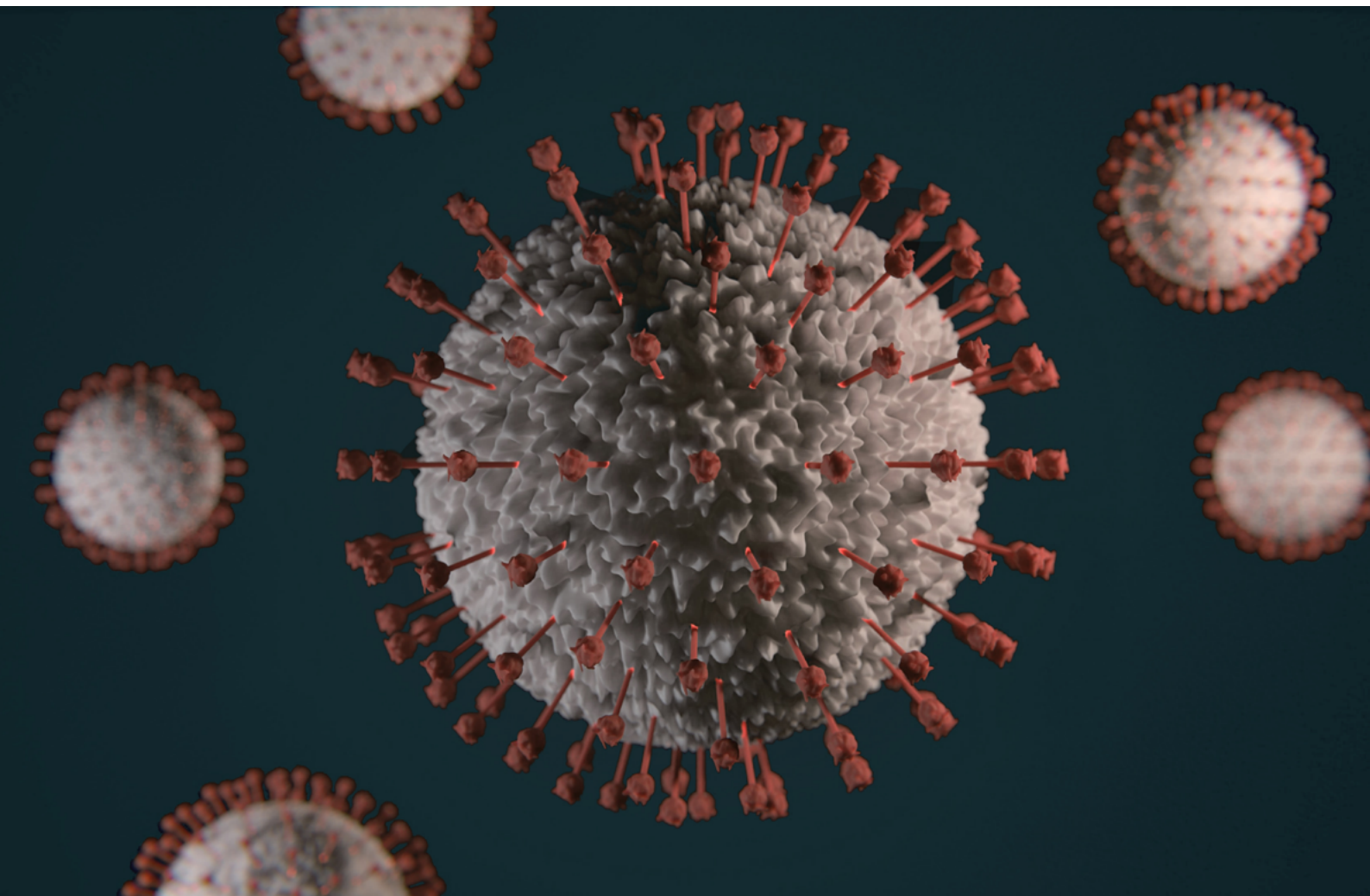


PLÄDOYER FÜR EINE KRITISCH-RATIONALE MEDIZIN

Patientenautonomie in der Krise

Florian Chefai, Sophie Strobl, Dr. Michael Schmidt-Salomon, Dr. David Bardens, Prof. Dr. Dr. Eric Hilgendorf, Prof. Dr. Franz Josef Wetz



Ziel jeder ärztlichen Entscheidung sollte die rechtskonforme Wahrung der Patientenautonomie sein. In der aktuellen Corona-Pandemie braucht es dafür nicht nur eine juristisch und ethisch vertretbare Handlungsleitlinie zu Triage-Situationen, um eine unzulässige Unterversorgung zu vermeiden. Es braucht ebenso eine kritisch-rationale Auseinandersetzung mit der Frage, wie eine Übertherapie am Lebensende verhindert werden kann, wenn intensivmedizinische Maßnahmen dem aufgeklärten Patienteninteresse entgegenstehen.

