

Cave Patientenverfügung

Online publiziert: 23. Oktober 2014
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Eine etwa 70-jährige Patientin, die sich mit ihrem Ehemann auf einem Campingplatz aufgehalten hat, wird vom Notarzt auf eine internistische Notaufnahmestation gebracht. Sie zeigt eine Herzrhythmusstörung (Tachyarrhythmie bei Vorhofflimmern) und leidet unter schwerer Atemnot. Als Begleiterkrankung wird eine Chronisch-Obstruktive Lungenerkrankung genannt. Der Notarzt berichtet von einer Patientenverfügung, die ihm vom Ehemann der Patientin vorgelegt worden sei, die er aber nicht mitgebracht habe. Die Angaben des Notarztes zum Zustand der Patientin sind rudimentär, zum Inhalt der Patientenverfügung gibt er keine Auskunft. Während des Transports habe sie Sauerstoff über eine Maske erhalten, weitere Maßnahmen habe er nicht ergriffen. Er signalisiert dem Team auf der Aufnahmestation, dass die Patientin „moribund“ sei und wohl weiter nichts mehr zu tun sei. Dies sei jetzt aber die Entscheidung der weiterbehandelnden Ärzte.

Die Patientin wird ins Krankenzimmer gebracht. Auf der Notaufnahmestation wird nun diskutiert, wie man die Patientin weiter versorgen solle. Die Kommunikation mit der Patientin ist durch ihre Atemnot erschwert. Die Informationslage zu den Vorstellungen und Präferenzen der Patientin ist dürftig, wobei medizinisch die Diagnose und das Therapieziel (Behandlung der ursächlichen Herzrhythmusstörung und des drohenden Lungenödems sowie Linderung der Atemnot) eindeutig bestimmt werden können. Die Aufnahmeärzte sind der Ansicht, dass eine nicht-invasive Druckbeatmung über Gesichtsmaske (BiPAP) indiziert ist, und bitten die Patientin um ihr Einverständnis. Die Patientin lehnt mehrmals ab. Ihre Atemnot hat sich inzwischen gesteigert. Aus ihrer Ablehnung der Beatmung erwächst zwischen den Stationsärzten und Pflegekräften ein Dissens, im Laufe dessen die beteiligten Pflegekräfte bekunden, dass sie sich nicht an Reanimationsmaßnahmen beteiligen würden, falls die Patientin reanimationspflichtig werden sollte. Während die Diskussion weitergeführt wird und die Patientin auf eine nochmalige Nachfrage der Ärzte schließlich einer Masken-Beatmung zustimmt, schließt eine Pflegekraft bereits auf eigene Faust einen Morphinperfusor zur palliativen Sedierung an den peripheren venösen Zugang der Patientin an. Einer der beteiligten Assistenzärzte ruft in dieser Situation den diensthabenden Oberarzt der Intensivstation an und teilt diesem mit, er wisse nun nicht mehr, was er tun solle. Dieser nimmt die Patientin auf die Intensivstation auf, wo sie mit BiPAP beatmet und die Tachyarrhythmie medikamentös behandelt wird.

Zwei Tage später wird die Patientin auf die Normalstation verlegt. Hier äußert sie, dass sie sehr froh sei, dass es ihr wieder besser gehe. Sie erzählt von ihren regelmäßigen mehrwöchigen Camping-Urlaube in Kroatien und dass es ihr dieses Jahr nach einem Sturz mit Unterarmbruch nicht möglich gewesen sei, dorthin zu fahren. Daher hätten ihr Mann und sie sich für einen Campingurlaub in der Region entschieden. Sie würde aber sehr gerne wieder nach Kroatien fahren.

Aufgrund ihrer chronischen Lungenerkrankung, mit der sie ohne Sauerstoffgabe und ohne regelmäßige atemwegserweiternde Medikamente zurechtkommt, sei sie in den letzten Jahren nicht mehr so leistungsfähig wie früher. Ihr Mann besorge den Haushalt. Sie sei sehr stolz, dass sie es vor zwei Jahren nach langem Drängen ihres Arztes geschafft habe, mit dem Rauchen aufzuhören, wenn es ihr auch immer noch schwer falle, darauf zu verzichten. Die Initiative zur Erstellung einer Patientenverfügung sei von ihrem Mann ausgegangen, der diese auch zusammen mit dem Hausarzt ausgearbeitet habe. Sie habe eigentlich nur unterschrieben. Die Verfügung, die der Ehemann auf Aufforderung inzwischen mitgebracht hat, besteht aus einer Seite umfassenden Vordruck der Ethikkommission der Ärztekammer Berlin. Sie ist stichwortartig aufgebaut und so vorformuliert, dass die Patientin lebensverlängernde Maßnahmen ablehnt, wenn „[...] bei schwerstem körperlichen Leiden, Dauerbewusstlosigkeit oder fortschreitendem geistigen Verfall keine Aussicht mehr auf Besserung im Sinne eines für mich erträglichen und umweltbezogenen Lebens besteht.“ Das Formular enthält bis auf das Kreuz bei dieser Aussage, den Namen des Hausarztes sowie Datum und Unterschrift der Patientin keine handschriftlichen Ergänzungen.

