



Prof. Dr. Frank Erbguth

L A U T G E D A C H T

wegweiser zur umsetzung der patientenrechte

Patientenautonomie durch „Vollzug“ therapielimitierender Patientenverfügungen: Entwicklung einer generellen therapeutischen Abwärtsspirale bei kritisch Kranken?

1. Vorbemerkung

In den letzten Jahren sind Vorsorgeinstrumente wie Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen zunehmend ins Blickfeld der öffentlichen Diskussion geraten. Die Zahl von ca. 10% der Bevölkerung, die eine Patientenverfügung verfasst haben, steigt an. Dabei geht es so gut wie immer um im Voraus verfügte Unterlassungswünsche in Bezug auf medizinische Maßnahmen im Sinne der Therapiebegrenzung für den Fall einer wie auch immer definierten „schlechten Prognose“. Interessant ist, dass sich diese Einforderungen auf Unterlassung vor dem Hintergrund einer ebenfalls breiten Debatte um Ressourcenbegrenzung abspielen, angesichts derer man sich eher genötigt sehen könnte, auf einer Inanspruchnahme der maximal medizinischen Möglichkeiten zu bestehen. In der juristischen Sicht und den entsprechenden Urteilen (z.B. Bundesgerichtshof) wird einer therapiebegrenzenden Patientenverfügung mittlerweile ein hoher Verbindlichkeitsgrad zugemessen; sie wird als antizipierter Willen des Betroffenen verstanden. Eine „Zu widerhandlung“ seitens der Behandler durch Nicht-Vollzug des therapiebegrenzenden Unterlassungswunsches erfüllt demnach aus juristischer Sicht den Tatbestand der Körperverletzung. Entsprechende strafrechtliche und

Impressum

Im Letter LAUT GEDACHT stellen namhafte und erfahrene Experten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenrechte an. Der Letter erscheint unregelmäßig, in der >NÖ Edition Patientenrechte<, seit Juli 2001 auf www.patientenanwalt.com zum Download.

Herausgeber: NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, A 3109 St. Pölten, Rennbahnstrasse 29

Tel: 02742/9005-15575, Fax: 02742/9005-15660, E-mail: post.ppa@noel.gv.at

Für den Inhalt verantwortlich: Der Letter dieser Reihe repräsentiert jeweils die persönliche Meinung des Autors. Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Ein Obligo kann daraus nicht abgeleitet werden. Herausgeber und Autoren lehnen jede Haftung ab.

© Copyright: Dieser Letter und sein Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder auch nur auszugsweise Weiterverwendungen nur mit Zustimmung des Herausgebers. Zitate mit voller Quellenangabe sind zulässig.

zivilrechtliche Klagen bei nicht vollzogener verfügter Unterlassung sind zu erwarten und dürften kontroverse Diskussionen hervorrufen (Stichwort: „Überleben als Schaden“).

Die ethische Debatte bezweifelt weitgehend nicht den grundsätzlichen Wert einer therapiebegrenzenden Patientenverfügung, problematisiert aber die Frage der konkreten Umsetzung und der damit verbundenen notwendigen Prüfung und Feststellung, inwieweit die vom Betroffenen meist gemeinte prognostisch ungünstige Situation (z.B. bleibender Verlust des Bewusstseins) überhaupt eingetreten ist, in der eine therapiebegrenzende Verfügung wirksam sein soll.

Als Neurologe, der seit 24 Jahren im Rahmen der Neurologischen Intensivmedizin sowohl mit den Fragen zur „zerebralen“ Prognose als auch mit Fragen der Therapiebegrenzung bei schweren Gehirnschädigungen konfrontiert ist, registriere ich im praktischen medizinischen Umgang und in der Kommunikation mit schwer Erkrankten, deren Angehörigen und den Behandlern Veränderungen der Einstellungen und des Verhaltens in prognostisch unklaren Situationen am Behandlungsbeginn bei lebensbedrohlicher Gehirnerkrankungen im Zusammenhang mit verfügbaren Therapiebegrenzungen.

Zu fragen ist, wie sich die grundsätzlich begrüßenswerte Implementierung und Institutionalisierung von ethischen Instrumentarien und von Kodifizierungen von Ethik z.B. durch „ethische Leitlinien“ zur Beachtung von Patientenverfügungen oder im Rahmen so genannter „Verzicht-auf-Wiederbelebungs-Anweisungen“ („Do-not-resuscitate-Orders“; DNR-Orders) auf unseren Umgang mit kritisch Kranken auswirkt. Eine solche Betrachtung stellte eine Art „Meta-Ethik“ dar, die sich damit beschäftigen muss, welche ethischen Implikationen und Folgen die Anwendung von Ethik im Medizinalltag hat.

