

La patient D. a subi le 16 août 2010 une résection sigmoïdienne par voie laparoscopique effectuée par le chirurgien A. L'opération s'est déroulée en soi sans problème. Par contre, D. s'est plaint rapidement de douleurs abdominales, ce qui a amené A. à ordonner le 18 août 2010 un examen de laboratoire urgent, effectué à 9h35. Un CT-Scan a par ailleurs été effectué le même jour à 16h58. Le chirurgien A. et le radiologue F. sont arrivés tous deux à la conclusion qu'il n'existait aucun indice parlant pour un défaut de la suture intestinale. A. a ainsi informé son patient et ses proches lors d'une visite, qui a eu lieu vers 18h, que ces examens plaidaient pour des suites post-opératives normales et qu'il n'y avait alors aucune nécessité de procéder à une révision chirurgicale. Vers 21h, A. a été informé du fait que le patient se plaignait à nouveau de violentes douleurs en bas de l'abdomen. Grâce à l'administration d'importants anti-douleurs, D. a pu finalement s'endormir vers 24h. Son décès a été constaté le lendemain à 06h25.

S'agissant de la violation par le chirurgien A. des règles de l'art médical, le TF a considéré que le tribunal cantonal était en droit de retenir sans tomber dans l'arbitraire que la quantité d'air intrapéritonéal constatée 48 heures après une telle opération ne pouvait plus être expliquée dans le cadre des suites habituelles de ladite intervention et qu'elle constituait un indice indirect de la présence d'une insuffisance de l'anastomose, soit de la suture intestinale. On pouvait donc retenir que A. avait, conjointement avec F., mal interprété les images du CT-Scan et qu'il aurait dû immédiatement ordonner une nouvelle analyse de laboratoire et un suivi minutieux des données vitales du patient (pression sanguine, pouls et température) (c. 3.4.1).

Le TF a par ailleurs rappelé sa jurisprudence selon laquelle, lorsqu'un homicide par négligence est susceptible d'avoir été commis par omission, l'auteur présumé doit revêtir une position de garant (ce qui n'était pas contesté en l'espèce) et doit avoir été en mesure d'exécuter l'acte dont il s'est effectivement abstenu. **Le lien de causalité hypothétique entre l'omission et le résultat doit être admis si l'on arrive à la conclusion que l'exécution du comportement omis aurait permis d'empêcher le résultat avec un degré élevé de vraisemblance** (c. 3.3.4). En l'espèce, les différentes expertises mises en œuvre par le Ministère public étaient arrivées à la conclusion qu'aux environs de 18h le 18 août 2010, le patient avait encore des chances de survie de 80% s'il pouvait immédiatement bénéficier d'une nouvelle opération. Même si ladite opération n'avait débuté que vers 19h, les chances de survie auraient pu encore être qualifiées d'élevées. Selon le TF, un tel taux de vraisemblance permet de retenir que le critère du « degré élevé de vraisemblance » est rempli. Tel était également le cas si l'on admettait que la nouvelle opération aurait pu commencer qu'à 19h. Dans ce contexte, le TF laisse ouverte la question de savoir si les règles du droit civil en matière de vraisemblance sont applicables en droit pénal, tout en relevant que selon la doctrine de droit civil, le critère de la vraisemblance prépondérante (haut degré de vraisemblance) doit être considéré comme rempli dès qu'il existe un taux de probabilité d'au moins 75% (c. 3.4.2).

Auteur : Alexandre Guyaz, avocat à Lausanne

Beschwerde gegen das Urteil des Obergerichts des Kantons Bern, 1. Strafkammer, vom 29. November 2019 (SK 17 264).

Sachverhalt:

A.

A.a. D.E. sel. litt an einer bekannten Divertikelerkrankung des Colon sigmoideum. Infolgedessen wurde ihm eine laparoskopische Sigmaresektion (Entfernung eines Stückes des Dickdarms mittels

Schlüssellochchirurgie) im entzündungsfreien Intervall empfohlen, wobei die Behandlung im Fast-Track-Schema erfolgen sollte. Die geplante Operation wurde am 16. August 2010 vom Chirurgen A. durchgeführt, erfolgte lege artis und verlief problemlos.

A.b. Im postoperativen Verlauf klagte D.E. sel. jedoch trotz wiederholter Verabreichung von Schmerzmitteln mehrfach über heftige abdominelle Schmerzen, woraufhin A. am 18. August 2010 eine notfallmässige Laborkontrolluntersuchung anordnete. Diese wurde um 9.35 Uhr durchgeführt und zeigte normale Werte. Da die Schmerzproblematik abdominell unklar blieb, veranlasste A. zudem eine notfallmässige Computertomographie ("CT") des Abdomens/Beckens, welche gleichentags um 16.58 Uhr unter der Leitung des Radiologen F. durchgeführt wurde. Unmittelbar im Anschluss an die CT-Untersuchung beurteilten A. und F. die CT-Bilder von D.E. sel. gemeinsam. Dabei kamen sie zum Schluss, dass keine Hinweise für eine Anastomoseninsuffizienz (Mangelhaftigkeit der Darmaht) bestehen würden. Entsprechend informierte A. seinen Patienten und dessen Angehörige bei der Visite um ca. 18.00 Uhr dahingehend, dass die durchgeführten Laboruntersuchungen und die CT-Untersuchung als "normal im postoperativen Verlauf" zu interpretieren seien und im aktuellen Zeitpunkt absolut kein Handlungsbedarf für eine weitere Intervention (chirurgische Revision) bestehe. In der Folge veranlasste er bei D.E. sel. das Einlegen einer Magensonde, die Erhöhung der Dosierung der Periduralanästhesie sowie die Abgabe von zusätzlichen Schmerz- und Beruhigungsmitteln.

A.c. Gegen 21.00 Uhr desselben Tages wurde A. von der Pflege telefonisch darüber informiert, dass D.E. sel. erneut über heftige Schmerzen im Unterbauch klagte. Hierauf sprach A. mit diesem persönlich am Telefon, beruhigte ihn und erklärte ihm erneut, dass aufgrund der durchgeführten Untersuchung aus chirurgischer Sicht kein Handlungsbedarf bestehe. Nach weiterer Abgabe von Schmerzmitteln (Morphium und Temesta) ging es D.E. sel. deutlich besser, so dass dieser um 24.00 Uhr einschlafen konnte. Um 1.00 Uhr des 19. August 2010 klagte er jedoch wiederum über Schmerzen abdominal und zum Teil mit Ausstrahlung in die Schulter. Auf erneute Gabe von Schmerzmitteln (Morphium und Temesta) schlief er wieder ein.

A.d. Um 5.30 Uhr fand das Pflegepersonal D.E. sel. regungslos im Bett vor. Nach erfolglosen Reanimationsversuchen wurde um 6.25 Uhr sein Tod festgestellt.

Als Todesursache steht fest, dass ein kleines Leck mit 0.5 cm Durchmesser im Bereich der Anastomose (gemeint ist hier die Darmaht) des Dickdarms bestand, aus welchem ca. 450 ml kotige Flüssigkeit in die Bauchhöhle ausgetreten war. Diese kotige Flüssigkeit führte zu einer Bauchfellentzündung des gesamten Bauchraums, an welcher D.E. sel. schliesslich verstarb.

B.

Das Regionalgericht Bern-Mittelland sprach A. mit Urteil vom 12. Dezember 2016 der fahrlässigen Tötung schuldig und auferlegte ihm eine bedingte Geldstrafe von 30 Tagessätzen zu je Fr. 130.-- bei einer Probezeit von 2 Jahren. Es hiess die Zivilklage von B.E. und C.E. dem Grundsatz nach gut und verwies diese zur vollständigen Beurteilung der Forderung auf den Zivilweg. Weiter regelte es die Kosten- und Entschädigungsfolgen.

C.

Auf Berufung von A. und Anschlussberufung der Generalstaatsanwaltschaft des Kantons Bern bestätigte das Obergericht des Kantons Bern am 29. November 2019 das erstinstanzliche Urteil im Schuldpunkt. Es bestrafte A. mit einer bedingten Geldstrafe von 50 Tagessätzen zu je Fr. 120.-- und

setzte die Probezeit auf 2 Jahre fest. Gleich wie die erste Instanz hiess es die Zivilklage von B.E. und C.E. dem Grundsatz nach gut und verwies diese für die vollständige Beurteilung der Forderung auf den Zivilweg. Sodann regelte es die Kosten- und Entschädigungsfolgen.

