

Mutmaßlicher Widerruf einer Patientenverfügung?

Online publiziert: 30. September 2010
© Springer-Verlag 2010

Die stationäre Aufnahme des 68-jährigen Patienten erfolgte notfallmäßig mit stärkster Luftnot bei infektexazerbierter chronischer obstruktiver Lungenerkrankung (COPD). Der kachektische Patient war sehr agitiert und unruhig, tolerierte die nicht-invasive Maskenbeatmung nur unter Sedierung. Der Patient war in diesem Krankenhaus nicht bekannt.

Durch die begleitenden Angehörigen wurde den behandelnden Ärzten aber mitgeteilt, dass er eine Patientenverfügung habe und eine Reanimation oder Beatmung entschieden ablehne. Seit zwei Jahren war er durch die schwere Lungenerkrankung dauerhaft sauerstoffpflichtig, hatte schon mehrfache Lungenentzündungen gehabt. Vor drei Jahren war ein Blasenkarzinom entdeckt und transurethral reseziert worden. Eine Blasenoperation war aufgrund der COPD nicht möglich gewesen. Außerdem waren ein arterieller Hypertonus, chronisches Vorhofflimmern und Zustand nach einer transitorischen ischämischen Attacke bekannt.

Nach Einleitung der Therapie stabilisierte sich der Patient im Verlauf des Aufnahmetages soweit, dass er für kurze Zeit auch ohne die Maske zurechtkam. Die Familie (Ehefrau und Tochter) waren ständig präsent, am Abend konnte er sich über längere Zeit mit ihnen unterhalten.

Sobald sich sein Zustand gebessert hatte, lehnte er die Maskenbeatmung ab (18:00 Uhr). Dies äußerte er auch in Gegenwart der Familie. Als sich die Tochter abends verabschiedete, führte der diensthabende Arzt noch ein langes Gespräch mit ihr über den weiterhin kritischen Zustand des Vaters und seine ablehnende Haltung den Maßnahmen gegenüber. Eine Fortführung der Beatmung werde nicht gegen den Willen des Vaters durchgeführt, dies bedeute aber auch, dass er versterben werde.

Der Patient lehnte trotz mehrfachen Nachfragens im Verlauf der nächsten Stunden die Maske und auch pflegerische Maßnahmen ab. Er blieb bis in die Morgenstunden wach und ansprechbar, wünschte aber nicht, dass seine Familie informiert werde, was ebenfalls von der Schwester und dem Arzt respektiert wurde. Gegen 6:30 Uhr fiel er in die Kohlendioxidnarkose.

Als die Angehörigen gegen 10:00 Uhr auf die Station kamen, verlangten sie sofort die Wiederaufnahme der Maskenbeatmung. Laut Ehefrau, die in der nun mitgebrachten Patientenverfügung als Bevollmächtigte eingetragen war, hätte ihr Ehemann in bereits wiederholt aufgetreten kritischen Situation immer verlangt, ihn sterben zu lassen, dies allerdings bei

Besserung des Zustandes immer wieder verbal „korrigiert“. Die jetzt erhobene Blutgasanalyse zeigte eine schwere respiratorische Azidose und eine Hyperkapnie (pH 7,18, pCO₂ 110 mmHg, pO₂ 72 mmHg).

Unter kontinuierlicher nichtinvasiver Beatmung ließen sich die Azidose und Hyperkapnie ganz allmählich ausgleichen. Der Patient blieb aber schwerst dyspnoeisch und kaum kontaktierbar. Die kontinuierliche Gabe von Morphin und bronchospasmolytischen Maßnahmen konnte die Symptomatik nur leichtgradig lindern.

Aufgrund der ständigen Maskenbeatmung entwickelte sich ein großes Hautgeschwür am Nasenrücken. Auf Wunsch der Angehörigen wurde der Patient nach zwei Wochen in seine bekannte pulmologische Fachklinik verlegt. Zu diesem Zeitpunkt war der Patient wach und nahm auch Blickkontakt auf, aber durch seine schwere Luftnot und die aufgrund seiner Schmerzen erforderliche Sedierung war er nicht in der Lage, sich verständlich zu äußern. In der Fachklinik wurde er tracheotomiert, das Nasenulcus wurde operativ saniert. Aufgrund von Unterlappenbronchiektasien mit starker Sekretproduktion wurde er zum Teil mehrfach täglich bronchoskopiert. Es kam immer wieder zu rezidivierenden Infektexazerbationen.

Nach zwei Monaten wurde er beatmet in eine pulmologische Rehabilitationsklinik zur Entwöhnung von der Beatmung verlegt. Dort verbrachte er weitere zweieinhalb Monate und konnte schließlich in die häusliche Umgebung entlassen werden.