2. Die These

Die These, der ich mich widmen will lautet: *Es gibt einen wachsenden Druck von Angehörigen kritisch Kranker auf Ärzte, Therapiebegrenzungen durch Unterlassung bereits sehr früh zu vollziehen – ohne dass meiner Meinung nach die in einer Verfügung geäußerte Bedingung der hohen Wahrscheinlichkeit einer schlechten Prognose zu diesem Zeitpunkt schon feststeht. Die damit zu immer früheren Zeitpunkten eingeforderten Festlegungen von Ärzten auf eine günstige oder ungünstige Prognose führen bei initial negativen Prognoseeinschätzungen und daraus folgender Unterlassung therapeutischer Maßnahmen logischerweise zu ungünstigen Verläufen – meist dem Tode – der dann im Nachhinein die*

Patientenautonomie durch „Vollzug“ therapielimitierender Patientenverfügungen: Entwicklung einer generellen therapeutischen Abwärtsspirale bei kritisch Kranken?

Autor: Prof. Dr. Frank Erbguth

erschienen: Mai 2007

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

initial negative Prognose zu bestätigen scheint. Dieser Prozess könnte als „self-fulfilling-prophecy“ zu einer generellen Abwärtsspirale der therapeutischen Bemühungen führen.

Man kann es vielleicht auch einfacher formulieren: *Wenn man problematische und schwere Krankheitsverläufe durch frühe Therapiebegrenzungen aufgrund einer Patientenverfügung gar nicht mehr zulässt, bekommt man die überraschenden und guten Verläufe gar nicht mehr mit – weil schon zuvor nicht mit voller Kraft therapiert wurde - und sieht sich dann darin bestätigt, dass bestimmte Erkrankungen immer eine schlechte Prognose hätten, was die Unterlassungen im Nachhinein grundsätzlich zu rechtfertigen scheint.*

Der zweite Teil der These wäre, *dass kodifizierte Therapiebegrenzungen wie z.B. sogenannte DNR-Orders oder „Verzicht-auf-Wiederbelebung-Anordnungen“ zu dieser generellen Abwärtsspirale beitragen könnten, in dem sie als „Signale“ für geringere therapeutische Bemühungen wirken.*

3. Wahrnehmungen und Erfahrungen über die Auswirkungen von Patientenverfügungen auf den Umgang mit kritisch Kranken

Als ich vor 24 Jahren als Assistenzarzt neurologische Intensivmedizin gelernt habe, gab es im Klinikalltag keine kodifizierte oder institutionalisierte Ethikdebatte im Krankenhaus; welches Maß an Therapie angemessen sei, wurde intuitiv auf persönlicher Ebene entschieden, wurde den eigenen Wertvorstellungen überlassen, die allerdings stark eingebettet waren in ein Klima einer deontologischen Ethik, also Pflichtethik, nach dem Motto: „Leben erhalten um jeden Preis“. Es herrschte der Eindruck vor, dass eine Aufgabe dieses Prinzips eine Relativierung des Wertes menschlichen Lebens bedeuten könnte, mit der man sich auf einen ethisch und juristisch schlüpfrigen Pfad begeben würde. Rückblickend muss man sagen, dass zumindest juristisch diese Einstellung auch vor 24 Jahren schon lange nicht mehr gerechtfertigt war, da ja bereits vor über 100 Jahren das deutsche Reichsgericht entschieden hatte, dass eine aus medizinischer Sicht noch so sinnvolle Behandlung dann den Tatbestand der Körperverletzung darstelle, wenn sie vom Patienten nicht gewünscht würde (Deutsches Reichsgericht 1894: „...so gewiss ist derselbe Kranke auch befugt, der Anwendung jedes Heilmittels, seien es innerlich wirkende Medikamente, seien es äußere operative Eingriffe, rechtswirksame Weigerung entgegenzusetzen, auch wenn dies dem Arzt unvernünftig erscheint).

Patientenautonomie durch „Vollzug“ therapielimitierender Patientenverfügungen: Entwicklung einer generellen therapeutischen Abwärtsspirale bei kritisch Kranken?

Autor: Prof. Dr. Frank Erbguth

erschienen: Mai 2007

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Dennoch war das beschriebene „Klima“ stark vom ärztlichen Paternalismus geprägt; Unmut über sinnlose Maximaltherapien wurden von Angehörigen vielleicht gelegentlich geäußert, resultierte aber kaum in nachdrücklichen Unterlassungsforderungen.