D.

A. erhebt Beschwerde in Strafsachen. Er beantragt, das Urteil des Obergerichts des Kantons Bern vom 29. November 2019 sei aufzuheben und er sei vom Vorwurf der fahrlässigen Tötung freizusprechen. Die Zivilklage von B.E. und C.E. sei abzuweisen. Die Verfahrenskosten der Vorinstanzen seien dem Kanton Bern aufzuerlegen und ihm sei für die ihm entstandenen Verteidigungskosten vor dem Regionalgericht Bern-Mittelland, vor dem Obergericht des Kantons Bern sowie vor dem Bundesgericht eine Parteientschädigung gemäss eingereichten bzw. noch vorzulegender Kostennoten zuzusprechen. Es wurden die kantonalen Akten, nicht aber Vernehmlassungen eingeholt.

Erwägungen:

1.

Angefochten ist ein Endentscheid (Art. 90 BGG) in Strafsachen einer letzten kantonalen Instanz, die als oberes Gericht auf Berufung hin (Art. 80 BGG) geurteilt hat. Der Beschwerdeführer ist zur Beschwerde legitimiert (Art. 81 Abs. 1 lit. a BGG) und hat die Beschwerdefrist eingehalten (Art. 100 Abs. 1 BGG). Unter Vorbehalt rechtsgenügender Begründung (Art. 42 Abs. 2 und Art. 106 Abs. 2 BGG) ist die Beschwerde in Strafsachen gemäss Art. 78 ff. BGG grundsätzlich zulässig.

2.

2.1. Der Beschwerdeführer rügt eine Verletzung des Anklagegrundsatzes. Er macht im Wesentlichen geltend, dass die Anklageschrift den gesetzlichen Anforderungen nicht genüge. Diese umschreibe das ihm zugewiesene pflichtgemässe Handeln in bloss allgemeiner Weise und zeige nicht auf, welche konkreten ärztlichen Untersuchungen angezeigt gewesen wären bzw. welche konkreten ärztlichen Massnahmen er hätte treffen oder veranlassen müssen, um den Tod von D.E. sel. abzuwenden. Aus der Anklageschrift gehe zudem nicht hervor, welche dieser Massnahmen mit welcher Wahrscheinlichkeit den eingetretenen Erfolg verhindert oder zur Einleitung weiterer erfolgversprechender medizinischer Massnahmen geführt hätte. Diese Angaben wären für seine Beweisführung nötig gewesen und hätten ihm die Möglichkeit gegeben, sich sachgerecht gegen die Vorwürfe zu verteidigen. Es sei nicht an ihm aufzuzeigen, welche Massnahmen er mit welcher Begründung nicht durchgeführt habe.

2.2. Die Anklageschrift bezeichnet gemäss Art. 325 Abs. 1 lit. f StPO möglichst kurz, aber genau die der beschuldigten Person vorgeworfenen Taten mit Beschreibung von Ort, Datum, Zeit, Art und Folgen der Tatausführung. Nach dem Anklagegrundsatz bestimmt die Anklageschrift den Gegenstand des Gerichtsverfahrens (Umgrenzungsfunktion; Art. 9 und Art. 325 StPO; Art. 29 Abs. 2 und Art. 32 Abs. 2 BV; Art. 6 Ziff. 1 und Ziff. 3 lit. a und b EMRK). Die Anklage hat die der beschuldigten Person zur Last gelegten Delikte in ihrem Sachverhalt so präzise zu umschreiben, dass die Vorwürfe in objektiver und subjektiver Hinsicht genügend konkretisiert sind. Zugleich bezweckt das Anklageprinzip den Schutz der Verteidigungsrechte der beschuldigten Person und garantiert den Anspruch auf rechtliches Gehör (Informationsfunktion; BGE 143 IV 63 E. 2.2; 141 IV 132 E. 3.4.1; je mit Hinweisen). Bei unechten Unterlassungsdelikten ist in der Anklageschrift anzugeben, aus welchen tatsächlichen Umständen auf die Garantienstellung zu schliessen ist und welche gebotene Handlung der Täter hätte

vornehmen müssen. Wird ein fahrlässiges unechtes Unterlassungsdelikt vorgeworfen, sind zudem sämtliche tatsächlichen Umstände anzuführen, aus denen sich die Pflichtwidrigkeit des vorgeworfenen Verhaltens sowie die Vorhersehbarkeit und Vermeidbarkeit des eingetretenen Erfolges ergeben sollen. Es ist dazu insbesondere möglichst genau darzulegen, inwiefern es der Angeklagte an der Beachtung der gebotenen Sorgfalt oder Vorsicht habe fehlen lassen (BGE 120 IV 348 E. 3c; 116 Ia 455 E. 3a cc; Urteile 6B_948/2017 vom 8. März 2018 E. 2.6.1; 6B_984/2009 vom 25. Februar 2010 E. 2.3). Die beschuldigte Person muss aus der Anklage ersehen können, wessen sie angeklagt ist. Sie darf nicht Gefahr laufen, erst an der Gerichtsverhandlung mit neuen Anschuldigungen konfrontiert zu werden (BGE 143 IV 63 E. 2.2 mit Hinweisen). Das Gericht ist an den in der Anklage umschriebenen Sachverhalt gebunden (Immutabilitätsprinzip), nicht aber an die darin vorgenommene rechtliche Würdigung durch die Anklagebehörde (vgl. Art. 350 Abs. 1 StPO; BGE 144 I 234 E. 5.6.1; 143 IV 63 E. 2.2).

Das Anklageprinzip ist verletzt, wenn die angeklagte Person für Taten verurteilt wird, bezüglich welcher die Anklageschrift den inhaltlichen Anforderungen nicht genügt, oder wenn das Gericht mit seinem Schuldspruch über den angeklagten Sachverhalt hinausgeht (Urteile 6B_120/2019 vom 17. September 2019 E. 3.2; 6B_278/2018 vom 17. Mai 2019 E. 2.3).

2.3.

2.3.1. Die Einwände des Beschwerdeführers sind unbegründet. Die Anklageschrift vom 14. November 2014 (kant. Akten pag. 676 ff.) umschreibt den wesentlichen Lebenssachverhalt und nennt den Straftatbestand, nämlich Art. 117 StGB, welchen der Beschwerdeführer durch sein Verhalten erfüllt haben soll. Sie schildert den Ablauf der Behandlung, weist auf die immer wieder auftretenden abdominellen Schmerzen des Patienten hin, führt die örtlichen und zeitlichen Hinweise an und bezeichnet sowohl die Handlungen wie auch das Unterlassen des Beschwerdeführers. Die tatsächlichen Umstände, aus denen sich die Pflichtwidrigkeit des vorgeworfenen Verhaltens respektive Unterlassens, die Garantenstellung, die Voraussehbarkeit und die Vermeidbarkeit des eingetretenen Erfolges ergeben, sind in der Anklage enthalten.

2.3.2. Konkret wird dem Beschwerdeführer in der Anklageschrift vorgeworfen, bei der Beurteilung der CT-Bilder von D.E. sel. in gemeinsamer Besprechung mit F. keine Hinweise für eine Anastomoseninsuffizienz erkannt zu haben. Diese Beurteilung sei nach dem allgemeinen fachlichen Wissensstand nicht vertretbar und genüge den objektiven Anforderungen an die ärztliche Kunst nicht. Der Beschwerdeführer hätte das Ausmass der freien Luft, insbesondere vor dem Hintergrund der anhaltenden Schmerzproblematik trotz laufender Periduralanästhesie und ergänzender Gabe von Morphium, als potentiell indirektes Anzeichen einer Anastomoseninsuffizienz erkennen und weitere ärztliche Untersuchungen des Patienten durchführen bzw. durchführen lassen müssen. Auch als der Beschwerdeführer am 18. August 2010 um ca. 21.00 Uhr durch das Pflegepersonal telefonisch informiert worden sei, dass sein Patient erneut und trotz der von ihm im Anschluss an die CT-Untersuchung veranlassten Massnahmen (Einlegen einer Magensonde, Verabreichen zusätzlicher Schmerz- und Beruhigungsmittel) heftige Schmerzen habe, habe er es weiterhin unterlassen, ergänzende ärztliche Untersuchungen einzuleiten, und D.E. sel. am Telefon mit erneutem Verweis auf die (falsche) Interpretation der CT-Bilder erklärt, es bestehe kein Handlungsbedarf. Auch dieses Verhalten genüge den objektiven Anforderungen an die ärztliche Kunst nicht (vgl. kant. Akten pag. 678 f.).

