

## Rechtssicherheit und -kenntnisse in der Intensivmedizin: Auswertung einer quantitativen deutschlandweiten Umfrage

## Legal certainty and knowledge in intensive care medicine: Evaluation of a quantitative nationwide German survey

C. Schumann<sup>1</sup> · M. Wachter<sup>2</sup> · E. Eslauer<sup>1</sup> · R. Angeli<sup>1</sup> · F. Girschbach<sup>1</sup> · A.R. Heller<sup>1</sup> · P. Simon<sup>1</sup>

► **Zitierweise:** Schumann C, Wachter M, Eslauer E, Angeli R, Girschbach F, Heller AR et al: Rechtssicherheit und -kenntnisse in der Intensivmedizin: Auswertung einer quantitativen deutschlandweiten Umfrage. *Anästh Intensivmed* 2024;65:40–50. DOI: 10.19224/ai2024.040

### Zusammenfassung

#### Einleitung

In den letzten Jahren werden Ärztinnen und Ärzte in zunehmendem Maße mit haftungs- und strafrechtlichen Verfahren konfrontiert. Im Hinblick auf den demografischen Wandel bei sich zunehmend aggravierender Ressourcenknappheit auf deutschen Intensivstationen entstehen zwangsweise Konfliktsituationen. Insbesondere bei älteren und multimorbiden Patientinnen und Patienten bereiten Indikationsstellung, Definition von Therapiezielen, Feststellung des Patientenwillens und der Umgang mit Stellvertretern große Schwierigkeiten. Mangelnde Rechtskenntnisse können eine Ursache für Übertherapie darstellen.

#### Methoden

Die Umfrage umfasste 17 Fragen zu alltagstypischen patienten-, haftungs- oder strafrechtlichen Aspekten. Die Teilnahme erfolgte anonym sowie auf freiwilliger Basis mithilfe einer Online-Plattform. Zudem wurde mittels Likert-Skala die subjektive Sicherheit bei Beantwortung der Fragen überprüft.

#### Ergebnisse

Es lagen 952 vollständige Onlinefragebogen zur Auswertung vor. In einigen Teilbereichen konnten sowohl Wissenslücken als auch deutliche Unsicherheiten detektiert werden. Es zeigte sich, dass auch Führungskräfte bei 15 von 17 Fragen keinen Wissensvorsprung gegenüber Fach- und Assistenzärztinnen und -ärzten hatten. Beispielsweise waren

lediglich 62 % der Teilnehmer mit der Konkretisierungspflicht in Patientenverfügungen vertraut, welche Spekulationen ärztlicherseits verhindern soll.

#### Schlussfolgerung

Die vorliegende Studie liefert wegweisende Einblicke in die medizinrechtlichen Kenntnisse in Deutschland intensivmedizinisch tätiger Ärztinnen und Ärzte und kann dazu beitragen, durch gezielte Schulung die Rechtskenntnisse und -sicherheit in der Intensivmedizin und anderen medizinischen Bereichen zu verbessern.

### Summary

#### Introduction

Within the last years doctors were increasingly confronted with liability issues and criminal proceedings. Conflicts may result from demographic change and staff shortages. Doctors have difficulties with indications, therapy goals, advance directives and when dealing with surrogate decision makers. Lacking legal knowledge might result in overtreatment.

#### Methods

The survey contained 17 questions concerning everyday aspects of liability, criminal law and patients' rights. Participation was anonymous and voluntary using an online survey platform. Subjective security was assessed using a Likert scale.

#### Results

By analysing 952 completed questionnaires we detected considerable know-

- 1 Klinik für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Medizinische Fakultät, Universität Augsburg
- 2 Lehrstuhl für Deutsches, Europäisches und Internationales Straf- und Strafrecht, Medizin- und Wirtschaftsrecht, Universität Augsburg

#### Grundlage

Freiwillige Online-Umfrage unter den Mitgliedern von BDA und DGAI in Kooperation mit dem Gemeinsamen Arbeitskreis Anästhesie und Recht von BDA und DGAI

#### Danksagung

- Unser Dank gilt
- allen freiwilligen Teilnehmerinnen und Teilnehmern
  - dem Gemeinsamen Arbeitskreis Anästhesie und Recht des Berufsverbands Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V. (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI), insbesondere Frau Priv.-Doz. Dr. Sigrid Wittmann
  - Frau Dr. Katharina Kramer, Lehrstuhl für Mathematical Statistics and Artificial Intelligence in Medicine am Institut für Informatik, Mathematisch-Naturwissenschaftlich-Technische Fakultät, Universität Augsburg
  - Herrn Prof. Thomas Rothoff, Lehrstuhl für Medizindidaktik, Medizinische Fakultät, Universität Augsburg

#### Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren geben an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

#### Schlüsselwörter

Rechtssicherheit – Rechtskenntnisse – Haftung – Strafrecht – Patientenrechte

#### Keywords

Legal Certainty – Legal Knowledge – Liability – Criminal Law – Patients' Rights

ledge gaps in various cases. Upon answering most questions senior physicians did not have better knowledge than specialists, residents or interns. For instance, only 62 % of the participants were aware that patients are obliged to concretise instructions in advance directives to prevent doctors from speculating.

### Conclusions

This study may provide game-changing insights into German doctors' legal knowledge. Thus, it may help improving legal knowledge and certainty in intensive care medicine and other medical disciplines.

### Einleitung

Seit der Jahrtausendwende stagniert die Rate der strafrechtlichen Verfahren gegen Ärztinnen und Ärzte auf hohem Niveau. Umgerechnet sieht sich jährlich mehr als ein Prozent der beruflich aktiven Ärzteschaft mit strafrechtlichen Ermittlungen konfrontiert. Hinzu kommen haftungsrechtliche Verfahren [1,2,3].

Konfliktsituationen in der Intensivmedizin resultieren unter anderem aus sich zunehmend aggravierender personeller Ressourcenknappheit vor dem Hintergrund des demografischen Wandels [4]. Auch im fortgeschrittenen Lebensalter werden in zunehmendem Maße intensivmedizinische Behandlungen in Anspruch genommen. Hohes Alter und insbesondere Gebrechlichkeit gehen mit einem hohen Risiko für Intensivpflichtigkeit, komplikative und langwierige Verläufe sowie einer gesteigerten Letalität einher [5]. Dem allseitigen Wunsch, Übertherapie zu vermeiden, steht häufig die Sorge vor eventuellen juristischen Konsequenzen bei Unterlassen oder Beenden therapeutischer Maßnahmen gegenüber. Insbesondere im Hinblick auf die wachsende Gruppe hochbetagter, multimorbider und gebrechlicher Intensivpatientinnen und -patienten bereiten im klinischen Alltag Indikationsstellung, Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens, Umgang mit Patientstellvertretern sowie Definition und

Umsetzung von Therapiezielen große Schwierigkeiten. Mangelnde juristische Kenntnisse oder Unsicherheiten wiederum können Übertherapie bedingen [6,7]. Eine deutsche und internationale Literaturanalyse ergab, dass im Hinblick auf die bestehenden juristischen Kenntnisse in Deutschland praktizierender Ärztinnen und Ärzte bislang keinerlei wissenschaftliche Evidenz besteht.

