

Fall des Monats – März 2017

CIRSmedical Anästhesiologie - Berichten und Lernen

Der Fall:¹ Reanimation gegen den Willen eines Patienten, da dieser nur unzureichend dokumentiert ist

Zuständiges Fachgebiet: Allgemeinmedizin

Wo ist das Ereignis eingetreten? Krankenhaus – Normalstation

Tag des berichteten Ereignisses: Wochentag **Versorgungsart?** Routinebetrieb

ASA Klassifizierung: ASA IV

Patientenzustand:

- Rückverlegung von Intensiv
- beginnende Cheyne-Stokes-Atmung

Wichtige Begleitumstände:

Vor dem Transport wurde explizit die Akte bzgl. Patientenverfügung gesichtet. Der Wunsch des Patienten war sinngemäß wie folgt dokumentiert: „Alle wiederbelebenden Maßnahmen sollen bei berechtigter Hoffnung durchgeführt werden.“

Fallbeschreibung:

Während des Transports von Station zu einer Untersuchung wurde der Patient reanimationspflichtig. Die Reanimation wurde gestartet. Die Reanimationskaskade verlief sehr gut und zügig. Nach einer gewissen Zeit wurde wegen mangelnden Erfolgs abgebrochen.

Im Nachhinein stellte sich heraus, dass auf der Intensivstation mit dem Patienten über eine mögliche Reanimation gesprochen worden war, und er diese abgelehnt hatte. Er wollte nur eine konservative Therapie. Die Information wurde auf der Intensivkurve dokumentiert, aber nicht weitergegeben.

Was war besonders gut?

- Reanimationszyklus war adäquat

Was war besonders ungünstig?

- unzureichende Informationsweiterleitung

Eigener Ratschlag?

- Internes Formular „Verzicht auf Wiederbelebung“ konsequent nutzen.
- Evtl. Info unmittelbar am Patient, z.B. im ID-Band oder zusätzliches Clipband anbringen, da die Kurve nicht immer beim Patient ist, und unter Rea-Bedingungen keiner mehr zur Kurve läuft.

Häufigkeit des Ereignisses? selten **Wer berichtet?** andere: ...

Die Analyse aus Sicht des Anästhesisten

Die Entscheidung über den Beginn und den Abbruch einer Wiederbelebung kann eine große Herausforderung sein – dies sowohl im Sinne des traditionellen Prinzips der Fürsorge als auch bei der Verwirklichung der heutigen Anforderungen der Patientenautonomie.

Die auch bei innerklinischer Wiederbelebung weiterhin niedrige Überlebenschancen und das nicht unerhebliche Risiko insbesondere für kognitive Defizite stehen in einem starken

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

Spannungsfeld zur verfügbaren Entscheidungszeit bei einem Wiederbelebungsversuch. Kurz: Es bleibt nicht viel Zeit und Raum, um in der konkreten Situation differenziert zu handeln.

Die ERC-Guidelines fassen das praktische Umfeld beim innerklinischen Kreislaufstillstand so zusammen [1]:

Nach innerklinischem Kreislaufstillstand besteht das Standardvorgehen darin, mit der Wiederbelebung zu beginnen, es sei denn, dass eine Entscheidung getroffen wurde, keine Reanimation einzuleiten. (...) Reanimationsentscheidungen sollen bei folgenden Anlässen aktualisiert werden: nach notfallmäßiger Aufnahme ins Krankenhaus, nach jeder bedeutsamen Änderung des Patientenzustands oder der Prognose, auf Verlangen des Patienten oder seiner Angehörigen sowie vor der Verlegung oder Überführung in eine andere Einrichtung. Standardisierte Systeme, die das Unterlassen von Wiederbelebungsversuchen regeln, verringern die Inzidenz von aussichtslosen Versuchen. Anweisungen sollen spezifisch und detailliert und über Einrichtungsgrenzen hinweg anwendbar und leicht verständlich sein.“[1]

Der konkrete Fall lehrt uns nun, wie fragil diese Systeme in komplexen Versorgungssituationen reagieren. Oder: Es wäre einfach gewesen, wenn die Information über den Patientenwillen übermittelt worden wäre („single-point-of-failure“ – ein Fehler führt zum Systemzusammenbruch).

Aus der Fallschilderung spricht zudem eine gewisse Ratlosigkeit darüber, warum trotz der objektiv sehr guten systemischen Vorkehrungen in der Institution der Meldenden der aktuelle Patientenwille keine Berücksichtigung fand.