Auch ich therapierte damals zugunsten des Lebenserhalts in Situationen, in denen ich intuitiv den Sinn dieser Therapien aus zwei Gründen bezweifelte:

- Erstens glaubte ich in vielen Fällen nicht, dass der Patient eine bestimmte Situation oder Konstellation der Gehirnerkrankung oder Gehirnschädigung überhaupt überleben würde und
- Zweitens glaubte ich, dass wenn ein Überleben doch möglich wäre, dies mit einer so massiv eingeschränkten Lebensqualität verbunden wäre, von der ich mir nicht vorstellen konnte, dass sie seitens des Betroffenen akzeptabel sein würde

Aber mich überraschten dann doch bei einer Reihe von Patienten die Resultate dieser unkritischen Maximalmedizin in wiederum zweierlei Hinsicht, dass nämlich

- erstens die rein medizinischen Verläufe und Resultate unerwartet gut wurden. Dabei standen mir lange Beobachtungszeiten zur Verfügung, da es anders als heute keine Phase-B-Rehabilitationskliniken gab, wohin die Patienten nach 14 Tagen verlegt wurden und aus meinem Blick verschwanden.
- und zweitens, selbst bei relativ schlechtem medizinischen Ergebnis – also z.B. schwerem Behinderungsgrad - die Akzeptanz durch die Betroffenen unerwartet hoch war.

So erinnere ich mich an eine 22 jährige Patienten mit einem ausgedehnten Hirnstamminfarkt, die sich in einem sogenannten locked-in-Syndrom befand und bei unbeeinträchtigt Großhirnfunktion nur noch Lid- und Augenbewegungen ausführen konnte. Wir hatten der Patientin mit einem der ersten PC's ein System gebastelt, mittels dessen sie sich mit ihren Lidbewegungen Texte generieren konnte. Wiederholte Fragen, ob wir denn ihre erneute Pneumonie wirklich weiter behandeln sollten, beantwortete sie monatelang mit einem entschiedenen „*Ja klar – ich will gerne weiterleben*“, was sie auch tat.

Patientenautonomie durch „Vollzug“ therapielimitierender Patientenverfügungen: Entwicklung einer generellen therapeutischen Abwärtsspirale bei kritisch Kranken?

Autor: Prof. Dr. Frank Erbguth

erschienen: Mai 2007

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Die damalige rechtfertigende Quintessenz meines Handelns lautete: *ich führe zwar viele im Nachhinein sinnlose und vielleicht auch gnadenlose Therapien durch, aber einigen wenigen nützt es und für die macht man das eben und für die lobnt es sich auch.*

Die Erwartungen zumindest der Angehörigen waren von dieser Einstellung nicht so ganz weit entfernt; ich führte 1988 eine Untersuchung zu Erwartungshaltungen von Angehörigen (N=185; Befragung innerhalb der ersten 24 Stunden nach Einlieferung des Patienten) auf „meiner“ damaligen neurologischen Intensivstation der Universität Erlangen-Nürnberg durch, die ergab, dass die Angehörigen nur selten an eine Therapielimitierung dachten und entsprechend eine aktive Therapie einforderten (4). So wurde die Frage 7 (*Denken Sie im Moment bei ihrem Angehörigen an Begrenzung der Behandlung und / oder Erlösung von Schmerzen und Leiden?*; 0 = gar nicht; 10 = sehr stark) mit einem Median von 2,2 beantwortet und die Frage 4 (*Erhoffen Sie im Moment für Ihren Angehörigen aktive Behandlung und maximale Therapie für ein Überleben?*; 0 = gar nicht; 10 = sehr stark) mit einem Median von 8,3 beantwortet.

Wie wäre diese Untersuchung heutzutage ausgefallen? Ich habe sie nicht explizit nochmals durchgeführt – aber ich habe bei 10 konsekutiven Angehörigenbefragungen vor kurzem den Eindruck gewonnen, dass sich die Präferenzen fast umgekehrt haben.

Aber nicht nur bei Angehörigen haben sich Einstellungen geändert – auch bei den Ärzten. Heute 18 Jahre nach dieser Untersuchung mache ich Chefvisite auf der Intensivstation – wir sind ethisch gut informiert und gewappnet, haben unter anderem klinikeigene Ethikempfehlungen, die hohen Respekt vor Patientenverfügungen verlangen und eine mobile Ethikberatung. Wir stehen am Bett eines 64-jährigen Patienten mit einer mittelgroßen Blutung im Gehirnstamm, die er vor 2 Tagen erlitten hatte. Er ist bewusstlos, intubiert und wird künstlich beatmet. Die Diskussion am Krankenbett ist geprägt von der Frage, wie weit man angesichts zunehmender Kreislaufprobleme bei der Therapie denn noch gehen sollte, weil

1. sowohl die medizinische Indikation z.B. zur Weiterbeatmung angesichts einer offensichtlich schlechten Prognose fraglich sei und zudem

Patientenautonomie durch „Vollzug“ therapielimitierender Patientenverfügungen: Entwicklung einer generellen therapeutischen Abwärtsspirale bei kritisch Kranken?