Die Patientin lässt offen, ob sie ihre Verfügung so beibehalten, umformulieren oder abschaffen will. Auf jeden Fall wolle sie sich nach ihrer Entlassung noch einmal in Ruhe mit diesem Thema auseinandersetzen.

Kommentar I zum Fall: „Cave Patientenverfügung“

Christiane Imhof · Hans-Klaus Keul

Online publiziert: 21. Oktober 2014
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Am Ende waren die Beteiligten, insbesondere die Patientin, mit dem Ausgang zufrieden. Dennoch bleibt ein moralisches Unbehagen bestehen, das erst auf den zweiten Blick der ethischen Analyse zugänglich wird. Irritieren muss der Konflikt, der sich zwischen Pflege- und Ärzteteam über die Weiterbehandlung und etwaige Reanimationsbemühungen entsponnen hat. Es ist zumindest denkbar, dass die Angaben des Notarztes mit Verweis auf die Patientenverfügung Zweifel an der Behandlungswilligkeit der Patientin geweckt haben und dadurch der Umgang mit einer umschriebenen kardiologischen Problematik auf einer Notaufnahmestation verkompliziert worden ist. Der juristisch klar geregelten Verfahrensweise scheinen in der Praxis Probleme des angemessenen Umgangs mit der Patientenverfügung gegenüberzustehen.

Die infrage stehende Maskenbeatmung stellt eine erweiterte Basismaßnahme dar, die jederzeit reversibel ist. Zur Veranschaulichung könnte man die Herzrhythmusstörung mit einer Fraktur vergleichen. Angenommen die Patientin hätte sich erneut den Arm gebrochen und der Ehemann hätte auch diesmal vom Vorliegen einer Patientenverfügung gesprochen: Hätte man die Patientin ebenso explizit nach ihrem Einverständnis zu ersten stabilisierenden Maßnahmen gefragt wie im vorliegenden Fall? Oder hätte man ihr kurz mitgeteilt, was man tun werde, um nach der Stabilisierung das weitere Vorgehen mit ihr zu besprechen? Analog könnte man die Unterstützung der Atmung begleitet durch eine „einfache“ Erläuterung durchführen. Prinzipiell muss jede Behandlungsmaßnahme von der informierten Zustimmung des Patienten gedeckt sein. Eine Notfallsituation bildet hier nicht automatisch

Dr. med. C. Imhof (✉)
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Universität Ulm,
Frauensteige 6,
89075 Ulm, Deutschland
E-Mail: christiane.imhof@uni-ulm.de

Dr. phil. H.-K. Keul
Humboldt-Studienzentrum für Philosophie und Geisteswissenschaften, Universität Ulm,
Ulm, Deutschland

eine Ausnahme. Allerdings werden je nach Invasivität, Risiko und Dringlichkeit der Maßnahme Abstufungen des Verfahrens vorgenommen. Unter Umständen genügt eine implizite oder informelle Einwilligung [1, 3, 4].

Ein Sterbewunsch erscheint in diesem Kontext weit hergeholt. Um Handlungsoptionen offen zu halten, liegt es nahe, sich in dieser unübersichtlichen Situation nicht auf die Ablehnung der Therapie zu stützen, sondern die Patientin unter Annahme einer impliziten Einwilligung durch die Behandlung wieder in die Lage zu versetzen, ihren Willen bezüglich des weiteren Vorgehens überlegt zu bilden [5].

Unter ethischen Gesichtspunkten stellt sich einmal mehr die Frage nach der Vereinbarkeit von Patientenwohl und -wille. Das medizinethische Prinzip des Respekts der Patientenautonomie stößt angesichts der Unsicherheit der Patientin in einer prekären Lage an seine Grenzen. Ob man dieses Prinzip durch eine „Verfügung“ über das eigene Leben wahren kann, die nicht einmal in Zeiten der Gesundheit, geschweige denn in höchster Hilfsbedürftigkeit gegeben ist, bleibt fraglich.