In dieser Arbeit sollen rechtliche Aspekte der Intensivmedizin, sowie der Kenntnisstand in Deutschland intensivmedizinisch tätiger Ärztinnen und Ärzte im Hinblick auf alltagstypische patienten-, haftungs- oder strafrechtliche Fragestellungen quantitativ untersucht werden. Ein weiteres Studienziel bestand darin, Korrelationen zwischen subjektivem und objektivem Wissensstand im Hinblick auf berufliche Position, Ausbildung und Erfahrung zu untersuchen. „Gefühlte“ Sicherheit sollte dadurch von tatsächlichem Wissen abgegrenzt werden, um festzustellen, ob insbesondere unter Ärztinnen und Ärzten mit langjähriger

klinischer Erfahrung möglicher Weiterbildungsbedarf außerhalb von Studium, Facharzt- und Zusatzweiterbildung besteht.

## Methoden

Unter Mitwirkung der Lehrstühle für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin sowie Medizindidaktik der Medizinischen Fakultät und des Lehrstuhls für Deutsches, Europäisches und Internationales Straf- und Strafprozessrecht, Medizin- und Wirtschaftsstrafrecht der Juristischen Fakultät der Universität Augsburg wurde ein 17 Fragen umfassender Fragebogen erstellt, welcher nach Einholung der Unbedenklichkeitsbescheinigungen der Ethikkommission der Ludwig-Maximilians-Universität München (Pr. 22-0854 KB) und des Datenschutzbeauftragten der Universität Augsburg im Zeitraum vom 15.11. bis zum 10.12.2022 den Mitgliedern des Berufsverbandes Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V. (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) zur Verfügung gestellt wurde. Die Teilnahme erfolgte freiwillig und anonymisiert über die Online-Umfrageplattform Sosci Survey GmbH. Die Fragen konnten mit „ja“, „nein“ oder „weiß nicht“ beantwortet werden. Antworteten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit „ja“ oder „nein“, wurden sie anschließend aufgefordert, ihre subjektive Sicherheit auf einer vierstufigen Likert-Skala einzuordnen. Die Fragen sind in vorliegender Arbeit nach inhaltlichen Überpunkten sortiert, wurden während der Umfrage jedoch in willkürlicher Reihenfolge präsentiert. Der Fragenkatalog mit Musterantworten ist Tabelle 1 (Anhang) zu entnehmen. Die ordinal skalierten Antworten wurden unter Nutzung von Microsoft Excel sowie der R-basierten Statistiksoftware JASP deskriptiv ausgewertet und mittels Kruskal-Wallis-Test auf Signifikanz getestet. Die Prozentangaben beziehen sich im Folgenden auf das Gesamtkollektiv der Teilnehmerinnen und Teilnehmer, sofern nicht explizit differenziert wird. Der p-Wert wurde nach Bonferroni auf

$p = 0,003$  korrigiert. Eine detaillierte Erläuterung der Methodik ist dem eMethodenteil (Anhang) zu entnehmen.

## Ergebnisse

Von 1.086 begonnenen Onlinefragebögen lagen 952 vollständig absolviert vor. 912 Teilnehmerinnen und Teilnehmer entstammten der Fachrichtung Anästhesiologie (96 %). 48 % hatten eine Führungsposition inne (Funktionsoberärztin bzw. -arzt, Oberärztin bzw. -arzt oder Chefärztin bzw. -arzt). 54 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer führten die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin. Ein Großteil konnte auf eine langjährige klinische Berufserfahrung von über 10 Jahren (78 %), sowie von über 5 Jahren im Bereich der Intensivmedizin (62 %) zurückblicken. Eine detaillierte Aufschlüsselung der Subgruppen ist Abbildung 1 zu entnehmen. In den Abbildungen und Tabellen wurde teilweise die maskuline Schreibform verwendet, es sind jedoch alle Geschlechter mit einbezogen.

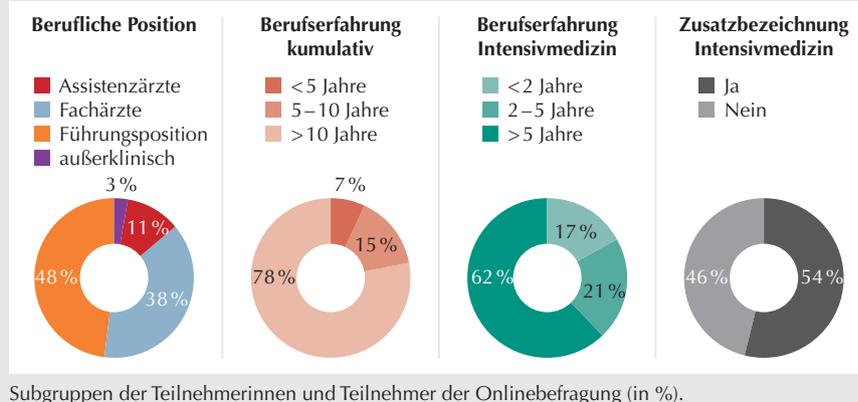
Der gesamte Fragenkatalog wurde von der Teilnehmerschaft insgesamt zu 78 % korrekt beantwortet. Dabei wählten Assistenzärztinnen und -ärzte zu 75,5 %, Fachärztinnen und -ärzte zu 76,2 % und Führungskräfte zu 78,9 % richtige Antworten aus. Die Antwortverteilung der gesamten Teilnehmerschaft ist neben dem Fragenkatalog in Tabelle 1 aufgeführt. Dabei fällt auf, dass einerseits

sechs Fragen von über 90 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer korrekt beantwortet wurden, andere Fragen hingegen von einem Großteil der Teilnehmerschaft entweder falsch oder nicht beantwortet werden konnten („weiß nicht“). In Hinblick auf die korrekte Beantwortung der Fragen ergaben sich bei 14 von 17 Fragen keine signifikanten Unterschiede bezüglich der beruflichen Position ( $p > 0,003$ ). Die Gesamtverteilung der Richtigantworten ist Tabelle 2 zu entnehmen. Generell zeigte sich bei allen Fragen, mit Ausnahme der Frage zur patientenseitigen Ablehnung indizierter Maßnahmen (Frage 1), welche zu über 90 % korrekt beantwortet wurde, eine signifikante Tendenz zu mehr subjektiver Sicherheit entsprechend der Hierarchieebene (Tab. 2). Daher erfolgte zusätzlich eine statistische Gegenüberstellung von Führungskräften ( $n = 459$ ) und einer Kumulativgruppe ( $n = 460$ ) aus Assistenz- und Fachärztinnen bzw. -ärzten. Die Zunahme an Sicherheit ging jedoch bei 15 von 17 Fragen nicht mit signifikant mehr Richtigantworten einher.