Für den Beschwerdeführer war mit diesen Ausführungen hinreichend klar erkennbar, was ihm zum Vorwurf gemacht wird. Dass die gebotenen weiteren bzw. ergänzenden ärztlichen Untersuchungen

des Patienten in der Anklage nicht weiter präzisiert bzw. die vorzunehmenden Untersuchungen nicht im Einzelnen benannt werden, schadet nicht. Wie die Vorinstanz zutreffend festhält, kann davon ausgegangen werden, dass dem Beschwerdeführer in seiner Eigenschaft als erfahrener laparoskopischer Chirurg, welcher gemäss eigenen Aussagen 2000 bis 3000 Patienten in dieser Form operiert hat, die vorzunehmenden ergänzenden und notwendigen ärztlichen Untersuchungen bestens bekannt waren (vgl. angefochtenes Urteil S. 7). Dazu kommt, dass sich diese auch aus den von der Staatsanwaltschaft in Auftrag gegebenen, der Anklage zugrunde liegenden und dem Beschwerdeführer im Laufe des Untersuchungsverfahrens zur Kenntnis gebrachten Gutachten entnehmen lassen: So nennt etwa das rechtsmedizinische Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Bern vom 11. Februar 2011 neben der CT-Untersuchung, die klinische Untersuchung (inkl. Blutdruck- und Pulsmessung) sowie die Blutanalyse auf Zeichen eines Blutverlusts und Infekts als ärztliche Untersuchungen, welche der frühzeitigen Entdeckung allfälliger Komplikationen dienen (kant. Akten pag. 174) und führt zudem an, dass bei Komplikationen die Indikation zur chirurgischen Intervention in Form einer Relaparoskopie oder einer Relaparotomie gegeben sei (kant. Akten pag. 176). Ferner wird im ergänzenden Aktengutachten des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Bern vom 23. Januar 2014 darauf hingewiesen, dass im Fall von D.E. sel. in den Patientenakten das ansonsten üblicherweise vorliegende Datenmaterial zu klinischen und laborchemischen Untersuchungen fehle (kant. Akten pag. 361). So fehle es etwa an der Fortsetzung der Körpertemperatur-Kurve/-Werte im Anschluss an die letzte dokumentierte Messung mit einem Wert von 38.3 C° um 14.45 Uhr des 18. August 2010, an einer gezielten ärztlichen klinischen Untersuchung des Bauches von D.E. sel. am späten Abend des gleichen Tages und damit verbunden auch an einer allfällig erneuten Standortbestimmung der Laborparameter im Vergleich zu den um 9.35 Uhr des 18. August 2010 abgenommenen Werten (kant. Akten pag. 360). Dem Beschwerdeführer war damit durchaus bewusst, um welche medizinischen Untersuchungen und Massnahmen es vorliegend ging. Die Anklageschrift ist nicht Selbstzweck, sondern Mittel zum Zweck der Umgrenzung des Prozessgegenstandes und der Information des Angeklagten (Urteile 6B_550/2019 vom 8. Juli 2019 E. 2.2; 6B_361/2017 vom 2. November 2017 E. 2.4.1). Dass der Beschwerdeführer sich gegen die gegen ihn erhobenen Vorwürfe nicht sachgerecht hätte verteidigen können, ist unter dem Gesichtspunkt des Anklagegrundsatzes nicht ersichtlich.

2.3.3. Im Weiteren legt die Anklageschrift hinreichend dar, inwieweit das Verhalten bzw. das Unterlassen des Beschwerdeführers (hypothetisch) kausal für den Erfolg war und dieser voraussehbar und vermeidbar gewesen sei. So wird darin ausgeführt, dass das Verkennen der potentiellen Anzeichen einer Anastomoseninsuffizienz bei der Beurteilung der CT-Bilder sowie nachfolgend das Unterlassen ergänzender ärztlicher Untersuchungen zur Folge hatte, dass kotige Flüssigkeit weiterhin unerkannt in die Bauchhöhle des Patienten austrat, zu einer Entzündung der Bauchhöhle führte und schliesslich den Tod des Patienten verursachte. Der Beschwerdeführer habe im Zeitpunkt der Beurteilung der CT-Bilder und danach die Gefahr eines entsprechenden Verlaufs zumindest in den wesentlichen Zügen erkennen können und müssen. Hätte er pflichtgemäss die indirekten Anzeichen erkannt oder hätte er nach der CT-Untersuchung zumindest in einem ersten Schritt weitere ärztliche Untersuchungen durchgeführt oder veranlasst und gestützt darauf die Anastomoseninsuffizienz festgestellt, hätte eine notfallmässige Reoperation der Darmnaht vorgenommen werden können, womit der Tod des Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit abgewendet worden wäre (vgl. kant. Akten pag. 679). Mit diesen Ausführungen wird die Anklage der Umgrenzungs- und Informationsfunktion des Anklagegrundsatzes gerecht. Eine detailliertere Umschreibung der Kausalität - etwa mittels genauer Angabe des Wahrscheinlichkeitsgrades, mit welchem der Erfolg bei pflichtgemässigem Handeln abgewendet worden wäre - ist zur Wahrung der Verteidigungsrechte nicht notwendig.

Die Beschwerde ist insoweit unbegründet.

3.

3.1. Der Beschwerdeführer wendet sich gegen den Schuldspruch der fahrlässigen Tötung.

3.1.1. Er macht zusammengefasst geltend, die Vorinstanz lege ihrer rechtlichen Würdigung einen willkürlich festgestellten Sachverhalt zu Grunde. Entgegen der Auffassung der Vorinstanz habe er sich keine Sorgfaltspflichtverletzung zu Schulden kommen lassen. Er habe die Menge freier Luft mit der von ihm angewandten AirSeal Operationsmethode erklärt. Die Vorinstanz habe diese Begründung als nachgeschoben und deshalb unglaublich zurückgewiesen, ohne dabei aber aufzuzeigen, nach welcher Methode ihrer Ansicht nach denn operiert worden sei und mit welchen Luftmengen (und Resorptionszeiten) jene Operationstechnik verbunden gewesen wäre. Damit ver falle sie in Willkür. Laparoskopische Eingriffe könnten nach einer Mehrzahl von Methoden durchgeführt werden. Für die Frage, ob die im CT vom 18. August 2010 festgestellte Menge an Luft aus klinischer Sicht zu gross gewesen sei, müsse die Operationsmethode bekannt sein. Die Vorinstanz masse sich in willkürlicher Weise Expertenwissen an, wenn sie behaupte, dass der Operationsmethode für die Beurteilung, ob das Ausmass festgestellter Luft im Bauchraum so aussergewöhnlich sei, dass weitere Untersuchungen veranlasst werden mussten, keine entscheidende Bedeutung zukomme.

Die Gutachten, auf welche sich die Vorinstanz zur Beurteilung der ärztlichen Sorgfaltspflichten stütze, seien zudem in Zweifel zu ziehen, da sich die Verfasser zur Begründung ihrer Einschätzung auf Fachliteratur aus den Jahren 1991 und 1993 berufen würden, welche nachweislich veraltet sei. Die Operationsmethoden hätten sich zwischen 1991 und 2010 wesentlich verändert. Da es nicht die eine laparoskopische Methode gäbe, liessen sich die von den Gutachtern herangezogenen Studien aus den Jahren 1991, 1993 und 2000 bzw. die daraus gewonnenen Erkenntnisse ferner nicht auf die Beurteilung eines im August 2010 erfolgten Eingriffs übertragen. Die Vorinstanz würdige die Beweislage einseitig zu seinem Nachteil und verletze den Grundsatz, wonach bei Bestehen nicht zu unterdrückender Zweifel zu Gunsten des Angeklagten zu entscheiden ist.

