

Therapiezielumstellung und Morphingabe: Ein Intensivmediziner wird wegen Mordes vor Gericht gestellt – ein Prozessbericht aus Sicht des Verteidigers und der Sachverständigen

Change of therapeutic goals and administration of morphine: an intensive care physician is put on trial for murder – a trial report from the perspective of the defense and the expert witnesses

T. Bein*¹ · P. Schelling*² · U. Janssens³ · P. Meybohm⁴ · K. Zacharowski⁵

► **Zitierweise:** Bein T, Schelling P, Janssens U, Meybohm P, Zacharowski K: Therapiezielumstellung und Morphingabe: Ein Intensivmediziner wird wegen Mordes vor Gericht gestellt – ein Prozessbericht aus Sicht des Verteidigers und der Sachverständigen. *Anästh Intensivmed* 2026;67:193–197.
DOI: 10.19224/ai2026.193

Zusammenfassung

In diesem Beitrag wird über einen Strafprozess gegen einen Anästhesiologen berichtet, der im Rahmen einer Therapiezielumstellung bei einem kritisch kranken Intensivpatienten des Mordes angeklagt wurde. Aus dem Verlauf des Prozesses und des Urteils (Freispruch nach 420 Tagen U-Haft) werden juristische und klinisch-praktische Konsequenzen und Hinweise für praktische Durchführung, Umsetzung, Kommunikation und Dokumentation von Therapiezieländerungen abgeleitet, um strafrechtliche Anfechtungen zu vermeiden bzw. abzuwehren.

Summary

This article reports on a criminal trial against an anesthesiologist who was charged with murder in the context of a change in therapeutic goals for a critically ill intensive care patient. Based on the course of the trial and its outcome (acquittal after 420 days of pre-trial detention), legal and clinical-practical implications are derived, along with guidance for the practical implementation, execution, communication, and documentation of changes in therapeutic goals, in order to avoid or defend against criminal liability.

Einleitung

Die Intensivmedizin gehört ohne Zweifel zu denjenigen Fachbereichen der modernen Medizin, die in den letzten Jahrzehnten durch eine enorme Auswei-

tung diagnostischer und therapeutischer Verfahren zur Steigerung der Überlebensrate bei kritischen Erkrankungen, insbesondere auch bei alten Patienten, beigetragen haben. Allerdings ist die Vorhersage des Behandlungsergebnisses dabei häufig schwierig. Im Verlauf einer Therapie geraten Ärzte und Pflegende nicht selten in ein Spannungsfeld zwischen dem, was technisch möglich ist, und dem, was entweder mit einer realistischen Prognose bezüglich Überleben und Überlebensqualität einhergeht oder tatsächlich dem Patientenwillen entspricht. Entscheidungen bezüglich „end-of-life“-care unterliegen gesundheitskulturellen und -politischen Einflüssen [1]. Sie sind in den letzten Jahren fester Bestandteil intensivmedizinischer Praxis geworden, da entweder die Indikation für eine Maßnahme fehlt – nach fachlich begründeter Einschätzung mit bestimmter Wahrscheinlichkeit kein bestimmtes Therapieziel erreichbar [2] – oder der Patientenwille nicht (mehr) gegeben ist. Laut einer Sub-Analyse der weltweiten Ethicus-2-Studie, bei der etwa 8.000 Patienten auf 11 deutschen Intensivstationen eingeschlossen waren, wurden in etwa 12 % Therapiezieländerungen vorgenommen. In der Mehrzahl (57,5 %) fanden Therapiebeendigungen („withdraw“) im Vergleich zu Behandlungseinschränkungen („withhold“) statt [3].

Bei der Planung und Durchführung von Therapiezieländerungen müssen strenge Qualitätskriterien erfüllt werden, um ethische oder juristische Nachfragen

- * TB und PS teilen sich die Erstautorenschaft
- 1 Regensburg
- 2 Ulsenheimer Rechtsanwälte, München-Berlin
- 3 Kliniken für Innere Medizin und Internistische Intensivmedizin, Kardiologie und Nephrologie, St. Antonius Hospital, Eschweiler
(Direktor: Prof. Dr. U. Janssens)
- 4 Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Universitätsklinikum Würzburg
(Direktor: Prof. Dr. P. Meybohm)
- 5 Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Universitätsmedizin Frankfurt/Main
(Direktor: Prof. Dr. Dr. K. Zacharowski)

