

Mehr darüber auf [www.Krankenhaushasser.de](http://www.Krankenhaushasser.de)

PROF. DR. MED. PAUL GEORG LANKISCH  
Frau  
Oberstaatsanwältin Dietzel-Gropp  
Staatsanwaltschaft Hannover  
Volgersweg 67  
30175 Hannover

11. Oktober 2010

Ermittlungsverfahren gegen Dr. Markus R.  
wegen fahrlässiger Tötung zum Nachteil Helga Lachmund  
Geschäftsnummer: NZS 2172 Js 55273/10 Ihr Schreiben vom 12.08.2010

Sehr geehrte Frau Oberstaatsanwältin,  
beiliegend mein von Ihnen gewünschtes Sachverständigengutachten. Wie Sie rasch ersehen werden, ist dieses Gutachten leider nur vorläufig.

Ich habe die zur Verfügung stehenden Akten der Staatsanwaltschaft Hannover einschließlich der DVDs von Frau Lachmund sowie die Akten des Agnes Karll Krankenhauses eingehend gelesen. Ich kann leider nicht genau erkennen, was die Patientin, Frau Helga Lachmund, vom 09.04. - 03.05.2007 wirklich intravenös erhalten hat. Dies liegt vielleicht nicht so sehr an der Dokumentation, wohl aber an ihrer Lesbarkeit.

Ich schlage Ihnen daher vor, die Kollegen des Agnes Karll Krankenhauses zu bitten, detailliert anzugeben, was und wie viel die Patientin an jedem einzelnen Krankenhaustag intravenös oder über die PEG erhalten hat. So schlage ich Ihnen die anliegende Tabelle vor, die in Rubriken angeordnete und tatsächlich gegebene Flüssigkeitszufuhr und Ernährung intravenös und die jeweiligen Kalorienzahl enthält. Außerdem sind Angaben über Ein- und Ausfuhr erforderlich. Bei etwaigen Änderungen der Therapie müssen die Gründe hierfür angegeben werden. Anhand einer solchen Tabelle kann dann ohne Ungerechtigkeiten, weil einzelne Angaben vielleicht nicht genau lesbar sind, entschieden werden, ob die Patientin eine ausreichende Menge an Kalorien erhalten hat und wenn nein, warum nicht, und ob die Flüssigkeitsmenge ausreichte oder nicht.

Ich denke, mit einer solchen Tabelle bzw. ihrer Auswertung könnte auch den Vorwürfen der Tochter der Patientin besser entgegnet werden.

Sie fragten ferner, ob sich Anhaltspunkte dafür ergeben, dass andere Personen im fraglichen Zeitraum hinsichtlich der Diagnostik und Behandlung bei Frau Lachmund nicht die im vorliegenden Fall erforderliche Sorgfalt beachtet haben.

Dazu kann ich nur bedingt Stellung nehmen. Bitte bringen Sie in Erfahrung, ob Dr. Markus R. Facharzt für Innere Krankheiten war, als er die Patientin behandelte, oder sich noch in der Facharztweiterbildung befand. Unabhängig von seinem Ausbildungsstand war er offensichtlich auf einer internistischen Allgemeinstation tätig. Jede solcher Stationen untersteht einem Chefarzt und einem Oberarzt, die die Diagnostik und Behandlung der Patient durch Herrn R. beobachtet und kontrolliert haben müssen. Waren seine diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen mit dem Oberarzt und dem Chefarzt abgesprochen? In der Regel macht auf einer allgemein-internistischen Station der Chefarzt einmal, der Oberarzt zweimal pro Woche Visite, der Oberarzt sollte an jedem Tag die jeweils aufgenommenen Patienten sehen. Worauf ich hinaus will ist, dass Dr. R. nicht allein verantwortlich war, wenn es zu irgendwelchen Unregelmäßigkeiten tatsächlich gekommen sein sollte.

Es wundert übrigens sehr, dass Dr. R. zu offensichtlich so schwierigen Angehörigengesprächen nicht seinen Oberarzt bzw. Chefarzt hinzugezogen hat und es

wundert auch, warum Frau Lachmund, die offensichtlich mit Dr. R.s Auskünften nicht zufrieden war, nicht den Oberarzt bzw. den Chefarzt um ein Gespräch gebeten hat.

Eine weitere Frage ist dem Chefarzt der Klinik zu stellen. Es gibt keine Leitlinien oder Richtlinien, wie mit Patienten in der Situation, wie sich Frau Helga Lachmund befand, verfahren wird. Er wird aber sicherlich Maßgaben seinen Mitarbeitern vorgelegt haben, nach denen solche Patienten unter seiner Verantwortung aus medizinischen und ethischen Gründen zu diagnostizieren und zu therapieren sind.

Zum besseren Verständnis: In der von mir geleiteten Klinik für Allgemeine Innere Medizin des Städtischen Klinikums Lüneburg haben meine Oberärzte und ich als Maßgabe vorgelegt, dass kein solcher Patient verhungern, verdursten oder in Schmerzen sterben darf. Wohl aber haben wir festgelegt, dass wenn möglich nach Rücksprache mit den Angehörigen lebensverlängernde Maßnahmen nicht zu treffen sind, wenn ein solcher Patient stirbt, d.h. zum Beispiel keine Reanimationsmaßnahmen, wenn der Patient „einfach einschläft“.

Alles in allem gilt es meines Erachtens festzustellen, was die Patientin tatsächlich an Ernährung bekommen hat und wer diese Maßnahmen zu verantworten hatte.