Insgesamt zeigten sich bei der Beantwortung von drei Fragen zwischen den Führungskräften und der Kumulativgruppe aus Assistenz- und Fachärztinnen bzw. -ärzten signifikante Unterschiede (Abb. 2):

Im Hinblick auf die korrekte Klassifizierung der Todesart nach komplikativem ärztlichem Eingriff (Frage 12) lag der

Abbildung 1





**Tabelle 2**

Richtige Antworten und Sicherheit (in %) entsprechend Hierarchieebenen.

Frage	Richtige Antworten und Sicherheit (in %): Assistenzärztinnen und -ärzte (AÄ)		Richtige Antworten und Sicherheit (in %): Fachärztinnen und -ärzte (FÄ)		Richtige Antworten und Sicherheit (in %): Führungskräfte	
1	91	76	91	81	91	83
2	84	84	84	84	88	88 <sup>‡</sup>
3	74*	75	75*	76	84*	84 <sup>‡</sup>
4	89	78	91	80	94	85,5 <sup>‡</sup>
5	48	77	47	76	44	82 <sup>‡</sup>
6	96	82	96	83	96	87,5 <sup>‡</sup>
7	53	73	62	76	62	82 <sup>‡</sup>
8	85	84	88	83	90	88 <sup>‡</sup>
9	87	77	88	80	89	85 <sup>‡</sup>
10	79	72	79	76	84	80 <sup>‡</sup>
11	58	67	51	68	59	73 <sup>‡</sup>
12	78*	78	74*	77	66*	82 <sup>‡</sup>
13	99	84	95	85	98	91 <sup>‡</sup>
14	89	85	89	89	93	91 <sup>‡</sup>
15	38	72	44	74	53	78 <sup>‡</sup>
16	41*	68	46*	67	55*	73 <sup>‡</sup>
17	83	76	82	81	88	85 <sup>‡</sup>

\* signifikante Unterschiede von Führungskräften gegenüber einer Kumulativgruppe aus AÄ und FÄ ( $p < 0,003$ )‡ signifikant mehr Sicherheit von Führungskräften gegenüber einer Kumulativgruppe aus AÄ und FÄ ( $p < 0,003$ ).

Anteil korrekter Antworten unter den Assistenzärztinnen und -ärzten bei 78 %, bei den Fachärztinnen und -ärzten bei 74 % und bei den Führungskräften bei 66 %. Hierbei zeigten sich signifikante Unterschiede im Hinblick auf die Antworten ( $p < 0,001$ ) und die subjektive Sicherheit ( $p < 0,001$ ) zwischen den Hierarchieebenen. Dies ging mit einer signifikant höheren Richtigkeitsrate unter den Assistenzärztinnen und -ärzten verglichen mit Fachärztinnen und -ärzten, Führungskräften und außerklinisch Tätigen ( $p = 0,003$ ) einher. In der direkten Gegenüberstellung von Führungskräften und der Gesamtheit aus Assistenz- und Fachärztinnen bzw. -ärzten, antworteten Führungskräfte signifikant häufiger falsch ( $p < 0,001$ ). Sie wiesen dabei eine signifikant höhere subjektive Sicherheit ( $p < 0,001$ ) auf.

Die Frage zur Ablehnung indizierter dringlicher Maßnahmen (Frage 3) wurde

signifikant häufiger ( $p < 0,001$ ) von Führungskräften korrekt beantwortet (84 %) verglichen mit der Gesamtheit aus Assistenz- und Fachärztinnen bzw. -ärzten (74 bzw. 75 %). Sie waren sich ebenfalls signifikant sicherer in ihrer Antwort ( $p < 0,001$ ).

Des Weiteren ergaben sich auch bei der Bewertung strafrechtlicher Implikationen der Ex-Post-Triage (Frage 16) signifikante Unterschiede: Führungskräfte antworteten zu 55 % korrekt und zu 32 % mit „weiß nicht“. Assistenz- und Fachärztinnen bzw. -ärzte hingegen beantworteten Frage 16 nur zu 41 % bzw. 46 % korrekt und zu 48 % bzw. 44 % mit „weiß nicht“. Grenzt man statistisch Führungskräfte von Assistenz- und Fachärztinnen bzw. -ärzten ab, antworteten diese signifikant häufiger korrekt und seltener mit „weiß nicht“ ( $p < 0,001$ ). Zudem waren sie subjektiv sicherer in ihrer Entscheidung ( $p < 0,001$ ).