Interessenkonflikt

PS war Verteidiger im Strafprozess, TB, KZ, PM und UW waren als medizinische Sachverständige der Verteidigung tätig

Schlüsselwörter

Therapiezieländerung – Strafprozess – juristische Vorgaben – Dokumentation – Kommunikation

Keywords

Change of Therapeutic Goals – Criminal Trial – Legal Requirements – Documentation – Communication

oder Zweifel abzuwehren. Die Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) hat daher mehrere Handlungsanweisungen zur Durchführung von Therapielimitationen gegeben [4]. Besonders auch für die Dokumentation gibt es klare Empfehlungen [5] mit dem Ziel, durch ein strukturiertes Vorgehen in unterschiedlichen Situationen Klarheit zu schaffen und den juristischen Anforderungen an sorgfältige Niederlegung und Ordnung von Behandlungsinformationen gerecht zu werden.

Der „Regensburger Mordprozess“ – Anklage, Fakten, Verlauf

2025 wurde vor dem Landgericht Regensburg (LG) ein Strafprozess geführt (Az.: Ks 204 Js 22394/23), in dem sich ein Intensivmediziner dem Vorwurf stellen musste, bei einem Patienten eine Umstellung auf ein palliatives Therapieziel angeordnet und durch Absetzen aller Medikamente bei gleichzeitiger Gabe von überdosiertem Morphin dessen Tod gezielt herbeigeführt zu haben. Der medienwirksame Strafprozess und das Urteil des LG haben Auswirkungen auf die Praxis der Intensivtherapie und verdienen eine Besprechung.

Sachverhalt: Der 79-jährige Patient Hans R. wird wegen einer akuten gastrointestinalen Blutung in einem Krankenhaus der Grundversorgung aufgenommen. Er weist diverse Vorerkrankungen auf (u. a. Zustand nach mehreren Schlaganfällen, Vorhofflimmern, Hypertonus, Diabetes und Epilepsie). Hans R. hat eine Patientenverfügung errichtet, welche die Angehörigen dem Klinikpersonal übergeben und zusätzlich einen Vorsorgebevollmächtigten benannt (Ehemann der Schwester von Hans R.). Die gastrointestinale Blutung wird erfolgreich mit mehreren endoskopischen Eingriffen und Clipping versorgt, hieran schließt sich eine Intensivbehandlung mit 26 Tagen Beatmung an (zuletzt im PSV-Modus), wobei der Patient rezidivierende Pneumonien und Kreislaufkrisen entwickelt. Stressbedingt hat der Patient einen hohen Siedierungsbedarf und wird deshalb u. a.

mit Fentanyl, Sufentanil und Morphin in hohen Dosen versorgt. Drei Wochen nach stationärer Aufnahme wird bei dem Patienten eine Tracheotomie durchgeführt. Das damit verbundene Ziel, den Patienten von der Beatmung zu entwöhnen, wird allerdings nicht erreicht. Vier Tage nach der Tracheotomie entscheidet der Oberarzt (OA) der Anästhesie, die Therapie auf palliativ umzustellen, indem er gegenüber der Pflegenden anordnet, sämtliche Medikamente abzusetzen und einen Morphin-Perfusor mit 20 mg/h anzusetzen, da der Patient zuvor unter hohen Dosierungen anderer Analgetika gestresst gewirkt habe. Er dokumentiert die Gründe für seine Entscheidung wie folgt: „**Erneut steigendes Infektparameter, RÖTx: zunehmendes Infiltrat, weiterhin FiO₂ 50 %, nun aber katecholaminpflichtig, bei erneuter Pneumonie absprachegemäß keine weitere/erneute Intensivtherapie, Info an Schwester vor Beginn Palliativsituation, Therapie bis auf MO-P beendet**“. H. R. verstirbt mehr als 12 Stunden später in der Nacht, er wird ohne Obduktion bestattet („natürliche Todesursache“).

