomatik für eine Endokarditis dar. Selbst die Beschwerdeführer behaupten nicht, dass anlässlich besagter Heart-Team Diskussion im April 2018 andere Erkenntnisse hätten erlangt werden können, welche die Diagnosestellung beschleunigt hätten, machen doch auch sie nicht geltend, im April 2018 hätten bereits Hinweise für eine Endokarditis vorgelegen. Besagter Einwand der Beschwerdeführer am Gutachten geht dementsprechend ins Leere, weshalb sich Ermittlungen zur Frage, ob besagte "Heart-Team Diskussion" durchgeführt wurde oder nicht, erübrigen.

8.2.4. Darüber hinaus berufen sich die Beschwerdeführer darauf, sie hätten in ihrer Stellungnahme gegenüber der Staatsanwaltschaft vom 25. Oktober 2019 betreffend das Gutachten darauf hingewiesen, dass am 3. Mai 2018 eine zeitnahe invasive Koronarangiographie empfohlen worden sei. Am 8. Mai 2018 sei in der To-do-Liste aufgeführt worden, "bitte nachfragen ob das aufgegleist sei". Dies sei nie erfolgt. Eine invasive Koronarangiographie sei erst auf Intervention von Dr. E._____ aufgegleist und erledigt worden. Mit dieser Fragestellung, ob dies eine Behandlung lege artis darstelle, habe sich der Gutachter auch in seiner Ergänzung nicht auseinandergesetzt (Urk. 2 S. 9).

Im Bericht vom 3. Mai 2018 betreffend die PET-Myokardperfusionsuntersuchung ist unter dem Punkt "Beurteilung" festgehalten, dass eine zeitnahe invasive Koronarangiographie empfohlen werde (Urk. 13/2/41). Im Bericht betreffend die Sprechstunde Speicherkrankheiten vom 8. Mai 2018 wurde unter "To do in der nächsten Konsultation", welche für den 14. Mai 2018 vorgesehen war, aufgeführt "Koro nochmals empfohlen, bitte nachfragen ob das aufgegleist wird → laut Aufgebot Koro CT am 19.6. geplant" (Urk. 13/2/44 S. 3). Aus einer Nachtragsnotiz vom 14. Mai 2018 geht hervor, dass Dr. E._____ in Rücksprache mit Dr. F._____ den Verstorbenen für eine Koronarangiografie noch in derselben Woche ange-

meldet hatte (Urk. 13/2/47). Die Koronarangiographie wurde in der Folge am 18. Mai 2018 durchgeführt (Urk. 13/2/51 S. 1).

Der Gutachter hielt in seiner Ergänzung fest, dass am 8. Mai 2018 erneut eine Koronarangiographie empfohlen und diese am 18. Mai 2018 durchgeführt worden sei und hierbei bei Ischämienachweis im PET vom 3. Mai 2018 die diagnostizierte RIVA Stenose [Verengung einer der beiden Hauptäste der Arteria coronaria sinistra [eine der beiden Koronararterien des Herzens]] erfolgreich dilatiert [erweitert] worden sei. Ein direkter Hinweis auf die später diagnostizierte Endokarditis könne zu diesem Zeitpunkt aus den Unterlagen nicht entnommen werden, vielmehr sei die Koronarsituation von †C._____ durch eine zweimalige Koronarintervention verbessert worden (Urk. 13/4/7 S. 1 f.).

Die Kritik der Beschwerdeführer am Gutachten verfängt damit auch in diesem Punkt nicht. Der Gutachter befasste sich mit der Empfehlung zur Durchführung einer Koronarangiografie sowie der hernach erfolgten Durchführung einer solchen. Aus dem Gutachten ist weiter zu schliessen, dass aus der Koronarangiographie vom 18. Mai 2018 keine Hinweise auf die später diagnostizierte Endokarditis hervorgingen; selbst die Beschwerdeführer behaupteten in ihrer Beschwerdeschrift nicht, dass aus der durchgeführten Koronarangiographie Hinweise für eine Endokarditis hervorgegangen seien. Somit ist für die Beurteilung einer allfälligen Strafbarkeit der Mitarbeiter des Universitätsspitals Zürich resp. des zur Anzeige gebrachten Vorwurfs der verspäteten Diagnosestellung, welche kausal für den Tod von †C._____ gewesen sei, nicht von Belang, weshalb die besagte Untersuchung nicht früher durchgeführt worden ist, resp. was unter "zeitnah" gemäss Empfehlung vom 3. Mai 2018 zu verstehen ist.