## Diskussion

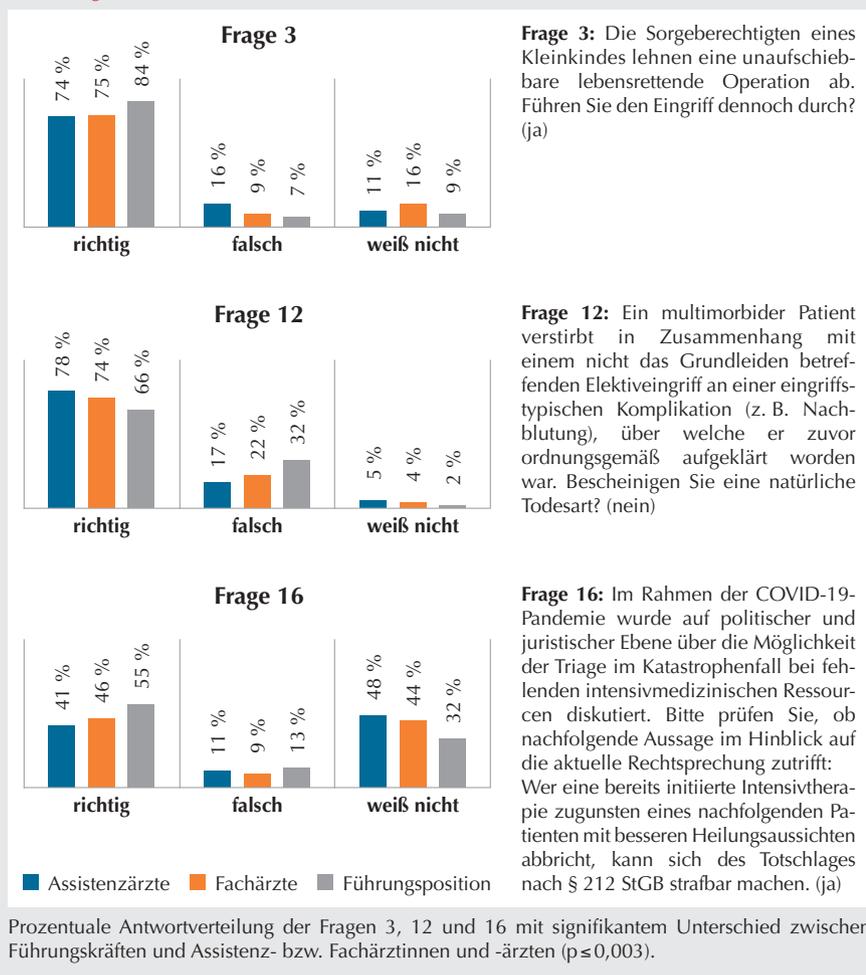
Vorliegende Studie zeigt erstmalig, dass unter intensivmedizinisch tätigen Ärztinnen und Ärzten relevante Wissenslücken bei der Beurteilung rechtlicher Aspekte bestehen. Dabei fiel auf, dass mit Ausnahme der Fragen zum Vorgehen bei Ablehnung lebensrettender Maßnahmen durch die Sorgeberechtigten eines Kleinkindes (Frage 3) und den strafrechtlichen Implikationen der Ex-Post-Triage (Frage 16) kein Wissensvorsprung von Führungskräften gegenüber Fach- und Assistenzärztinnen und -ärzten bestand (Abb. 2, Tab. 2). Bei der Frage zur Klassifizierung der Todesart nach komplikativem Eingriff (Frage 12) konnte hingegen sogar ein relevanter Wissensvorsprung der Assistenzärztinnen und -ärzte festgestellt werden (Abb. 2, Tab. 2). Dennoch wiesen Führungskräfte in 16 von 17 Fällen eine deutlich höhere subjektive Sicherheit auf. Diese Sicherheit muss allerdings in Zusammenschau als überwiegend nicht gerechtfertigt gewertet werden.

Als grundlegende Ursache für die festgestellten Wissensdefizite wird vermutet, dass erstmalig im Jahre 2019 patienten-, haftungs- und strafrechtliche Inhalte gebührend in den Gegenstandskatalog für das Medizinstudium in Deutschland aufgenommen wurden [8].

## Aufklärung und Einwilligung

Sämtliche Fragen, welche sich auf Einwilligung und Ablehnung, Dokumentation der Einwilligungsfähigkeit, sowie auf Aufklärungsverzicht bei Einwilligung bezogen (Fragen 1, 2, 4), wurden über alle Gruppen hinweg mit großer Mehrheit (>90 %) korrekt beantwortet. Frage 3 schildert die Ablehnung eines indizierten lebensrettenden Eingriffs bei einem Kleinkind durch die Sorgeberechtigten. Hier entschieden sich lediglich 79 % für die korrekte Antwort, den Eingriff dennoch durchzuführen. In dieser Situation muss die fehlende Einwilligung rückwirkend gerichtlich ersetzt werden, da es sich um einen unaufschiebbaren Eingriff handelt [7]. Wird der lebensrettende Eingriff unterlassen, würde dies den Tatbestand der unterlassenen Hilfeleistung

Abbildung 2



(§ 323c StGB) erfüllen. Frage 5 skizziert die Ablehnung einer indizierten dringlichen Maßnahme. Dabei ist zwingend eine Risikoaufklärung durchzuführen. Lediglich 50 % entschieden sich dazu, die Risikoaufklärung entgegen der Willensbekundung der Patientin oder des Patienten korrekterweise durchzuführen. Wird auf eine solche Risikoaufklärung über mittelbare und unmittelbare Folgeschäden verzichtet, kann dies rückwirkend als Aufklärungsmangel patientenseitig geltend gemacht werden mit entsprechenden haftungs- und strafrechtlichen Konsequenzen [9].

### Patientenwille und Stellvertreterregelungen

96 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren mit dem Grundsatz „in dubio pro vita“ bei unklarem (mutmaß-

lichem) Willen vertraut (Frage 6). Im Hinblick auf den Umgang mit Patientenstellvertreterinnen und -stellvertretern wussten 89 % der Antwortenden, dass die Kinder einer Patientin oder eines Patienten ohne explizite Bevollmächtigung nicht einwilligungsberechtigt sind (Frage 4). Durch das neugeschaffene Ehegatten-Notvertretungsrecht (§ 1358 BGB) sind seit Januar 2023 hingegen Ehegattinnen und -gatten und Lebenspartnerinnen und -partner (§ 21 LpartG) unter bestimmten Voraussetzungen befristet auch ohne Bevollmächtigung einwilligungsberechtigt. Mit der Tatsache, dass bei nachhaltigen Unstimmigkeiten zwischen gleichberechtigten Patientenstellvertreterinnen und -stellvertretern eine Regulierung durch das Betreuungsgericht anzustreben ist, waren ebenfalls 88 % der Teilnehmer\*innen vertraut (Frage 9). Es fiel

hingegen auf, dass 19 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht darüber in Kenntnis waren, dass entsprechend Vorsorgevollmächtigte grundsätzlich die gleichen Entscheidungsbefugnisse wie gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer haben (Frage 10; neu: § 1829 Abs. 5 BGB, bis 31.12.2022: § 1904 Abs. 5 BGB) [7]. Ein ausgeprägtes Wissensdefizit wurde bei der Beantwortung von Frage 7 zur Umsetzung von Patientenverfügungen demaskiert, welche die Konkretisierungspflicht in Patientenverfügungen thematisiert. Hier antworteten lediglich 62 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer korrekt. Äußerungen wie „nicht an Schläuchen hängen wollen“ von Seiten der Patientin oder des Patienten werden im deutschen juristischen Schrifttum sowie in der Rechtsprechung als nicht hinreichend konkrete Willensäußerung erachtet, da sie einen zu großen Interpretationsspielraum lassen. Somit kann eine solch unkonkrete Äußerung, wenn auch in schriftlicher Form, nicht als rechtlich verbindliche Grundlage betrachtet werden, um eine medizinisch indizierte unaufschiebbare Therapie zu unterlassen. Der Patientenwille muss somit in diesem Fall nach initialer Veranlassung lebensrettender Maßnahmen („in dubio pro vita“) eruiert werden. Werden lebensrettende Maßnahmen basierend auf einer nicht hinlänglich konkreten Patientenverfügung unterlassen, ohne weitere Ermittlung des (mutmaßlichen) Patientenwillens und der genauen medizinischen Umstände, z. B. durch Befragung von nahestehenden Personen, kann dies als schuldhaftes Unterlassen gewertet werden und entsprechende rechtliche Sanktionen implizieren [10,11,12,13,7].