Ermittlungsverfahren: Mehr als ein Jahr später nimmt die Staatsanwaltschaft Regensburg (STA) anlässlich einer anonymen Strafanzeige Ermittlungen gegen den OA auf und stellt die Behandlungsunterlagen sicher. Ein Gutachten der Rechtsmedizin kommt zu folgendem Ergebnis: Eine Indikation für eine Therapiezieländerung und die hier eingesetzte Morphin-Dosis habe es nicht gegeben. Todesursächlich sei die konstante Zufuhr von 40 mg/h Morphin, die zwingend erwartbar zu einer fortschreitenden Atemdepression, zu einem Multiorganversagen und schließlich zum Tod führte. Behandelnde Ärzte und Pflegende werden als Zeugen vernommen. Eine Pflegende gibt zunächst hier – auf die Frage nach der Motivation für das Handeln des Beschuldigten – u. a. an: „**Der Oberarzt hat regelmäßig Perfusoren von Palliativpatienten hochgedreht, da es ihm ein Dorn im Auge war, dass die die Betten auf der Intensivstation blockieren**“. Während der Hauptverhandlung allerdings macht sie vom Recht der Verweigerung der Zeugen-

aussage Gebrauch. Aus Sicht der STA besteht gegenüber dem OA der dringende Tatverdacht des Mordes. Wegen gleichzeitiger Fluchtgefahr wird er im April 2024 verhaftet.

Anklage: Am 04.11.2024 erhebt die STA Anklage gegen den OA. Der Vorwurf lautet, er hätte die Medikamente abgesetzt und Morphin in der Dosierung von 20 mg/h, dann aber von 40 mg/h gegeben, und zwar im Wissen um die fehlenden Voraussetzungen für eine Therapiezielumstellung und die letale Wirkung der Morphin-Überdosierung. Die Entscheidung habe er alleine ohne Abstimmung mit anderen Ärzten getroffen. Der Angeklagte hätte Hans R. heimtückisch und aus niedrigen Beweggründen getötet, so dass der Tatbestand des Mordes erfüllt sei. Das LG lässt die Anklage zu.

Hauptverhandlung: Am 13.02.2025 beginnt die insgesamt 15-tägige Hauptverhandlung vor dem Schwurgericht des LG.

Ein oberärztlicher Kollege des Angeklagten gibt hier bei seiner Zeugenvernehmung u. a. an, im Vorfeld zur Tracheotomie von den Angehörigen erfahren zu haben, dass Hans R. nie pflegebedürftig sein oder ins Altenheim wollte. Er habe hierzu Stellung bezogen und geäußert, dass es „**eher unwahrscheinlich ist, dass der Patient daheim noch ein selbstbestimmtes Leben führen kann**“. Hierbei handelt es sich um eine konkrete Präzisierung des in der Patientenverfügung eher allgemein niedergelegten Willens durch den Vorsorgebevollmächtigten. In einem weiteren dokumentierten Gespräch sei mit den Angehörigen dann eine Tracheotomie vereinbart worden, wobei man sich gleichzeitig darauf verständigt habe, „**bei erneuter Verschlechterung auf palliativ umzustellen**“. Der Patient sei nach der Tracheotomie „**stabil schlecht**“ geblieben. Eine andere vernommene Ärztin gibt an, sie habe am Tag vor der Therapiezielumstellung das Antibiotikum abgesetzt, weil die Entzündungswerte sogar gefallen seien. Der Zustand des Patienten habe sich jedenfalls nicht verschlechtert. Einig sind sich sämtliche als Zeugen vernommenen Ärzte dahin-

gehend, dass die Morphin-Dosis von 40 mg/h „**astronomisch hoch**“ war.

Die Angehörigen berichten bei ihrer Vernehmung darüber, dass sie der Angeklagte am Tag der Therapiezielumstellung lediglich telefonisch darüber informierte, dass der Patient „**noch im Laufe des Tages sterben**“ würde. Die Hauptbelastungszeugin, die Intensivpflegende S., hatte bei ihrer polizeilichen Vernehmung Folgendes angegeben: Der Patient sei am Tag der Therapiezielumstellung nicht besonders lebensbedrohlich erschienen, die Vitalwerte seien unauffällig gewesen. Mit ihr und ihren Kolleginnen sei über eine Therapiezieländerung nicht gesprochen worden, obwohl dies im Hause üblich sei. Der Angeklagte habe den Morphin-Perfusor auf 20 mg/h eingestellt und dann auf 40 mg/h erhöht. Sie habe den Angeklagten aufgefordert, auch die Gabe von 40 mg/h zu dokumentieren. Bei einer späteren Kontrolle der Intensivkurve habe sie festgestellt, dass dies der Angeklagte auch erledigt habe. Im Laufe des Prozesses stellt sich allerdings heraus, dass diese Aussage falsch war, der Angeklagte bestreitet auch, eine Erhöhung auf 40 mg/h angeordnet, geschweige selbst durchgeführt oder dokumentiert zu haben. Ein graphologisches Gutachten ergibt darüber hinaus, dass der Eintrag **„40 mg/h Morphin“** „mit überwiegender Wahrscheinlichkeit“ von der Pflegekraft S. selbst und nicht vom Angeklagten stammt. Noch im Gerichtssaal stellt die Verteidigung gegen die Pflegekraft S. Strafanzeige u. a. wegen des Verdachts der Falschaussage und falscher Verdächtigung.

