

## Fall des Monats – Juni 2011

### CIRSmedical Anästhesiologie - Berichten und Lernen

#### **Der Fall:**<sup>1</sup>

Kommunikationsmangel führt zu Intubation bei einem Patienten mit Patientenverfügung

**Wo ist das Ereignis eingetreten?** Krankenhaus – IST/IMC

**Versorgungsart?** Routinebetrieb

**Patientenzustand?** Polymorbider, alter Patient

#### **Fallbeschreibung:**

Ein polymorbider alter Patient mit Patientenverfügung wird auf der Intensivstation bronchoskopiert. Nach Ende der Bronchoskopie tritt eine akute Luftnot mit Zyanose auf. Die Pflegekräfte weisen den behandelnden Arzt darauf hin, der die Station aber mit der Aussage "Rufen sie den Anästhesisten an!" verlässt. Der für die Intensivstation verantwortliche Arzt ist jedoch nicht erreichbar (sein Pieper hat nicht gepiept als er unterwegs im Krankenhaus war). Zufällig kommt ein Anästhesist aus dem OP-Saal vorbei und wird von den Pflegekräften gebeten, den Patienten zu intubieren. Seine Fragen: "Ist das ein Tumorpatient? Hat der Patient eine Patientenverfügung?" bleiben unbeantwortet. Der Patient wird notintubiert und analgosediert, beatmet und an den für die Intensivstation verantwortlichen Kollegen übergeben. Der Arzt nimmt daraufhin mit der Familie des beatmeten Patienten Kontakt auf, die mit Enttäuschung reagiert und fragt, warum der Angehörige intubiert und künstlich beatmet wird, wenn er doch eine Patientenverfügung hat und dies nicht gewollt hat. Nach Beratung der ganzen Familie lehnt diese jede weiterführende Diagnostik und Therapie ab. Der Stationsarzt informiert seinen Chefarzt, der sich daraufhin bei der Familie entschuldigt und den initial bronchoskopierenden Kollegen auf diesen Fehler hinweist. Es erfolgten Gespräche zwischen der Familie und Ärzten und die Therapie des Patienten wird auf eine basale Therapie umgestellt.

#### **Was war besonders gut?**

Die Kommunikation unter den behandelnden Ärzten. Die Gespräche mit der Familie. Die Entschuldigung des Chefarztes für einen Fehler, den ein anderer Arzt begangen hat. Die Kommunikation mit dem erstbehandelnden Arzt.

#### **Was war besonders ungünstig?**

Die Reaktion des bronchoskopierenden Arztes, der den Patienten behandelte und dann verließ, ohne dem Patienten in seiner Luftnot zu helfen oder die Ärzte der Intensivstation zu verständigen.

**Häufigkeit des Ereignisses?** Selten

**Wer berichtet?** Ärztin/Arzt

<sup>1</sup> Aus Gründen der Anonymität wird im Folgenden bei Personen stets die männliche Bezeichnung verwendet.

### Die Analyse aus Sicht des Anästhesisten

Die vorliegende Meldung thematisiert die ethische Problematik der Einleitung von vital rettenden Maßnahmen bei einem Patienten mit einer den beteiligten Ärzten nicht bekannten Patientenverfügung. Das Fallbeispiel illustriert dabei sehr anschaulich, dass trotz Anstrengungen einer Klinik, den geäußerten Patientenwillen zu respektieren, situative Konstellationen entstehen können, die dieses Vorhaben torpedieren.

Der grundsätzliche Eindruck von der meldenden Klinik ist überaus positiv: Soweit es der Meldung entnommen werden kann, scheint es einen sehr guten Umgang sowohl mit Patienten und deren Angehörigen als auch im kollegialen Gespräch zu geben. So ist es weder selbstverständlich, dass Ärzte angesichts eines präterminalen Patienten vor Einleitung vital stabilisierender Maßnahmen nach einer Patientenverfügung fragen, noch dürfte es viele Chefärzte geben, die sich in derart vorbildlicher Weise vor ihre Mitarbeiter stellen und bei Komplikationen und Fehlhandlungen an deren Statt das Gespräch mit den Betroffenen oder deren Angehörigen suchen.

Begünstigt wurde die Entwicklung des Zwischenfalls durch ein Informationsdefizit bezüglich der Patientenverfügung. Weder dem herbeigerufenen Anästhesisten, noch dem Stationsarzt, der Kontakt zur Familie aufnimmt, war die Information verfügbar. Hätte diese Information den Patienten begleitet oder wäre sie am Bettplatz vorhanden gewesen, hätte dies möglicherweise dem behandelnden Arzt die Entscheidung erleichtert. Hier könnte der geschilderte Fall als Anlass dienen, sich zu überlegen, in welcher rasch erkennbaren Form zukünftig diese Information („Patientenverfügung liegt vor“) unmittelbar am Patienten vorliegen könnte.