### Arzthaftung und Strafrecht

Die Berufshaftpflichtversicherung reguliert lediglich Haftungsansprüche in zivilrechtlichen Verfahren, z. B. Schadensersatz und Schmerzensgeld. Bei angestellten Ärztinnen und Ärzten wird die Haftpflichtpolice in der Regel durch den Arbeitgeber abgeschlossen. Kommt es zu strafrechtlichen Ermittlungen und Verfahren, handelt es sich jedoch immer um einen persönlichen Schuldvorwurf gegen die behandelnde Ärztin oder

den behandelnden Arzt. Anwalts- und Prozesskosten werden in diesen Fällen ausschließlich durch eine individuell abzuschließende Rechtsschutzversicherung übernommen [3]. Lediglich 56 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnten Frage 11 korrekt beantworten, 19 % wählten die Option „weiß nicht“.

### Todesart

Im Hinblick auf die korrekte Spezifizierung der Todesart wurden die Fragen 13 (Versterben nach Ablehnung lebensretter Maßnahmen) und 14 (Versterben aufgrund Sturzereignis) ebenfalls mit großer Mehrheit (97 und 91 %) korrekt beantwortet. Frage 12 hingegen wurde nur von 70 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer richtig beantwortet. Dabei fiel auf, dass Assistenzärztinnen und -ärzte sich signifikant häufiger für die korrekte Antwort entschieden: Sie attestierten im Falle eines Versterbens nach einer Operation in Zusammenhang mit eingriffstypischen Komplikationen (z. B. Nachblutung) auch bei multimorbiden Patientinnen und Patienten keinen natürlichen Tod, zumal der in Frage 12 beschriebene Eingriff nicht der Behandlung des Grundleidens diene. Dieses Handeln entspricht exakt der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin zur Leichenschau im Hinblick auf „Todesfälle im Krankenhaus mit unklarer Wechselwirkung zwischen einem Eingriff (ohne Fehlerzuweisung!) und einem Grundleiden: Auch der ‚mors in tabula‘ muss mindestens als ‚unklar‘ klassifiziert werden, auch wenn das Grundleiden gravierend war. Todesfälle unter Injektionen, Infusionen und Transfusionen sollten unbedingt als ‚unklar‘ klassifiziert werden. Die Bescheinigung einer unklaren Todesart setzt voraus, dass keine Anhaltspunkte für einen nichtnatürlichen Tod vorliegen.“ [14]. Dies bedeutet, dass unterschieden werden muss, ob sich ein schweres Grundleiden entweder in einem ärztlichen Eingriff verwicklicht (z. B. Versterben im Rahmen einer Bypass-OP nach Herzinfarkt), oder ob der Tod durch ärztliche Maßnahmen herbeigeführt wurde, wobei andernfalls trotz schwerer Grundkrankheit nicht mit unmittelbarem Ableben zu rechnen gewesen wäre. Aufgrund des signifikant

besseren Abschneidens der Assistenzärztinnen und -ärzte liegt die Vermutung nahe, dass diese durch die zeitliche Nähe zum Studium besser mit den Lehrinhalten der Rechtsmedizin vertraut sind. Für zusätzliche Verunsicherung sorgen häufig die vagen Formulierungen der Bestattungsverordnungen bzw. -gesetze der Bundesländer: Regelmäßig wird auf den Tod nach medizinischen Eingriffen nicht eingegangen. Lediglich in Sachsen wird spezifiziert, dass ein Tod durch „Komplikationen medizinischer Behandlungen“ als nichtnatürlich zu betrachten sei [15]. Daneben wird in Niedersachsen gefordert, die Staatsanwaltschaft zu benachrichtigen, wenn „der Tod während eines operativen Eingriffs oder innerhalb der darauffolgenden 24 Stunden eingetreten ist“ [16]. In der Praxis wird häufig beobachtet, dass bei Sterbefällen in Zusammenhang mit ärztlichen Behandlungen ein natürlicher Tod attestiert wird. Dieses Verhalten ist jedoch risikoträchtig und kann Geldbußen sowie strafrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen [17,18,19].

### Suizid

Frage 15 skizzierte einen angekündigten Suizid im Sinne eines Bilanzsuizides. 48 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer antworteten korrekterweise, dass es zulässig ist, eine einwilligungsfähige Patientin oder einen einwilligungsfähigen Patienten nicht an einer wohlüberlegten suizidalen Handlung zu hindern, sofern Fremdgefährdung ausgeschlossen ist. 19 % wählten die Antwortoption „weiß nicht“. Möglicherweise beruht dies auf der Fragestellung „hindern Sie ihn daran“ ohne Imperativ („müssen“), welche neben dem rechtlichen auch ein ethisches Dilemma implizieren kann. Juristisch betrachtet existiert ein „Recht auf selbstbestimmtes Sterben“ [20]. Suizidbeihilfe (auch durch Unterlassen) ist nicht strafbar (Wegfall § 217 StGB durch Nichtigerklärung BVerfG-Urteil vom 26.02.2020 [20], Stand 24.10.2023). Zudem sind keine berufsrechtlichen Konsequenzen zu fürchten (Wegfall § 16 Abs. 3 Musterberufsordnung i.R. 124. Ärztetag 2021) [21]. Dabei gilt jedoch stets die Voraussetzung, dass es sich um einen freiwilligen und überlegten Freitod

ohne äußere und innere Zwänge (z. B. Psychose oder Intoxikation) handelt [22].