Die von der Verteidigung hinzugezogenen Sachverständigen entlasten den Angeklagten mit folgenden Feststellungen:

Eine morphininduzierte Atemdepression ist bei beatmeten Patienten nicht möglich. Dies gilt auch dann, wenn das Beatmungsgerät im PSV-Modus betrieben wird (Funktion des ‚backup-Modus‘). Morphin war im vorliegenden Fall also nachweislich nicht todesursächlich.

Auf Grund der Verschlechterung des Gesamtzustandes (nachweisbar mit dem Absinken des PaO₂/FIO₂-Quotienten – ‚Horowitz-Index‘) und den fehlenden Perspektiven für eine Rückkehr des

Patienten nach Hause (vor allem wegen der Beatmungsdauer von >600 Stunden, des fortgeschrittenen Alters) und unter Berücksichtigung der Patientenverfügung und deren Präzisierung

- war die Indikation für eine Weiterbehandlung weggefallen,
- war die mit den Angehörigen verabredete Bedingung für eine Therapiezieländerung eingetreten,
- entsprach die Therapiezielumstellung auch dem Patientenwillen.

Die hier eingesetzte Morphin-Dosis war zwar hoch, aber – insbesondere mit Blick auf die Morphin-Gewöhnung des Patienten – noch vertretbar.

Den Antrag der Verteidigung auf Aufhebung des Haftbefehls lehnt das Gericht gleichwohl ab. Dem Angeklagten könne zwar nicht die Morphin-Gabe von 40 mg/h (sondern nur die über 20 mg/h) zugerechnet werden, auch die Todesursache sei ungeklärt, weshalb vollendeter Mord ausscheide, es bleibe aber der Verdacht des versuchten Mordes im Raum (im Kontext mit der Therapiezielumstellung, obwohl – wie oben festgestellt – auf dem Boden der Patientenverfügung und deren Präzisierung nach Ansicht der Gutachter keine Indikation zur Weiterbehandlung mehr bestand). Das Gericht entspricht dem Antrag der Staatsanwaltschaft und beauftragt einen weiteren Gutachter. Dieser bestätigt, dass mangels Zustandsverbesserung die Indikation zur Weiterbehandlung in der Tat weggefallen war. Der Zustand des Patienten habe sich progredient verschlechtert, wenn auch nicht in dem von den anderen Sachverständigen angenommenen Grad. Allerdings: Die vom Angeklagten zur Begründung seiner Entscheidung dokumentierten Befunde (erneut steigende Infektparameter, RÖTx: Zunehmendes Infiltrat, nun aber katecholaminpflichtig) seien nicht objektivierbar. Das Gericht setzt den Haftbefehl nun, nach 420 (!) Tagen Untersuchungshaft, unter Auflagen außer Vollzug.

Freispruch: Am 31.07.2025 spricht das Gericht den Angeklagten vom Vorwurf des versuchten Mordes frei und spricht ihm gleichzeitig Haftentschädigung zu (75 €/d, unter Anrechnung der „freien Kost und Logis“).

Folgende drei zentrale Feststellungen finden sich im Urteil:

1. Zwar hatte der Vorsorgebevollmächtigte im Vorfeld die Erlaubnis zur Umstellung im Sinne der Palliativmedizin bei erneuter Verschlechterung erteilt. Trotzdem wäre es die Pflicht des Angeklagten gewesen, die Befunde als Grundlage seiner Entscheidung nochmals sorgfältig zu prüfen. Stattdessen habe er erkennbar falsche „Arbeitsdiagnosen“ gestellt, eine Pneumonie als „Prototyp“ für eine erneute Zustandsverschlechterung habe gerade nicht vorgelegen.
2. Die Therapiezielumstellung sei objektiv richtig gewesen, allerdings aus anderen als vom Angeklagten dokumentierten Gründen (nämlich wegen des Fehlschlags des Therapieversuchs mit einer Tracheotomie und wegen des nicht mehr erreichbaren Therapieziels „Entlassung nach Hause“). Insofern sei eine nochmalige Einbindung des Vorsorgebevollmächtigten vor der Entscheidung zwingend erforderlich gewesen. Vorliegend habe der Angeklagte die Angehörigen aber nur darüber informiert, dass der Patient **„im Laufe des Tages versterben wird“**.
3. Eine Verurteilung sei dem Angeklagten nur deswegen erspart geblieben, weil der Vorsorgebevollmächtigte die Palliativentscheidung am 08.07.2022 vermutlich mitgetragen hätte, wenn ihm der Angeklagte die „echten“ Palliativgründe erklärt hätte.