8.2.5. Des Weiteren rügen die Beschwerdeführer einen Widerspruch in den Ausführungen des Gutachters. So habe dieser ausgeführt, dass eine TAVI-Implantation [Transkatheter-Aortenklappenimplantation] möglich gewesen wäre, verweise jedoch darauf, dass dies bei einer nachgewiesenen infektiösen Endokarditis einer Bioprothese kontraindiziert gewesen wäre. Zwei Sätze zuvor schreibe er aber, dass eine Endokarditis nicht diagnostiziert gewesen sei. Es stelle sich

die Frage, weshalb sich kein Hinweis finde, warum keine TAVI-Implantation stattgefunden habe (Urk. 2 S. 9 f.).

Der Gutachter stellte fest, dass den Unterlagen zu jenem Zeitpunkt keine direkten Hinweise auf die später diagnostizierte Endokarditis entnommen werden konnten. Weiter geht aus dem Ergänzungsgutachten hervor, dass angesichts dessen eine TAVI-Implantation möglich gewesen wäre, denn bei der Diagnosestellung einer Endokarditis wäre dies kontraindiziert gewesen (Urk. 13/4/7 S. 2). Aus diesen Ausführungen geht – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführer – kein Widerspruch hervor. Der Gutachter nahm mit der erwähnten TAVI-Implantation infolge des damaligen Verdachts einer degenerierten Bioprothese auf die entsprechenden Ausführungen im Bericht zur Koronarangiografie vom 10. April 2018 Bezug ("Das weitere Procedere wird nach Besprechung in Heart Team entscheidet [entschieden] (evtl. TAVI+PCI)"; Urk. 13/2/36; Urk. 13/4/7 S. 1).

Die weiteren Überlegungen der Beschwerdeführer unter diesem Punkt sind nicht gänzlich nachvollziehbar (Urk. 2 S. 9 f.). Dass die vom Gutachter erwähnte Möglichkeit einer TAVI-Implantation nicht weiterverfolgt worden ist, ist kein Hinweis dafür, dass beim Verstorbenen zu jenem Zeitpunkt eine Endokarditis hätte diagnostiziert werden müssen. Weiter kann die Nichtdurchführung einer TAVI-Implantation den Ärzten nicht vorgehalten werden. Zum einen erwies sich diese Massnahme nach der definitiven Diagnose der Endokarditis am 6. Juni 2018 als kontraindiziert. Zum anderen führten die Beschwerdeführer auch nicht aus, weshalb die TAVI-Implantation sofort hätte vorgenommen werden müssen; der Gutachter äusserte Derartiges nicht. Wie zuvor ausgeführt, wurde dies im Bericht vom 10. April 2018 lediglich als Möglichkeit ("evtl.") erwähnt. Aus der eingereichten Krankengeschichte geht hervor, dass am 11. April 2018 ein CT Thorax sowie eine MRI-Untersuchung stattfanden (Urk. 13/2/32 S. 1). Am 12. April 2018 wurde eine Koronarangiografie durchgeführt, wobei eine hochgradige Stenose [Verengung] der mittleren RCA [Arteria coronaria dextra] sowie eine signifikante Stenose der proximalen RCA komplikationslos behandelt wurden. Unter "Procedere" wurde u.a. ein Verlaufs-CT in drei Monaten zur Beurteilung der thrombotischen Auflagerungen vorgesehen (Urk. 13/2/36, Bericht vom 12. April 2018). Diese Unter-

suchung war für den 19. Juni 2018 geplant (Urk. 13/2/55 S. 3, Urk. 13/4/7 S. 3). Bezüglich besagter CT-Untersuchung hielt der Gutachter fest, dass es spekulativ sei, ob mit einer vorgezogenen CT-Untersuchung die Endokarditis detektiert worden wäre, da der "Gold Standard" für die Diagnose einer Prothesenendokarditis die transoesophageale Echokardiographie sei (Urk. 13/4/7 S. 3), womit sich die Beschwerdeführer in der Beschwerdeschrift nicht auseinandersetzen.

