

Anklage Mord: Was Intensivärzte fürchten (müssen): Ein Bericht über einen besonderen Strafprozess

Deutsches Ärzteblatt, 31.7. 2025: Arzt von Mordvorwurf freigesprochen

Süddeutsche Zeitung, 1.8. 2025: „Pyrrhussieg für die Intensivmedizin“

Entscheidungen zur „end-of-life“-care im Sinne von Therapiezieländerungen 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, *Neitzke G; Med Klin Intensivmed Notfallmed 2014; 109:8*), oder der Patientenwille nicht (mehr) gegeben ist.

Laut einer Subanalyse 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 (*Denke C; Med Klin Intensivmed Notfallmed 2023; 118:663*).

Durchführung, Kommunikation mit Angehörigen und Dokumentation von Therapiezieländerungen müssen strenge Qualitätskriterien erfüllen, um ethische oder juristische Nachfragen oder Zweifel abzuwehren. So hat die Sektion Ethik der *Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)* mehrere Handlungsanweisungen zur Durchführung von Therapielimitationen gegeben (*divi.de/sektionen/ethik*). Auch für die Dokumentation gibt es klare Empfehlungen (*Neitzke G; MedRecht 2018; 36:85*) 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“: Anschuldigungen, Fakten, Verlauf

Im Jahr 2025 fand am Landgericht Regensburg ein Strafprozess gegen einen des Mordes angeklagten Anästhesiologen statt (*Az.: Ks 204 Js 22394/23*), dem vorgeworfen wurde, bei einem intensivpflichtigen 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.

Das Besondere an diesem Prozess: Der Angeklagte wurde nach 15 Verhandlungstagen und einer Untersuchungshaft von 420 Tagen (!) freigesprochen.

Allein dieser Verlauf, sowie die Aufmerksamkeit der Medien und die Urteilsbegründung verdienen eine Vorstellung in *Intensiv-News*, da sie erhebliche Auswirkungen auf die intensivmedizinische Praxis haben (können).

Der Sachverhalt:

Der 79-jährige Hans R. wurde im Sommer 2022 wegen einer akuten gastro-

intestinalen Blutung im KH Kelheim/Niederbayern aufgenommen. Es bestanden diverse Vorerkrankungen (Zustand nach mehreren Schlaganfällen, Vorhofflimmern, Hypertonus, Diabetes und Epilepsie). Hans R. versorgte sich eingeschränkt selbst und hatte eine Patientenverfügung errichtet, darüber hinaus berichteten die Angehörigen, dass er „*öfters gesagt habe, dass er nicht pflegebedürftig oder in einem Altenheim wohnen wollte*“.

Nach Versorgung der Blutung erfolgte eine Intensivbehandlung mit 26 Tagen Beatmung (zuletzt im PSV-Modus), wobei der Patient rezidivierende Pneumonien und Kreislaufkrisen entwickelte. Stressbedingt hatte er einen hohen Sedierungsbedarf (wechselhaft Fentanyl, Sufentanil und Morphin). Drei Wochen nach stationärer Aufnahme erfolgte eine Tracheotomie, die Angehörigen hatten erst nach längerem Zögern zugestimmt. Das damit verbundene Ziel, den Patienten von der Beatmung zu entwöhnen, erschien allerdings nicht realistisch.

Vier Tage nach der Tracheotomie entschied der (später angeklagte) Oberarzt der Anästhesiologie im Rahmen der Frühdienstintensivvisite, die Behandlung auf eine palliative Therapie umzustellen, indem er sämtliche Medikamente absetzen ließ und einen Morphin-Perfusor mit zunächst 20 mg/h anordnete, später wurde er gesteigert auf 40 mg/h. Er dokumentierte die Gründe für seine Entscheidung wie folgt:

„Erneut steigende Infektparameter, R_öTx: zunehmendes Infiltrat, weiterhin FiO₂ 0,5, nun aber katecholaminpflichtig, bei erneuter Pneumonie absprachegemäß keine weitere/erneute Intensivtherapie, Info an Schwester (des Pat.) vor Beginn Palliativsituation, Therapie bis auf MO-P beendet“.

Herr R. verstarb unter Beatmung im Laufe der Nacht, die Bescheinigung lautete „natürlicher Tod“, der Leichnam wurde bestattet.

Ermittlung:

Mehr als ein Jahr später nahm die Staatsanwaltschaft Regensburg (StA) anlässlich einer anonymen Strafanzeige Ermittlungen gegen den Oberarzt auf und stellte die Behandlungsunterlagen sicher. Ein Gutachten der Rechtsmedizin München kam 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 geführt habe.