Dem Team gebührt besondere Anerkennung, dass es sich ausdrücklich die Patientenverfügung des Patienten gesucht und sich dann konform des vermuteten Patientenwillens verhalten hat. Auch die erwähnte Tatsache, dass es ein internes Formular bezüglich des Verzichts auf Wiederbelebung (VaW) gibt, spricht dafür, dass sich Ihre Institution mit dem Willen und der Würde ihrer Patienten proaktiv auseinandersetzt.

Die hier nicht abschließend zu lösende zugrundeliegende praktische Problematik lautet: „Wie kann sichergestellt werden, dass diese wesentliche Information immer den Patienten begleitet und erkenntlich ist, ohne dass aufwändig nach einem entsprechenden Hinweis gesucht werden muss?“ Denn in der Tat kann mit dem Beginn einer Wiederbelebung nicht abgewartet werden, was die Prüfung der Akten bezüglich des Patientenwillens ergibt. Aber auch Zeitnot darf nicht das differenzierte Handeln im Einzelfall ersetzen.

Um den medizinisch-ethischen Aspekten des Falls gerecht zu werden, ist eine systematische Prüfung anhand der vier allgemeinen Grundsätze medizinischer Ethik sinnvoll (hier in der originalen Reihung nach Beauchamp und Childress, [2]):

1. Patientenautonomie
2. Nonmalefizienz: Primum nihil nocere
3. Benefizienz: Fürsorge
4. Gerechtigkeit

Aus didaktischen Überlegungen ist im Folgenden die Reihung zugunsten der traditionellen Maßstäbe umgestellt.

1. Primum nihil nocere

Primum nihil nocere geht auf Hippokrates zurück und ist damit eines der ältesten und bekanntesten ärztlichen Prinzipien. Wie hätte der Patient in dieser Situation Schaden erleiden können? Die Einleitung einer Intensivtherapie mit invasiven Maßnahmen wäre im Fall medizinischer Aussichtslosigkeit nicht indiziert und damit ethisch falsch gewesen. Der Versuch einer Wiederaufnahme der Intensivtherapie hätte aber möglicherweise dazu geführt, dass der veränderte Patien-

tenwille bekannt geworden wäre. Ob der Versuch einer Wiederbelebung eine unvermeidbare Belastung des Patienten darstellt, ist schwer zu bewerten und wäre Gegenstand eines ausführlichen medizinethischen Diskurses. Die Leitlinien finden hier keine einheitliche Empfehlung: „Es ist jedoch schwierig, Aussichtslosigkeit auf eine präzise und prospektive Weise zu definieren, die außerdem auf die Mehrheit der Fälle zutrifft“ [1]. Darüber hinaus kann eine nicht gewollte Intensivtherapie nach einer erfolgreichen Wiederbelebung als belastend und im Sinne des Grundsatzes „primum nihil nocere“ vermeidungswürdig gelten.

2. Fürsorge

Der Patient befand sich offensichtlich in einem kritischen Zustand, und es wurde noch eine diagnostische Untersuchung geplant. Aufgrund der nur orientierenden Angaben zu Erkrankung und dem konkreten Patientenzustand kann der Fall medizinisch allerdings nicht abschließend betrachtet werden.

Die Tatsache, dass der Patient trotz einer beginnenden Cheyne-Stokes-Atmung von der Intensivstation auf die Normalstation verlegt wurde, leitet die Vermutungen in Richtung einer medizinischen Aussichtslosigkeit oder eines Therapieverzichtes aufgrund der Äußerungen des Patienten. Objektiv ist die Atmung aber auch ein Hinweis auf eine alsbald drohende Wiederbelebungssituation. Dass vor Beginn des Transportes die Frage nach dem Patientenwillen gestellt wurde, spricht für die Befürchtung eines drohenden Kreislaufstillstands.

Unter dem Aspekt der Fürsorge stellt sich die Frage, ob der Eintritt eines Kreislaufstillstandes hätte verhindert werden können. Da der Patient zunächst „bei berechtigter Hoffnung“ eine Wiederbelebung wünschte, wäre die Erwägung der Wiederaufnahme einer Intensivtherapie zur Vermeidung des Eintritts eines Kreislaufstillstandes konsequent gewesen, statt unter den Bedingungen einer Normalstationsversorgung einen Transport in eine Untersuchung zu beginnen.