Auch die Argumentation der Beschwerdeführer bezüglich der erwähnten TAVI-Implantation vermag somit die Schlussfolgerungen des Gutachters nicht in Zweifel zu ziehen.

8.2.6. Zu guter Letzt stellen die Beschwerdeführer bezüglich des Zeitraums bis zur Diagnosestellung fest, der Gutachter halte "überraschend" fest, dass aus den Unterlagen nicht klar hervorgehe, ob [am 1. Juni 2018] eine direkte Zuweisung aus der Sprechstunde Speicherkrankheiten in die Kardiologie erfolgt sei, wo der Verstorbene durch Zuweisung von Dr. med. E. _____ auf der Notfallstation stationär aufgenommen worden sei (Urk. 2 S. 12). Hintergrund dieser Ausführungen ist, dass die Beschwerdeführer in der Strafanzeige geltend machten, der Verstorbene sei nach der Sprechstunde nach Hause geschickt worden und sei statt nach Hause zu gehen eigenständig bei der Kardiologie vorstellig geworden, worauf er schliesslich infolge des Verdachts einer Endokarditis stationär aufgenommen worden sei (Urk. 13/1 S. 10 N 16 f.).

Der Gutachter hält dies in der Tat fest und erwähnt, dass eine Befragung der Beteiligten in der Sprechstunde Speicherkrankheiten Klärung über den genauen Ablauf schaffen könne (Urk. 13/4/7 S. 5). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführer drängen sich diesbezüglich jedoch keine weitergehenden Ermittlungen auf. Denn es ist – wie der Gutachter festhielt (Urk. 13/4/7 S. 5) – Fakt, dass der Verstorbene am 1. Juni 2018 stationär aufgenommen worden ist (Urk. 13/2/62, Urk. 13/2/63; vgl. auch Urk. 13/2/59 S. 3). Ob dies auf Zuweisung oder auf Eigeninitiative hin erfolgte, ist nicht von strafrechtlicher Relevanz. Ein Kausalzusammenhang zwischen dem allfälligen Nachhausegehen nach der Sprechstunde Speicherkrankheiten am 1. Juni 2018, dem der Verstorbene nicht nachkam, und seinem Versterben am tt.mm.2018 ist nicht ersichtlich und wird auch von den Be-

schwerdeführern nicht geltend gemacht. Es ist im vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht zu prüfen, was hätte geschehen können, wenn der Verstorbene am 1. Juni 2018 im Anschluss an seinen Kontrolltermin in der Sprechstunde Speicherkrankheiten der Poliklinik für innere Medizin (Urk. 13/2/59) nach Hause gegangen wäre, war dies doch nicht der Fall.

8.2.7. Als Zwischenfazit ist festzuhalten, dass die Rügen der Beschwerdeführer an den Schlussfolgerungen des Gutachters bezüglich der Diagnosestellung nicht verfangen.

8.3.1. Wie bereits ausgeführt, beanstanden die Beschwerdeführer zudem die Dauer von der Diagnosestellung bis zur Operation. Der Gutachter kam zum Schluss, dass die diversen Untersuchungen zwischen dem 8. und 18. Juni 2018 innert einer kürzeren Zeitspanne hätten absolviert werden können. Es handle sich aber lediglich um eine Verkürzung um einige Tage. Es sei äusserst unwahrscheinlich, dass ein um mehrere Tage früherer Operationszeitpunkt den Operationsverlauf entscheidend verändert hätte (Urk. 13/4/7 S. 3). Auf die diesbezügliche Argumentation der Beschwerdeführer ist nachfolgend einzugehen.

8.3.2. Zunächst weisen die Beschwerdeführer darauf hin, dass die spekulativen Relativierungen des Gutachters, weshalb die diversen Untersuchungen vom 8. bis 18. Juni 2018 allenfalls nicht innert kürzerer Frist erfolgt seien, unbeachtlich seien (Urk. 2 S. 10). Dies trifft zu. Diese sind vorliegend nicht von Belang. Hieraus geht jedoch kein Mangel am Gutachten hervor. Der Umstand, dass die diversen Untersuchungen gemäss Gutachter in einer kürzeren Zeitspanne hätten durchgeführt werden können (Urk. 2 S. 10, Urk. 13/4/7 S. 3), ist per se kein Hinweis für eine Sorgfaltspflichtverletzung der Ärzteschaft. Dies wäre lediglich der Fall, wenn die von den Beschwerdeführern geltend gemachte Dringlichkeit vorgelegen hätte, was nachfolgend zu prüfen ist (E. II. 8.3.3.).