### Triage

Frage 16 zur Ex-Post-Triage und deren strafrechtlichen Implikationen wurde zu 51 % korrekt und zu 38 % mit „weiß nicht“ beantwortet. Dabei antworteten Führungskräfte signifikant häufiger korrekt, was möglicherweise die unmittelbare Relevanz für Ärztinnen und Ärzte in Entscheidungspositionen während der COVID-19-Pandemie widerspiegelt. Somit ist davon auszugehen, dass betroffene Ärztinnen und Ärzte sich umfassender informiert haben. Die Beantwortung dieser Frage spiegelt jedoch auch große Verunsicherung durch ausgedehnte und widerstreitende Kommunikation auf politischer und gesellschaftlicher Ebene wider. Lange Zeit ließ eine klare rechtliche Positionierung auf sich warten. Die Anpassung des Infektionsschutzgesetzes im Hinblick auf das Verbot der Ex-post-Triage erfolgte erst Ende 2022 (§ 5c IfSG) [23,24,25].

Frage 17 wurde hingegen mehrheitlich korrekt beantwortet (86 %): Lebensalter für sich genommen ist kein geeignetes Triage-Kriterium. Hier urteilte das Bundesverfassungsgericht bereits im Dezember 2021 eindeutig [26,27].

### Limitationen

Die Tatsache, dass der weit überwiegende Anteil der Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Fachgebiet Anästhesiologie tätig ist, lässt sich dadurch erklären, dass die Teilnehmerakquise über die entsprechenden Fachgesellschaften (BDA und DGA) erfolgte. Es ist jedoch anzunehmen, dass sich die Ergebnisse weitgehend auch auf andere Fachbereiche mit intensivmedizinischem Bezug, sowie auf große Teile der stationären und ambulant tätigen Ärzteschaft mit direktem Patientenkontakt übertragen lassen.

### Schlussfolgerung

In vorliegender Arbeit werden erstmalig deutschlandweit Rechtssicherheit und -kenntnisse in der Intensivmedizin untersucht. Insbesondere Führungskräfte

verfügen über keinen relevanten Wissensvorsprung gegenüber Fach- und Assistenzärztinnen bzw. -ärzten, hingegen über nicht gerechtfertigte subjektive Sicherheit in Rechtsfragen. Seit wenigen Jahren ist das Thema Recht Teil des Medizinstudiums. Jedoch zeigt unsere Studie, dass rechtliche Aspekte auch außerhalb des Studiums adressiert werden müssen.

## Literatur

1. Waßmer MP: Medizinstrafrecht. 1st ed. Baden-Baden: NOMOS 2022;36
2. Statistisches Bundesamt. Rechtspflege: Staatsanwaltschaften 2021. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Justiz-Rechtspflege/Publikationen/Downloads-Gerichte/staatsanwaltschaften-2100260217004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Justiz-Rechtspflege/Publikationen/Downloads-Gerichte/staatsanwaltschaften-2100260217004.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriffsdatum: 24.04.2023)
3. Schumann C, Wiege S: Arzthaftung und Strafrecht in der Akutmedizin. *Anaesthesiologie* 2022;71:243–252
4. Schmedt M: Fachkräftemangel: Ein Dauerproblem. *Dtsch Arztebl* 2022;19:1
5. De Biasio JC, Mittel AM, Mueller AL, et al: Frailty in Critical Care Medicine: A Review. *Anesth Analg* 2020;130:1462–1473
6. Michalsen A, Neitzke G, Dutzmann J, Rogge A, Seidlein AH, Jöbges S, et al: Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI und der Sektion Ethik der DGIIN: Überversorgung in der Intensivmedizin: erkennen, benennen, vermeiden. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2021;116:281–294
7. Schumann C, Wiege S: Indikation, Einwilligung und Therapielimitierung in der Akutmedizin. *Anaesthesiologie* 2022;71:159–167
8. IMPP Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen. 1. Kompetenzorientierter Gegenstandskatalog Medizin. Jahrgänge 2021, 2019, 2013, 2011, 2009, 2005. <https://www.impp.de/files/PDF/Gegenstandskataloge/Medizin/Kompetenzorientierter%20Gegenstandskatalog%20Medizin.pdf> (Zugriffsdatum: 14.04.2013) sowie freundliche Überlassung der vorherigen Gegenstandskataloge durch das IMPP auf Anfrage
9. Schelling P, Gaibler T: Aufklärungspflicht und Einwilligungsfähigkeit: Regeln für diffizile Konstellationen. *Dtsch Arztebl* 2012;109:476–487
10. Feddersen B, Petri S, Marckmann G, Topka H: Advance Care Planning – Behandlung im Voraus planen in der Notfallmedizin. *Notfallmedizin up2date* 2018;13:23–36
11. Beschluss des Bundesgerichtshofes (BGH) vom 06. Juni 2016: XIIIZB61/16
12. Beschluss des Bundesgerichtshofes (BGH) vom 08. Febr. 2017: XIIIZB604/15
13. Beschluss des Bundesgerichtshofes (BGH) vom 14. Nov. 2018: XIIIZB107/18
14. Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin: Leitlinie Leichenschau. [https://register.awmf.org/assets/guidelines/054-002I\\_S1\\_Regeln-zur-Durchfuehrung-der-aerztlichen-Leichenschau\\_2023-03.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/054-002I_S1_Regeln-zur-Durchfuehrung-der-aerztlichen-Leichenschau_2023-03.pdf) (Zugriffsdatum: 20.04.2023)
15. BestattG Sachsen. <https://www.revosax.sachsen.de/vorschrift/4526-Saechsisches-Bestattungsgesetz#p13> (Zugriffsdatum: 20.04.2023)
16. BestattG Niedersachsen. <https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheitspflege/gesundheitspflege/bestattungsgesetz/bestattungsgesetz-14144.html> (Zugriffsdatum: 20.04.2023)
17. Schelling P: Strafrecht: Risiken beim Ausfüllen der Todesbescheinigung. *Dtsch Arztebl* 2020;117:38–39
18. Graw M: Von innen verschlossene Tür, hohes Lebensalter = natürlicher Tod? Keine voreiligen Schlüsse bei der Leichenschau! *MMW Fortschr Med* 2014;156:41–43
19. Putschbach T: Fehlerhafte Leichenschau: Das sind die Konsequenzen. *MMW Fortschr Med* 2014;156:45–47
20. Urteil Bundesverfassungsgericht vom 26.02.2020: 2 BvR 2347/15
21. Haserück A, Richter-Kuhlmann E: Ärztliche Suizidassistenz: Berufsrechtliches Verbot entfällt. *Dtsch Arztebl* 2021;118:969–972
22. Bundesärztekammer: Hinweise der Bundesärztekammer zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zu § 217 StGB. *Dtsch Arztebl* 2021;118:1428–1432
23. Heller AR, Bartenschlager C, Brunner JO, Marckmann G: „Triagegesetz“ – Regelung mit fatalen Folgen. *Anaesthesiologie* 2023;72:385–394
24. Kubiciel M, Wachter M: Infektionsschutzrechtliche Vorgaben für die Triage Kritik des § 5c IfSG und Folgen für die strafrechtliche Bewertung. *Medistra* 2023;86:1–4
25. Kurz C: Gesetz gegen Diskriminierung: Knackpunkt Ex-Post-Triage. *Dtsch Arztebl* 2022;119:1840–1842
26. Beschluss Bundesverfassungsgericht vom 16. Dezember 2021: 1 BvR 1541/20
27. Walther N, Huster S: Warum § 5c IfSG kein rechtlicher Problemlöser ist. *Anaesthesiologie* 2023;72:395–398.