Für eine Rücksprache stehe ich Ihnen gern und jederzeit zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. P. G. Lankisch

PROF. DR. MED. PAUL GEORG LANKISCH

11. Oktober 2010

Sachverständigengutachten in dem  
Ermittlungsverfahren gegen Dr. Markus R.  
wegen fahrlässiger Tötung zum Nachteil Helga Lachmund  
Geschäftsnummer: NZS 2172 Js 55273/10 Ihr Schreiben vom 12.08.2010

Dieses Gutachten stützt sich auf zwei Akten der Staatsanwaltschaft Hannover sowie die Krankenakte des Agnes-Karll-Krankenhauses Laatzen und drei DVDs/CDs mit dem Hauptthema „Verhungern ist nicht die übelste Art zu sterben, S.M. Lachmund“

Darstellung des Sachverhaltes

a. Nach der Akte des Agnes-Karll-Krankenhauses, Medizinische Klinik, Gastroenterologie

Soweit aus diesen Unterlagen und auch aus dem fachärztlichen Gutachten der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung Niedersachsen und dem Lande Bremen vom 17.11.2009 (Seite 57 ff. der Akte der Staatsanwaltschaft Hannover) vorgeht, sind folgende Angaben zur Vorgeschichte der Patientin zu machen:

1971 Whipplesche Operation wegen eines Pankreaskarzinoms, offenbar Rezidivfreiheit in der Nachfolgezeit, jedoch Entwicklung einer Cholangiosepsis bei Choledocholithiasis mit endoskopischer Cholezystektomie im März 2006

1985 Behandlung eines Blasenkarzinoms, offensichtlich ebenfalls rezidivfreier Verlauf

Am 27.09.2006 Aufnahme der Patientin in die Schlaganfallereinheit der Neurologischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover unter der Verdachtsdiagnose einer cerebralen Ischämie, eine Diagnose, die sich jedoch nicht bestätigte. Im weiteren Verlauf ein Grand-Mal-Anfall, sodass die Symptomatik als prolongierte postiktale Bewusstseinsstörung gedeutet wurde.

Als Ursache für den Krampfanfall wurden eine symptomatische Epilepsie und die Senkung der Krampfschwelle durch den Einfluss eines Harnwegsinfektes gesehen.

Am 30.10.2006 Verlegung zur Rehabilitation in das Krankenhaus Neu-Bethesda des Henriettenstiftes. Im Verlauf der dortigen Behandlung kam es zu einem Harnwegsinfekt, der antibiotisch behandelt wurde, worunter sich leider eine Clostridium difficile Infektion entwickelte.

Am 20.11.2006 erneuter Grand-Mal-Anfall. Da eine orale Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr nicht möglich war, wurde zunächst ein zentraler Venenkatheter und ab dem 05.12.2006 eine PEG (perkutane endoskopische Gastrostomie)-Sonde gelegt, über die die Ernährung direkt in den Magen der Patientin erfolgte. Bei bereits vorbestehend demenziellem Prozess hatte sich die geistige Leistungsfähigkeit der Patientin nach diesem Krampfanfall am 20.11.2006 erheblich verschlechtert. Daraufhin Verlegung in das Altenpflegeheim Margaretenhof in Laatzen.

Am 27.12.2006 erneuter Harnwegsinfekt und weiterer Krampfanfall sowie fortgesetzte pseudomembranöse Colitis, deswegen stationäre Aufnahme im somnolenten Zustand in die Medizinische Klinik des Agnes-Karll-Krankenhauses Laatzen. Dort wurde der Harnwegsinfekt antibiogrammgerichtet behandelt und, da erneut Clostridium-Toxin im Stuhl nachgewiesen wurde, mit Vancomycin therapiert. Eine latente Unterfunktion der Schilddrüse wurde mit einem entsprechenden Substitutionspräparat in niedriger Dosierung behandelt. Eine Therapie mit Ergenyl sollte zukünftige Krampfanfälle vermeiden.

Laut MDK-Gutachten ist es in der Folgezeit mehrfach zu Notarztbesuchen und Vorstellung in der Ambulanz des Agnes-Karll-Krankenhauses bei zunehmender Verschlechterung des Allgemeinzustandes gekommen.

Die Patientin befand sich bis dahin in der Betreuung ihrer Angehörigen. Am 09.04.2007 wurde von ihnen der Notarzt gerufen. Die Alarmierung erfolgte wegen Dyspnoe (Atemnot) der Patientin. Laut dem in der Krankenakte befindlichen Einsatzprotokoll lag bei Ankunft des Notarztes die Patientin nicht ansprechbar im Bett. Sie hatte sich wohl nach einem Stuhlgang sehr aufgeregt und Diazepam 10 Tropfen und Flüssigkeit von den Angehörigen oral erhalten. Beidseits waren über den Lungen Rasselgeräusche auskultierbar. Die Sauerstoffsättigung betrug initial 67%, unter Sauerstoffgabe 82%. Die Patientin wurde dann zunächst auf die Intensivstation des Agnes-Karll-Krankenhauses aufgenommen und verblieb dort bis zum 17.04.2007.

Nach Angaben der Tochter in der Notfallaufnahme habe sich ihre Mutter massiv verschlechtert und in den letzten drei Wochen nicht mehr gesprochen. Vorher habe sie immerhin wenig gesprochen. Ein demenzielles Syndrom sei bekannt. Es bestünde ärztlicherseits der Verdacht auf eine cerebrale Vaskulitis, die mit Cortison und wohl auch mit Methotrexat behandelt worden sei. Eine Hirnbiopsie zur Bestätigung der Verdachtsdiagnose sei jedoch bisher nicht durchgeführt worden.

Die Patientin war komatös, öffnete zeitweise die Augen, bot aber keine sicheren Reaktionen auf Schmerzreize. Klinisch und auskultatorisch wurde der Verdacht auf eine Aspirationspneumonie ausgesprochen, da sich noch in der Notfallaufnahme Sondenkost und

fraglich auch eitriges Sekret aus dem Bronchialsystem absaugen ließ. Eine spätere Röntgenkontrolle ergab in Übereinstimmung damit den Verdacht auf ein Infiltrat rechts basal.