Autor: Prof. Dr. Frank Erbguth

erschienen: Mai 2007

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

2. Angehörige ja bereits signalisiert hätten, dass man davon ausgehe, dass der Patient einen aus der Behandlung eventuell resultierenden schweren Behinderungsgrad sicherlich nicht gewollt hätte.

Ich spüre andere Impulse: will sagen, man muss abwarten, zwar sieht die Prognose im Moment wirklich nicht gut aus, aber am 3. Tag bin ich mir da noch sehr unsicher – ich jedenfalls habe Patienten gesehen und erlebt, die aus einer solchen Konstellation in einem bemerkenswert guten Zustand herausgekommen sind. Damit halte ich die Bewertungsgrundlage für noch nicht erreicht, in der ich überhaupt entscheiden könnte, ob die vom Patienten gemeinte Entwicklung einer schweren Behinderung prognostisch schon sicher abzusehen ist.

Meiner Erfahrung wird von jüngeren Kollegen dann oft entgegengehalten, solche positiven Entwicklungen kenne man eigentlich nicht und habe sie nicht erlebt.

Dies liegt wahrscheinlich daran, dass Patienten mit solchen und ähnlichen Krankheitskonstellationen tatsächlich oft in den ersten 14 Tagen versterben entweder (1) wegen der Massivität der Schädigung oder (2) weil aufgrund von therapiebegrenzenden Patientenverfügungen die Therapie gar nicht erst mit voller Kraft gefahren wurde. Die Patienten aber, die diese Phase lebend überstanden haben, „verschwinden“ in eine Früh-Rehabilitationsklinik, wo bestenfalls nach Wochen ein Arztbrief über das weitere Schicksal berichtet – ein gutes Behandlungsergebnis wird jedenfalls nicht mehr sinnlich von den initialen Behandlern persönlich erlebt.

Diese Wahrnehmungen bereiten mir Unbehagen und deuten darauf hin, dass die ethische Debatte mit ihren relativierenden Rücksichtnahmen auf Patientenverfügungen und Einführung ethischer Kodifizierungen wie z.B. die Aufstellung von DNR-Orders bei schwersten Erkrankungssituationen potentiell gute Krankheitsverläufe seltener zulässt, was dann die Einschätzung unterstützt, dass solche positiven Verläufe praktisch unwahrscheinlich sind. Man wäre dann einer self-fulfilling prophecy aufgesessen – in Gang gesetzt durch eine „ethical correctness“.

Versucht man diese subjektiven Wahrnehmungen in Einzelfällen mittels systematischer empirischer Daten zu belegen, finden sich durchaus Studien, die die genannte These stützen und damit gutes Material für eine fundiertere Debatte liefern.

Patientenautonomie durch „Vollzug“ therapielimitierender Patientenverfügungen: Entwicklung einer generellen therapeutischen Abwärtsspirale bei kritisch Kranken?

Autor: Prof. Dr. Frank Erbguth

erschienen: Mai 2007

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

4. Empirische Studien bei lebensbedrohlichen Schlaganfällen

4.1. Self-fulfilling prophecies

Die Neurologin Kira Becker von der Washington University in Seattle ist der Frage der Self-fulfilling prophecies in einer bereits 2001 publizierten Studie (2) einmal nachgegangen und hat 87 konsekutive Patienten mit intrazerebralen Blutungen retrospektiv analysiert – auch hinsichtlich im wahren klinischen Alltagsleben praktizierter Therapiebegrenzungen und -abbrüche. Dabei wurden vor allem prognostischen Prädiktoren (radiologischer und klinischer Befund wie Blutvolumen, Lokalisation, Mittellinienverlagerung, Ventrikeleinbruch, Alter, Komorbidität, Glasgow-Coma-Scale, Therapiebegrenzung) untersucht. Die Frage der Studie war: *Führt eine Aussichtslosigkeits-Annahme („Futility“) im Kontext ethikorientierter Kommunikation mit Angehörigen bei ICB zu früher(er) Therapiebegrenzung und somit zur vorhergesagten schlechten Prognose im Sinne der „self-fulfilling prophecy“*. Befragt wurden außerdem die in die Therapie involvierten Neurologen und Neurochirurgen nach ihren Einschätzungen der Prognose (Aussichtslosigkeit, Aggressivität der Therapie) anhand der o.g. Prognoseparameter und vier realer Fallvignetten.