Im Folgenden wurden die zuständigen Ärzte und Pflegekräfte als Zeugen vernommen. Aus Sicht der StA bestand dringender Mordverdacht. Wegen gleichzeitiger Fluchtgefahr wurde der Oberarzt im April 2024 verhaftet und durch die StA Anklage erhoben.

Anklage/Prozessverlauf:

Der Vorwurf lautete, er hätte die Medikamente abgesetzt und Morphin in der Dosierung von 20 mg/h bzw. 40 mg/h gegeben, und zwar im Wissen um die fehlenden Voraussetzungen für eine Therapiezielumstellung und um die letale Wirkung der Morphin-Überdosierung. Diese Entscheidung habe er *alleine*, ohne Abstimmung mit anderen Ärzten getroffen. Der Angeklagte hätte Hans R. somit heimtückisch und aus niedrigen Beweggründen getötet, sodass

der Tatbestand des Mordes erfüllt sei. Das Landgericht Regensburg ließ die Anklage zu.

Im Verlauf des Verfahrens zeigte sich – in aller Kürze zusammengefasst – ein Bild aus teils „skurrilen“ oder verweigernden Zeugenaussagen, lückenhaften bzw. fehlenden Dokumentationen, einer ausgeprägten „Gutachterschlacht“ sowie einer nachweislichen Falschaussage; all dies verdeutlichte, wie außerordentlich schwierig eine differenzierte Aufarbeitung der Komplexität intensivmedizinischen Handelns vor einem mit medizinischen Laien besetzten Gericht ist:

- Zeugenaussagen: Die Pflegenden machten fast ausnahmslos von ihrem Zeugnisverweigerungsrecht Gebrauch, auch Angehörige und behandelnde Ärzte konnten sich kaum präzise erinnern. Die graphologische Untersuchung des Eintrags „40 mg/Mo“ ergab, dass dieser nicht – wie behauptet – vom Angeklagten stammen konnte.
- Die Dokumentationsleistungen in Intensivkurve, Ärzte- und Pflegeaufzeichnungen waren insgesamt von eingeschränkter Qualität und teils lückenhaft.
- Die von der Verteidigung zeitnah bestellten „Privatgutachten“ (insgesamt sieben renommierte Intensivmediziner) zeigten auf, dass eine Morphin-assoziierte Atemdepression mit konsekutivem Tod – wie von der Rechtsmedizin unterstellt – unter Beatmung schlichtweg unmöglich ist. Zur Würdigung der *back-up*-Funktion unter assistierter Spontanatmung (PSV) wurde sogar das am Patienten eingesetzte Modell des Beatmungsgerätes im Gerichtssaal betrieben. Darüber hinaus legten die Gutachter übereinstimmend dar, dass beim Patienten sehr wohl eine Therapiezieländerung gerechtfertigt war.

Das Urteil:

Am 30.7.2025 erfolgte der Freispruch. Es handelte sich allerdings nur um einen

Freispruch „2. Klasse“, da das Gericht erhebliche Fehler im Handeln des Angeklagten sah, aber letztlich eine Mordabsicht nicht nachweisen konnte.

Folgende drei zentrale Feststellungen finden sich im Urteil:

1. Zwar hatte der Vorsorgebevollmächtigte (in Österreich „Sachwalter“) im Vorfeld die Erlaubnis zur Therapiezieländerung bei erneuter Verschlechterung erteilt. Trotzdem wäre es die Pflicht des Angeklagten gewesen, die Befunde als Grundlage seiner Entscheidung sorgfältig zu prüfen, dies sei ausgeblieben.
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 (wegen Mordversuchs!) sei dem Angeklagten nur deswegen erspart geblieben, weil der Vorsorgebevollmächtigte/Sachwalter die Palliativentscheidung am 08.07.2022 vermutlich mitgetragen hätte, wenn ihm der Angeklagte die „echten“ Palliativgründe erklärt hätte.

Konsequenzen aus dem Urteil für die intensivmedizinische Praxis bei „end-of-life“-care

Sowohl in Deutschland (Patientenverfügungsgesetz, PatVerfG, § 1901a BGB) als auch durch die sachwalterrechtlichen Bestimmungen der §§ 1896 ff ABGB in Österreich werden den an

einem intensivmedizinischen Behandlungsabbruch Beteiligten grundlegenden Voraussetzungen sowie Grenzen aufgezeigt.