## Korrespondenz- adresse



**Dr. med.  
Christina Schumann**

Klinik für Anästhesiologie und  
Operative Intensivmedizin  
Universitätsklinikum Augsburg  
Stenglinstraße 2  
86156 Augsburg, Deutschland  
Tel.: 0821 400165285  
Mobil: 0177 5583262

E-Mail:  
christina.schumann@uk-augsburg.de  
ORCID-ID: 0009-0006-9602-2723



## Anhang

## eMethodenteil

Unter Mitwirkung der Lehrstühle für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin sowie für Medizindidaktik der Medizinischen Fakultät und des Lehrstuhls für Deutsches, Europäisches und Internationales Straf- und Strafprozessrecht, Medizin- und Wirtschaftsstrafrecht der Juristischen Fakultät der Universität Augsburg wurde ein 17 Fragen umfassender Fragebogen erstellt. Eine Unbedenklichkeitsbescheinigung der Ethikkommission der Ludwig-Maximilians-Universität München (Pr. 22-0854 KB) liegt vor. Außerdem involvierten wir den Datenschutzbeauftragten der Universität Augsburg insbesondere in die Planung der statistischen Erhebung personenbezogener Daten (z. B. Berufserfahrung und berufliche Position), um eine vollständige Anonymisierung sicherzustellen. Die Umfrage wurde im Zeitraum von 15.11. bis 10.12.2022 den Mitgliedern des Berufsverbandes Deutscher Anästhesistinnen und Anästhesisten e. V. (BDA) und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) zur Verfügung gestellt. Zuvor erhielten alle Mitglieder eine E-Mail mit der Bitte um Teilnahme und einen nicht-personifizierten Link zur Umfrage. Die Teilnahme erfolgte freiwillig, anonym und unentgeltlich über die Online-Umfrageplattform Sosci Survey GmbH. Die Fragen konnten mit „ja“, „nein“ oder „weiß nicht“ beantwortet werden. Antworteten die Teilnehmer mit „ja“ oder „nein“, wurden sie anschließend aufgefordert, ihre subjektive Sicherheit auf einer vierstufigen Likert-Skala („sehr unsicher“, „unsicher“, „sicher“ und „sehr sicher“) einzuordnen. Die Fragen sind in vorliegender Arbeit nach inhaltlichen Überpunkten sortiert. Während der Umfrage wurden sie jedoch in willkürlicher Reihenfolge präsentiert, um durch unmittelbare Wiederholungen eine Vorwegnahme der korrekten Antwort zu verhindern. Der Fragenkatalog mit Musterantworten ist Tabelle 1 zu entnehmen. Die Antworten wurden zunächst mittels Excel deskriptiv ausgewertet und anschließend unter Nutzung der R-basierten Statistiksoftware JASP auf Signifikanz untersucht. Dabei kam der Kruskal-Wallis-Test für ordinal skalierte Daten zum Einsatz. Bei einzelnen Fragen zeigten sich bereits in der deskriptiven Statistik deutliche Unterschiede zwischen den Berufsgruppen, welche sich im Kruskal-Wallis-Test als signifikant erwiesen. Diese wurden anschließend einer differenzierten statistischen Auswertung unterzogen. Die Gruppe der Führungskräfte wurde dabei beispielsweise unter Außerachtlassung der außerklinisch Tätigen einer kumulativen Gruppe aus Assistenz- und Fachärztinnen bzw. -ärzten gegenübergestellt. Dadurch sollten die innerklinischen Hierarchiestufen abgebildet werden. Der p-Wert wurde nach Bonferroni auf  $p = 0,003$  korrigiert. Dabei wurde eine Teilung des p-Wertes von 0,05 durch die Zahl 17 vorgenommen, entsprechend der Anzahl der Fragen.

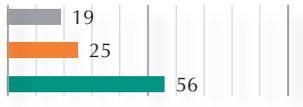
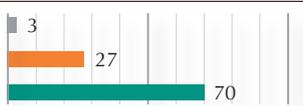
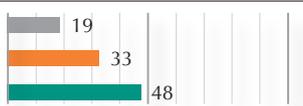
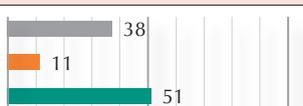
Tabelle 1 (Fortsetzung auf der nächsten Seite)

Fragenkatalog mit Musterlösungen und Antwortverteilung der Gesamteilnehmerschaft (in %).

