

Juristisch fragliche Patientenverfügung

Legally Questionable Advance Decisions

Der 77-jährige Patient musste sich akut einer Bypass-OP am Herzen unterziehen. Aus der Vorgeschichte sind bekannt: Koronare Herzkrankheit, arterieller Hypertonus, chronische Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus II, chronische Niereninsuffizienz, -Gastritis. Transurethrale Resektion eines Blasen tumors, SM-Implantation wegen Sick Sinus Syndrom, Thorakotomie und Dekortikation wegen rezidiver Pleuraergüsse vor 4 Jahren mit postoperativer Pneumonie.

Während der OP wird unvorhergesehen eine hochgradig eingeschränkte Ventrikelfunktion festgestellt, die im Notfall-Echo nicht erkenntlich war. Der Patient wird zusätzlich wenige Minuten (bei gutem Perfusionsdruck) intraoperativ reanimiert. Wegen Rechtsherzversagen ist die Entwöhnung von der Herz-Lungen-Maschine trotz hochdosierter Katecholamine nicht möglich. Deshalb wird zentral kanüliert (an das Herz) eine veno-arterielle extrakorporale Membranoxygenierungsmaschine (VA-ECMO) implantiert. (ECMO kann als extrakorporale Therapie der Wahl bei kardiogenem Schock ein paar Tage bis zu einem Monat verwendet werden).

Postoperativ kommt der Patient hämodynamisch instabil mit offenem Sternum, ECMO und hohem Katecholaminbedarf auf die Intensivstation. Nach entsprechender Volums-, Gerinnungs- und Bluts substitution kann der Patient stabilisiert werden. Am zweiten postoperativen Tag erfolgt die Umkanülierung der ECMO von der zentralen Position an die peripheren Gefäße (V. fem. – A. subcl.).

In den folgenden Tagen kann der Patient erfolgreich schrittweise von der ECMO entwöhnt werden und diese kann am 7. postoperativen Tag (POT) explantiert werden. Nach der ECMO-Explantation

verschlechtert sich progressiv die Nierenfunktion und am 12. POT wird wegen einer Anurie eine kontinuierliche Nierenersatztherapie begonnen.

Die primäre prophylaktische perioperative antibiotische Therapie (Cefazolin) wird nach Rücksprache mit dem Infektionsdienst und entsprechend der mikrobiologischen Diagnostik umgestellt und erweitert (zuerst Piperacillin/Tazobactam, später Vancomycin/Meropenem). Am 23. POT wird aufgrund von Aphten und Bläschen im Mund und Rachenbereich ex juvantibus eine antivirale Therapie mit Acyclovir (Zovirax) begonnen und eine Virusdiagnostik veranlasst.

Es folgt nun eine Zeit der hämodynamischen Stabilisierung, in der der Patient zwar neurologisch kontaktierbar ist und auch auf Ansprache reagiert, sich aber trotz aller Bemühungen nicht vom Respirator entwöhnen lässt.

Am 28. POT wird der Patient noch immer assistiert beatmet und kontinuierlich hämofiltriert mit intermittierender Katecholaminunterstützung. Neurologisch ist er limitiert kontaktierbar, ansprechbar und schwerst polyneuropatisch. Er kann jedoch die Extremitäten auf Aufforderung minimal bewegen. Psychisch ist er extrem negativ und unkooperativ mit dem Pflege- und Physiotherapiepersonal. Er verständigt sich nur limitiert mit der Familie und macht ihr laut Ehefrau Vorwürfe, weil er sich wünscht, dass die Therapie eingestellt wird.