Zurzeit (ein Jahr später) ist der Patient nur minimal belastbar, bereits beim Sprechen ist er luftnötig, zu Hause bleibt er im Fernsehsessel sitzen. Er hat gegenüber dem Hausarzt nie mehr einen Sterbewunsch geäußert.

Kommentar I zum Fall: „Mutmaßlicher Widerruf einer Patientenverfügung?“

H. Christof Müller-Busch

Online publiziert: 15. September 2010
© Springer-Verlag 2010

Das Fallbeispiel behandelt einen Konflikt im Verlauf von progredienten chronischen Erkrankungen, der Betroffene, Angehörige und Ärzte immer wieder beschäftigt: Wie lange sollen medizinische Möglichkeiten, deren Nutzen für den Betroffenen unterschiedlich bewertet wird, fortgeführt werden und wann soll, muss oder darf auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichtet werden, um das Sterben zuzulassen? Die Beschwerden aufgrund der schweren chronisch obstruktiven Lungenerkrankung des 68-jährigen Patienten stehen hier im Vordergrund. Als Begleiterkrankung besteht neben Hinweisen auf kardiovaskuläre Comorbiditäten ein lokal fortgeschrittenes Blasen-Ca ohne Hinweise auf eine Fernmetastasierung, das aufgrund der eingeschränkten Belastbarkeit nicht radikal operiert werden konnte, dessen Prognose im Hinblick auf Lebenserwartung und Lebensqualität mitberücksichtigt werden muss, aber derzeit nicht ausschlaggebend ist. Die Verläufe fortgeschrittener chronischer Herz- und Lungenerkrankungen sind durch einen ständigen Wechsel besserer und schlechterer Phasen bei insgesamt jedoch zunehmender Hilfsbedürftigkeit und Verschlechterung der Lebensqualität gekennzeichnet. Für Behandlungsziele, die die Möglichkeit der Besserung subjektiv belastender Symptome und Funktionseinschränkungen im Blickfeld haben, stellt sich die Frage des mutmaßlichen Willens bei eingeschränkter oder fehlender Entscheidungsfähigkeit umso mehr, wenn bei diesen Erkrankungen der weitere zeitliche Verlauf prognostisch nicht oder nur schlecht beurteilt werden kann. Hinzu kommt auch, dass sich die Sichtweise der Betroffenen zu Behandlungswünschen und -begrenzungen bei diesen Erkrankungen häufig ändert und es zu Situationen kommen kann, wo eine Patientenverfügung zwar vorhanden ist, aber für eine aktuelle Entscheidungssituation nicht als zutreffend angesehen wird. Deutlich wird, dass der 68-jährige Patient durch die seit zwei Jahren bestehenden und progredienten Einschränkungen wiederholt in kritische Situationen geriet und sowohl in einer Patientenverfügung als auch in der aktuellen Situation der Ateminsuffizienz eine Beatmung und Reanimation ablehnt. Diese Willensbekundungen werden im Zustand der durch eine Kohlendioxidnarkose verursachten Entscheidungsunfähigkeit