8.3.3.1. Die Beschwerdeführer machen geltend, dass durch den perivalvulären Abszess eine dringende Operationsindikation vorlegen habe und in solchen Fällen innerhalb von einer Woche operiert werden müsse (Urk. 2 S. 10 f.). Die vom Gutachter angeführte Studie sei weit weniger repräsentativ als die im Deutschen

Ärzteblatt von 2015 aufgeführte Studie. Der Gutachter habe eine Studie herangezogen, die für seine Arbeitshypothese die Günstigere gewesen sei (Urk. 2 S. 12). Die Beschwerdeführer bringen darüber hinaus vor, dass sich aus den Worten des Gutachters im Umkehrschluss herleiten lasse, dass die verspätete Operation das Risiko von Komplikationen bis hin zum Tod erhöht hätten, wobei die verspätete Operation als Sorgfaltspflichtverletzung ein unerlaubtes Risiko geschaffen habe (Urk. 12 S. 11 f.)

8.3.3.2. Der Gutachter führte aus, dass eine Notfalloperation bei Prothesenendokarditis nur bei therapiefraktärem [nicht auf eine Therapie ansprechendem] Herzversagen, was nicht vorgelegen habe, mit konsekutivem Lungenödem oder Schock indiziert sei. Prinzipiell sei es bei der chirurgischen Behandlung der Endokarditis nicht einfach, den richtigen Operationszeitpunkt zu definieren. Bei einer Operation früh nach Diagnosestellung bedeute dies eine kürzere Infektionszeit, aber auch eine verkürzte präoperative Antibiotikagabe mit wahrscheinlich noch erhöhter lokaler Keimlast, Gefahr der Neuinfektion der neuen Prothese und erhöhtem Operationsrisiko. Später zu operieren bedeute eine Operation nach längerer Antibiotikagabe, Reduktion der Keimlast und Stabilisierung des Gewebes, aber berge auch die Gefahr der zwischenzeitlichen Embolisation und Ausbreitung des Infekts. Es sei äusserst unwahrscheinlich, dass ein um mehrere Tage früherer Operationszeitpunkt den Operationsverlauf entscheidend verändert hätte. Hierbei müsse auch der Endokarditiseim *Propionibacterium acnes* bedacht werden. Eine schwedische Studie zeige auf, dass eine Heilung einer *Propionibacterium acnes* Endokarditis nicht zwangsläufig nur durch oder nach einer Operation stattfinden könne, sondern auch nach einer alleinigen antibiotischen Therapie. Unter diesem Gesichtspunkt relativiere sich auch die Frage nach dem "optimalen" Operationszeitpunkt resp. ob ein vorgezogener Operationszeitpunkt einen besseren Verlauf bedingt hätte. Er, der Gutachter, erachte den generellen Entscheid des behandelnden Teams im vorliegenden Fall eine Re-Operation durchzuführen, als richtig, da sich der Verdacht eines voranschreitenden paravalvulären Abszesses erhärtet und somit die Gefahr einer Prothesenlockerung bestanden habe (Urk. 13/4/7 S. 3 f.).

8.3.3.3. Am 6. Juni 2018 wurde die Diagnose einer Endokarditis bestätigt. Im TEE [transoesophageale Echokardiographie] vom 6. Juni 2018 kam der Verdacht eines paravalvulären Abszesses auf (Urk. 13/2/64 S. 1). Im Endokarditisboard vom 7. Juni 2018 ist festgehalten "Fraglicher Abszess". Es wurde ein PET-CET geplant betreffend die Frage nach Hinweisen für einen paravalvulären Abszess. Es wurde weiter ein Re-Konsil nach Durchführung des PET-CT [PET = Positronenemissionstomographie] vorgesehen (Urk. 13/2/69). Betreffend das FDG-PET-Herz vom 11. Juni 2018 ist festgehalten "DD [Differentialdiagnose] Abszess" (Urk. 13/2/64 S. 1). Im TEE vom 14. Juni 2018 wurde eine Zunahme des paravalvulären Abszesses festgestellt (Urk. 13/2/64 S. 1). Im Endokarditisboard vom 14. Juni 2018 wurde daraufhin festgehalten, dass der paravalvuläre Abszess grössenprogredient [an Grösse zunehmend] sei. Weiter wurde festgehalten, dass †C._____ hämodynamisch stabil sei. Bei hämodynamischer Instabilität sei eine Notfalloperation, andernfalls sei die Operation am nächsten Montag [18. Juni 2018] durchzuführen (Urk. 13/2/71). Am 18. Juni 2018 wurde ein MRI des Schädels durchgeführt (Urk. 13/2/64 S. 1), woraufhin die Operation am 22. Juni 2018 erfolgte (Urk. 13/2/74).