Die Patientin schwitzte massiv und hatte vertiefte Atemzüge unter 10 l Sauerstoff unter einer peripheren Sättigung bis zu 90%. Sie erhielt dann als erste Maßnahme 5 mg Morphin, wonach die Atmung ruhiger wurde.

Laut Verlegungsbericht wurde die Tochter offenbar zu diesem Zeitpunkt darüber aufgeklärt, dass sich ihre Mutter in einem sehr schlechten Zustand befand und möglicherweise deswegen nicht von Intensivmaßnahmen profitieren würde.

Die Tochter wünschte jedoch ausdrücklich alle erforderlichen intensivmedizinischen Maßnahmen einschließlich der Beatmung.

Daraufhin wurde die Patientin noch in der Aufnahme intubiert und beatmet sowie ein zentraler Katheter und ein arterieller Zugang gelegt. Im Verlauf dieser Maßnahmen war die Patientin vorübergehend hochgradig katecholaminpflichtig, d.h. es musste mit entsprechenden Medikamenten der Kreislauf stabilisiert werden. Es erfolgte ferner eine antibiotische Therapie mit Ampicillin und Metronidazol, worunter zunächst eine Besserung der Entzündungsparameter beobachtet wurde. Eine Extubation, d.h. eine Beendigung der Beatmung, gelang rasch und danach war die Patientin im Verlauf pulmonal auf niedrigem Niveau stabil.

Im EKG war zunächst eine Tachyarrhythmie, später ein Vorhofflimmern nachweisbar. Eine elektrische Kardioversion zur Wiedererreichung eines Sinusrhythmus blieb leider erfolglos. Daraufhin wurde eine medikamentöse Behandlung mit Amiodaron eingeleitet, worauf sich dann doch noch ein Sinusrhythmus einstellte.

Aufgrund der eingeschränkten Vigilanz mit Verdacht auf eine cerebrale Vaskulitis erfolgten mehrere neurologische konsiliarische Vorstellungen.

Das erste neurologische Konsil fand am 12.04.2007 statt. Der untersuchende Neurologe fand eine Bewusstseinsstörung im Rahmen einer möglichen cerebralen Hypoxie vor bei vorbestehender Demenz, Hirnatrophie, Leukoenzephalopathie und cerebraler Vaskulitis sowie vorbekannter Epilepsie. Er konnte keine hilfreichen spezifischen Vorschläge von Seiten seines Fachgebietes machen.

Beim zweiten neurologischen Konsil am 16.04.2007 beurteilte der Neurologe das Krankheitsbild als einen Zustand am ehesten im Sinne eines Mittelhirnsyndroms, der wie apallisch zu deuten und auf dem Boden vaskulärer Ursachen entstanden sei. Grundsätzlich sollten Reizangebote gemacht werden, letztlich sah er keine Perspektive für eine angemessene Lebensqualität und konnte von Seiten seines Fachgebietes erneut keinen helfenden medikamentösen Vorschlag mehr machen.

Eine dritte neurologische Untersuchung erfolgte am 29.04.2007 auf der Allgemeinstation. Jetzt wurden die Veränderungen am ehesten im Sinne eines Mittelhirnsyndroms bei mutmaßlicher Hypoxie gedeutet. Ein therapeutischer Vorschlag konnte erneut nicht gemacht werden.

Klinisch wechselte die Symptomatik entsprechend zwischen einem Mittelhirnsyndrom und einem apallischen Syndrom.

Ein kraniales Computertomogramm vom 16.04.2007 ergab eine ausgeprägte Leukoenzephalopathie, mutmaßlich vaskulärer Genese, sowie eine subkortikale Hirnatrophie einschließlich des Hippocampus.

Bei liegender PEG war der Nahrungstransport zögerlich trotz Gabe von motilitätssteigernden Medikamenten. Eine Gastroskopie wurde am 13.04.2007 durchgeführt um festzustellen, ob es nicht möglich wäre, eine PEJ, d.h. eine perkutane endoskopische Jejunostomie, durchzuführen, das bedeutet, dass man die Ernährungssonde nicht in den Magen, sondern in den Dünndarm platziert. Dies war jedoch nicht möglich, weil bei Zustand nach Whipplescher Operation, die auch eine Zweidrittelresektion des Magens mit Annäherung von Darmschlingen an den Magenrest beinhaltet, sich bei der Patientin die abführende Schlinge, d.h. die Darmschlinge über die die Nahrung weitertransportiert wird, endoskopisch nicht identifizieren ließ. Eine sichere Platzierung der Sonde in die abführende Schlinge (PEJ-Anlage) war also nicht möglich.

Damit drohten bei unzureichendem Transport der Nahrung über den Magen in den Dünndarm immer wieder Aspirationen von Nahrung in die Lunge mit konsekutiver Lungenentzündung. Außerdem wurden immer wieder rezidivierende Subileuszustände festgestellt.

Daher wurde die Patientin am 17.04.2007 den Kollegen der Chirurgischen Klinik in der Hoffnung vorgestellt, dass intraoperativ eine Platzierung der Nahrungssonde in den ableitenden Dünndarm erfolgen könnte. Zu diesem Zeitpunkt hatte die Patientin seit sieben Tagen nicht mehr abgeführt und Darmgeräusche fehlten.

Die Entscheidung fiel gegen eine Operation, da die Patientin nach Ansicht der Chirurgen nicht (mehr) operationsfähig war, Unter Berücksichtigung aller dieser Punkte zwang sich dem behandelnden Kollegen der Intensivstation die infauste Prognose geradezu auf. Dies wurde den Angehörigen in offenbar täglich stattfindenden ausführlichen Gesprächen mitgeteilt, aber von ihnen nicht so gesehen.