Das Urteil ist rechtskräftig.

Nebenbemerkung: Das gegen die Pflegekraft S u. a. wegen des Verdachts der Falschaussage bzw. falscher Verdächtigung eingeleitete Ermittlungsverfahren stellte die STA mit der Begründung ein, ein Motiv der Pflegekraft für solche Straftaten sei nicht erkennbar. Diese Erkenntnis ist für den freigesprochenen Oberarzt bitter, denn v. a. die Falschaussage hatte der Rechtsmedizin Nahrung für ihr belastendes Gutachten gegeben, welches dann wiederum Grundlage für die Anklage, die lange U-Haft und den Strafprozess war.

Lehren aus dem Fall für die Intensivmedizin

Grundlagen für eine Therapiezieländerung

Eine Therapiezieländerung ist gerechtfertigt bzw. zwingend veranlasst, wenn eine solche 1. **medizinisch indiziert** ist (z. B. wegen Nichterreichbarkeit des Therapieziels [2]), oder 2. dem **ausdrücklichen** (z. B. in einer Patientenverfügung zum Ausdruck gebrachten) **Willen des Patienten**, oder 3. dem **mutmaßlichen Willen des Patienten** entspricht. Liegt **keine Patientenverfügung** vor oder passen dort enthaltene Regelungen nicht auf die bestehende klinische Situation und die daraus abzuleitenden Perspektiven, muss also **beim nicht einsichtsfähigen Patienten** auf den (möglichst präzisen!) **mutmaßlichen Willen** abgestellt werden. Dieser ist entweder von den Angehörigen, einem Vorsorgebevollmächtigten oder einem Betreuer zu erforschen. Ausschließlich der mutmaßliche Wille rechtfertigt hier also eine Therapiezieländerung. In der Urteilsbegründung des „Regensburger Mordprozesses“ wird **ausdrücklich** betont, dass die Patientenverfügung für die konkrete Behandlungssituation eben nicht einschlägig war und deshalb keine unmittelbare Bindungswirkung entfaltete, und es deshalb auch auf den mutmaßlichen Willen des Patienten ankam, den der Vorsorgebevollmächtigte – auch auf dem Boden der Angaben in der Patientenverfügung – ermitteln und durchsetzen musste.

In der ärztlichen Dokumentation bisweilen verwendete Formulierungen wie etwa „**wir empfehlen eine Therapiezieländerung**“ sind vor diesem Hintergrund missverständlich, forensisch riskant und deshalb zu vermeiden. Eine Therapiezieländerung ist zwar nicht das Ergebnis eines ‚demokratischen Abstimmungsprozesses‘ im Team, sondern sie kann von dem verantwortlichen Arzt in Ausübung seiner Therapiefreiheit entschieden werden, allerdings sollte die Entscheidung aus forensischen Gründen (schon zum Selbstschutz!) unbedingt **im Behandlungsteam transparent** kom-

muniziert und abgestimmt werden, um 1. die Verantwortung auf mehrere Schultern zu verteilen und 2. dem forensisch gefährlichen Anschein, die Entscheidung wäre von einem Arzt bewusst „**alleine**“, „**heimlich**“ bzw. „**hinter dem Rücken der Kollegen**“ getroffen worden, von vorneherein entgegenzutreten. Wird die Entscheidung vom gesamten Team mitgetragen, entzieht man belastenden Aussagen von vorneherein die Grundlage. Die einmal erteilte Zustimmung der Angehörigen unterliegt zeitlich keinem Verfallsdatum. **Ändert sich allerdings im weiteren Verlauf die Grundlage für eine Therapiezieländerung**, z. B. weil neue Befunde erhoben werden, welche zu einer veränderten Einschätzung der klinischen Situation oder der Prognose führen, **muss reevaluiert** werden, ob eine **bereits einmal erteilte „Zustimmung“ der Angehörigen**, des Betreuers oder des Vorsorgebevollmächtigten in die palliativmedizinische Umstellung inhaltlich **noch „gilt“**, oder ob ein weiteres Angehörigengespräch erforderlich wird mit dem Ziel, den bereits einmal ermittelten **mutmaßlichen Willen zu aktualisieren**.