8.3.3.4. Nach der definitiven Diagnosestellung der Endokarditis am 6. Juni 2018 (Urk. 13/2/74 S. 1) wurden bis zur erfolgten Operation am 22. Juni 2018 diverse Untersuchungen durchgeführt. Gemäss Gutachter handelte es sich um relevante diagnostische Untersuchungen, die für die Sicherheit der Operation notwendig gewesen seien (Urk. 13/4/5 S. 4); dies gilt insbesondere auch für das MRI des Schädels am 18. Juni 2018 (Urk. 13/4/7 S. 4). Dies wurde auch von den Beschwerdeführern in der Beschwerdeschrift nicht in Frage gestellt.

Die Argumentation der Beschwerdeführer lässt die Feststellung des Gutachters, es sei äusserst unwahrscheinlich, dass ein um mehrere Tage früherer Operationszeitpunkt den Operationsverlauf entscheidend verändert hätte (Urk. 13/4/7 S. 3), damit in keiner Weise als zweifelhaft erscheinen. Dass der Gutachter in seinen weiteren Erläuterungen eine von den Beschwerdeführern als "weniger repräsentativ" erachtete Studie herangezogen habe, ist nicht von Relevanz. So ist der Artikel zu der von den Beschwerdeführern angeführten Studie (Urk. 2 S. 12)

selbst sehr vage gehalten. Darin ist festgehalten, eine frühe Operation "kann" "möglicherweise" die Prognose verbessern (Urk. 3/6). Dass eine Studie ein anderes Vorgehen präferiert, lässt das Vorgehen der Ärzteschaft des Universitätsspitals Zürich nicht als strafrechtlich relevant resp. die Aussagen des Gutachters nicht als zweifelhaft erscheinen. Wie bereits ausgeführt (E. II. 6.), kommt einem Arzt bei der Behandlung in der Regel ein Entscheidungsspielraum zu. Eine Sorgfaltspflichtverletzung läge gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung nur vor, wenn der eingeschlagene Weg, sprich der Operationszeitpunkt, nach dem allgemeinen fachlichen Wissensstand nicht mehr vertretbar erscheint und daher den objektivierten Anforderungen der ärztlichen Kunst nicht genügt. Hierfür liegen keine Anzeichen vor. Daran vermögen auch die von den Beschwerdeführern herangezogenen Guidelines für Endokarditis (Urk. 2 S. 11) nichts zu ändern, handelt es sich doch hierbei um Empfehlungen, die die ärztliche Evaluation des individuellen Patienten und die Anpassung der Therapie an dessen spezifische Situation nicht ersetzen. In diesem Sinne ist denn auch in einem von den Beschwerdeführern im Rahmen der Strafuntersuchung eingereichten Aufsatz aus der ... [Zeitung] festgehalten, dass vielfach trotz Indikation gemäss Guidelines (im Falle linksseitiger Endokarditis) in weniger als der Hälfte der Fälle tatsächlich eine Operation erfolge (Urk. 13/2/83 S. 8 Ziff. 6.1.1). Die Guidelines sind dementsprechend kein zwingend einzuhaltendes Regelwerk.

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführer (Urk. 2 S. 11) geht aus dem Operationszeitpunkt kein Anzeichen für eine Sorgfaltspflichtverletzung hervor. Angesichts dessen ist auch nicht von Relevanz, dass nicht aus den Akten hervorgeht, weshalb die Operation nicht am primär angedachten Operationstermin vom 12. Juni 2018 durchgeführt worden ist (Urk. 2 S. 12, Urk. 13/4/7 S. 5). Ebenso wenig ist die offenbar ergangene spitalinterne Beschwerde beizuziehen (Urk. 2 S. 12).