Zu diesem Zeitpunkt wird der diensthabende Arzt von der Familie informiert, dass es eine Patientenverfügung gibt, die der Patient seinerzeit vor der OP (Dekortikation) angeblich unterschrieben hat. In dieser soll er sich ausdrücklich gegen ein medikamentös und maschinell verlängertes

Aufrechterhalten der Vitalfunktionen bei multiplen Organversagen ausgesprochen haben, wenn keine Aussicht auf Besserung besteht. Nach weiteren Recherchen behauptet die Ehefrau, dass der Patient – ehemaliger Anwalt – diese Verfügung vor der Lungen-OP selbst geschrieben und in seinem Büro deponiert habe. Diese kann zunächst jedoch nicht vorgelegt werden. Weitere Details sind leider unbekannt. Deshalb wird nach interner Besprechung ein weiteres intensivmedizinisches Vorgehen beschlossen.

Nach Recherchen der behandelnden Ärzte erfolgte das Verfassen der Patientenverfügung ohne Zeugen vor mehreren Jahren. Da der Patient von einer prominenten Familie mit guten Beziehungen zur KH- und Klinikleitung kommt, wächst gleichzeitig seitens der Familie und der KH-Leitung der Druck auf Einstellung der Intensivtherapie.

Drei Tage später kann die handschriftliche Verfügung vorgelegt werden; diese ist über vier Jahre zurück datiert. Es bestehen Zweifel, ob die Verfügung de jure bindend gültig ist. Sie wird jedenfalls zumindest als mutmaßlicher Wille des Patienten eingestuft. Die Familie setzt sich inzwischen mit einem Notar in Verbindung, der ihr angeblich bestätigt, dass die Verfügung als verbindlich akzeptiert werden muss.

Zu diesem Zeitpunkt (30. POT) findet man in der PCR außer einer Herpesinfektion (HSV Typ 1 und 2) auch eine CMV Infektion, weshalb eine Therapie mit Gancyclovir (Cymevene) begonnen wird. Zwei Tage später muss die antibiotische Therapie wegen positivem Staph. epidermidis aus dem Zentralvenenkatheter um Linezolid (Zyvoxid) erweitert werden.

Der Zustand des Patienten wird täglich reevaluiert und als DNR eingestuft, die volle Intensivtherapie mit künstlicher Beatmung, Katecholaminen und Nierenersatztherapie geht weiter.

Nach fast täglichen Gesprächen mit der Familie wird beschlossen, dass die jetzige Situation nicht der in der Verfügung beschriebenen entspricht, wonach der Patient „nach den neuesten

Medizinkenntnissen behandelt werden will“ und momentan neu ein konkreter Keim und ein Virusstamm identifiziert werden konnten, die auch gezielt antimikrobiell behandelt werden können. Es wird eine Übergangszeit von 5 Tagen vereinbart, nach der die Gesamtsituation und Dynamik der Entzündungswerte reevaluiert werden sollen und bei fehlender Verbesserung die Nierenersatztherapie nach der Beendigung des 36-h Zyklus nicht mehr gestartet werden soll. Tatsächlich tritt bis zum 6. Tag keine Besserung ein.

Am 34. POT wird daher die Hämofiltration eingestellt bzw. bei verbrauchtem Set nicht erneut gestartet. Schon vorher war es wieder zu einem gesteigerten Katecholaminbedarf bei wiederholter Rechtsherzdekompensation gekommen. Respiratorisch musste der Patient kontrolliert beatmet werden, neurologisch war er kaum mehr kontaktierbar. Es handelte sich jetzt also um ein therapie-refraktäres Multiorganversagen (Rechtsherz, Lunge, Leber, Niere).

Die Familie wird über die Verschlechterung informiert und von einer weiteren Eskalation der Therapie wird Abstand genommen.

Der Patient verstirbt im Beisein der Familie am 37. POT.

Friedrich Kummer

Kommentar zum Fall

Commentary on the Case

Der 77-jährige Patient, von Beruf Anwalt, ist bereits präexistent multimorbid mit Koronarer Herzkrankheit, Herzschwäche, DMII mit chronischer Niereninsuffizienz, (renalem?) Hochdruck, nebst Gastritis und Zustand nach einer transurethralen Resektion eines Blasen Tumors.