Beachtliche forensische Absicherung erhält eine Therapiezieländerung durch vorherige Inanspruchnahme einer **ethischen Fallberatung** [6]. Dies gilt **insbesondere in Grenzbereichen**, also dann, wenn ‚prima vista‘ Vieles oder Überwiegendes, aber nicht Alles für eine Therapiezieländerung spricht, und deswegen der Grundsatz **„in dubio pro vita“** zum Tragen kommen kann. Darüber hinaus gilt dies, wenn **im Behandlungsteam Uneinigkeit** herrscht oder diesbezüglich gar **Widerstände** entwickelt werden.

Dokumentation

Eine Therapiezieländerung erfordert eine lückenlose Dokumentation bezogen auf 1. die Überlegungen **zu** und die Gründe **für** eine Therapiezieländerung, 2. die Kommunikation mit den Angehörigen bzw. dem Betreuer, und 3. die Abstimmung der Entscheidung im Behandlungsteam [5].

Dokumentationsdefizite und -lücken begründen ‚per se‘ keine Strafbarkeit.

Die Behandlungsdokumentation ist auch nur eines von mehreren Beweismitteln. Ergänzend zur Dokumentation greifen Strafverfolgungsbehörden und Gerichte bei der Sachverhaltsermittlung regelmäßig auf die Angaben von vernommenen Zeugen (Ärzte, Pflegende, aber auch Angehörige, Vorsorgebevollmächtigte oder Betreuer des Patienten) zurück. Allerdings spielt die **Behandlungsdokumentation** in der rechtlichen Aufarbeitung eine **zentrale Rolle**, weil damit (anders als bei Zeugen, deren Erinnerung mit Zeitablauf zunehmend verblasst) auch länger zurückliegende Behandlungen im Einzelnen und belastbar nachvollzogen werden können. Dokumentation ist im Klinikalltag zwar zeitaufwändig und wird von den Verantwortlichen oft als lästig empfunden, ins Bewusstsein des Intensivpersonals muss aber gleichzeitig die Erkenntnis rücken, dass **Dokumentation den Einzelnen und das Team auch entscheidend entlasten kann und Entscheidungen eben auch ethisch transparent macht**.

Im Einzelnen gilt:

- Die den Angehörigen, dem Vorsorgebevollmächtigten oder Betreuer erteilte **Information über die klinische Situation des Patienten und dessen Perspektiven** (als Grundlage für die Ermittlung des mutmaßlichen Willens) müssen **aus der Dokumentation zwanglos ableitbar** sein. Gleiches gilt dann für die Beurteilung des mutmaßlichen Willens durch die Angehörigen und des Vorsorgebevollmächtigten/Betreuers und die Kommunikation des mutmaßlichen Willens gegenüber dem Behandlungsteam.
- Die erfolgte **Abstimmung mit den Kollegen**, z. B. im Rahmen der Visite oder der Teambesprechung, muss aus beweisrechtlichen Gründen wiederum exakt dokumentiert werden, und zwar so, dass der **Zeitpunkt und die Teilnehmer namentlich nachvollziehbar** sind. In der intensivmedizinischen Dokumentationspraxis häufig verwendete **Formulierungen wie z. B. „wurde im Team besprochen“** sind **unzureichend**, da hier der Zeitpunkt der Abstimmung,

deren Ergebnis und die Teilnehmer an der Besprechung/Visite in einem etwaigen späteren Ermittlungsverfahren oder Strafprozess – also z. T. Jahre (!) später – nicht mehr zu ermitteln sind und damit etwaiges **Entlastungspotential für den verantwortlichen Arzt verloren** geht.