Fragestellung	Korrekte Antwort	Ergebnis in % weiß nicht falsch richtig
<b>Einwilligung und Aufklärung</b>		
1. § 630d BGB regelt die Einwilligung in medizinische Eingriffe. Trifft nachfolgende Aussage zu? Sofern keine vitale Bedrohung besteht, gilt: Indizierte Maßnahmen sind bei fehlender Einwilligung zu unterlassen.	JA	
2. Bitte bewerten Sie, ob nachfolgende Aussage zutrifft: Kommt es rückwirkend zu juristischen Auseinandersetzungen bezüglich der Einwilligungsfähigkeit eines Patienten, ist eine stichhaltige ärztliche Dokumentation zum Aufklärungszeitpunkt wegweisend.	JA	
3. Die Sorgeberechtigten eines Kleinkindes lehnen eine unaufschiebbare lebensrettende Operation ab. Führen Sie den Eingriff dennoch durch?	JA	
4. Eine Patientin muss sich einem ausgedehnten und risikoreichen operativen Eingriff unterziehen. Sie kennt Art, Erforderlichkeit und Risiko der Operation und hat die chirurgische Aufklärung bereits unterzeichnet. Im Rahmen des Prämedikationsgesprächs lehnt sie eine detaillierte Aufklärung über Art und Risiko des Anästhesieverfahrens ab und willigt per Unterschrift in das vorgeschlagene Anästhesieverfahren ein. Geben Sie die Patientin zur Narkose frei?	JA	
5. Ein Patient lehnt aus religiösen Gründen eine dringend indizierte Bluttransfusion ab. Als Sie sich vergewissern wollen, ob der Patient die Tragweite seiner Entscheidung versteht, bittet er darum, nicht über etwaige Risiken aufgeklärt zu werden. Verzichten Sie auf eine Risikoaufklärung?	NEIN	
<b>Patientenwille und Stellvertreter</b>		
6. Auch in Notfallsituationen sollte, wann immer zeitlich möglich, der mutmaßliche Patientenwille ermittelt werden. Trifft nachfolgende Aussage zu? Ist kein mutmaßlicher Patientenwille feststellbar, sollte man gestützt auf den Rechtfertigungsgrund des Notstandes unter Annahme der mutmaßlichen Einwilligung nach dem Grundsatz „in dubio pro vita“ handeln.	JA	
7. Ein hochbetagter Patient wird mit einem septischen Schock aufgrund einer Pneumonie in die Notaufnahme gebracht. Er ist momentan nicht einwilligungsfähig, verfügt jedoch über eine aktuelle eigenhändig erstellte Patientenverfügung. In dieser gibt er an, dass er „nicht an Schläuchen hängen wolle“, sollte sich „sein Leben dem Ende neigen“. Unterlassen Sie unter Berücksichtigung der Patientenverfügung eine Übernahme auf die Intensivstation?	NEIN	

**Tabelle 1** (Fortsetzung von vorheriger Seite)

Fragenkatalog mit Musterlösungen und Antwortverteilung der Gesamteilnehmerschaft (in %).

Fragestellung	Korrekte Antwort	Ergebnis in % weiß nicht falsch richtig
<b>Patientenwille und Stellvertreter</b>		
8. In elektive medizinische Maßnahmen dürfen auch Stellvertreter einwilligen, sofern der Patient selbst nicht einwilligungsfähig ist. Trifft nachfolgende Aussage zu? Leibliche Kinder benötigen keine Bevollmächtigung oder gerichtliche Bestellung, um im Sinne des Patienten in planbare medizinische Maßnahmen einwilligen zu dürfen oder diese abzulehnen.	NEIN	
9. Bei einem nicht einwilligungsfähigen Patienten stehen planbare therapeutische Maßnahmen an. Die drei Kinder des Patienten wurden gleichberechtigt durch den Patienten mit der Gesundheitsorge betraut. Es liegt eine gültige Vorsorgevollmacht vor. Jedoch kommunizieren die drei Bevollmächtigten im Hinblick auf den mutmaßlichen Patientenwillen konträre Ansichten. Bitte bewerten Sie nachfolgende Aussage: Es fällt in den Aufgabenbereich der behandelnden Ärzte, zu entscheiden, welchem Bevollmächtigten sie mehr Gehör schenken.	NEIN	
10. Mit der Gesundheitsfürsorge betraute gesetzliche Betreuer dürfen gemäß § 1904 in medizinische Maßnahmen einwilligen, sie ablehnen oder sie widerrufen, sofern der behandelnde Arzt und der Betreuer im Einvernehmen darüber sind, dass im Sinne des Patienten gehandelt wird. Haben entsprechend (Vorsorge-)Bevollmächtigte die gleichen Befugnisse?	JA	
<b>Arzthaftung und Strafrecht</b>		
11. Gemäß § 630a BGB schuldet der behandelnde Arzt dem Patienten den allgemein anerkannten fachlichen Standard. Bei Verletzungen der ärztlichen Sorgfaltspflicht drohen sowohl zivilrechtliche als auch strafrechtliche Verfahren, welche mit erheblichen Kosten verbunden sein können (z. B. Schadensersatz, Anwaltskosten, Geldstrafen etc.). Die Musterberufsordnung schreibt vor, dass ÄrztInnen sich hinreichend gegen etwaige Haftpflichtansprüche versichern. Trifft nachfolgende Aussage zu? Sowohl zivil- als auch strafrechtliche Verfahren werden durch die Berufshaftpflichtversicherung reguliert.	NEIN	
<b>Todesart</b>		
12. Ein multimorbider Patient verstirbt in Zusammenhang mit einem nicht das Grundleiden betreffenden Elektiveingriff an einer eingriffstypischen Komplikation (z. B. Nachblutung), über welche er zuvor ordnungsgemäß aufgeklärt worden war. Bescheinigen Sie eine natürliche Todesart?	NEIN	
13. Ein multimorbider Patient lehnt eine dringliche medizinische Maßnahme ab und verstirbt in der Folge an seinem Grundleiden. Bescheinigen Sie eine natürliche Todesart?	JA	
14. Ein multimorbider Patient stirbt in Folge eines häuslichen Sturzes. Bescheinigen Sie eine natürliche Todesart?	NEIN	
<b>Suizid</b>		
15. Ein einwilligungsfähiger Patient mit schwerer lebenslimitierender Erkrankung kündigt eine suizidale Handlung an. Er hat bereits konkrete Vorkehrungen getroffen und unterrichtet Sie über seinen Plan (z. B. Tabletteneinnahme). Fremdgefährdung ist ausgeschlossen. Hindern Sie ihn daran?	NEIN*	
<b>Triage</b>		
16. Im Rahmen der COVID-19-Pandemie wurde auf politischer und juristischer Ebene über die Möglichkeit der Triage im Katastrophenfall bei fehlenden intensivmedizinischen Ressourcen diskutiert. Bitte prüfen Sie, ob nachfolgende Aussage im Hinblick auf die aktuelle Rechtsprechung zutrifft: Wer eine bereits initiierte Intensivtherapie zugunsten eines nachfolgenden Patienten mit besseren Heilungsaussichten abbricht, kann sich des Totschlages nach § 212 StGB strafbar machen.	JA	
17. Im Rahmen der COVID-19-Pandemie wurde auf politischer und juristischer Ebene über die Möglichkeit der Triage im Katastrophenfall bei fehlenden intensivmedizinischen Ressourcen diskutiert. Bitte prüfen Sie, ob nachfolgende Aussage im Hinblick auf die aktuelle Rechtsprechung zutrifft: Das Alter des Patienten ist im Rahmen einer Triagesituation ein geeignetes Entscheidungskriterium, wenn mehrere Patienten um ein Intensivbett konkurrieren.	NEIN	