In Deutschland wurden diese Grundsätze durch einen Beschluss des Bundesgerichtshofes präzisiert (BGH 10.11.2010, Az. 2 StR 320/10): Hier aufgestellte Vorschriften „...*enthalten...Absicherungen, die den Beteiligten...Rechts- und Verhaltenssicherheit bieten sollen...und die bei der Bestimmung der Grenze einer möglichen Rechtfertigung von kausal lebensbeendenden Maßnahmen auch für das Strafrecht Wirkung entfalten*“. (Redaktioneller Leitsatz der Veröffentlichung NJW 2011, 161). Das Urteil des BGH stellt den von der Verfassung gebotenen Schutz des menschlichen Lebens in den Fokus, der strenge Beweisanforderungen bei einem Behandlungsabbruch erfordert.

Solche strengen Beweisanforderungen beinhalten:

- Sorgfältige Prüfung der medizinischen Grundlagen und des Patientenwillens
- Entscheidung ohne zeitlichen Druck
- Unterstützung des Bevollmächtigten/Sachwalters bei der Prüfung, ob die Aussage der Patientenverfügung mit der aktuellen Situation des Patienten übereinstimmt.
- Enges Zusammenwirken von Arzt/Ärztin mit Bevollmächtigtem/Sachwalter

In der Begründung des Regensburger Urteils wird bemängelt, dass der Angeklagte nicht, bzw. unzureichend diese *strengen Beweisanforderungen* umgesetzt habe.

Konkret: Es habe nicht ausgereicht, dass wenige Tage vor der Therapiezieländerung dieses Vorgehen im Falle einer Verschlechterung mit den Angehörigen besprochen wurde, sondern im Moment der Verschlechterung und Umstellung hätte *nochmals* eine ausführliche Unterredung stattfinden *müssen*. Es lassen sich daher verschiedene Kon-

Konsequenzen aus dem „Regensburger Urteil“ für die intensivmedizinische Praxis bei „end-of-life“-care

1. Sorgfältige medizinische Indikationsstellung und Dokumentation

Entscheidung zur Therapiezieländerung basiert auf einer fundierten, aktuellen Staturerhebung. Medizinische Gründe (z. B. Fehlschlag eines Therapieversuchs, Nichterreichbarkeit des Therapieziels) sind präzise, nachvollziehbar und zeitnah in der Patientenakte zu dokumentieren.

2. Zeitnahe und wiederholte Kommunikation mit Bevollmächtigten/Angehörigen

Trotz bereits grundsätzlicher Absprachen im Moment der akuten Verschlechterung und daraus resultierender Therapiezieländerung Rücksprache mit Vorsorgebevollmächtigten/Sachwaltern oder Angehörigen.

3. Keine Entscheidung unter Zeitdruck

Vorbereitung der Therapiezieländerung im Team und mit ausreichender Bedenkzeit, sofern keine akute Notfallsituation ein sofortiges Handeln zwingend erfordert. Kurzfristige Entscheidungen erhöhen das Risiko juristischer Angreifbarkeit.

4. Enge Kooperation mit Bevollmächtigten/Sachwaltern

Proaktiver Dialog, Sicherstellung durch das Behandlungsteam, dass die medizinische Situation und deren Implikationen für den Patientenwillen vollständig verstanden wird. Dies dient der Rechtssicherheit für beide Seiten.

5. Qualitätssicherung der Dokumentation

Lückenlose und qualitativ hochwertige Dokumentation. Sie dient im juristischen Ernstfall als wichtigstes Beweismittel für die Sorgfalt des ärztlichen Handelns.

sequenzen aus diesem Urteil ableiten (siehe Kasten oben), die ohnehin gute tägliche Praxis sein sollten. Unterstellt man, dass Intensivstationen schon bisher mit Angehörigengesprächen, Dokumentationen und sonstigen Pflichten maximal ausgelastet sind, kann man dieses Urteil nur als „*Pyrrhussieg für die Intensivmedizin*“ betrachten. König Pyrrhus von Epiros errang um 280 vor Chr. einen Erfolg mit so hohen Verlusten, dass er letztlich einer Niederlage gleichkam.

Interessenkonflikte: PS war Verteidiger im Strafprozess. TB, KZ, PM und UJ dienten als medizinische Sachverständige.

Prof. Dr. Thomas Bein, M.A.

Regensburg
thomas.bein@posteo.de

Dr. Philip Schelling

Ulsenheimer Rechtsanwälte,
München

Prof. Dr. Dr. Kai Zacharowski, ML FRCA FESAIC

Universitätsklinikum, Frankfurt/
Main

Prof. Dr. Patrick Meybohm, ML, FESAIC

Universitätsklinikum Würzburg

Prof. Dr. Uwe Janssens

St. Antonius Krankenhaus,
Eschweiler