Ferner übernehme die Vorinstanz die gutachterliche Feststellung, wonach "ungewöhnlich viel freie Luft vorhanden" bzw. "das Ausmass der freien Luft viel zu gross" gewesen sei. Dies sei widersprüchlich, da die freie Luft entweder in ungewöhnlicher grosser Menge (d.h. mehr als zu erwarten wäre) vorhanden oder ihr Ausmass viel zu gross (d.h. es müsste sofort etwas unternommen werden) sei. Die Vorinstanz unterlasse es, sich auf ein Mass festzulegen. Auch verkenne sie, dass er (sc. Der Beschwerdeführer) als behandelnder Arzt das klinische Gesamtbild des Patienten vor Augen gehabt habe, während die Gutachter in Kenntnis des letalen Ausgangs, aber ohne persönliche klinische Erfassung des Patienten geurteilt hätten.

Die Vorinstanz ver falle sodann in Willkür, wenn sie ausführe, dass D.E. sel. am 18. August 2010 eine Erhöhung der Körpertemperatur mit ansteigender Tendenz aufgewiesen habe. Die Vorinstanz habe selber festgehalten, dass an diesem Tag um 21.00 Uhr noch eine Temperatur von 37.7 C° gemessen worden sei. Diese Messung sei nicht als Ausnahme, sondern als regelrechte Entwicklung zu würdigen, zumal die Körpertemperatur des Menschen normgemäss nach dem nachmittäglichen Höchststand zurückgehe. Laut Vorinstanz sei sodann erstellt, dass das entzündliche Geschehen mindestens 24 Stunden vor dem Eintritt des Todes von D.E. sel. (19. August 2010 um 6.25 Uhr) seinen Anfang genommen habe. Am 18. August 2010 um 9.35 Uhr, d.h. 21 Stunden vor dem Todeseintritt und drei Stunden nach begonnener Entzündung mit foudroyantem Verlauf, sei jedoch eine Laborprobe

abgenommen worden, in welcher unbestrittenermassen keine kritischen Entzündungswerte festgestellt worden seien (Laborprobe vom 18. August 2010 um 9.35 Uhr). Zudem bestehe ein offensichtlicher Widerspruch darin, dass eine foudroyant verlaufende Peritonitis (Bauchfellentzündung), welche am 18. August 2010 um 21.00 Uhr seit mindestens 14 ½ Stunden im Gang war, zu diesem Zeitpunkt kein (allenfalls hohes) Fieber bewirkt habe. Die Vorinstanz lasse damit in stossender Weise ausser Acht, dass die gesamten Umstände zwanglos auch als völlig atypisch verlaufende Peritonitis eingeschätzt werden könnten, was zu seiner Entlastung hätte gewürdigt werden müssen.

Des Weiteren werfe ihm die Vorinstanz lediglich in unbestimmter Weise vor, ärztliche Untersuchungsmassnahmen unterlassen zu haben. Indem sie nicht aufzeige, welche bestimmten Untersuchungshandlungen er pflichtgemäss hätte vornehmen müssen bzw. welche klinische Untersuchung er genau unterlassen habe, verletze sie Bundesrecht. Darüber hinaus verschweige sie, dass er nach der CT-Untersuchung das Einlegen einer Magensonde und damit durchaus eine ärztliche Massnahme veranlasst habe. Diese habe D.E. sel. auch rasch Linderung verschafft. Dass die Besserung nur von kurzer Dauer gewesen sei, habe er nicht wissen können, da er über die Verschlechterung des Gesundheitszustands seines Patienten erst um 21.00 Uhr informiert worden sei. Insgesamt könne ihm für die Phase zwischen der CT-Befundung bis um 21.00 Uhr des 18. August 2010 kein ärztliches Fehlverhalten vorgeworfen werden.

3.1.2. Neben einer Pflichtverletzung fehle es vorliegend auch am (hypothetischen) Kausalzusammenhang. Die Vorinstanz zeige in Verletzung von Bundesrecht nicht auf, mit welchem Grad an Wahrscheinlichkeit die angeblich pflichtwidrig unterlassene, ihm unspezifisch vorgeworfene Untersuchungshandlung zur Abwendung des Todes von D.E. sel. geführt hätte. Zudem sei vorliegend nicht gesichert, dass bei einer um 17.00 Uhr veranlassten Laboruntersuchung Laborwerte aufgetreten wären, die eine sofortige chirurgische Intervention als angezeigt hätten erscheinen lassen. Es sei nicht möglich bzw. zweifelhaft, dass mit einer Reoperation um 18.00 Uhr hätte begonnen werden können. Die Vorinstanz nehme dies in unkritischer Weise an, ohne dass darüber jemals Beweis erhoben worden wäre. Ohnehin hätte die Überlebenschance des Patienten bei einer Reoperation um 18.00 Uhr nach gutachterlicher Feststellung nur 80% betragen. Diese Wahrscheinlichkeit reiche nicht aus, um als eine "an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit" zu gelten. Indem ihm die Vorinstanz die hypothetische Kausalität mit einer ungenügenden Wahrscheinlichkeit zur Last lege, verletze sie Bundesrecht.

Hätte er D.E. sel. gestützt auf das Telefonat um 21.00 Uhr aufgesucht und wäre es im Anschluss daran zu einer Reoperation gekommen, so hätte diese mit Sicherheit nicht vor 21.30 Uhr (gemeint ist wohl 22.30 Uhr) beginnen können, womit die gutachterlich erhobene Überlebenschance von D.E. sel. weniger als 60% betragen hätte. Auch hier könne ihm "strafrechtlich keine Pflichtverletzung" vorgeworfen werden.

Folglich sei er vom Vorwurf der fahrlässigen Tötung freizusprechen.

3.2. Die Vorinstanz nimmt eine umfangreiche Beweiswürdigung vor und legt auf mehreren Seiten dar, weshalb sie den Anklagesachverhalt als erstellt erachtet. Sie stützt sich dabei wesentlich auf die drei von der Staatsanwaltschaft in Auftrag gegebenen Gutachten (Rechtsmedizinisches Gutachten des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Bern vom 11. Februar 2011 [kant. Akten pag. 164 ff.], Ergänzungsgutachten des Stadtspitals Triemli vom 26. Februar 2013 [kant. Akten pag. 278 ff.] und

ergänzendes Aktengutachten des Instituts für Rechtsmedizin der Universität Bern vom 23. Januar 2014 [kant. Akten pag 351 ff.) ab.

3.2.1. In Bezug auf die Sorgfaltspflichtverletzung hält sie zusammengefasst fest, dass der postoperative Verlauf aufgrund der starken Schmerzen und der wiederholten Abgabe von Morphium nicht wie erwartet erfolgt sei. Ausgehend von der Operation bis hin zur angeordneten CT-Untersuchung vom 18. August 2010 um ca. 17.00 Uhr könne dem Beschwerdeführer indes kein ärztliches Fehlverhalten vorgeworfen werden. Für die Zeitspanne zwischen der CT-Untersuchung und dem Todeseintritt des Patienten sei ein ärztliches Fehlverhalten jedoch zu bejahen. Dieses bestehe zunächst in der Falschinterpretation der CT-Bilder: Die von der Staatsanwaltschaft in Auftrag gegebenen Gutachten vom 11. Februar 2011, vom 26. Februar 2013 und vom 23. Januar 2014 würden objektiv, nachvollziehbar und schlüssig festhalten, dass im Bauch von D.E. sel. ungewöhnlich viel freie Luft vorhanden bzw. das Ausmass der freien Luft viel zu gross gewesen sei. Der Beschwerdeführer habe als sehr erfahrener laparoskopischer Chirurg mit Spezialgebiet Viszeralchirurgie bei der Beurteilung der Bilder der CT-Untersuchung von D.E. sel. in gemeinsamer Besprechung mit dem Radiologen F. das Ausmass der freien postoperativen Luft intraperitoneal (im Bauchfellraum des Patienten) einerseits zwar als störend, andererseits aber als normalen postoperativen Befund 48 Stunden nach der laparoskopischen Operation beurteilt und keine Hinweise für eine Anastomoseninsuffizienz erkannt. Diese Beurteilung sei nach dem allgemeinen fachlichen Wissensstand nicht vertretbar und genüge den objektivierte Anforderungen der ärztlichen Kunst nicht. Gemäss gutachterlicher Feststellung sei die Menge an intraperitonealer Luft von mindestens 300 ml 48 Stunden nach einer laparoskopischen Sigmaresektion aussergewöhnlich gross und nicht mehr alleine mit postoperativen Veränderungen erklärbar. Auf die beschwerdeführerischen Ausführungen, wonach D.E. sel. mit der AirSeal-Methode operiert worden sei, könne nicht abgestellt werden. Diese Erklärung für das Ausmass an freier Luft wirke nachgeschoben und sei nicht glaubhaft. Der Beschwerdeführer hätte die freie Luft als potentiell Anzeichen einer Anastomoseninsuffizienz erkennen müssen.