Nach Verlegung auf die Normalstation musste eine erneute antibiotische Therapie mit Ciprofloxacin etabliert werden, da erneut der Verdacht auf eine Rezidiv Pneumonie bei ansteigenden Infektparametern bestand. Unter dieser Therapie waren die Infektparameter wieder rückläufig.

Aufgrund der fehlenden Möglichkeit einer Besserung der Ventilation sowie rezidivierenden Refluxes trotz PEG erschienen weitere Aspirationspneumonien in Zukunft wahrscheinlich. Außerdem bestanden massive generalisierte Ödeme trotz diuretischer Therapie. Die Patientin war zu keinem Zeitpunkt erweckbar und reagierte allenfalls minimal auf taktile Reize bzw. Schmerzreize. Die sei jedoch, so steht es zumindest im Befundbericht, laut pflegender Tochter vorbestehend.

Es erfolgten wiederholt Gespräche mit der Tochter und dem gesetzlichen Betreuer, dem Ehemann, über die sehr schlechte Verfassung der Patientin ohne weitergehende Prognose bezüglich der neurologischen und auch der pulmonalen Situation. Es bleibt jedoch unklar, ob die Tochter "nur" mit Dr. R. gesprochen oder auch nach einem Gespräch mit dem Ober- bzw. Chefarzt verlangt hat und ob Dr. R. zu den Gesprächen auch seinen Oberarzt bzw. Chefarzt hinzugezogen hat, hat.

Die Kommunikation mit den Angehörigen war wegen fehlender Einsichtsfähigkeit in die Schwere der Erkrankung laut Befundbericht offenbar sehr schwierig. Eine stationäre Unterbringung zur Pflege wurde konsequent abgelehnt. Die Tochter wollte zusammen mit dem zuvor schon organisierten ambulanten Pflegedienst die Weiterversorgung übernehmen. Ein Absauggerät bei häufig notwendiger trachealer Absaugung bei Verschleimung wurde durch die Tochter organisiert und sie sei in die Bedienung eingewiesen worden. Dies ist jedoch, nach Angaben der Tochter, nicht geschehen.

Die Entlassung der Patientin erfolgte in sehr reduziertem Allgemeinzustand entgegen dem Rat der Ärzte in die weitere häusliche Versorgung und ambulante Weiterbetreuung.

Der weitere Verlauf geht aus den Angaben der Tochter der Patientin auf einer der CDs hervor. Danach wurde die Mutter am 03.05.2007 entlassen und bekam Sauerstoff. Ihre Lunge wurde abgesaugt, sie bekam Nahrung und Wasser in ganz kleinen Dosen und ihre Medikamente und wurde mit zwei Personen gelagert, allein sei das nicht mehr zu schaffen gewesen. Entgegen der Behauptung des Krankenhauses sei sie nicht in die Bedienung des Absauggerätes eingewiesen worden, sie habe nur einmal zugesehen, weil die Schwester vergessen hatte, sie herauszuschicken.

Am 04.05.2007 habe sie den Notarzt gerufen, der Zettel ausgefüllt und einen Moment überlegt habe, schließlich habe er ziemlich sauer den Zettel zerrissen und gesagt, ihre Mutter überlebe diese Nacht nicht mehr und sei gegangen. Auf dem Zettel stand: Cheyne-Stokes-Atmung und noch etwas, was sie nicht habe lesen können. (Anmerkung des Gutachters: Form der periodischen Atmung mit rhythmisch wechselnder, zu- und abnehmender Atemfrequenz und —amplitude sowie Atempausen).

Am 06.05.2007 habe sie nochmals einen Notarzt geholt, er habe die Lunge der Mutter abgesaugt und dann ihr Morphin gegeben.

Am 07.05.2007 sei dann die Mutter verstorben.

b. Weitere Angaben zur Vorgeschichte anhand der Akten der Staatsanwaltschaft Hannover

#### 1. Akte

Seite 1 - 3: Schreiben des Ressorts Recht, bearbeitet von Herrn T. und mitunterzeichnet von Herrn Markus R., an die Staatsanwaltschaft Hannover, beide vom Klinikum Region Hannover.

Frau Lachmund habe behauptet, sie habe bei Besuchen in der Zeit vom 20. - 26.04.2007 mehrfach festgestellt, dass die Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung ihrer Mutter unzureichend gewesen sei, da der Nahrungs- und Flüssigkeitstropf leer gewesen sein soll. (Anmerkung: wenn der Tropf leer war, muss zumindest dieser gelaufen sein) Vor diesem Hintergrund habe sie am 26.04.2007 beim behandelnden Arzt, nämlich Herrn R., bekundet, dass die Frage der Ernährung wohl das größte Problem ihrer Mutter sei. Dies habe dieser verneint und erklärt, er könne dazu am Telefon keine weiteren Einzelheiten mitteilen. Am nächsten Tag will Frau Lachmund ihn auf das Telefonat vom vorherigen Tag angesprochen haben, woraufhin dieser gesagt haben soll, dass Frau Lachmund sich das mit der künstlichen Ernährung noch einmal überlegen sollte. Weiter soll er erklärt haben, dass „Verhungern nicht die übelste Art zu sterben sei“.

Am 28.04.2007 habe Frau Lachmund dann nach eigenen Angaben wiederum Herrn R. aufgesucht und ihn auf die Ernährungsfrage angesprochen. Von diesem Gespräch fertigte heimlich sie eine Tonaufnahme an, die ihre Behauptung belegen sollte. Den vorgenannten Sachverhalt hatte Frau Lachmund in einem selbst erstellten Videobeitrag eingearbeitet und ihn auf dem weltweiten Internet YouTube eingestellt. Nach Intervention von Herrn R., der den Beitrag am 20.02.2010 durch Zufall entdeckte, anonymisierte Frau Lachmund in andere Namen und nannte die neue Fassung ihres Videobeitrages zensierte Version. Am Ende des Beitrages wurde jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass man den Namen des behandelnden Arztes bei ihr unter der E-Mail-Adresse [sml@krankenhaushasser.de](mailto:sml@krankenhaushasser.de) erfragen kann.