8.3.3.5. Was die Argumentation betreffend die Schaffung eines unerlaubten Risikos anbelangt (Urk. 2 S. 11 f.), ist der Vollständigkeit halber das Folgende anzumerken: Der Gutachter führte – wie bereits mehrfach erwähnt – aus, dass es "äusserst unwahrscheinlich" sei, dass ein um mehrere Tage früherer Operationszeitpunkt den Operationsverlauf entscheidend verändert hätte (Urk. 13/4/7 S. 3).

Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführer kann hieraus nicht abgeleitet werden, der Gutachter sei von der juristischen Wahrscheinlichkeitstheorie anstelle der Risikoerhöhungstheorie ausgegangen und habe "im Umkehrschluss" erklärt, dass das Risiko von Komplikationen erhöht und ein unerlaubtes Risiko geschaffen worden sei (Urk. 2 S. 11 f.). Beim Gutachter handelt es sich nicht um einen Juristen, sondern um einen Mediziner, der angesichts seines Fachwissens beigezogen wurde, um medizinische Feststellungen zu tätigen. Die Würdigung seiner Schlussfolgerungen in juristischer Hinsicht oblag der Staatsanwaltschaft resp. nunmehr der Beschwerdeinstanz.

Wie zuvor ausgeführt (E. II. 6.), erfordert das Vorliegen eines adäquaten Kausalzusammenhangs resp. die Zurechnung des Erfolgs, dass das Verhalten des Täters mindestens mit einem hohen Grad an Wahrscheinlichkeit die Ursache des Erfolgs bildete. Dies ist angesichts der schlüssigen Feststellungen des Gutachters nicht der Fall. Was die sog. Risikoerhöhungstheorie anbelangt, so wäre gemäss dieser ein Erfolg zuzurechnen, wenn die Verletzung der Sorgfaltspflicht eine gegenüber der normalen Gefahr erheblich gesteigerte Gefährdung des Schutzguts herbeiführt, das Risiko des Erfolgseintritts sich also gegenüber dem erlaubten Risiko deutlich erhöht hat. Das Bundesgericht hielt fest, dass in der bundesgerichtlichen Rechtsprechung das Kriterium der Risikoerhöhung immer nur im Rahmen einer umfassenden Beurteilung berücksichtigt werde (Urteil des Bundesgerichts 6B_855/2009 vom 15. Dezember 2009 E. 2.3, mit Verweis auf BGE 135 IV 56). Eine tiefergehende Auseinandersetzung mit der Risikoerhöhungstheorie erübrigt sich jedoch vorliegend, da aus der Feststellung des Gutachters, es sei "äusserst unwahrscheinlich", dass ein um mehrere Tage früherer Operationszeitpunkt den Operationsverlauf entscheidend verändert hätte, keine *deutliche* Erhöhung des Risikos im Sinne der von den Beschwerdeführern angerufenen Risikoerhöhungstheorie hervorgeht.

8.3.4. Zu guter Letzt rügen die Beschwerdeführer, dass die Protokolle des Endokarditis-Board am 7. und 14. Juni 2018 etwas gar kurz ausgefallen seien. Weiter lasse die unterlassene Nennung der Namen keine Schlüsse darauf zu, ob das Endokarditis-Board zu jenen Zeitpunkten korrekt zusammengesetzt gewesen

sei und ob deshalb ein Übernahmeverschulden für die verspätete Operation ausgeschlossen werden könne (Urk. 2. S. 13).