Insofern war die Beachtung des Aspektes „Wiederbelebung“ in der Patientenverfügung nur ein nachgelagerter Aspekt. Es wäre vielmehr zunächst um die Vermeidung einer Wiederbelebung durch Wiederaufnahme der Intensivtherapie gegangen. Damit steht sofort auch (die hier nicht zu klärende) Frage der medizinischen Aussichtslosigkeit wieder im Raum. Aussichtslosigkeit ist ein wichtiges Kriterium ärztlicher Entscheidungsfindung und vom Weltärztebund so definiert: Eine Behandlung, von der „der Patient dauerhaft keinen Nutzen erwarten kann“ (1). Eine Wiederbelebung wird als aussichtslos angesehen, wenn „nur minimale Chancen auf ein qualitativ gutes Überleben bestehen“ [1]. Sofern medizinische Aussichtslosigkeit bestanden hätte, wäre ein Verzicht auf Intensivtherapie und ein VaW somit ohnehin geboten gewesen.

3. Gerechtigkeit

Auf den Aspekt der Verteilungsgerechtigkeit kann mangels fallbezogener Informationen nur allgemein eingegangen werden. Eine ethische Problematik entstünde, wenn durch die Intensivtherapie bei Aussichtslosigkeit oder entgegen des Patientenwillens Kapazitäten für andere Patienten belegt worden wären oder Therapien aus ökonomischen Gründen vorenthalten würden. Diese Frage spielt hier offenkundig keine Rolle.

4. Patientenautonomie

Die Patientenautonomie spielt in diesem Fall die entscheidende Rolle. Während die Leitlinien auf die weltweit unterschiedlichen rechtlichen und kulturellen Voraussetzungen für Vorausverfügungen und den VaW abheben [1], sind im deutschen Rechtsraum durch das Patientenrechtegesetz die Verbindlichkeit von Vorausverfügungen und die Rolle von Bevollmächtigten aufgewertet worden [3].

Das gesetzte Vorzeichen „Wiederbelebung“ charakterisiert den Fall aber ggf. unzureichend (besser wäre: „Ausmaß und Art der Therapiefortsetzung“). Letztlich wurde dem veränderten Patien-

tenwillen nicht ausreichend Rechnung getragen. Es bestand eine Schnittstellenproblematik bei der Informationsübermittlung.

Wie lässt sich diese Problematik besser lösen? Die vorgeschlagene Informations hinterlegung auf dem Identifikationsarmband birgt zusätzliche Risiken. Der Eintrag muss tatsächlich erfolgen, der Zeitpunkt des Eintrags muss ersichtlich sein, und die Willensäußerung darf nicht verkürzt wiedergegeben sein. Es mag einfacher sein, bestehende Strukturen zu nutzen: Das VaW-Formular kann so ausgelegt sein, dass alle im Notfall erforderlichen Angaben dort Platz finden, Änderungen leicht erkennbar und tagesaktuell dokumentiert sind und diese in der Patientendokumentation (ggf. auch elektronisch) an einem auffälligen Platz zugänglich sind. Einen „single-point-of-failure“ (hier: ein einzelner Übergabefehler) kann man mit höherer Sicherheit verhindern, wenn derselbe Sachverhalt mehrfach abgefragt wird – d.h. der Patientenwille wiederholt erhoben und die relevante Dokumentation mehrfach kontrolliert wird. Nach dem gleichen Prinzip funktioniert die WHO-Checkliste für operative Eingriffe.

In der klinischen Praxis ist es – insbesondere beim bewusstseinsgetrübten Patienten – unerlässlich, dass immer ein ausreichender Zugang zu den wesentlichen Patienteninformationen besteht. Am einfachsten ist dies sicherzustellen, wenn die wesentlichen Unterlagen in einer hygienisch geschützten Form mitgeführt werden. Nötigenfalls muss eine Wiederbelebung begonnen werden, bis ausreichende Informationen vorliegen [1]. Die eine innovative technische Umsetzung eines solchen ortsunabhängigen Zugangs könnte beispielsweise in einem Tablet mit Scanner-Funktion bestehen. Dem stehen allerdings die enttäuschenden Realitäten vieler Krankenhausinformationssysteme entgegen.

Zusammenfasst kann gesagt werden:

Auch wenn diese Analyse etwas schonungslos erscheint und einen etwas anderen Fokus als die Meldenden setzt, lohnt es sich im Sinne der differenzierten Wahrnehmung, genau hinzuschauen. Nur so lässt sich der ethisch und organisatorisch entscheidende Punkt eingrenzen.