Aber selbst wenn diese Informationen verfügbar gewesen wären, stellt die Situation für den behandelnden Arzt ein ethisches Dilemma dar: Decken sich die in der Patientenverfügung niedergelegten Rahmenbedingungen mit denen des Notfalls? Gelten *grundsätzliche* und auf langfristige Einschränkungen hin ausgerichtete Erklärungen des Patientenwillens auch angesichts einer möglicherweise *reversiblen* Ursache für die akute Atemnot (posttraumatische Schwellung/Bronchospastik nach Bronchoskopie)? In welchem Rechtsraum bewegt sich ein Arzt, der einem Patienten lebensrettenden Maßnahmen bewusst vorenthält?

Verbunden mit dem Zeitdruck, den die vitale Bedrohung dem Arzt auferlegt, erschweren derartige Überlegungen dem Behandelnden eine fundierte Entscheidung. Hier bietet der Bericht der meldenden Klinik den möglichen Ansatzpunkt, die Thematik des adäquaten Umgangs mit Patientenverfügungen neu zu thematisieren (z.B. im Rahmen von Fortbildungen), um die Entscheidungskompetenz des Einzelnen zu stärken.

Auffallend ist die Rolle des möglicherweise konsiliarisch tätigen Arztes, der nach einer Bronchoskopie den Patienten in einem klinisch instabilen Zustand hinterlässt und damit erst die Kette an Ereignissen in Gang setzt. Liest man die Schilderung des Vorfalls, entsteht der Eindruck eines leichtfertigen bis unverantwortlichen Verhaltens. Hier gilt jedoch zu bedenken, dass eine Incident-Reporting-Meldung immer die wertende Sichtweise einer einzelnen Person darstellt und somit nie „die ganze Geschichte“ erzählen kann. Diese würde sich nur dann dem Beobachter erschließen, wenn er alle Beteiligten nach den Geschehnissen befragen könnte. Dies ist bei einem Incident-Report jedoch nicht möglich. Diese methodenimmanente Begrenzung sollte man sich vor allem bei den Meldungen vor Augen halten, in denen ein „offensichtliches“ Fehlverhalten beteiligter Personen geschildert wird. Da aus der Beobachterperspektive jedoch schwer nachvollziehbar ist, welche Gründe einen Arzt bewegen können, einen anscheinend vital bedrohten Patienten zu ver-

lassen und über Motive nur spekuliert werden kann, ist zu begrüßen, dass von Seiten des Chefarztes ein klärendes Gespräch mit dem betreffenden Kollegen gesucht wurde.

### Die Analyse aus Sicht des Juristen

Die juristische Analyse beschränkt sich auf Aspekte der Patientenverfügung. Nach einer Darstellung der allgemeinen Grundsätze werden diese auf den konkreten Fall angewendet.

Nach allgemeinen Grundsätzen sind ärztliche Maßnahmen nur dann gerechtfertigt, wenn sie

- indiziert sind (und lege artis durchgeführt werden)
- und wenn der Patient mit ihrer Vornahme einverstanden ist.

Auch die neuen Regelungen im Betreuungsrecht durch das sogenannte Patientenverfügungsgesetz verlangen vom behandelnden Arzt zu prüfen, welche ärztlichen Maßnahmen im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten indiziert sind (§ 1901 b BGB).

Zu beachten ist dabei, dass nicht die technische Machbarkeit, sondern der Nutzen für den Patienten bei der Prüfung der Indikation die ausschlaggebende Rolle zu spielen hat. Intensivmedizinische Maßnahmen sind nicht allein deshalb indiziert, weil sie technisch möglich sind. Es ist nicht die Aufgabe des Arztes, das Sterben zu verlängern. Gibt es aber, unter Umständen bei geändertem Therapieziel, noch eine medizinische Indikation für ärztliche Maßnahmen, dann darf der Arzt diese nur durchführen, wenn der Patient damit einverstanden ist. Nach allgemeinen Grundsätzen hat der Patient darüber zu entscheiden, ob er in die ihm vom Arzt vorgeschlagenen Maßnahmen einwilligt oder ob er sie – dies gilt auch bei vital indizierten, dringlichen Eingriffen – ablehnt. Eine einmal getroffene Entscheidung kann der Patient jederzeit ändern. Deshalb darf auch eine einmal begonnene ärztliche Maßnahme nur fortgeführt werden, wenn die Fortführung dem Willen des Patienten entspricht (Erfordernis der „fortwährenden Einwilligung“). Eine vom Patienten nicht gewollte Behandlung kann zu Schadenersatzansprüchen führen.