Zu der Menge an freier Luft intraperitoneal sei eine bis zum Schluss ungeklärte, auch den Beschwerdeführer störende Schmerzproblematik (bei laufender Periduralanästhesie und ergänzender Gabe von Morphium) und ein von Anfang an vom Fast-Track-Schema abweichender postoperativer Verlauf gekommen. Sodann sei die Dokumentation der klinischen Werte des Patienten unvollständig oder zumindest nicht klar gewesen: Das letzte dokumentierte Labor stamme vom 18. August 2010 von 9.35 Uhr. Die gemessene Körpertemperatur sei am 18. August 2010 um 9.30 Uhr mit 38.0 C°, um 11.30 Uhr mit 38.2 C°, um 14.15 Uhr (recte: 14.45 Uhr) mit 38.3 C° und um 21.00 Uhr mit 37.7 C° eingetragen worden. Weitere Parameter wie Blutdruck, Puls und Atmung seien in den Patientenakten nur bis 14.45 Uhr vermerkt. Im Lichte dieser Umstände und angesichts dessen, dass eine Anastomoseninsuffizienz nie ausgeschlossen werden könne, hätte nach der CT-Untersuchung eine neuerliche Laboruntersuchung vorgezogen und die Vitalwerte erneut überprüft werden müssen. Trotz der ungeklärten Schmerzproblematik seien diese Untersuchungen bis hin zu einer Reoperation nicht vorgenommen worden. Der Beschwerdeführer habe es vielmehr dabei belassen, die Symptome zu bekämpfen, ohne der Ursache der Schmerzen und der vielen Luft im Bauchraum auf den Grund zu gehen. Erstellt sei im Weiteren, dass der Beschwerdeführer am 18. August 2010 um ca. 21.00 Uhr durch die Lernende telefonisch darüber informiert worden sei, dass D.E. sel. - trotz der von ihm (sc. dem Beschwerdeführer) im Anschluss an die CT-Untersuchung veranlassten Massnahmen (Einlegen einer Magensonde, Verabreichen zusätzlicher Schmerz- und Beruhigungsmittel) - heftige Schmerzen habe. Dennoch habe er es weiterhin unterlassen, ergänzende Untersuchungen einzuleiten und dem Patienten erneut erklärt, dass kein Handlungsbedarf bestehe. Der Beschwerdeführer habe nicht alle Handlungen vorgenommen, zu welchen er als behandelnder Arzt verpflichtet gewesen wäre.

3.2.2. Was den hypothetischen Kausalzusammenhang betrifft, führt die Vorinstanz im Wesentlichen aus, D.E. sel. sei nach der um 17.00 Uhr durchgeführten CT-Untersuchung um ca. 17.15 Uhr wieder auf der Station gewesen. Angesichts dessen, dass die Entzündung nach den schlüssigen und nachvollziehbaren Darlegungen in den Gutachten vom 26. Februar 2013 und vom 23. Januar 2014 sowie den überzeugenden Ausführungen des einvernommenen Sachverständigen G. mindestens 24 Stunden vor dem Todeszeitpunkt (Feststellung des Todes am 19. August 2010 um 6.25 Uhr) begonnen habe, sei davon auszugehen, dass eine Laboruntersuchung um ca. 17.30 Uhr des 18. August 2010, welche nur wenig Zeit in Anspruch nehmen dürfte, Hinweise auf eine Entzündung gegeben hätte. Dasselbe sei von Blutdruck, Puls und Fieber anzunehmen. Dass bei D.E. sel. abends um 21.00 Uhr eine Körpertemperatur von 37.7 C° gemessen wurde, vermöge daran nichts zu ändern. Im Wissen um die bis dahin bestehenden Symptome sowie um die weiteren Entzündungszeichen hätte der Beschwerdeführer reagieren und D.E. sel. reoperieren müssen. Hätte der Beschwerdeführer wie geboten die CT-Bilder sowie die gegebenen Befunde (nicht geklärte postoperative Schmerzen trotz Schmerztherapie, störende Menge Luft im Bauchraum, Risiko einer Anastomoseninsuffizienz, letzte Laborwerte von 9.35 Uhr desselben Tages, gemessene Temperatur mehrheitlich an der Grenze zu Fieber und mehrmaliges Kollabieren des Patienten) mit der zu erwartenden Sorgfalt analysiert und D.E. sel. pflichtgemäss weiter ärztlich untersucht oder untersuchen lassen, hätten sich in den klinischen und laborchemischen Untersuchungen Befunde gezeigt, welche die Entzündung im Bauchraum von D.E. sel. dokumentiert hätten. Der Beschwerdeführer hätte mit einem hohen Grad an Wahrscheinlichkeit das Ausmass der Anastomoseninsuffizienz und der damit einhergehenden Bauchfellentzündung erkannt und umgehend eine Reoperation in die Wege geleitet. Entgegen der Auffassung des Beschwerdeführers sei davon auszugehen, dass eine solche um 18.00 Uhr des 18. August 2010 möglich gewesen wäre, zumal gewisse Schritte zur Vorbereitung der Reoperation nebeneinander erledigt werden könnten. So könne beispielsweise der Operationssaal vorbereitet werden, während der Patient und seine Angehörigen aufgeklärt werden. Dasselbe gelte für das Aufbieten weiterer Mitarbeiter des Operationsteams. Mit einer Reoperation um ca. 18.00 Uhr hätte der Patient mit hoher Wahrscheinlichkeit (80%) überlebt. Selbst wenn D.E. sel. erst gegen 19.00 Uhr operiert worden wäre, wäre die Überlebenschance nach wie vor hoch gewesen. Damit seien die vom Beschwerdeführer unterlassenen ärztlichen Untersuchungen für den Tod von D.E. sel. hypothetisch kausal.

3.3.

3.3.1. Wer fahrlässig den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft (Art. 117 StGB). Fahrlässig handelt, wer die Folge seines Verhaltens aus pflichtwidriger Unvorsichtigkeit nicht bedenkt oder darauf nicht Rücksicht nimmt. Pflichtwidrig ist die Unvorsichtigkeit, wenn der Täter die Vorsicht nicht beachtet, zu der er nach den Umständen und nach seinen persönlichen Verhältnissen verpflichtet ist (Art. 12 Abs. 3 StGB). Ein Schuldpruch wegen fahrlässiger Tötung setzt somit voraus, dass der Täter den Erfolg durch Verletzung einer Sorgfaltspflicht verursacht hat. Sorgfaltswidrig ist die Handlungsweise, wenn der Täter im Zeitpunkt der Tat auf Grund der Umstände sowie seiner Kenntnisse und Fähigkeiten die Gefährdung der Rechtsgüter des Opfers hätte erkennen können und müssen, und wenn er zugleich die Grenzen des erlaubten Risikos überschritten hat. Wo besondere Normen ein bestimmtes Verhalten gebieten, bestimmt sich das Mass der zu beachtenden Sorgfalt in erster Linie nach diesen Vorschriften (BGE 145 IV 154 E. 2.1). Dies schliesst nicht aus, dass der Vorwurf der Fahrlässigkeit auch auf allgemeine Rechtsgrundsätze wie etwa den allgemeinen Gefahrensatz gestützt werden kann (BGE 135 IV 56 E. 2.1; Urteil 6B_364/2020 vom 26. Juni 2020 E. 6.1). Denn einerseits begründet nicht jeder Verstoß gegen eine gesetzliche oder für

bestimmte Tätigkeiten allgemein anerkannte Verhaltensnorm den Vorwurf der Fahrlässigkeit, und andererseits kann ein Verhalten sorgfaltswidrig sein, auch wenn nicht gegen eine bestimmte Verhaltensnorm verstossen wurde. Die Vorsicht, zu der ein Täter verpflichtet ist, wird letztlich durch die konkreten Umstände und seine persönlichen Verhältnisse bestimmt, weil naturgemäss nicht alle tatsächlichen Gegebenheiten in Vorschriften gefasst werden können (BGE 135 IV 56 E. 2.1; 133 IV 158 E. 5.1; je mit Hinweisen).