Herr T. und Herr R. stellten fest, dass die Behandlung der Patientin in jeder Hinsicht lege artis erfolgt sei. Die verbreiteten Behauptungen seien geeignet, beide Antragsteller, insbesondere aber Herrn R., verächtlich zu machen und im öffentlichen Ansehen

herabzuwürdigen. Sie hielten daher eine strafrechtliche Verfolgung durch öffentliche Klage für erforderlich.

In einer Zeugenaussage vor dem Polizeikommissariat Laatzen (Seite 27) macht Herr R. erneut deutlich, dass er sich durch das genannte Video persönlich und auch in seiner Eigenschaft als Arzt denunziert und beleidigt fühlte. Er könne auch nicht ausschließen, dass er durch den Vorwurf des Mordes in seiner Glaubwürdigkeit bei der Behandlung von Patienten herabgewürdigt werde. Die Behauptung der Frau Lachmund explizit, er als der verantwortlich behandelnde Arzt hätte ihre Mutter verhungern lassen, sei falsch. Aus ärztlicher Sicht seien alle erforderlichen Maßnahmen getroffen worden. Über den Krankheitsverlauf und die Behandlung könnten die gefertigten Berichte jederzeit eingesehen und auch angefordert werden. Frau Lachmund bezichtige ihn weiterhin der Tötung der Mutter.

Frau Lachmund wurde daraufhin vom Polizeikommissariat Laatzen vorgeladen (Seite 30 a). Ihr wurde der Tatvorwurf erläutert und sie bat darum, sich schriftlich äußern zu dürfen. Das tat sie mit einem Schreiben vom 16.06.2010 (Seite 31). Die Vorwürfe gegen das Agnes-Karll-Krankenhaus finden sich auf Seite 33. Danach habe ihre Mutter am 11.04.2007 Kaliumchlorid in einer Dosierung von 5 mg pro Stunde erhalten, am 12.04.2007 in einer Dosierung von 4 mg pro Stunde. Ihres Wissens nach sei die maximal zulässige Gabe 3 mg pro Stunde. In der Nacht vom 12. auf den 13.04.2007 sei dann Vorhofflimmern aufgetreten, dreimal sei eine Kardioversion erfolglos durchgeführt worden, dann habe die Mutter Amiodaron erhalten. Am 10. oder 11.04. — 15.04. habe die Mutter Actrapid, also Insulin und damit ein blutzuckersenkendes Medikament, erhalten, später jedoch Glukose wegen Unterzuckerung.

Vom 20.04. - 27.04.2007 habe sie auf Station fast keine Ernährung über die PEG und kein Wasser erhalten. Vom 24.04. - 27.04.2007 sei überhaupt keine Sondenkost gegeben worden. Am 25.04.2007 habe eine Schwester ihr gesagt, die Mutter habe die gegebene Sondenkost erbrochen, die Bettenachbarin wusste jedoch davon nichts.

Am 26. und 27.04.2007 erfolgten Gespräche mit Herrn R., wie vorstehend angegeben. Sie habe auf E-Mails von YouTube hin das Video geändert, die Stimme des Herrn R. verfälscht und weitere Informationen hinzugefügt und hochgeladen als zensierte Version. Alles in allem erstatte sie Strafanzeige wegen des Verdachts auf ein Tötungsdelikt durch Nahrungs- und Wasserentzug gegen Herrn R. und das Klinikum der Region Hannover, hier speziell das Agnes Karll Krankenhaus, Medizinische Klinik Gastroenterologie. Sie fügte diesem Schreiben auch als Anlage 1 (Seite 38) ein Schreiben bei, das sie für das Beschwerdemanagement im Agnes-Karll-Krankenhaus angefertigt hatte. Die Mutter bekomme seit dem 20.04.2007 kaum noch Nahrung, weil sie mit Hilfe einer PEG ernährt würde und sie die Nahrung hochwürge und dann in die Lunge bekomme oder aber die Nahrung erbricht. Sie fragte an, warum die Mutter nicht über einen zentralvenösen Katheter ernährt werden könnte. Sie habe Angst, dass sie verhungere. (Anmerkung: Spätestens jetzt erhebt sich die Frage, ob der Tochter , erklärt worden ist, warum eine intravenöse Ernährung nicht sinnvoll war, Infektionsrisiko etc.).

Speziell zu der Ernährung nahm sie, wie auf Seite 41 aufgeführt, Stellung. Auf der Allgemeinstation, etwa ab dem 19. oder 20.04.2007 habe die Mutter keine Nahrung mehr über die Vene bekommen, weil die Ernährung über die Magensonde wieder aufgebaut werden sollte. Das war aber sehr schwierig, weil sie die Sondenkost immer wieder hochwürgte und in die Lunge bekam. Die Einstellung der Pumpe für die Sondenkost war am 20.04. 25 ml/Stunde, am 21.04. 50 ml/Stunde und am 22. und 23.04. 75 ml/Stunde. An diesen vier Tagen seien jeweils 500 ml (500 Kalorien Beutel) aufgehängt worden, die Beutel waren aber nie leer, weil die Pumpe immer wieder abgestellt wurde. Die wenige Nahrung, die tatsächlich in den Magen gelangte, wurde zum Großteil wieder aus der Lunge abgesaugt.

Ab dem 24.04. habe sie keine Sondenkost mehr gesehen. Nach Aussage einer Schwester bekam die Mutter am 25.04. morgens Sondenkost, die sie wieder ausgebrochen habe. Die Zimmergenossin habe davon jedoch nichts bemerkt.