Der vermutete Patientenwille („bei berechtigter Hoffnung“) hätte angesichts offenkundiger Vorzeichen einer drohenden Wiederbelebungssituation die Frage nach dem Vorliegen einer allgemeinen Therapielimitierung oder der Notwendigkeit möglicher Maßnahmen zur Vermeidung eines Kreislaufstillstandes aufgeworfen. Erst dann wäre die Frage zu behandeln gewesen, was im Fall der Wiederbelebung zu tun sei.

Letztlich geht es bei jeder Wiederbelebungssituation um die Frage, ob man diese hätte verhindern können und müssen, und ob bei Scheitern dieser Bemühungen ein Wiederbelebungsversuch statthaft ist. Hier sind Prognose und der Wille des Patienten maßgeblich. Ein Wiederbelebungsversuch kann immer abgebrochen werden – aber nicht mit Verzögerung begonnen werden.

Trotz strukturell und individuell guter Vorkehrungen zur Umsetzung des Patientenwillens wurde ihm tatsächlich nicht entsprochen. Hier ist eine nicht allgemein formulierbare, konkrete Lösung für das zugrundeliegende Schnittstellenproblem erforderlich: Dies muss in jeder Institution individuell geregelt werden und sollte dem „single-point-of-failure“-Prinzip besondere Aufmerksamkeit widmen. Künftige Krankenhausinformationssysteme könnten die Probleme ggf. leichter beherrschbar machen.

Der Fall kann für gleich gelagerte Fälle eine Orientierung bieten und mahnt, die Maßstäbe an Organisation und Sorgfalt der Dokumentation und Informationsübermittlung hoch zu halten.

Die Analyse aus Sicht des Juristen

Zum Zeitpunkt des Transportes war dem begleitenden Personal nur eine „Patientenverfügung“ bekannt, die sinngemäß lautete, so der Sachverhalt: „Alle wiederbelebenden Maßnahmen sollen bei berechtigter Hoffnung durchgeführt werden.“ Hätte sich daraus für die Betroffenen eine Handlungsanweisung für den konkreten Fall ableiten lassen? Wie konkret müssen die Festlegungen in einer Patientenverfügung sein?

Dazu hat sich jüngst der Bundesgerichtshof [4] geäußert. *„Unmittelbare Bindungswirkung entfaltet eine Patientenverfügung ... nur dann, wenn ihr konkrete Entscheidungen des Betroffenen über die Einwilligung oder nicht Einwilligung in bestimmte, noch nicht unmittelbar bevorstehende ärztliche Maßnahmen entnommen werden können. Von vornherein nicht ausreichend sind allgemeine Anweisungen, wie die Aufforderung, ein würdevolles Sterben zu ermöglichen oder zuzulassen, wenn ein Therapieerfolg nicht mehr zu erwarten ist. Die Anforderungen an die Bestimmtheit einer Patientenverfügung dürfen aber auch nicht überspannt werden. Vorausgesetzt werden kann nur, dass der Betroffene umschreibend festlegt, was er in einer bestimmten Lebens- und Behandlungssituation will und was nicht. Maßgeblich ist nicht, dass der Betroffene seine eigene Biografie als Patient vorausahnt und die zukünftigen Fortschritte in der Medizin vorwegnehmend berücksichtigt...“*. Doch nicht nur eine Patientenverfügung im engeren Sinn ist verbindlich, das Betreuungsrecht kennt auch verbindliche Behandlungswünsche. Hierzu der BGH: *„Einen solchen Behandlungswunsch können alle Äußerungen eines Betroffenen darstellen, die Festlegungen für eine konkrete Lebens- und Behandlungssituation enthalten, aber den Anforderungen an eine Patientenverfügung ... nicht genügen, etwa weil sie nicht schriftlich abgefasst wurden, keine antizipierenden Entscheidungen treffen oder von einem minderjährigen Betroffenen verfasst wurden. Auch eine Patientenverfügung ..., die jedoch nicht sicher auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation des Betroffenen passt und deshalb keine unmittelbare Wirkung entfaltet, kann als Behandlungswunsch Berücksichtigung finden. Behandlungswünsche sind insbesondere dann aussagekräftig, wenn sie in Ansehung der Erkrankung zeitnah geäußert worden sind, konkrete Bezüge zur aktuellen Behandlungssituation aufweisen und die Zielvorstellung des Patienten erkennen lassen. ... Für die Annahme eines Behandlungswunsches ist ein mit einer Patientenverfügung vergleichbares Maß an Bestimmtheit zu verlangen. Wann eine Maßnahme hinreichend bestimmt benannt ist, kann nur im Einzelfall beurteilt werden. Ebenso wie eine schriftliche Patientenverfügung sind auch mündliche Äußerungen des Betroffenen der Auslegung zulässig ...“*.