Ist der Patient in der konkreten Situation entscheidungs- und einwilligungsfähig, dann ist die Maßnahme mit ihm zu besprechen, die aktuelle Entscheidung des Patienten besitzt die höchste Verbindlichkeit. Daran ändert auch eine im Vorfeld abgefasste Patientenverfügung nichts. Der aktuelle Wille des Patienten hat Vorrang.

Konnte die Maßnahme mit dem Patienten im Vorfeld besprochen werden und hat der Patient in die ihm angekündigten Maßnahmen eingewilligt, dann gilt diese Einwilligung auch dann fort, wenn der Patient nun in der akuten Situation einwilligungsunfähig sein sollte, es sei denn, es liegen konkrete Anhaltspunkte für eine gegenteilige Willensbekundung vor. Konnte über die Maßnahmen im Vorfeld nicht gesprochen werden, dann ist es – gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt – wohl Aufgabe der behandelnden Ärzte, nach einer Vorabverfügung des Patienten, insbesondere nach einer Patientenverfügung zu fragen, so lange die ärztliche Maßnahme einen solchen Aufschub duldet. Bei zeitlich dringenden Maßnahmen ist nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten zu entscheiden.

Nach § 1901 a BGB ist eine Patientenverfügung eine von einem einwilligungsfähigen Volljährigen für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich fixierte Festlegung, mit der er in bestimmte und noch nicht unmittelbar bevorstehende Behandlungsmaßnahmen einwilligt oder sie untersagt.

Die Patientenverfügung muss schriftlich getroffen werden, ihr Widerruf kann jederzeit formlos erfolgen. Eine ärztliche Beratung ist bei Abfassung der Patientenverfügung nicht zwingend, es

gibt auch keine Reichweitenbegrenzung, denn die Verfügung des Patienten ist unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung. Liegt keine schriftlich fixierte Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen nicht die aktuelle Situation, dann sind die Festlegungen nicht etwa unbeachtlich, sondern bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens zu berücksichtigen (siehe § 1901 a Abs. 2 BGB).

Nach dem Gesetzestext hat der Arzt, wenn er bestimmte Behandlungsmaßnahmen (noch) als indiziert ansieht, diese mit dem Betreuer unter Berücksichtigung des Patientenwillens zu erörtern (§ 1901 b BGB). Diese Pflicht den Betreuer oder – dem Betreuer gleichgestellt – den vom Patienten Bevollmächtigten (Vorsorgevollmacht) zu konsultieren, ist zwingend. Außerdem soll nahen Angehörigen oder sonstigen Vertrauenspersonen des Patienten bei der Feststellung des Patientenwillens bzw. des mutmaßlichen Willens Gelegenheit zur Äußerung gegeben werden, sofern dies ohne erhebliche Verzögerung möglich ist (§ 1901 b Abs. 2 BGB „Anhörungsverfahren“).

Treffen die in der Patientenverfügung getroffenen Festlegungen „eins zu eins“ auf die aktuelle Situation zu, dann ist, weil im Gesetz nicht ausdrücklich geregelt, umstritten, ob der Arzt diese Feststellung allein treffen kann oder ob er einen (vom Amtsgericht bestellten) Betreuer/einen vom Patienten bevollmächtigten Vertreter (Vorsorgevollmacht) hinzuziehen muss. Unter Berücksichtigung der gerade geschilderten gesetzlichen Vorschriften wird – aus rechtlichen – Gründen der Auffassung der Vorrang einzuräumen sein, dass die Feststellung, ob die Patientenverfügung „passt“ oder wie der mutmaßliche Wille des Patienten lautet, dem Betreuer bzw. dem Bevollmächtigten vorbehalten ist.

Soweit ersichtlich, kann der Arzt unumstritten nur in Not- und Eilfällen, in denen ein rechtzeitiger Rückgriff auf einen Betreuer/Bevollmächtigten nicht zeitgerecht erfolgen kann, selbstständig entscheiden. Dies würde aber voraussetzen, dass dem Arzt im Not- bzw. Eilfall der Inhalt einer Patientenverfügung bekannt ist. In der Praxis versucht man in dieser Situation mit einem „Notfallbogen“ bzw. einem „Intensiv-/Palliativ-Krisenbogen“ hinzugerufenen Ärzten für den Akutfall eine Entscheidungshilfe zu geben. Der Sache nach handelt es sich um eine qualifizierte, kurz gefasste Patientenverfügung mit festgelegten Therapie- und Notfallstrategien für den Akutfall. Darin sind Therapieziele, aber auch die Voraussetzungen einer Therapieeinschränkung festgelegt.