Sie habe dann ab dem 23. oder 24.04. Infusionen mit Ringerlösung und außerdem Glukose bekommen, weil sie stark unterzuckert war. Am 27.04. sei abends wieder Sondenkost an der Magensonde angeschlossen worden mit einer Geschwindigkeit von 50 ml/Stunde.

In einem weiteren Schreiben an die Polizei Laatzen am 11.05.2007 (Seite 50) formulierte Frau Lachmund, dass ihre Mutter die Sondenbehandlung im Allgemeinen im Agnes-Karll-Krankenhaus nicht überlebt habe, sie sei am 07.05.2007 gestorben. Sie sei dreimal in ein künstliches Koma bzw. eine Narkose versetzt worden, erstens wegen künstlicher Beatmung, zweitens wegen einer erfolglosen Magenspiegelung (Anmerkung des Gutachters: die Magenspiegelung war nicht erfolglos, sie zeigte nur, dass eine PEJ nicht platziert werden konnte), drittens wegen einer erfolglosen elektrische Kardioversion. Ferner beklagte sie einen durch Medikamentengabe künstlich erzeugten Bluthochdruck, eine Unterzuckerung durch Insulingabe und vor allem, dass ihre Mutter eine Woche ohne Ernährung geblieben war, schließlich nahezu kein Wasser erhielt und permanent Morphin bekam.

Da ihre Mutter nach der Behandlung auf der Intensivstation im Wachkoma gelegen haben soll und die Prognose diesbezüglich sehr schlecht war, sei die Behandlung nach ihrer Meinung juristisch offenbar einwandfrei.

Auf Seite 55 stellt sie die Frage, ob es normal sei, dass ihre Mutter, ohne die Angehörigen zu informieren oder zu fragen, vom 19. oder 20.04.2007 bis zum 27.04.2007 kein Wasser und kaum Sondenkost bekam, weil der Assistenzarzt Dr. R. der Ansicht gewesen sei, dass Verhungern nicht die übelste Art sei zu sterben.

Daraufhin fertigten die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung Niedersachsen und dem Lande Bremen, vertreten durch Herrn Dr. 1, P. Piper, ein Gutachten an, in dem der Sachverhalt nochmals dargestellt wurde. Zur Beurteilung kamen die Ärzte zu Folgendem: Die knappen, aber zur Orientierung ausreichenden medizinischen Unterlagen über die Behandlung der letzten neun Monate im Leben der 82jährigen Patientin zeichneten sich aus durch das Bild einer multimorbiden, nur noch mühsam ein gesundheitliches Gleichgewicht haltenden, hoch betagten, chronisch kranken Patientin, bei der neben einer kardialen und gastrointestinalen Problematik auch eine zunehmende Hirnleistungsminderung mit Abbau der Denkstruktur und der Orientierungsfähigkeit und der Alltagsbewältigung in den Vordergrund trat. Die Durchsicht der Unterlagen habe erkennen lassen, dass bei Frau Lachmund die Möglichkeiten der modernen Medizin bis zuletzt ausgeschöpft wurden. Bestimmte Klagen, beispielsweise die unzureichende Pünktlichkeit bei der Gabe von Medikamenten, ließe sich im Nachhinein nicht mehr überprüfen, ebenso wenig vermeidliche, fehlende oder unzureichende Hygienemaßnahmen.

Es sei den Mitarbeitern der Gesundheitsbetriebe offensichtlich nicht gelungen, Frau Lachmund und ihre Familie zum Einen über die einzelnen Maßnahmen und ihrer Notwendigkeit und den nicht immer einfachen Nutzen nach Risikoabwägung verständlich zu informieren und ihnen andererseits die Möglichkeiten und Grenzen der jeweiligen Behandlung aufzuführen. Es sei nicht möglich, den neunmonatigen Zeitraum (im Rahmen dieses Gutachtens wird wunschgemäß nur die Zeit im Agnes-Karll-Krankenhaus behandelt) im Nachhinein so aufzurollen, dass alle Vorwürfe, Missverständnisse und Fehlverhalten auf beiden Seiten geklärt, ausgeräumt oder geahndet werden können. Dies läge jenseits des zulässigen Aufwandes, den eine Krankenkasse gemäß § 66 SGB V in Unterstützung ihrer Versicherten bei Verdacht auf einen ärztlichen Behandlungsfehler ausüben dürfe.



Daraufhin wurde vom Ressort Recht des Klinikums der Region Hannover ein Strafantrag im Hinblick auf eine Reihe rechtlicher Gesichtspunkte gestellt. Herr T. stellt fest, dass die Behandlung der Patientin jederzeit lege artis erfolgte.

Frau Lachmund habe einen Zusammenhang hergestellt, wonach der behandelnde Arzt bewusst und gegen den Willen von Patientin und Angehörigen die Ernährung eingestellt haben soll, damit diese an mangelnder Ernährung verstirbt, weil „Verhungern nicht die übelste Art zu sterben sei“. Der behandelnde Arzt werde der Sache nach als Mörder bezeichnet („Mord im Krankenhaus“).

Die öffentlich verbreitenden Behauptungen seien geeignet, beide Antragsteller, also das Agnes Karll Krankenhaus und Herrn R., insbesondere aber Herrn R. verächtlich zu machen und im öffentlichen Ansehen herabzuwürdigen. Es würden nicht nur abstrakte Anschuldigungen geäußert, sondern vielmehr ohne Grundlage eines konkreten Sachverhaltes unter namentlicher Benennung eines behandelnden Arztes und des Krankenhauses ein konkreter Mordvorwurf gemacht. Das Ressort hielt eine strafrechtliche Verfolgung durch öffentliche Klage für erforderlich.