3.3.2. 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. Der Arzt hat die nach den Umständen gebotene und zumutbare Sorgfalt zu beachten. Er hat indes 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 als auch in der Bestimmung therapeutischer oder anderer Massnahmen oftmals ein gewisser Entscheidungsspielraum zu, welcher eine Auswahl unter verschiedenen in Betracht fallenden Möglichkeiten zulässt. Der Arzt verletzt seine Sorgfaltspflichten 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 (BGE 134 IV 175 E. 3.2; 130 IV 7 E. 3.3 mit Hinweisen; Urteile 6B_89/2018 vom 1. Februar 2019 E. 3.1.3; 6B_408/2013 vom 18. Dezember 2013 E. 4.2). Bei der Diagnose einer Gesundheitsbeeinträchtigung muss der Arzt mithin nicht die Erhebung eines zutreffenden Befundes garantieren. Er muss jedoch bei der Feststellung und Beurteilung der gesundheitlichen Störung in jedem Fall fachgerecht vorgehen und die erforderlichen Mittel und Erkenntnisquellen nutzen. Mehrdeutige Krankheitsbilder muss er durch die ihm zur Verfügung stehenden Mittel aufklären. Der Arzt handelt unsorgfältig, wenn sich sein Vorgehen nicht nach den durch die medizinische Wissenschaft aufgestellten und generell anerkannten Regeln richtet und dem jeweiligen Stand der Wissenschaft nicht entspricht (BGE 130 IV 7 E. 3.3 mit Hinweisen; 6B_1287/2018 vom 11. März 2019 E. 1.1).

Welche Anforderungen an die Sorgfaltspflicht des Arztes zu stellen sind, ist eine Rechtsfrage; zum Sachverhalt gehört hingegen die Frage, ob eine allgemein anerkannte Berufsregel existiert, welches der Zustand des Patienten war und wie sich die ärztliche Handlung abgespielt hat (BGE 133 III 121 E. 3.1; Urteil 6B_170/2017 vom 19. Oktober 2017 E. 2.3).

3.3.3. Grundvoraussetzung für das Bestehen einer Sorgfaltspflichtverletzung und mithin für die Fahrlässigkeitshaftung bildet die Vorhersehbarkeit des Erfolgs. Die zum Erfolg führenden Geschehensabläufe müssen für den konkreten Täter mindestens in ihren wesentlichen Zügen voraussehbar sein. Zunächst ist zu fragen, ob der Täter auf Grund der Umstände sowie seiner Kenntnisse und Fähigkeiten die Gefährdung der Rechtsgüter des Opfers hätte voraussehen beziehungsweise erkennen können und müssen. Für die Beantwortung dieser Frage gilt der Massstab der Adäquanz. Danach muss das Verhalten geeignet sein, nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und den Erfahrungen des Lebens einen Erfolg wie den eingetretenen herbeizuführen oder mindestens zu begünstigen (BGE 135 IV 56 E. 2.1 mit Hinweisen; Urteil 6B_1122/2014 vom 29. Juni 2015 E. 2.1). Darüber hinaus muss er auch vermeidbar gewesen sein. Die Zurechnung ist ausgeschlossen, wenn der durch eine sorgfaltswidrige Handlung herbeigeführte Erfolg auch bei pflichtgemässigem Verhalten des Täters eingetreten wäre. Dies beurteilt sich nach einem hypothetischen Kausalverlauf. Für die Zurechnung des Erfolgs genügt es, wenn das Verhalten des Täters mindestens mit einem hohen Grad

an Wahrscheinlichkeit oder mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit die Ursache des Erfolgs bildete (BGE 135 IV 56 E. 2.1; 134 IV 193 E. 7.3; 130 IV 7 E. 3.2; je mit Hinweisen).

3.3.4. Die fahrlässige Tötung kann auch durch pflichtwidriges Unterlassen begangen werden (vgl. Art. 11 StGB). Voraussetzung ist in diesem Fall eine Rechtspflicht zur Vornahme der unterlassenen Handlung (Garantenstellung) sowie die Möglichkeit, diese Handlung vorzunehmen (Urteil 6B_114/2016 vom 20. September 2016 E. 2.2). Der hypothetische Kausalzusammenhang zwischen Unterlassung und Erfolg ist dann anzunehmen, wenn bei Vornahme der gebotenen Handlung der Erfolg mit einem hohen Grad an Wahrscheinlichkeit nicht eingetreten wäre (BGE 117 IV 130 E. 4a; 116 IV 182 E. 4a; je mit Hinweisen; Urteile 6B_435/2015 vom 16. Dezember 2015 E. 3.1; 6S.311/2005 vom 26. Oktober 2005 E. 3.1.2).

Ob ein hypothetischer Kausalzusammenhang gegeben ist, betrifft eine Tatfrage, sofern die entsprechende Schlussfolgerung auf dem Weg der Beweiswürdigung aus konkreten Anhaltspunkten getroffen wurde und nicht ausschliesslich auf allgemeiner Lebenserfahrung beruht (BGE 132 V 393 E. 3.3; Urteile 6B_601/2016 vom 7. Dezember 2016 E. 2.1; 6B_435/2015 vom 16. Dezember 2015 E. 3.1; je mit Hinweisen).

3.3.5. Das Bundesgericht legt seinem Urteil den Sachverhalt zugrunde, den die Vorinstanz festgestellt hat (Art. 105 Abs. 1 BGG). Die Sachverhaltsfeststellung und Beweiswürdigung der Vorinstanz kann vor Bundesgericht nur gerügt werden, wenn sie willkürlich im Sinne von Art. 9 BV ist und wenn die Behebung des Mangels für den Ausgang des Verfahrens entscheidend sein kann (Art. 97 Abs. 1 BGG; BGE 143 IV 500 E. 1.1, 241 E. 2.3.1; je mit Hinweisen). Willkür im Sinne von Art. 9 BV liegt vor, wenn die vorinstanzliche Beweiswürdigung schlechterdings unhaltbar ist, d.h. wenn die Behörde in ihrem Entscheid von Tatsachen ausgeht, die mit der tatsächlichen Situation in klarem Widerspruch stehen oder auf einem offenkundigen Fehler beruhen. Dass eine andere Lösung ebenfalls möglich erscheint, genügt für die Annahme von Willkür nicht (BGE 146 IV 88 E. 1.3.1; 143 IV 241 E. 2.3.1; je mit Hinweisen).

Die Willkürüge muss in der Beschwerde an das Bundesgericht explizit vorgebracht und substantiiert begründet werden. Das bedeutet, dass klar und detailliert anhand der Erwägungen des angefochtenen Entscheids darzulegen ist, inwiefern die Sachverhaltsfeststellung willkürlich sein soll. Auf ungenügend begründete Rügen oder bloss allgemein gehaltene appellatorische Kritik am angefochtenen Urteil tritt das Bundesgericht nicht ein (vgl. Art. 42 Abs. 2 i.V.m. Art. 106 Abs. 2 BGG; BGE 146 IV 88 E. 1.3.1; 114 E. 2.1; 143 IV 500 E. 1.1; 135 III 232 E. 1.2; je mit Hinweisen).

Dem Grundsatz "in dubio pro reo" kommt in seiner Funktion als Beweiswürdigungsregel im Verfahren vor Bundesgericht keine über das Willkürverbot von Art. 9 BV hinausgehende Bedeutung zu (BGE 146 IV 88 E. 1.3.1; 145 IV 154 E. 1.1; je mit Hinweisen).