Bei den untersuchten Patienten betrug die Gesamtsterblichkeit 35% (N=30); bei einem GCS-Wert <8 und einem Blutvolumen >60 ccm betrug sie 66,7%. Es bestand eine Korrelation des Blutvolumens mit dem GCS-Wert. Sterblichkeitsprädiktoren waren der initiale GCS-Wert und trendmäßig das Lebensalter. Eine Therapiebegrenzung war bei 76,7% der 30 Gestorbenen (fast immer durch „terminale Extubation“) zur Anwendung gekommen. Die Latenz zwischen der limitierenden Entscheidung und dem Tod betrug 7,5 Stunden. Die negative Prognose wurde in der Regel sehr früh im Behandlungsverlauf ausgesprochen: so betrug die Liegenzeit bei den „therapiebegrenzten“ Patienten lediglich 2 Tage. Nach initial durchgeführten operativen Hämatomausräumungen (für deren Durchführung gab es keine eindeutigen Bedingungsprädiktoren) wurden weniger Therapiebegrenzungen durchgeführt; damit führte offensichtlich eine initiale intuitiv beschlossene therapeutische Aggressivität zu weniger Therapiebegrenzungen in der Folge des Behandlungsverlaufs. Bei der Befragung ergab sich, dass reale positive Prognosen durch initiale Beurteilungen oft unterschätzt wurden vor allem in Fällen, in denen die Hämatomgröße >60 ml und der GCS-Wert <8

Patientenautonomie durch „Vollzug“ therapielimitierender Patientenverfügungen:

Entwicklung einer generellen therapeutischen Abwärtsspirale bei kritisch Kranken?

Autor: Prof. Dr. Frank Erbguth

erschienen: Mai 2007

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

waren. Negative Prognosen waren abweichend von den zuvor erhobenen „objektiven“ Prädiktoren eher überschätzt worden. Beispielsweise waren von den 26 Patienten mit einer Hämatomgröße >60ml und einer GCS <8 sechs Patienten nur mäßig und wenig behindert; bei den 20 Verstorbenen war bei 14 zuvor eine Therapiebegrenzung wirksam geworden und der Tod innerhalb von 2 Tagen eingetreten. Aus diesen Daten folgert die Autorin, dass eine schlechte Prognose (Aussichtslosigkeit = „futility“) „zu oft“ vermutet wird und in der Folge zur Bestätigung des limitierenden therapeutischen Vorgehens führt. Damit generiere die Entscheidungspraxis unter Berücksichtigung ethischer Überlegungen im Gespräch mit den Angehörigen intuitive und generalisierte Prognosemodelle im Sinne der „self-fulfilling-prophecy“. Kritisch ist zu dieser Studie und ihrer Schlussfolgerung allerdings anzumerken, dass eine solche Aussage methodisch schwer zu belegen ist und die Studie bestenfalls diese Schlussfolgerungen nahe legt, sie aber nicht beweist. Es wird eine Konstellation beschrieben, in der kausale Beziehungen angesichts multipler Variablenabhängigkeiten schwer zu analysieren sind.

4.2. Do not resuscitate orders (Verzicht auf Wiederbelebungen)

Es ist zu beobachten, dass im Klinikalltag zunehmend „Verzicht-auf-Wiederbelebungs-Entscheidungen“ (DNR-Orders) getroffen werden, auch im Blick auf eine Vermeidung „ungewollter“ – weil nicht medizinisch indizierter oder weil nicht vom Patienten gewollter - kardiopulmonaler Reanimationen durch Ärzte, die in einer hypothetischen Notfallssituation z.B. während des Nachtdienstes wenig Kenntnisse über einen konkreten Patienten haben. In einigen Studien wurde untersucht, inwieweit sich eine ausgesprochene DNR-Order auf das allgemeine Vorgehen bei entsprechenden Patienten auswirkt (1, 7, 8, 9, 10). Zwar wurden nach Risikoadjustierung meist keine generellen Unterschiede in der Sterblichkeit von Patienten mit und ohne DNR-Order gefunden, allerdings lag bei Schlaganfallpatienten die risikoadjustierte Sterblichkeit bei vorhandener DNR-Order um 21% höher bei früh ausgesprochener DNR bzw. um 25% höher bei später ausgesprochener DNR gegenüber Patienten ohne DNR (3, 7, 8).