H. C. Müller-Busch (✉)
Universität Witten/Herdecke, Rüsternallee 45,
14050 Berlin, Deutschland
E-Mail: muebu@t-online.de

missachtet. In dieser Situation werden die Weichen, die den weiteren Verlauf kennzeichnen, gestellt. Auch wenn die rechtliche Situation eindeutig erscheint, stellt sich die Frage, ob die Wiederaufnahme der Beatmungsbehandlung – auch unter Berücksichtigung des weiteren Verlaufs – nicht nur wegen des Verlangens der Angehörigen erfolgte, sondern auch aus medizinischer Sicht begründet werden kann und erwartet wird, dass die Durchführung der Beatmung durch den Patienten selbst eine Legitimation bekommt, indem die Interpretation des aktuellen Willens durch ihn eine nachträgliche Bestätigung erfährt. Nur so könnte der von den Angehörigen postulierte mutmaßliche Widerruf der Patientenverfügung als eine ausreichende Begründung für die notfallmäßige Wiederaufnahme der Beatmung und die sich anschließenden Maßnahmen angesehen werden. Hierzu gibt es in der Falldarstellung keine Hinweise. Weder das Überleben noch der von dem Patienten nicht mehr geäußerte Sterbewunsch können als ausreichender Grund für eine notfallmäßige Wiederaufnahme der Beatmung angesehen werden. Insofern stellt sich in einer solchen Entscheidungssituation die Frage, nach welchen Kriterien und mit welchen Zielvorstellungen sich unter Berücksichtigung der medizinischen Handlungsoptionen eine individuelle Indikation für lebensverlängernde Maßnahmen ergibt. Sicherlich stellt eine schwere respiratorische Azidose und Hyperkapnie eine Beatmungsindikation dar. In einer weit fortgeschrittenen Erkrankungssituation ohne Aussicht auf Besserung bzw. in der Sterbephase kann die Einleitung einer künstlichen Beatmung allerdings auch kontraindiziert sein, besonders wenn das Behandlungsziel sich einzig an der Aufrechterhaltung der Atemfunktion orientiert. Festzustellen ist allerdings, dass ein klares individuelles Behandlungsziel, das sich auch an Wertvorstellungen, den Wünschen und der Lebenssituation des Betroffenen orientiert, nicht erkennbar ist. Nicht alles, was möglich ist, muss gemacht werden, aber alles was gemacht wird, sollte dem Betroffenen nutzen. Dieser Nutzen ist im weiteren Verlauf nicht erkennbar – vieles spricht dafür, dass der Patient eher noch mehr belastet wurde als er es in der Vergangenheit schon empfand. Da in sterbenahen Situationen auch Ärzte dazu neigen, Handlungsoptionen symbolhaft oder aktionistisch einzusetzen, soll im Spannungsfeld der vier Grundprinzipien medizinischen Handelns: Respekt vor Autonomie, Nutzen, Nicht-Schaden und Gerechtigkeit daran erinnert werden, dass gerade in palliativen Erkrankungssituationen – und um eine solche handelte es sich im vorliegenden Fall zweifellos – das wichtige Prinzip des Nicht-Schadens für den Betroffenen bei der ärztlichen Indikationsstellung und bei Entscheidungen besonders beachtet werden sollte. Das bedeutet auch, die Begrenzung bzw. den Verzicht auf Handlungsoptionen, aber auch evtl. sinnvolle Maßnahmen mit den Angehörigen so zu kommunizieren, dass Konflikte und Probleme in Grenzsituationen vermieden werden.

Kommentar II zum Fall: „Mutmaßlicher Widerruf einer Patientenverfügung?“

Gunnar Duttge · Mirjam Schander

Online publiziert: 15. September 2010

© Die Autor(en) 2010. Dieser Artikel ist auf Springerlink.com mit Open Access verfügbar.

Vor dem Hintergrund einer verbreiteten Sorge der Menschen, in den Händen der Intensivmedizin „entmündigt“ zu werden, hat das neue „Patientenverfügungsgesetz“ (in Kraft getreten am 1.9.2009) erklärtermaßen zum Ziel, dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten größtmögliche Geltung zu verschaffen. Dieses Anliegen soll auch und gerade dann Wirkung entfalten, wenn die Betroffenen infolge ihrer (jedenfalls rechtlichen) Handlungsunfähigkeit selbst nicht mehr sicherstellen können, dass ihr von ärztlicher Vernunft evtl. abweichender Wille vorbehaltlos respektiert wird. Wie sehr Menschen daran bisher Zweifel hegen mussten, zeigt das vorliegende Fallgeschehen in aller Deutlichkeit:

Schon bei der Notfallaufnahme wird den behandelnden Ärzten bekannt, dass der mutmaßliche Wille des eingelieferten Patienten einer künstlichen Beatmung womöglich „entschieden“ zuwiderläuft. Dass dabei eine höchstpersönliche Grundhaltung dieses Patienten in Frage stehen könnte, legt schon die Krankengeschichte nahe und bestätigt sich im weiteren Verlauf dadurch, dass die nichtinvasive Maskenbeatmung trotz fortlaufender Nachfragen beharrlich abgelehnt wird. Nur: Die Medizin sorgt dafür, dass der Patient sich selbst nicht mehr durchgehend zur Wehr setzen kann: Von wenigen abendlichen Stunden in stabilerem Zustand abgesehen, wird er mehrfach sediert und zunächst – entgegen einer Absprache mit der Tochter – erneut der Maskenbeatmung unterworfen und schließlich zur operativen Behebung des hierdurch erst entstandenen zusätzlichen Leidens tracheotomiert und bronchoskopiert.