Die beiden monierten Protokolle der Endokarditis-Boards sind aktenkundig (Urk. 13/2/69, Urk. 13/2/71). Aus diesen ergibt sich in Kürze jeweils die bisherige Behandlung, der zukünftige Behandlungsplan sowie der Entscheid der Teilnehmer. Der Punkt "Teilnehmer" wurde in beiden Protokollen nicht ausgefüllt. Es ist dem Gutachter zuzustimmen (Urk. 13/4/7 S. 5), dass die namentliche Nennung der jeweiligen Teilnehmer retrospektiv sinnvoll gewesen wäre, der Inhalt der Protokolle jedoch aufzeigt, dass interdisziplinäre Diskussionen durchgeführt und gemeinsame Entscheidungen zur Therapie gefällt worden sind. Gemäss dem Fachgutachten waren die Behandlungspläne/Entscheide plausibel und folgerichtig (Urk. 13/4/7 S. 5). Weder aus der Kürze der Protokolle noch der fehlenden Teilnehmerbezeichnung ergeben sich irgendwelche Hinweise von strafrechtlicher Relevanz, zumal es sich bei der Behandlung durch ein solches Team lediglich um eine "Empfehlung" mit dem Grad "IIa" [Widersprüchliche Evidenz und/oder unterschiedliche Meinungen über den Nutzen/Effektivität einer Therapieform oder einer diagnostischen Massnahme, wobei die Evidenzen/Meinungen den Nutzen bzw. die Effektivität der Massnahme favorisieren] der ESC Guidelines handelt (Urk. 13/4/7 S. 5, https://leitlinien.dgk.org/files/10_2015_pocket_leitlinien_infektiöse_endokarditis.pdf) und auch aus einer falschen Zusammensetzung per se kein strafrechtlich relevantes Verhalten hervorginge.

8.3.5. Die Rügen der Beschwerdeführer am Gutachten betreffend den Operationszeitpunkt verfangen somit ebenso wenig wie die Rügen betreffend die Diagnosestellung.

9. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die punktuellen Beanstandungen der Beschwerdeführer am von der Staatsanwaltschaft eingeholten Gutachten unbehelflich sind. Dementsprechend ist auch kein weiteres Gutachten von Nöten (Urk. 2 S. 14). Die Staatsanwaltschaft verfügte somit zu Recht die Nichtanhandnahme einer Strafuntersuchung. Folglich ist die Beschwerde abzuweisen.

III.

Angesichts der Bedeutung und Schwierigkeit des Falls sowie des Aufwands des Gerichts ist die Gerichtsgebühr für das Beschwerdeverfahren auf Fr. 2'500.00 festzusetzen (§ 17 Abs. 1 i.V.m. § 2 Abs. 1 lit. b - d GebV OG). Die Kosten sind ausgangsgemäss den Beschwerdeführern je zur Hälfte unter solidarischer Haftung aufzuerlegen (Art. 418 Abs. 1 und 2 StPO, Art. 428 Abs. 1 StPO) und aus der von ihnen geleisteten Prozesskaution von Fr. 2'500.00 zu beziehen (Urk. 9). Entschädigungen sind keine zuzusprechen.

Es wird beschlossen:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Gerichtsgebühr wird auf Fr. 2'500.00 festgesetzt, den Beschwerdeführern je zur Hälfte unter solidarischer Haftung auferlegt und aus der geleisteten Prozesskaution bezogen.
3. Es werden keine Entschädigungen ausgerichtet.
4. Schriftliche Mitteilung an:
 - Rechtsanwalt MLaw X._____, dreifach für sich sowie zu Händen der Beschwerdeführer 1 und 2 (per Gerichtsurkunde)
 - die Staatsanwaltschaft I des Kantons Zürich (gegen Empfangsbestätigung)sowie nach Ablauf der Rechtsmittelfrist bzw. nach Erledigung allfälliger Rechtsmittel an:
 - die Staatsanwaltschaft I des Kantons Zürich, unter Rücksendung der beigezogenen Akten (Urk. 13; gegen Empfangsbestätigung)
5. Rechtsmittel:

Gegen diesen Entscheid kann **Beschwerde in Strafsachen** erhoben werden.

Die Beschwerde ist innert **30 Tagen**, vom Empfang an gerechnet, bei der Strafrechtlichen Abteilung des Bundesgerichtes (1000 Lausanne 14) in der in Art. 42 des Bundesgerichtsgesetzes vorgeschriebenen Weise schriftlich

einzureichen.

Die Beschwerdelegitimation und die weiteren Beschwerdevoraussetzungen richten sich nach den massgeblichen Bestimmungen des Bundesgerichtsgesetzes.

Hinweis: Eingaben müssen spätestens am letzten Tag der Frist beim Bundesgericht eingereicht oder zu dessen Händen der Schweizerischen Post oder einer schweizerischen diplomatischen oder konsularischen Vertretung übergeben werden.

Zürich, 27. November 2020

Obergericht des Kantons Zürich
III. Strafkammer

Präsident:

Gerichtsschreiberin:

lic. iur. A. Flury

lic. iur. D. Tagmann