Kant differenziert die Forderung nach Selbstbestimmung oder Autonomie nach den „Pflichten gegenüber sich selbst“ und denen gegenüber anderen und konkretisiert sie als Orientierung an den Zwecken der „eigenen Vollkommenheit“ und fremder „Glückseligkeit“ ([2], A14 ff.). Unter Letzterer versteht er die Pflicht „wohlthätig“ zu sein, „d.i. anderen Menschen in Nöten zu ihrer Glückseligkeit, ohne dafür etwas zu hoffen, nach seinem Vermögen beförderlich zu sein“, wobei er zu bedenken gibt: „Ich kann niemand nach *meinen* Begriffen von Glückseligkeit wohlthun, sondern nach *jenes* seinen Begriffen, dem ich eine Wohlthat zu erweisen denke [...]“ ([2], A124, A126). Im diskutierten Fall allerdings mangelt es auf beiden Seiten an Achtsamkeit gegenüber diesen Pflichten. Auf Seiten der Klinik kommt es zu einer gespaltenen Urteilsbildung zwischen Pflegepersonal und Ärzteschaft hinsichtlich des aus dem vermeintlichen Willen der Patientin abgeleiteten Patientenwohls. Bezüglich ihrer Vorausverfügung hat die Patientin die Pflichten gegenüber sich selbst missachtet, da sie sich offenbar über das scharfe Instrument der Patientenverfügung nicht genügend informiert hat.

Literatur

1. Easton R, Graber M, Monnahan J, Hughes J (2007) Defining the scope of implied consent in the emergency department. *Am J Bioeth* 12:35–38
2. Kant I (1977) *Metaphysik der Sitten*. Werkausgabe Bd. VIII. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
3. Moscop J (2007) Information disclosure and consent: patient preferences and provider responsibilities. *Am J Bioeth* 12:47–49
4. Reiheld A (2007) Consent by survey: losing autonomy one percentage point at a time. *Am J Bioeth* 12:53–54
5. Rothhaar M, Kipke R (2009) Die Patientenverfügung als Ersatzinstrument. In: Frewer A, Fahr U, Rascher W (Hrsg) *Patientenverfügungen und Ethik. Beiträge zur guten klinischen Praxis*, Jahrbuch Ethik in der Klinik, Bd. 2. Königshausen & Neumann, Würzburg, S 61–75

Kommentar II zum Fall: „Cave Patientenverfügung“

Heiner Fangerau

Online publiziert: 19. Oktober 2014
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

„Cave – Patientenverfügung“! Dieser Ruf alleine scheint gelegentlich Effekte des Einfrierens und des Widerstandes hervorzurufen. Das Denken in Handlungsoptionen erstarrt und das Handeln wird allein auf „Unterlassen“ ausgerichtet, weil implizite Fehlannahmen über die Anwendung einer Patientenverfügung ihre therapiebegrenzende Option überbewerten. Wie der vorliegende Fall illustriert, wird durch diesen Ruf eine Handlungslogik in Gang gesetzt, der nur durch Aufbringen einiger Energie begegnet werden kann.

Fälle wie der hier geschilderte legen eine systemtheoretische Perspektive auf ethische Fragestellungen nahe. Neben beinahe klassischen Fragen nach der Autonomie, der Verfügbarkeit über das eigene Leben oder ärztlichen Aufgabenprofilen scheinen gerade auch organisationsethische Fragen wie die der Verantwortungsdiffusion in kooperativen Handlungsvorgängen eine Rolle zu spielen, wenn es darum geht, „das Richtige zu tun“. Dies gilt insbesondere, wenn der Fokus auf das vorliegende Problem der (unbekannten) Patientenverfügung von der interindividuellen auf eine institutionelle Ebene verschoben wird [3]. Selbst unter Auslassung von Akteuren wie Kostenträgern oder der Krankenhausverwaltung bietet es sich an, die im Fall geschilderten Konfliktlinien als Probleme eines Systems zu betrachten, weil sie sich als das Ergebnis eines Handlungsablaufes darstellen, der geprägt ist durch ein Netzwerk aus Strukturen, Prozessen, professionellen Orientierungen, Kommunikationsdefiziten und Beziehungen ([2], S. 209).