Die Möglichkeiten, seinem am Abend sogar ausdrücklich bekundeten Willen Rechnung zu tragen, sind durch ein Zusammenwirken der Beteiligten geradezu systematisch ignoriert worden: Bereits zu Beginn wurde das Vorhandensein einer Patientenverfügung mit eben jenem ablehnenden Willen bekannt, ohne dass es Angehörige wie behandelnde Ärzte für nötig hielten, die zeitnahe Kenntnisnahme des konkreten Inhalts sicherzustellen und nicht dem Belieben der Ehefrau zu überlassen. Mit der unmissverständlichen und wiederholten Willensäußerung am Abend in einem offenbar allgemein als einwilligungsfähig betrachteten Zustand gab es keinen Zweifel mehr über den Inhalt des Patientenwillens und keinen

G. Duttge (✉) · M. Schander
Zentrum für Medizinrecht, Georg-August-Universität Göttingen,
Goßlerstr. 19, 37073 Göttingen, Deutschland
E-Mail: lduttge@gwdg.de

Interpretationsspielraum. Die am Folgetag vorgelegte Patientenverfügung hatte daher juristisch an Bedeutung gänzlich verloren: Hätte ihr Inhalt in Widerspruch zum vorabendlich Bekundeten gestanden, so wäre darin ein (formlos wirksamer, § 1901a Abs. 1 S. 3 BGB) Widerruf des zuvor Vorausverfügten zu sehen gewesen. Der aktuell erklärte Wille ist, soweit in einwilligungsfähigem Zustand kundgetan, einer Patientenverfügung stets vorrangig. Hier beanspruchte der eindeutige Patientenwille aber umso mehr Beachtung, als er sich mit dem Inhalt der Patientenverfügung offenbar nahtlos deckte. Die von der Ehefrau vorgenommene „Interpretation“, mit der die ablehnende Haltung unter den Vorbehalt eines besseren Gesundheitszustandes gestellt wurde, stand daher schon deshalb in dringendem Verdacht, den wirklichen Patientenwillen zu verfehlen. Zudem widersprach diese Deutung eklatant dem tatsächlichen Geschehen am Vorabend, als der Patient trotz verbessertem Zustand die Maskenbeatmung weiterhin dediziert ablehnte.

Überdies beanspruchte die Ehefrau eine Befugnis, die ihr von Rechts wegen gar nicht zustand: Trotz dahingehenden Vermerkes in der Patientenverfügung kann sie als Gesundheitsbevollmächtigte nur dann wirksam auftreten, wenn sie nachweist, dass ihr die Sorge in Gesundheitsangelegenheiten unter ausdrücklicher Nennung des Rechts zur Einwilligung in Heilbehandlungen und ärztliche Eingriffe schriftlich überantwortet wurde; eine bloß abstrakt formulierte Generalvollmacht genügt nicht (vgl. § 1904 Abs. 5 S. 2 BGB). Da das deutsche Recht eine „natürliche Stellvertretung“ kraft familiärer Verbundenheit nicht kennt, war ihr Verlangen auf Wiederaufnahme der Beatmung unbeachtlich. Ohne die vorabendlichen Vorgaben des Patienten wäre in einem solchen Fall zwecks Herstellung seiner juristischen Handlungsfähigkeit ohne Zeitverzug eine Betreuerbestellung zu veranlassen gewesen; das hierfür zuständige Betreuungsgericht hätte ggf. auch die Rolle der Ehefrau und deren Interpretation klarstellen können. Aufgrund der ausdrücklichen Patientenerklärung gab es jedoch nur eine richtige Handlungsmaxime: diesen Willen – notfalls auch unter den Protesten der Angehörigen – zu befolgen.

Der Eindruck einer somit krassen Missachtung des Selbstbestimmungsrechts (auch bzgl. der OP, für die es ebenfalls an einer wirksamen Einwilligung fehlte) wird schließlich weder durch ein nachträgliches Schweigen – ja selbst durch ein nachträgliches Gutheißen – des Patienten noch dadurch in Frage gestellt, dass er zumindest vor der Tracheotomie den Blickkontakt (wirklich zum behandelnden Arzt?) aufnahm: Die Annahme eines Widerrufs der vorausgehenden Entscheidung setzt mindestens Gesten oder nonverbales Verhalten von solcher Art voraus, dass auf einen solchen Erklärungswert hinreichend verlässlich geschlossen werden kann. Manche verlangen sogar eine ausdrückliche (verbale) Erklärung oder das Bestehen von Einwilligungsfähigkeit. Der bloße Blickkontakt ohne vorausgehende Frage hat keinerlei fassbaren Erklärungsinhalt und gibt allenfalls Raum für Spekulationen. Vor solchen soll der Patient jedoch durch das neue Gesetz geschützt werden: Ein nur „mutmaßlicher Widerruf“ ist eben keiner!

Open Access Dieser Artikel unterliegt den Bedingungen der Creative Commons Attribution Noncommercial License. Dadurch sind die nichtkommerzielle Nutzung, Verteilung und Reproduktion erlaubt, sofern der/die Originalautor/en und die Quelle angegeben sind.