- c) Unmittelbar vor Umsetzung der Therapiezieländerung sollten die Gründe für die Entscheidung (nochmals) im Einzelnen exakt dokumentiert werden. Insofern wird hier meist eine nochmalige **genaue Durchsicht der Behandlungsdokumentation erforderlich** sein, v. a. bei längeren, komplexen intensivmedizinischen Behandlungen. Mit Einträgen nur nach Erinnerung, nach Gefühl oder gar ins Blaue hinein (im Sinne einer bloßen unsicheren „Arbeitsdiagnose“) wird der **„Pflicht zur sorgfältigen Prüfung der medizinischen Grundlagen“** nicht Genüge getan. Der Dokumentierende sollte den Eintrag immer im Bewusstsein vornehmen, dass die von ihm **für eine Therapiezieländerung aufgeführten Gründe** ggfs. in einem etwaigen späteren Ermittlungsverfahren oder Strafprozess von einem **Sachverständigen überprüft** werden können und hier **„halten“ müssen**.
- d) Unmittelbar vor der Umsetzung der Therapiezielumstellung werden Angehörige, der Vorsorgebevollmächtigte oder Betreuer über diesen Schritt informiert, jedenfalls dann, wenn das Angehörigengespräch länger zurückliegt. **Forensisch zwingend** ist eine **nochmalige Kontaktaufnahme und Einbindung der Angehörigen** dann, wenn die **Therapiezielumstellung** in der vorangegangenen Abstimmung mit den Angehörigen an eine **Bedingung** (z. B. wie im vorliegenden Fehlschlag eines letzten Therapieversuchs wie etwa einer Tracheotomie) geknüpft worden war (sog. Therapiezielvereinbarung), und diese **nun nach ärztlicher Einschät-**

zung eingetreten ist. Hier muss die aktuelle Entscheidungsgrundlage nochmals kommuniziert und der Inhalt des Gesprächs dokumentiert werden. Lediglich eine knappe telefonische Ankündigung dergestalt, dass der Patient **„im Laufe des Tages sterben wird“**, wäre hier nicht nur kommunikativ verfehlt, sondern auch forensisch unzureichend und gefährlich.

Mitarbeiterschulung und Dienst-anweisungen

Dem Chefarzt als Organisationsverantwortlichem ist zu raten, die hier behandelten Aspekte mit seinen Mitarbeitern in Visiten und Teambesprechungen immer wieder aufzugreifen und zu thematisieren. Darüber hinaus empfiehlt es sich, das Vorgehen in einer speziellen Dienstanweisung oder Leitlinie (SOP, standard operating procedure) genau zu regeln.

Der Fall zeigt eindrücklich, was es bedeutet, in die Fänge der Justiz zu geraten. Er offenbart insbesondere die „Gefahrengeignetheit“ der Tätigkeit des Intensivmediziners im Allgemeinen und bei Therapiezieländerungen im Speziellen. Mit einem strukturierten Vorgehen und einer guten Dokumentation lassen sich forensische Risiken aber gewiss minimieren.

Literatur

1. Dzung E, Bein T, Curtis JR: The role of policy and law in shaping the ethics and quality of end-of-life care in intensive care. *Intensive Care Med* 2022;48:352–354
2. Neitzke G: Indikation: fachliche und ethische Basis ärztlichen Handelns. *Med Klin Intensivmed Notfallmed* 2014;109(1):8
3. Denke C, Jaschinski U, Riessen R, Bercker S, Spies C, Ragaller M, et al: End-of-life practices in 11 German intensive care units – Results from the ETHICUS-2-study. *Med Klin Intensivmed Notfallmed* 2023;118:663

4. www.divi.de/sektionen/ethik (Zugriffsdatum: 14.03.26)
5. Neitzke G, Böll B, Burchardi H, Dannenberg K, Duttge G, Erchinger R, et al: Dokumentation der Therapiezielbegrenzung – Empfehlung der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) unter Mitarbeit der Sektion Ethik der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIIN). *MedRecht* 2018;36:85
6. Bein T, Graf BM: Ethische Fallberatung in der Intensivmedizin. *Anaesthesist*; 2012;61(1):6–13.

Korrespondenz-adresse

Prof. Dr. Thomas Bein, M.A.



Ehemal. Leiter der Operativen Intensivstation, ehemal. Vorsitzender des Klin. Ethikkomitees am Universitätsklinikum Regensburg Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg, Deutschland
E-Mail: thomas.bein@posteo.de
ORCID-ID: 0009-0006-5919-0285

Korrespondenz-adresse

Dr. Philip Schelling



Fachanwalt für Medizin- und Strafrecht
Ulsenheimer Rechtsanwälte
Maximiliansplatz 12
80333 München, Deutschland
E-Mail: schelling@uls-frie.de