3.3.6. Das Gericht würdigt Gutachten grundsätzlich frei (Art. 10 Abs. 2 StPO). In Fachfragen darf es davon indessen nicht ohne triftige Gründe abweichen und Abweichungen müssen begründet werden. Auf der anderen Seite kann das Abstellen auf eine nicht schlüssige Expertise bzw. der Verzicht auf die gebotenen zusätzlichen Beweiserhebungen gegen das Verbot willkürlicher Beweiswürdigung (Art. 9 BV) verstossen (BGE 146 IV 114 E. 2.1; 142 IV 49 E. 2.1.3; 141 IV 369 E. 6.1). Ein Gutachten stellt namentlich dann keine rechtsgenügeliche Grundlage dar, wenn gewichtige, zuverlässig begründete Tatsachen oder Indizien die Überzeugungskraft des Gutachtens ernstlich erschüttern. Das trifft etwa zu, wenn der Sachverständige die an ihn gestellten Fragen nicht beantwortet, wenn er seine

Erkenntnisse und Schlussfolgerungen nicht begründet oder diese in sich widersprüchlich sind oder wenn die Expertise sonst wie an Mängeln krankt, die derart offensichtlich sind, dass sie auch ohne spezielles Fachwissen erkennbar sind (BGE 142 IV 49 E. 2.1.3; 141 IV 369 E. 6.1).

3.4. Was der Beschwerdeführer gegen die vorinstanzlichen Ausführungen vorbringt belegt weder Willkür in der Sachverhaltsfeststellung noch eine anderweitige Verletzung von Bundesrecht.

3.4.1. Dies gilt zunächst, soweit er eine Pflichtverletzung bestreitet:

Nach den unbestritten gebliebenen vorinstanzlichen Erwägungen ist erstellt, dass die angewandte Operationsmethode sich weder dem Operationsbericht noch den übrigen Patientenakten des Spitals entnehmen lässt. Unbestritten ist zudem, dass der Beschwerdeführer die AirSeal-Methode erstmals anlässlich der erstinstanzlichen Hauptverhandlung erwähnt hat. Obgleich ihm während des Untersuchungsverfahrens mehrfach die Möglichkeit eingeräumt wurde, zu den drei von der Staatsanwaltschaft in Auftrag gegebenen Gutachten, welche das Ausmass der Luft im Bauch als indirekten Hinweis für eine Anastomoseninsuffizienz sahen, Stellung zu nehmen, hat er diese Methode nach den zutreffenden, nicht beanstandeten Erwägungen der Vorinstanz nie zur Sprache gebracht oder geltend gemacht, die in den Gutachten aufgrund der freien Luft gezogenen Schlüsse seien wegen der angewandten Operationsmethode zu relativieren. Selbst in seinem Fragekatalog an Prof. Dr. med. H. zur Erstellung seines Parteigutachtens sei die AirSeal-Methode vom Beschwerdeführer bzw. von seinem Verteidiger mit keinem Wort erwähnt worden, obschon die Frage nach der freien Luft sehr prominent thematisiert wurde (vgl. angefochtenes Urteil S. 39 und S. 48 f.). Wenn die Vorinstanz im Lichte dieser Umstände zum Schluss gelangt, dass die Ausführungen des Beschwerdeführers zur AirSeal-Methode als mögliche Erklärung des Ausmasses an freier Luft im Bauchraum von D.E. sel. als nachgeschoben und nicht glaubhaft erscheinen, und der Operationsmethode - anders als von ihm erstmals in der erstinstanzlichen Hauptverhandlung behauptet - keine entscheidende Bedeutung zukomme, ist sie weder in Willkür verfallen noch hat sie Bundesrecht verletzt. Die von der Vorinstanz diesbezüglich vorgenommene Beweiswürdigung lag ohne Weiteres in ihrer Kompetenz und setzte keine medizinische Sachkenntnis voraus. Entsprechend dem Ergebnis ihrer willkürfreien Beweiswürdigung bestand für sie auch kein Anlass, die Operationstechnik zu bestimmen. Die Vorinstanz durfte vielmehr davon ausgehen, dass in den Akten alle für die Beurteilung des Todesfalles nötigen Informationen vorhanden seien. Sie durfte die drei von der Staatsanwaltschaft in Auftrag gegebenen Gutachten vom 11. Februar 2011, vom 26. Februar 2013 und vom 23. Januar 2014 im Hinblick auf die Feststellung, wonach sich im Bauchraum von D.E. sel. zu viel Luft befunden habe, als schlüssig und nachvollziehbar erachten und auf diese abstellen. Dies gilt umso mehr, als dass der Beschwerdeführer zu Beginn des Verfahrens selber angab, dass die Menge an freier Luft ihn störte (kant. Akten pag. 62). Dass sich die Verfasser des Gutachtens vom 26. Februar 2013 auf Fachliteratur aus den Jahren 1991, 1993 und 2000 stützen, vermag die darin getroffenen Erwägungen zum Ausmass der freien Luft für sich allein nicht derart in Zweifel zu ziehen, als dass ein Abstellen der Vorinstanz auf dieses Gutachten als schlechterdings unhaltbar zu werten wäre. Dasselbe gilt in Bezug auf den beschwerdeführerischen Einwand, die Gutachter hätten in Kenntnis des letalen Ausgangs, aber ohne persönliche klinische Erfassung des Patienten geurteilt. Damit lässt sich keine Willkür in der vorinstanzlichen Sachverhaltsfeststellung belegen. Entsprechend zielt auch der sinngemässe Vorwurf, die Vorinstanz habe bei der Würdigung der Gutachten den Grundsatz "in dubio pro reo" verletzt, ins Leere.

Inwiefern die Erwägung, dass "ungewöhnlich viel freie Luft vorhanden" bzw. "das Ausmass der freien Luft viel zu gross" gewesen sei, in sich widersprüchlich bzw. willkürlich sein sollte, ist sodann nicht ersichtlich. Aufgrund der vorhandenen Beweismittel (insbesondere gestützt auf die drei Gutachten

vom 11. Februar 2011, vom 26. Februar 2013 und vom 23. Januar 2014) durfte die Vorinstanz willkürfrei davon ausgehen, dass die festgestellte Menge an freier intraperitonealer Luft 48 Stunden nach einer laparoskopischen Sigmaresektion nicht mehr alleine mit postoperativen Veränderungen erklärbar gewesen sei und einen indirekten Hinweis für das Vorliegen einer Anastomoseninsuffizienz bilde, ohne sich dabei auf ein Mass festlegen zu müssen. Ihre Feststellung, dass der Beschwerdeführer die CT-Bilder zusammen mit F. falsch interpretiert bzw. er die festgestellte Luft unterschätzt und den bestehenden Handlungsbedarf verkannt habe, gibt zu keiner Kritik Anlass.

Soweit der Beschwerdeführer Diskrepanzen zwischen der vorinstanzlichen Erwägung, wonach die Entzündung mindestens 24 Stunden vor Eintritt des Todes von D.E. sel. ihren Anfang genommen habe, und der am 18. August 2010 um 9.35 Uhr abgenommenen Laborprobe einerseits sowie der um 21.00 Uhr desselben Tages gemessenen Körpertemperatur andererseits ortet, und dabei vorbringt, dass die gesamten Umstände zu seinen Gunsten zwanglos auch als völlig atypisch verlaufende Peritonitis eingeschätzt werden könnten, übersieht er, dass es zum Nachweis von Willkür nicht ausreicht, wenn eine andere Würdigung der Beweise ebenfalls vertretbar oder gar zutreffender erscheint (vgl. BGE 145 IV 154 E. 1.1; 143 IV 500 E. 1.1; 141 IV 305 E. 1.2; je mit Hinweisen). Auf sein Vorbringen ist insoweit nicht einzugehen. Ebensowenig ist ersichtlich, inwiefern die Erwägung der Vorinstanz, D.E. sel. habe eine Erhöhung der Körpertemperatur mit ansteigender Tendenz aufgewiesen unzutreffend sein sollte. Für den Zeitpunkt kurz nach der CT-Untersuchung trifft dies durchaus zu. So ist unbestritten, dass die gemessene Temperatur von D.E. sel. am 18. August 2010 um 9.30 Uhr 38.0 C°, um 11.30 Uhr 38.2 C° und um 14.45 Uhr 38.3 C° betrug. Die Messung um 21.00 Uhr, welche eine Temperatur von 37.7 C° ergab (zwischen 14.45 Uhr und 21.00 Uhr sind gemäss vorinstanzlichem Urteil keine Messungen mehr dokumentiert), vermag daran nichts zu ändern, zumal diese in einen Zeitraum fällt, für welchen - wie nachfolgend noch aufgezeigt wird - grundsätzlich offenbleiben kann, ob sich der Beschwerdeführer eine Sorgfaltspflichtverletzung zu Schulden habe kommen lassen. Im Übrigen setzt sich der Beschwerdeführer mit der vorinstanzlichen Erwägung, wonach er im Wissen um die bis zu diesem Zeitpunkt bestehenden Symptome sowie um die weiteren Entzündungswerte auch bei einer Messung von 37.7 C° hätte reagieren und D.E. sel. reoperieren müssen, nicht auseinander.