## 2. Akte

In einem weiteren Schreiben von Frau Silke Lachmund vom 16.06.2010 an das Polizeikommissariat Laatzen finden sich weitere Details über die Versorgung der Mutter auf der Allgemeinstation. Mindestens bis zum 23. oder 24.04.2007 hätte ihre Mutter einen zentralvenösen Katheter gehabt. Sie habe eine Schwester an einem dieser beiden Tage gefragt, warum die Ringerlösung nicht liefe. Die Schwester habe geantwortet, dass die Flüssigkeit nur dazu da sei, um den Katheter frei zu halten. Am 27.04. war der Katheter nicht mehr da. An diesem Tage habe sie Herrn R. gefragt, ob ihre Mutter nicht intravenös ernährt werden könne. Er habe gesagt, dass ein zentralvenöser Katheter nur unter Narkose gelegt werden könne. Erst da habe sie registriert, dass er entfernt wurde. Wann genau er entfernt worden war, habe sie nicht mitbekommen.

(Anmerkung des Gutachters: Ich habe nur die wichtigsten für die Beantwortung der gestellten Fragen Vorwürfe aufgeführt.)

Beantwortung der gestellten Fragen:

1. Hat Dr. R. hinsichtlich der Diagnostik und Behandlung bei der Patientin Helga Lachmund im Zeitraum 09.04. bis 03.05.2007 die im vorliegenden Fall erforderliche Sorgfalt beachtet?

Für den Zeitraum vom 09. — 17.04.2007 ist Dr. R. nicht verantwortlich, da sich die Patientin während dieser Zeit in Behandlung auf der Intensivstation der Klinik befand. Vorsichtshalber sei gesagt, dass alle dort getroffenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen fachlich korrekt sind. Die zur Aufnahme führende Aspirationspneumonie wurde wirkungsvoll behandelt, die Subileussympomatik bei liegender PEG-Sonde erkannt und leider blieb ein diagnostischer Versuch, die Sonde in den Dünndarm zu platzieren, erfolglos.

Die während des stationären Aufenthaltes auf der Allgemeinstation unter der Betreuung von Dr. R. getroffenen diagnostischen Maßnahmen sind korrekt.

Auch der Einsatz von Medikamenten nachvollziehbar und sinnvoll.

Die vor allen Dingen die Tochter der Patientin drängende Frage, wie und in welcher Form und ob überhaupt ihre Mutter ernährt worden ist, ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht zu beantworten, weil die Dokumentation für einen Außenstehenden, nicht mit den Gewohnheiten der Klinik Vertrauten schwierig ist.

Am 17.04.2007, also am letzten Tag in stationärer Betreuung auf der Intensivstation, erhielt die Patientin Multifibre 1500 ml sowie 500 ml H<sub>2</sub>O. Im Pflegebericht steht unter dem gleichen Tag auf der Allgemeinstation, dass die Patientin von der Station 10 übernommen sei, eine Änderung der bisherigen Therapie hat offenbar nicht stattgefunden.

Am nächsten Tag um 12.00 Uhr wird vermerkt, dass die Patientin ab heute aufgrund der Ileussympomatik parenteral ernährt wird. Die Patientin habe aber ihre Medikamente über die PEG erhalten.

In der gleichen Nacht wird notiert, dass die Patientin weiterhin nicht ansprechbar sei und nicht abführte. Am Tag zuvor hatte sie nach einem Klysma über ein Darmrohr einen festen Stuhl abgeführt.

Ab diesem Zeitpunkt wird nicht wirklich klar, welches die intravenöse Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr war.

Es findet sich ein Aufkleber, auf dem verschiedene Ernährungsflüssigkeiten aufgeführt werden, verbunden mit einem handschriftlichen Zusatz, wie viel Altinsulin dazu gegeben werden musste, um eine Zuckererhöhung auszuschließen. Ob diese Lösungen wirklich gegeben oder nur geplant waren, ist unklar.

Am 20.04. sind nicht sicher definierbare Medikamente abgesetzt worden. Was die Infusionstherapie betrifft, so wurden am 18.04. die Glukoseinfusionen abgebrochen, sodass wie es scheint am 19.04. die Patientin nur 500 ml Elektrolytlösung plus einen Kaliumzusatz bekam. Am 20.04. erhielt die Patientin offenbar 500 ml Glukose 5 und 500 ml einer Elektrolytlösung. Soweit es erscheint, wurde dann die Glukoselösung am 21.04. erneut abgesetzt. Ob die Elektrolytlösung weiter gegeben wurde, ist nicht klar. Somit hätte möglicherweise am 21.04.2007 die Patientin lediglich 500 ml Glukose 5% erhalten. Am 22.04., soweit die Eintragungen in der Kurve verständlich sind, erhielt die Patientin weder Glukoselösung noch irgendeine Flüssigkeit, also scheinbar gar nichts! Am 23.04. bekam sie möglicherweise 500 ml Glukose 5% und 500 ml NaCl-Lösung, eine weitere Kochsalzgabe ist nicht angehakt, was wahrscheinlich, aber nicht sicher bedeutet, dass sie nicht gegeben wurde. Am 24.04. wurden mehrere Infusionen notiert, aber die Schrift ist so undeutlich, dass nicht entscheiden werden kann, ob ihre Gabe geplant war oder wirklich erfolgte. Am 25.04. bekam sie dann wieder 1000 ml Kochsalzlösung, sowie je 500 ml einer Elektrolyt- und einer Zuckerlösung. In den Kurznotizen Arzt finden sich, soweit lesbar, keine Eintragungen zur Substitution von Flüssigkeit und Ernährung, wohl aber unter dem 22.04.2007 der Eintrag, dass die Patientin erheblich Flüssigkeit einlagere.