In der jüngeren Anamnese wird berichtet, dass er vor 4 Jahren rezidivierende Pleuraergüsse entwickelte, die mit einer offenen Pleurodese behandelt wurden. Der Verlauf wird durch eine im Spital erworbene Pneumonie kompliziert, wovon sich der Patient aber offensichtlich erholt.

Der gegenständliche Bericht beginnt mit einer notfallmäßigen koronaren Bypassoperation, wohl auf Grund eines drohenden Infarktes.

Ab dem 2. postoperativen Tag (POT) müssen in einer vierwöchigen, aufwändigen Behandlung auf der Intensivstation wesentliche Körperfunktionen maschinell gestützt werden, inklusive kontrollierte Beatmung, Katecholamin-Bypass, ECMO (7 Tage), gefolgt von zusätzlicher Hämofiltration wegen Nierenversagens.

Damit gelingt es dem hochprofessionell agierenden Team eine gewisse Stabilität über zwei Wochen zu erzielen, allerdings unter Beibehaltung der medikamentösen Kreislaufstützung bei erfolglosen Bemühungen um eine Entwöhnung vom Respirator.

Komplizierend kommt nun – ab dem 28. POT – eine sog. critical-illness-polyneuropathy hinzu, wie sie bei längeren ICU-Behandlungen leider häufig vorkommt und über die Entlassung hinaus nachhängt. Der Patient kann signalisieren, dass er psychisch „negativ“ eingestellt ist und mit dem Pflegepersonal nicht mehr kooperieren will.

Die Art und Weise, wie sich der Patient verständlich zu machen versucht, wird nicht erläu-

tert, doch kann dies auf Grund der kontrollierten Beatmung nicht durch Sprechen, geschweige denn Diskutieren erfolgen. Dennoch wird – wohl durch Gesten, Mienen, Lippenbewegungen – sein Wunsch nach Therapiereduktion bzw. „Abschalten“ wahrgenommen, jedoch nicht mit der hier erforderlichen Deutlichkeit, sodass sich für die Behandler kein konkreter Handlungsschritt (mit möglicher Todesfolge) ableiten lässt.

Die Patientenverfügung (PV)

Nun kommt plötzlich die Ehefrau mit der Information, es gäbe irgendwo eine PV, verfasst vom Patienten, die etwa 4 Jahre alt und nicht auffindbar sei. Der Inhalt: Bei multiplem Organversagen ohne Aussicht auf Besserung sollten alle Therapien eingestellt werden. Eigenartigerweise zeigt sich die Gattin darüber plötzlich informiert, ohne vorher eine möglicherweise vorliegende PV erwähnt zu haben.

Die Reaktion der Behandler ist korrekt: Hier kann ein „mutmaßlicher Wille“ vorliegen, der aber höchstens „beachtlich“, nicht aber „bindend“ sei. Nun aber verstärkt sich der Druck der Familie auf die Ärzte, die Behandlung einzustellen. Dem soll – völlig unangebracht – über die Klinikleitung Nachdruck verliehen werden.

Drei Tage später taucht tatsächlich die PV auf, was wieder vom Team zur Kenntnis genommen, aber nicht als verbindlich betrachtet wird (Alter und Umstände der ungewöhnlichen Art der Abfassung, die ohne Berater und Zeugen erfolgt ist). Dem tritt wieder die Familie entgegen, indem sie einen Notar aufbietet, der die Verbindlichkeit der PV bestätigt.

Diese angebliche Aussage des Notars steht allerdings im klaren Widerspruch zum geltenden PV-Gesetz, welches die Verbindlichkeit u. a. von

der „medizinischen Beratung durch einen Arzt und eine rechtliche Beratung durch Notar oder Anwalt“ abhängig macht (in diesem Fall auch ungeachtet des eigenen Berufes als Anwalt). Eine selbst entworfene und ohne Zeugen unterfertigte PV kann demnach höchstens als „beachtlich“, jedoch keineswegs als „verbindlich“ qualifiziert werden.