Wurden diese Festlegungen von dem bei Abfassung noch einsichtsfähigen und aufgeklärten Patienten mit dem beratenden Arzt verfasst, von den Beteiligten unterzeichnet, und zeitnah/periodisch erneuert, dann haben sie die höchste Verbindlichkeit. Wird ein solcher Notfallbogen kombiniert mit einer Vorsorgevollmacht und ist der Vorsorgebevollmächtigte benannt, besteht zumindest theoretisch die Chance, dass der (Not-) Arzt auch noch einen Ansprechpartner für die zu treffende Entscheidung hat. Wenn in der konkreten Situation keine Zweifel ersichtlich sind, dann ist ein solcher Notfallbogen eine Handlungsanweisung für den (Not-) Arzt.

Denkbar ist es aber auch, dass in einem solchen Bogen für einen nicht entscheidungsfähigen Patienten im Gespräch mit dem Vertreter des Patienten (Betreuer/Bevollmächtigter) und Arzt der mutmaßliche Wille des Patienten ermittelt und dokumentiert wird. Sind die Darlegungen plausibel und bestehen keine Zweifel, dann ist auch dies eine Handlungsanweisung für den (Not-) Arzt. Ist die Situation unklar, dann ist nach dem Grundsatz „in dubio pro vita“ zu verfahren und die gebotene Maßnahme zur Lebenserhaltung durchzuführen. Das bedeutet indes nicht, dass die einmal getroffenen Maßnahmen später dann auch fortzusetzen sind, wenn sich außerhalb der Akutsituation der Inhalt der Patientenverfügung bzw. der mutmaßliche Wille ermitteln lässt und dieser nicht auf eine Fortsetzung der eingeleiteten Maßnahmen gerichtet ist.

Ein Hinweis: Sind sich Arzt und Betreuer/Bevollmächtigter über das Vorgehen einig, dann ist das Betreuungsgericht nicht einzuschalten. Das Betreuungsgericht ist nach der neuen Gesetzeslage nur in den Fällen anzurufen, in denen ein Dissens zwischen Arzt und Betreuer/Bevollmächtigter über das weitere Vorgehen besteht.

Nur am Rande sei vermerkt, dass, wie der Bundesgerichtshof (Urteil vom 25.06.2010, 2 StR 454/09<sup>2</sup>) festgestellt hat, Sterbehilfe durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung (Behandlungsabbruch) gerechtfertigt ist, wenn dies dem tatsächlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen entspricht (§ 1901 a BGB) und dazu dient, einem ohne Behandlung zum Tode führenden Krankheitsprozess seinen Lauf zu lassen; dieser Behandlungsabbruch kann sowohl durch Unterlassen wie durch aktives Tun vorgenommen werden.

Für den konkreten Fall bedeutet dies: Es war richtig, dass, soweit Zeit bleibt, der hinzugezogene Arzt, der den Patienten und die Umstände der Behandlung nicht näher kennt, nach einer Patientenverfügung fragt. Allein der Umstand, dass es eine Patientenverfügung gibt, darf aber nicht zu dem Trugschluss verleiten, nun müsse/dürfe man nichts mehr tun, solange der Inhalt der Patientenverfügung nicht bekannt ist. Ein valider Notfallbogen/Intensiv-/Palliativ-Krisenbogen hätte eine Entscheidungshilfe in der Akutsituation bieten können. Bei in der akuten Situation nicht eindeutigem Sachverhalt ist nach dem Grundsatz „in dubio pro vita“ die lebenserhaltende Maßnahme einzuleiten. Im weiteren Verlauf muss aber anhand der dann gewonnenen Erkenntnisse (Patientenverfügung/mutmaßlicher Wille) wie oben dargestellt geprüft und entschieden werden, ob die Aufrechterhaltung und Fortführung der Behandlung dem Willen des Patienten entspricht.

#### Take-Home-Message

- Valide Notfallbögen bzw. Intensiv-/Palliativ-Krisenbögen können in Akutsituationen helfen.
- Bei nicht eindeutigem Sachverhalt gilt in Akutsituationen der Grundsatz „in dubio pro vita“.
- Im weiteren Verlauf muss dann geprüft werden, ob die Aufrechterhaltung und Fortführung der Behandlung dem Willen des Patienten entspricht.

#### Autoren:

Prof. Dr. med. W. Heinrichs, AQAI GmbH, Mainz  
Prof. Dr. med. A. Schleppers, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg  
Dr. iur. E. Biermann, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg  
Ass. iur. E. Weis, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg  
Dipl.-Sozialw. T. Dichtjar, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg  
Dr. M. St. Pierre, Anästhesiologische Klinik, Universitätsklinikum Erlangen

<sup>2</sup> MedR, 1/2011, 29. Jahrgang; S. 32-38