Claude Hemphill und Kollegen untersuchten, ob bei Patienten mit Hirnblutungen die Anwendung einer DNR-Order das „Outcome“ beeinflussen würde (5). Retrospektiv analysiert wurden in den

Patientenautonomie durch „Vollzug“ therapielimitierender Patientenverfügungen: Entwicklung einer generellen therapeutischen Abwärtsspirale bei kritisch Kranken?

Autor: Prof. Dr. Frank Erbguth

erschienen: Mai 2007

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Jahren 1999 und 2000 8233 Patienten in 234 Krankenhäusern in Kalifornien mittels einer multivariaten Statistik. Die Häufigkeit, mit der DNR-Orders bei Hirnblutungspatienten ausgesprochen wurden, variierte zwischen den Krankenhäusern erheblich und lag zwischen 0% und 70%. Eine 10% höhere DNR-Order-Rate in einem Krankenhaus erhöhte die Sterbewahrscheinlichkeit bei gleichem Erkrankungsschweregrad (case-mix) hochsignifikant um 13% ($p < 0.001$). Damit erwies sich eine DNR-Order in den ersten 24 Stunden unabhängig von anderen patienten-individuellen Faktoren als Risikofaktor der Sterblichkeit. Interessant war, dass es in der DNR-Order-Gruppe definitions- und erwartungsgemäß kaum zu kardiopulmonalen Reanimationen gekommen war, dass aber auch in der „Nicht-DNR-Order-Gruppe“ kaum Reanimationen durchgeführt wurden (die konkrete Zahl wird allerdings in der Publikation nicht genannt). Damit kann der Sterblichkeitsunterschied nicht wie es auf den ersten Blick nahe liegen mag, durch die unterschiedlichen Wiederbelebungshäufigkeiten in beiden Gruppen erklärt werden. Schlussfolgern lässt sich, dass ein häufiger Gebrauch von DNR-Orders offensichtlich mit einer geringeren diagnostischen und therapeutischen „Aggressivität“ bzw. einem geringerem therapeutischen Bemühen verbunden ist. Damit könnte eine DNR-Order eventuell als „Surrogatparameter“ für eine generell zurückhaltende therapeutische Einstellung bei problematischer Prognose im Sinne der „self-fulfilling-prophecy“ wirken und eine allgemeine negative therapeutische Signalwirkung ausüben ((11). Kritisch müssen auch in dieser Studie methodische Probleme gesehen werden, da wichtige Detailaussagen fehlen (u.a. zur Prognose der Überlebenden mit und ohne DNR). In einer englischen Studie 2006 wurde ebenfalls der Hypothese nachgegangen, ob die Anwendung einer DNR-Order den Therapieprozess bei Schlaganfallpatienten beeinflussen würde (6). Retrospektiv wurden zufällig ausgewählte 702 Patienten von 7 Krankenhäusern mit Stroke Unit hinsichtlich Case mix, Versorgungsintensität, DNR-Order und Outcome untersucht. Bei 34% war eine DNR-Order ausgesprochen worden; bei diesen Patienten lag die 30-Tage-Sterblichkeit mit 67% deutlich höher als die bei Patienten ohne DNR-Order (10%). Allerdings bestand erwartungsgemäß bei der DNR-Order-Gruppe ein deutlich schlechterer case-mix (wach waren nur 36% vs. 79%). Dennoch zeigte eine statistische Regressionsanalyse unter Einbeziehung aller Risikofaktoren der Sterblichkeit, dass die Aufstellung einer DNR-Order den stärksten unabhängigen Sterblichkeitsprädiktor darstellte.

Patientenautonomie durch „Vollzug“ therapielimitierender Patientenverfügungen:

Entwicklung einer generellen therapeutischen Abwärtsspirale bei kritisch Kranken?