Unzutreffend ist im Weiteren die Behauptung, wonach die Vorinstanz nicht dargelegt hätte, welche Handlungen nach der CT-Untersuchung erforderlich gewesen wären. Dem angefochtenen Urteil lässt sich entnehmen, dass nach der CT-Untersuchung eine Laboranalyse geboten gewesen wäre und die Vitalwerte (Blutdruck-, Puls- und Temperaturmessung) hätten überprüft werden müssen (vgl. angefochtenes Urteil S. 55 und 63). Damit hätte eruiert werden können, ob weitere medizinische Massnahmen bis hin zur Revision notwendig gewesen wären. Dass der Beschwerdeführer nach seiner Visite um 18.00 Uhr das Einlegen einer Magensonde veranlasst hat, wurde von der Vorinstanz berücksichtigt (vgl. etwa angefochtenes Urteil S. 50 f. und S. 62). Dessen ungeachtet hat sie erwogen, dass er damit nicht alle Handlungen vorgenommen habe, zu welchen er als behandelnder Arzt verpflichtet gewesen wäre. Dass sie aufgrund des Einlegens der Magensonde zu einer anderen Sachverhaltsfeststellung und Beurteilung der Sorgfaltspflichtverletzung als der Getroffenen hätte kommen müssen, ist weder hinreichend dargetan noch ersichtlich. Indem der Beschwerdeführer dem Bundesgericht in diesem Zusammenhang lediglich eine eigene Version des Sachverhalts unterbreitet, vermag er keine Willkür in der vorinstanzlichen Beweiswürdigung und Sachverhaltsfeststellung aufzuzeigen.

3.4.2. Was sodann die vom Beschwerdeführer vorgetragene Einwände zur hypothetischen Kausalität betrifft, erschöpfen sich seine Rügen weitgehend in einer appellatorischen Kritik am angefochtenen

Entscheid. Der Beschwerdeführer beschränkt sich darauf, die Ausführungen der Vorinstanz als willkürlich zu bezeichnen und dem Bundesgericht seine eigene Sicht der Dinge zu präsentieren. Damit lässt sich jedoch noch keine Willkür begründen. Die in Würdigung der Gutachten und der Ausführungen des Sachverständigen G. getroffene vorinstanzliche Annahme, wonach eine am 18. August 2010 um ca. 17.30 Uhr durchgeführte Laboruntersuchung den entzündlichen Vorgang angezeigt hätte, erscheint durchaus vertretbar. Das Gleiche gilt für ihre Erwägung, dass eine Notoperation um ca. 18.00 Uhr oder zumindest gegen 19.00 Uhr möglich gewesen wäre. Der Beschwerdeführer bringt nichts vor, was die Annahme der Vorinstanz als schlechterdings unhaltbar erscheinen liesse. Die Frage, ob eine Notoperation um ca. 18.00 Uhr im Bereich des zeitlich Realisierbaren gelegen hätte, war sowohl vor dem erstinstanzlichen wie auch vor dem vorinstanzlichen Gericht Thema. Der Beschwerdeführer konnte sich dazu äussern und hätte - soweit er dies als notwendig befand - im Berufungsverfahren Beweisanträge zur Klärung dieser Frage stellen können. Dass er dies gemacht hätte, behauptet er nicht und kann auch dem angefochtenen Entscheid nicht entnommen werden, weshalb eine fehlende Beweiserhebung vor Bundesgericht mangels Ausschöpfung des kantonalen Instanzenzugs nicht gerügt werden kann (Art. 80 Abs. 1 BGG).

In den Gutachten vom 11. Februar 2011 und vom 26. Februar 2013 wird bei einem Operationsbeginn um 18.00 Uhr des 18. August 2010 vorsichtig geschätzt von einer Überlebenswahrscheinlichkeit von 80% (unter Berücksichtigung von 10% Spitalletalität bei einer Operation wegen rechtzeitig diagnostizierter Darmahtinsuffizienz) und bei einem Operationsbeginn um 24.00 Uhr von einer Überlebenswahrscheinlichkeit von 50% ausgegangen (kant. Akten pag. 177 und 288). Der Beschwerdeführer stellt diese Einschätzung, auf welche die Vorinstanz abstellt, nicht in Frage. Er macht aber geltend, dass bei einer Überlebenswahrscheinlichkeit von 80% der für die objektive Zurechnung des Erfolgs (Todeseintritts) erforderliche Grad an Wahrscheinlichkeit noch nicht erreicht sei. Seinen Ausführungen kann nicht gefolgt werden. Für die Zurechnung des Erfolgs genügt es, wenn das pflichtwidrige Verhalten des Täters mindestens mit einem hohen Grad der Wahrscheinlichkeit oder mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit die Ursache des Erfolgs bildete (vgl. E. 3.3.3 und 3.3.4 hiervor). Diese Voraussetzung ist bei einer vorsichtig geschätzten Überlebenswahrscheinlichkeit von 80% bei einem Operationsbeginn um 18.00 Uhr erfüllt. Die Vorinstanz durfte selbst dann von einer hohen Überlebenswahrscheinlichkeit ausgehen, wenn D.E. sel. erst gegen 19.00 Uhr anstatt um 18.00 Uhr operiert worden wäre. Der vom Beschwerdeführer angeführte Verweis auf das Zivilrecht vermag daran nichts zu ändern, zumal der numerische Schwellenwert für eine an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit gemäss zivilrechtlicher Lehre zwar bei mindestens 90%, jene der hohen (überwiegenden) Wahrscheinlichkeit indes "bloss" bei mindestens 75% liegt (vgl. LARDELLI/VETTER, in: Basler Kommentar, Zivilgesetzbuch, 6. Aufl. 2018, N. 17 f. zu Art. 8 ZGB; HANS PETER WALTER, in: Berner Kommentar, Kommentar zum schweizerischen Privatrecht, 2012, N. 136 und 138 zu Art. 8 ZGB; ALFRED BÜHLER, Beweismass und Beweiswürdigung bei Gerichtsgutachten - unter Berücksichtigung der jüngsten Lehre und Rechtsprechung, Jusletter 21. Juni 2010, Rz 5 ff.).

3.4.3. Ob und inwiefern der Beschwerdeführer seine ärztliche Sorgfaltspflicht durch sein am 18. August 2010 um 21.00 Uhr an den Tag gelegte Verhalten verletzt hat und ob der Tod von D.E. sel. bei Vornahme der gebotenen ärztlichen Handlungen zu diesem Zeitpunkt mit hoher Wahrscheinlichkeit hätte abgewendet werden können, kann bei diesem Ergebnis offenbleiben. Auf die im Zusammenhang mit diesem Zeitabschnitt vorgebrachten Rügen braucht nicht eingegangen zu werden.

Der Schuldspruch wegen fahrlässiger Tötung verletzt kein Bundesrecht.

4.

Seine Anträge hinsichtlich der Abweisung der Zivilklage und der Neuregelung der Kosten- und Entschädigungsfolgen im kantonalen Verfahren begründet der Beschwerdeführer einzig mit dem beantragten Freispruch. Da es jedoch beim vorinstanzlichen Schuldspruch bleibt, sind sie abzuweisen. Weiterungen dazu erübrigen sich.

5.

Die Beschwerde ist abzuweisen, soweit darauf eingetreten werden kann. Der Beschwerdeführer wird ausgangsgemäss kostenpflichtig und hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 66 Abs. 1 und Art. 68 BGG). Die Beschwerdegegnerinnen 2 und 3 wurden im Zusammenhang mit dem vorliegenden Beschwerdeverfahren nicht zur Stellungnahme aufgefordert, weshalb ihnen kein ersatzpflichtiger Aufwand entstanden ist.

Demnach erkennt das Bundesgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf einzutreten ist.

2.

Die Gerichtskosten von Fr. 3'000.-- werden dem Beschwerdeführer auferlegt.

3.

Dieses Urteil wird den Parteien und dem Obergericht des Kantons Bern, 1. Strafkammer, schriftlich mitgeteilt.