An den aufgeführten Tagen schied die Patientin bis zu 3800 ml aus, wie aber eine Ein- und Ausfuhr-Bilanz geplant war und wo die Patientin Wasser einlagerte (Beine, Rücken, Lunge?) bleibt unklar. (Eine so große Ausscheidung ist eigentlich ein Zeichen dafür, dass der Flüssigkeitszustand der Patientin insgesamt sehr gut war). Übrigens findet sich am 20.04. kein ärztlicher Eintrag, so dass die Frage gestattet sein muss, ob an diesem Tage überhaupt keine Visite stattfand.

Vom 24.04.- 27.04.2007 wurden dann 1000 ml Kochsalzlösung, 500 ml Glukose 5%, 500 ml E 153 (wahrscheinlich Elektrolytlösung) gegeben. Am 28.04. scheinen alle Infusionen bis auf 1000 ml Elektrolytlösung abgesetzt worden zu sein. Am 29. und 30.04. erhielt die Patientin offenbar 1000 ml einer Elektrolytlösung.

Kommentar: Alles in allem hat Dr. R. hinsichtlich der Diagnostik die im vorliegenden Falle erforderliche Sorgfalt beachtet.

Ob dies auch für die Behandlung der Patientin gilt, kann zur Zeit nicht entschieden werden. Es wird trotz großen Bemühens leider nicht klar, was wirklich während des stationären

Aufenthaltes auf der Allgemeinstation über den zentralvenösen Katheter infundiert wurde und ob und wann eine Ernährung über die PEG erfolgte.

Ich schlage vor, Herrn R. eine Tabelle vorzulegen und ihn zu bitten, in dieser Tabelle Folgendes zu vermerken:

1. Tagesdatum
2. Angeordnete Flüssigkeitssubstitution und angeordnete PEG-Sondenernährung mit Angabe der Gesamtkalorien pro Tag
3. Tatsächlich infundierte Substitution bzw. gegebene PEG-Sondenernährung jeweils mit Kalorienangabe
4. Angabe, wenn eine Änderung der Medikation erfolgt ist, warum dies geschah.

Erst nach Kenntnis der vorgeschlagenen Tabelle mit den Detailangaben kann entschieden werden, was die Patientin wirklich erhielt und warum immer wieder Reduktionen bis zur Null-Gabe erfolgten. Eine Beurteilung der Situation nur nach dem, was ich lesen kann, könnte möglicherweise zu Ungerechtigkeiten führen, sodass die Darstellung von Dr. R. abgewartet werden muss.

Nur diese Tabelle und nur die genauen Angaben können bei der Entscheidung helfen, ob und wenn warum tatsächlich die Flüssigkeitsgabe entscheidend reduziert wurde, wie die Tochter behauptet, oder nicht. Dann erst kann auch entschieden werden, ob Herr Dr. R. sich über den dringenden und mehrfach geäußerten Wunsch der Tochter, der Mutter eine Maximaltherapie zukommen zu lassen, hinweggesetzt hat und ob er diese Entscheidung allein oder nach Rücksprache mit seinem Ober- und Chefarzt traf (siehe auch Punkt 2 unten).

2. Ergeben sich Anhaltspunkte dafür, dass andere Personen im fraglichen Zeitraum hinsichtlich der Diagnostik und Behandlung bei Frau Lachmund nicht die im vorliegenden Fall erforderliche Sorgfalt beachtet haben? Welche Personen sind dies gegebenenfalls?

Die Behandlung der Patientin Helga Lachmund wurde sicherlich nicht allein von Dr. R. durchgeführt. Es wäre von Interesse zu wissen, ob er zum Zeitpunkt der Therapie Facharzt für Innere Krankheiten war oder sich noch in der Ausbildung befand.

Auch als Facharzt untersteht er jedoch der Aufsicht des Chefarztes und des Oberarztes, beide werden in der Regel einmal pro Woche, der Oberarzt vielleicht zweimal pro Woche Visite durchgeführt haben. Ferner wird der Oberarzt jeden neu aufgenommenen Patienten, also z. B. Frau Helga Lachmund am 17. oder 18.04.2007 gesehen und beurteilt haben.

Es wäre von größtem Interesse festzustellen, ob Chef- und Oberarzt mit der Behandlung von Herrn Dr. R. einverstanden waren oder sie sogar angeordnet haben.

Ferner wäre von großem Interesse zu erfahren, wie Patienten wie Frau Helga Lachmund in der Klinik behandelt werden. In Abwesenheit von Leit- und Richtlinien hierfür hält jeder Chefarzt mit seinen Oberärzten interne Richtlinien fest, wann und unter welchen Umständen und nach welchen Absprachen diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei Patienten mit infauster Prognose reduziert bzw. nicht mehr durchgeführt werden.

3. Einen etwaigen auf einem Sorgfaltsmangel beruhenden Fehler bitte ich näher darzustellen.

Zu dieser Frage kann ich erst nach Kenntnis der unter Punkt 1. besprochenen Tabelle Stellung nehmen.

4. Falls Sie einen auf einem Sorgfaltsmangel beruhenden Fehler bejahen, bitte ich um gutachterliche Stellungnahme dazu, ob Frau Helga Lachmund den Todeszeitpunkt mit an Sicherheit grenzen der Wahrscheinlichkeit um wenigstens Stunden überlebt hätte, wäre sie lege artis behandelt worden, Gegebenenfalls bitte ich aufzuzeigen, wie sich das Krankheitsbild bei adäquater Behandlung sonst entwickelt hätte, insbesondere welche Gesundheitsverschlechterung bzw. Leiden der Patientin mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit erspart geblieben wären.

Zu dieser Frage kann ich erst nach Kenntnis der unter Punkt 1. besprochenen Tabelle Stellung nehmen.

Prof. Dr. Paul Georg Lankisch