Autor: Prof. Dr. Frank Erbguth

erschienen: Mai 2007

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

5. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

- Im klinischen Alltag zeigt sich bei neurologischen Intensivpatienten zunehmend, dass bereits Frühinterventionen oft von Angehörigen abgelehnt werden mit dem Hinweis auf die „Möglichkeit“ der Entwicklung eines in der Patientenverfügung gemeinten „nicht gewollten“ schlechten Zustandes, obwohl zu diesem Zeitpunkt noch nicht klar ist, wie hoch auch die Chancen für eine gute Prognose sind. Bevollmächtigte Angehörige fühlen sich dabei oft unter Druck, den Unterlassungswillen des Patienten früh im Therapieprozess durchzusetzen.
- Verbunden mit dem „Auftrag“ aus der therapiebegrenzenden Patientenverfügung kommt bei Angehörigen oft ein „Machbarkeitsanspruch“ hinsichtlich „Heilen“ versus „Sterben“ (Zitat „ .. *entweder gesund oder schnell tot* ..) zum Ausdruck. Die Folge: wird von den Ärzten aus fehlender medizinischer Indikation heraus oder unter Vollzug eines verfügten Unterlassungswunsches auf eine lebenserhaltende Therapie verzichtet, stabilisiert sich mancher Patient wider Erwarten und die Behandler sehen sich der Einforderung auf einen schnellen Tod ausgesetzt, den der Betroffene doch gewollt habe. Auf der Strecke bleibt die Bereitschaft zum „Abwarten“ und zur Geduld in problematischen und prognostisch unklaren lebensbedrohlichen Situationen.
- Steht bei Gehirnerkrankungen die medizinische Indikation einer invasiven Maßnahme zunächst nicht zur Disposition, wird diese aber aufgrund einer verfügten Therapiebegrenzung unterlassen, entwickelt sich bei den Therapeuten die Erfahrung einer vermeintlichen Aussichtslosigkeit dieser Erkrankungskonstellation, womit zukünftig bereits die medizinische Indikation dieser Maßnahme zur Disposition steht. Unterstützt wird diese Entwicklung durch den zunehmend arbeitsteiligen Therapieprozess: die Prognose- und Aussichtslosigkeitseinschätzung wird vom Akutmediziner getroffen, der die guten Verläufe nicht mehr zu Gesicht bekommt, weil diese nur noch der Rehabilitationsarzt im späteren Verlauf sieht. Abstrakter formuliert: durch die zunehmende Nicht-Zulassung prognostisch schwieriger Krankheitsverläufe werden überraschend gute Verläufe kaum mehr auftreten und wahrgenommen. Im Sinnes einer self-fulfilling prophecy generieren damit intuitive negative

Patientenautonomie durch „Vollzug“ therapielimitierender Patientenverfügungen:

Entwicklung einer generellen therapeutischen Abwärtsspirale bei kritisch Kranken?

Autor: Prof. Dr. Frank Erbguth

erschienen: Mai 2007

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Prognosemodelle im Zusammenhang mit limitierenden Patientenverfügungen „objektive“ negative medizinische Prognoseprädiktoren.

- „DNR-Orders“ können beim Schlaganfall und anderen schweren Gehirnerkrankungen therapielimitierende Signalwirkung über ihren eigentlichen Geltungsbereich der kardiopulmonalen Reanimation hinaus haben.
- Die genannten Probleme bedeuten nicht, dass etwa Patientenverfügungen und DNR-Orders generell abzulehnen sind; sie stellen wichtige Instrumente und Hilfsmittel der Patientenautonomie und der Findung der angemessenen Therapie dar. Allerdings müssen Erfahrungen mit ihrer Anwendung wissenschaftlich empirisch begleitet und erforscht werden, um im Sinne einer „Meta-Ethik“ ihren Einfluss auf ethische und medizinische Entscheidungsprozesse zu beschreiben und zu verstehen.

Quelle: Zeitschrift „Dr. Mabuse“

6. Literatur

- (1) Baker DW, Einstadter D, Husak S, Cebul RD. Changes in the use of do-not-resuscitate orders after implementation of the Patient Self-Determination Act. J Gen Intern Med. 2003; 18:343-349.
- (2) Becker KJ, Baxter AB, Cohen WA, Bybee HM, Tirschwell DL, Newell DW, Winn HR, Longstreth WT Jr. Withdrawal of support in intracerebral hemorrhage may lead to self-fulfilling prophecies. Neurology. 2001; 56:766-772.
- (3) Bestue Cardiel M, Ara JR, Martin Martinez J. Do not resuscitate orders in patients with acute stroke. What circumstances decide their use? Med Clin 2002; 118:170-173.
- (4) Erbguth F, Kilian KD, Treig T. Einstellungen von Patientenangehörigen zur Behandlungssituation auf der neurologischen Intensivstation. Vortrag au dem 7. Arbeitstreffen der Arbeitsgemeinschaft "Neurologische Intensivmedizin"; München, 25.1.1990
- (5) Hemphill JC 3rd, Newman J, Zhao S, Johnston SC. Hospital usage of early do-not-resuscitate orders and outcome after intracerebral hemorrhage. Stroke 2004; 35:1130-1134.
- (6) Mohammed MA, Mant J, Bentham L, Stevens A, Hussain S. Process of care and mortality of stroke patients with and without a do not resuscitate order in the West Midlands, UK. Int J Qual Health Care. 2006; 18:102-106.