Als Patientenverfügung im engeren Sinn mag die zitierte Formulierung nicht ausreichen, als Behandlungswunsch gibt die Formulierung immerhin zu erkennen, dass der Patient nicht in jedem Fall eine Reanimation abgelehnt hat. Unter Berücksichtigung dieses Erkenntnisstandes konnten die Beteiligten wohl nicht anders, als die Reanimation – wobei unterstellt werden darf, dass diese nicht von vornherein als aussichtslos angesehen wurde – zu beginnen.

Erst „im Nachhinein“ wurde den Beteiligten bekannt, dass mit dem Patienten auf der Intensivstation über eine mögliche Reanimation gesprochen worden war und dass diese Möglichkeit vom Patienten abgelehnt wurde. Zumindest darf der Sachverhalt wohl dahin interpretiert werden. Der Patient hatte also seine Patientenverfügung „widerrufen“ und einen abweichenden Willen deutlich gemacht. Unter Berücksichtigung des auf der Intensivstation geäußerten Patientenwillens – unterstellt, dass der Patient seine Entscheidung auch später nicht noch geändert hat – waren die Reanimationsbemühungen zwar indiziert, aber nicht von einer wirksamen Einwilligung des Patienten gedeckt. Das ärztliche Handeln war daher unerlaubt. Die Beteiligten wussten dies aber nicht, waren sich also darüber im Unklaren, dass ihr Vorgehen unerlaubt war. Dies schließt eine strafrechtliche Verantwortlichkeit aus.

Auf die Problematik der Kommunikationsprobleme im Sinn einer „Schnittstellenproblematik bei der Informationsübermittlung“ wurde bereits in der anästhesiologischen Analyse hingewiesen. Hier weist der Sachverhalt auf Optimierungsmöglichkeiten im Hinblick auf die Dokumentation

und Kommunikation des vom Patienten Gewollten, z.B. durch Implementierung eines „Notfallbogens“, hin [5].

Take-Home-Message

- **Patientenautonomie, nihil nocere, Fürsorge und Gerechtigkeit sind die ethischen Leitplanken.**
- **An erster Stelle steht die Prophylaxe des innerklinischen Kreislaufstillstandes, sofern nichts Gegenteiliges festgelegt ist.**
- **Die Kenntnis über eine Therapielimitierung sollte nicht an einem single-point-of-failure scheitern: wiederholte Abfrage und Dokumentationskontrolle des Patientenwillens, evtl. in Form eines „Notfallbogens“.**
- **Im Zweifelsfall muss eine Wiederbelebung begonnen werden, um sie bei Vorliegen von Aussichtslosigkeit oder Ablehnung durch den Patienten zu beenden.**

Weiterführende Literatur

- [1] Bossaert, LL et al., Ethik der Reanimation und Entscheidungen am Lebensende. Kapitel 11 der Leitlinien zur Reanimation 2015 des European Resuscitation Council. Notfall Rettungsmed 2015;18:1035–1047
- [2] Beauchamp TL, Childress JF (2009) Principles of biomedical ethics, 6. Aufl. Oxford University Press, New York
- [3] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/patientenrechte/patientenrechte.html>. Heruntergeladen am 13.02.2017.
- [4] BGH, Beschluss vom 06.07.2016, Az. XII ZB 61/16, Zeitschrift für Medizinstrafrecht 1/2017, S. 32 ff.
- [5] Wiese, C. H. R. et al., Palliativpatienten und Patienten am Lebensende in Notfallsituationen, Der Anaesthetist 2010, 1-10

Autoren:

PD Dr. med. T. Birkholz, Anästhesiologische Klinik, Universitätsklinikum Erlangen

Dr. med. M. St.Pierre, Anästhesiologische Klinik, Universitätsklinikum Erlangen

Dr. iur. E. Biermann, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg

Prof. Dr. med. A. Schleppers, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg

Dipl.-Sozialw. T. Rhaïem, Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Nürnberg