Organisationen wie Krankenhäuser mit ihren Schnittstellen zwischen dem ambulanten Bereich, der Notfallaufnahme und den Stationen zeichnen sich dadurch aus, dass sie eben nicht nur einen Raum für Handlungen Einzelner bieten, sondern dass sie kollektive Handlungen strukturieren, rahmen und gleichzeitig auch „ethische Kulturen“ zum Beispiel der Kommunikation zwischen den Sektoren etablieren. Diese Kulturen können von großem Nutzen sein, wenn sie allgemeine Entscheidungssituationen zum Beispiel im Sinne von

Prof. Dr. H. Fangerau (✉)
Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universität Köln,
Joseph-Stelzmann-Str. 20,
50931 Köln, Deutschland
E-Mail: heiner.fangerau@uni-koeln.de

Leitlinien vorstrukturieren. Sie können aber auch zu Konflikten führen, wenn einige der beteiligten Akteure im individuellen Fall „Unregelmäßigkeiten“ oder Ausnahmesituationen von der in der Organisation etablierten Regel erkennen, andere beteiligte Personen aber auf die Befolgung einer konkreten oder auch nur informell abgestimmten Leitlinie ohne Spielräume beharren.

Im vorliegenden Fall scheint eine solche Situation eingetreten zu sein. Zwei Bruchpunkte fallen ins Auge. Zum einen folgt der Notarzt einer notfallmedizinischen Handlungslogik, in der es in erster Linie um Geschwindigkeit und den zügigen Weg in eine Versorgungseinrichtung geht. Lektüre und längere Gespräche stehen in der Hierarchie der Handlungsabläufe im Notfall nicht weit oben, weil sie die Maxime der Geschwindigkeit konterkarieren. Zum zweiten scheinen in der Krankenhaussituation im Pflgeteam Handlungsmechanismen zu greifen, die im Umgang mit Patientenverfügungen explizit oder implizit eingeübt worden zu sein scheinen. Die Erfahrung scheint die Akteure gelehrt zu haben, dass Patientenverfügungen im Sinne einer Autonomiewahrung durch die Patienten zumeist der Therapieeingrenzung dienen. Folglich werden durch die bloße Mitteilung des Vorliegens einer Patientenverfügung therapieminimierende Prozesse vorangetrieben. Ein Innehalten muss hier als störend und den in der Vorausverfügung artikulierten Patientenwillen missachtend verstanden werden.

Problematisch erscheint hierbei die reine Fokussierung auf eine formale Logik des Ablaufs. Diese Fokussierung nimmt zum einen den Inhalt der Patientenverfügung nicht zur Kenntnis und bringt zum anderen die Akteure, die einer medizinischen Handlungslogik folgen wollen, in die Situation, für ihre Position unter Hinzuziehung hierarchischer Elemente wie den Einbezug von Vorgesetzten kämpfen zu müssen, ein Vorgehen, das eigentlich einer Teamhandlung zuwider läuft. Die Gründe hierfür können auf einer organisationsethischen Ebene liegen, wenn etwa – und hier löse ich mich von der Fallbeschreibung und schließe aus eigenen Erfahrungen in der Ethikberatung – in einer Einrichtung aus guten Intentionen heraus eine Arbeitsgruppe eine Leitlinie zum Umgang mit Vorausverfügungen formuliert hat, diese Leitlinie aber aus welchen Gründen auch immer einer rein juristischen Autonomielogik folgt, ohne medizinische und relationale Aspekte angemessen zu berücksichtigen. Wenn sich die konkrete Handlungssituation komplexer als der allgemeine Fall darstellt, stiftet eine so gestaltete Leitlinie eher Verwirrung und führt zum Systemkonflikt [1]. Die Einzelsituation verlangt (natürlich auch aus Perspektive des Rechts) nach Innehalten, Prüfung und Diskussion, wie sie am Ende im vorliegenden Fall erfolgen konnte. Einmal mehr zeigt sich hier, wie zentral es erscheint, das Innehalten und die Reflexion des Einzelfalls zum Kernelement der Entscheidungsfindung zu machen, das „Cave – Patientenverfügung“ also eher im Sinne eines ergebnisoffenen reflektierenden Innehaltens zu verstehen als im Sinne einer Aufforderung zum Unterlassen therapeutischer Handlungen.

Literatur

1. Fangerau H (2011) Patientenverfügung und Ethik als Systemkonflikt. In: Eckart J, Forst H, Briegel J (Hrsg) Intensivmedizin. Kompendium und Repetitorium zur interdisziplinären Weiter- und Fortbildung 45(9/11). Ecomed, Heidelberg, S 1–7
2. Silverman HJ (2000) Organizational ethics in healthcare organizations: proactively managing the ethical climate to ensure organizational integrity. HEC Forum 12:202–215
3. Wolpe PR (2000) From bedside to boardroom: sociological shifts and bioethics. HEC Forum 12:191–201