Patientenautonomie durch „Vollzug“ therapielimitierender Patientenverfügungen:

Entwicklung einer generellen therapeutischen Abwärtsspirale bei kritisch Kranken?

Autor: Prof. Dr. Frank Erbguth

erschienen: Mai 2007

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

- (7) Shepardson LB, Youngner SJ, Speroff T, O'Brien RG, Smyth KA, Rosenthal GE. Variation in the use of do-not-resuscitate orders in patients with stroke. Arch Intern Med 1997; 157:1841-1847.
- (8) Shepardson LB, Youngner SJ, Speroff T, Rosenthal GE. Increased risk of death in patients with do-not-resuscitate orders. Med Care 1999; 37:727-737.
- (9) Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S, Ledoux D, Lippert A, Maia P, Phelan D, Schobersberger W, Wennberg E, Woodcock T; Ethicus Study Group. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. JAMA 2003; 290:790-797.
- (10) Tabak YP, Johannes RS, Silber JH, Kurtz SG. Should Do-Not-Resuscitate status be included as a mortality risk adjustor? The impact of DNR variations on performance reporting. Med Care 2005; 43:658-666.
- (11) Wilkinson HA. Hope, false hope, and self-fulfilling prophecy. Surg Neurol 2005; 63:84-86.

**Patientenautonomie durch „Vollzug“ therapielimitierender Patientenverfügungen:
Entwicklung einer generellen therapeutischen Abwärtsspirale bei kritisch Kranken?**

Autor: Prof. Dr. Frank Erbguth

erschienen: Mai 2007

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.

Über den Autor: Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Frank Erbguth

- Geboren 1956 in Hof an der Saale, Bayern
- Bis 1982 Studium der Medizin (Staatsexamen und Approbation als Arzt) und Psychologie (Dipl. Psych.) an der Friedrich-Alexander-Universität (FAU) Erlangen-Nürnberg mit Praktika u.a. in Arusha/Tansania.
- Weiterbildung in der Neurologischen, Psychiatrischen und Neurochirurgischen Klinik der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg. Facharzt für Neurologie sowie Facharzt für Psychiatrie. Zusatzbezeichnungen: Neurologische Intensivmedizin, Geriatrie in der Neurologie
- 1988 Aufbau einer Dystonie-/ Botulinumtoxin-Ambulanz
- Ab 1994 Oberarzt und ab 1998 C3-Professor an der Neurologischen Klinik der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
- Seit Mai 2001 Leitender Arzt der Neurologischen Klinik des Klinikums Nürnberg (88 Betten) einschließlich „Stroke Unit“
- Forschungs- und klinische Schwerpunkte: Zerebrovaskuläre Erkrankungen, Neurologische Intensivmedizin, Entzündungs- und Infektionserkrankungen des Nervensystems, Bewegungsstörungen und Botulinumtoxin, Medizingeschichte und Medizinethik
- Berufungen in unterschiedliche nationale und internationale Fachgremien, wissenschaftliche Beiräte und Kommissionen u.a. Regionalbeauftragter der „Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe“, Vorstandsmitglied der „Deutschen Gesellschaft für Neurologische Intensiv- und Notfallmedizin“, Fachauditor für die Zertifizierung von „Stoke Units“ für die „Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft“, Ärztlicher und wissenschaftlicher Beirat der „Deutschen Dystonie Gesellschaft“ und des „Bundesverbandes Torticollis e.V.“, Mitglied des Arbeitskreis „Palliativmedizin“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie.
- Autor und Koautor vielfältiger nationaler und internationaler Buchbeiträge und wissenschaftlicher Publikationen zu den Schwerpunkten
- (Mit-) Herausgeber mehrerer Bücher; zuletzt: Günnewig Th. und Erbguth F: Praktische Neurogeriatrie. Kohlhammer, Stuttgart 2006.

Anschrift:

Breslauerstraße 201 – D-90471 Nürnberg, Tel.: 0911-398-2491 – E-Mail: erbguth@klinikum-nuernberg.de

Patientenautonomie durch „Vollzug“ therapielimitierender Patientenverfügungen:**Entwicklung einer generellen therapeutischen Abwärtsspirale bei kritisch Kranken?**

Autor: Prof. Dr. Frank Erbguth

erschienen: Mai 2007

© Alle Beiträge in LAUT GEDACHT stellen jeweils die persönlichen Meinungen der Autoren dar und sind urheberrechtlich geschützt.