Auch wird der vom Patienten gewählte unübliche und mehrdeutige Wortlaut auf die Waagschale gelegt: Er setzt voraus, dass in seinem Fall die „neuesten Medizinerkenntnisse“ (die Frage lautet: Welche? Alle?) angewendet, aber in der Folge – wenn nicht wirksam – abgesetzt werden sollen.

Nichtsdestoweniger werden die gerade eingesetzten hochwirksamen und vielversprechenden Antiinfektiosa zur Erfüllung dieser Forderung akzeptiert, und man einigt sich auf einen Kompromiss dergestalt, dass nach einer Frist von 5-6 Tagen die endgültige Entscheidung zur Therapiereduktion fallen solle. Da die erhoffte Besserung nach dieser Frist ausbleibt, wird die Hämofiltration (Nierenersatz) am nunmehr 34. postoperativen Tag abgesetzt, und der Patient darf – wohl in tiefer Sedierung – im Einvernehmen mit der Familie sterben.

Mutmaßliche Psychologie hinter der PV

Für den konkreten Fallbericht von zentraler Bedeutung ist also eine PV, vom Patienten selbst verfasst, vier Jahre alt (damit noch vor der komplikationsbeladenen Lungenoperation). Dieses Vorgehen wirft auch ein bezeichnendes Licht auf seine damalige (präoperative) Verfassung, die von Skepsis gegenüber den Erfolgchancen der geplanten Operation geprägt ist, wie auch von einem Bedürfnis, alles alleine und ohne Dreinreden oder Mitwisserschaft von Dritten, vor allem der Familie, durchzustehen. Außerdem gewinnt man den Eindruck, dass seine Interessensbindung an die Kanzlei enger war als an die Familie.

Schlussfolgerung

Die (intensiv-)medizinische Betreuung ist hochkompetent, aber mit dem unaufhaltsamen

Niedergang des Patienten ins Multiorganversagen konfrontiert. Das Team pflegt die Kontakte zur „Familie“ regelmäßig und intensiv.

Die Erwähnung des Vorhandenseins einer PV wird zunächst als „mutmaßlicher Wille“ (ohne bindenden Handlungsbedarf bzgl. Therapiereduktion) gestuft, nach tatsächlicher Vorlage der PV und unter dem Einfluß eines Notars neu überdacht: Der Patient hatte durch seine Formulierung einen Kompromiss eingeräumt: Erst wenn trotz Anwendung „der neuesten Medizinerkenntnisse“ keine Besserung erzielt werden könne, habe die Therapieeinstellung zu erfolgen. Im Konsens mit der Familie wird dazu eine Sechstage-Frist eingeräumt. Die erhoffte Besserung bleibt aus, die Therapie wird um einen essentiellen Teil reduziert (Nierenersatz). Damit kann der – wohl tief sedierte – Patient „in Würde“ sterben, im Einklang mit seiner selbst verfaßten PV, mit der Familie, und ohne unnötige Einmischung von außen.

Die Art und Weise der Erstellung dieser „selbst gestrickten“ PV ist kritikwürdig und verhindert zum Teil deren Akzeptanz. Vielmehr bedurfte es in diesem Fall des guten Willens der Behandler, viel Verständnis für die Notsituation des Patienten und der Angehörigen aufzubringen, und dann im Sinne des Patienten zu handeln (siehe seine Äußerungen der Frustration während der Intensivtherapie).

Über die Sinnhaftigkeit der PV wird – ungeachtet der juristischen Verankerung – nach wie vor diskutiert. Hinzu stellen sich ausgehend vom Fallbericht zahlreiche Fragen wie: Sollen Vertrauenspersonen bei der Abfassung zugegen sein? Wer soll über den Aufbewahrungsort informiert sein? Soll sich ein Hinweis auf die Existenz einer PV in den persönlichen Papieren (z. B. Führerschein) befinden?

Am Rande des Falles zeigt sich, dass eine PV keine Garantie für eine reibungslose Kommunikation zwischen Patient, Angehörigen und Ärzten bietet.

Univ.-Prof. Dr. Friedrich Kummer

IMABE

Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
postbox@imabe.org