Weltweit ist ein Anstieg von Infektionen mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2 und der damit einhergehenden Atemwegserkrankung COVID-19 zu verzeichnen. Mit drastischen Maßnahmen wie Kontaktsperren, Abstandsregeln und Schulschließungen wird derzeit versucht, die Zahl der Neuinfektionen zu verringern, um eine drohende Überlastung der Gesundheitssysteme zu verhindern. In einigen Regionen Italiens und Frankreichs hatte sich die Lage jedoch bereits so weit zugespitzt, dass die Anzahl der vorhandenen Intensivbetten und Beatmungsgeräte nicht mehr ausreichen, um alle akut erkrankten Patienten mit lebensrettenden Behandlungsmaßnahmen zu versorgen.

Auch in Deutschland könnte es im schlimmsten Fall zu einer Unterversorgung mit Beatmungsgeräten, zu einer Knappheit von qualifiziertem Personal sowie zu Lieferengpässen notwendiger Medikamente kommen. Zwar ist es angesichts der derzeit sinkenden Infektionsrate unwahrscheinlich, dass dieses Worst-Case-Szenario eintreten wird. Trotz umfangreicher Bemühungen, die bestehenden Kapazitäten auszubauen, kann jedoch nicht völlig ausgeschlossen werden, dass bei einer gravierenden Zuspitzung der Lage zu wenig intensivmedizinische Ressourcen für zu viele Patienten zur Verfügung stehen werden. Sollte dieser Fall eintreten, müsste bei einer sogenannten "Triage" entschieden werden, wie und bei wem eine lebensrettende Behandlung priorisiert wird.

Solche dramatischen Entscheidungen über Leben und Tod stellen nicht nur eine enorme psychische Belastung für Patienten, Angehörige und Ärzte dar, sie sind auch eine Herausforderung für Recht und Ethik.

Der Wille des Patienten zählt

In der bisherigen Diskussion über Triage-Szenarien¹ ist allerdings ein entscheidender Punkt in den Hintergrund getreten: Nicht die bedingungslose Rettung oder Verlängerung von Leben sollte das vorrangige Ziel des ärztlichen Handelns sein. Vielmehr gilt es, eine medizinische Versorgung zu gewährleisten, die dem Willen der Patienten entspricht und zu ihrem Wohl beiträgt. Falls keine realistische Aussicht auf ein Leben außerhalb der Intensivstation besteht oder der Sterbeprozess bereits begonnen hat, ist grundsätzlich von strapazierten Behandlungen abzusehen, die für die Betroffenen nur zusätzliches Leiden bedeuten würden.

In akuten Notfallsituationen können eine sorgfältige Anamnese und Aufklärung jedoch nicht immer stattfinden. Ebenso ist nicht garantiert, dass der Patient vor oder während der Behandlung einwilligungsfähig ist. Es ist daher wichtig, den eigenen Willen bereits vor dem Eintreten einer solchen Situation vorsorglich in einer Patientenverfügung zu dokumentieren, um einer Über- beziehungsweise Untertherapie vorzubeugen. Damit die Patientenverfügung bei Bedarf tatsächlich handlungsleitend werden kann, muss sie so unmissverständlich wie möglich formuliert sein.² Ansonsten besteht die Gefahr, dass Angehörige, rechtliche Vertreter oder Ärzte eine Entscheidung treffen, welche den Wünschen des Patienten nicht entsprochen hätte. Bisherige Erfahrungen weisen darauf hin, dass Stellvertreterentscheidungen vergleichsweise häufig zu künstlichen Beatmungen und Intensivbehandlungen am Lebensende führen.³

Vor allem ältere Menschen stellen die Hochrisikogruppe für einen schweren Krankheitsverlauf von COVID-19 dar und haben bei einer invasiven Beatmung die statistisch geringeren Erfolgsaussichten. Sie sollten sich daher lieber früher als später mit der Frage auseinandersetzen, ob und wie sie im Falle einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes behandelt werden möchten. Viele von ihnen ziehen mit fortschreitendem Lebensalter die palliativmedizinische Versorgung einer künstlichen Beatmung und eventuellen Wiederbelebungsmaßnahmen vor. Besonders wenn eine Rückkehr in den selbstbestimmten Alltag höchst unwahrscheinlich wäre und die Lebensqualität gemäß der eigenen Würdevorstellung leidet, würden sich ältere Menschen oft gegen einen intensivmedizinischen Eingriff entscheiden. Selbst wenn dies ihren sicheren Tod bedeutet, haben sie zu jeder Zeit das unverbrüchliche Recht, eine Behandlung abzulehnen.

In dieser Hinsicht wurde die klinisch-ethische Empfehlung der medizinischen Fachgesellschaften in ihrer aktualisierten Version verbessert. Sie stellt nun klar, dass Vorerkrankungen, kalendarisches Alter, soziale Aspekte und Behinderungen keine grundsätzlichen Ausschlusskriterien für eine intensivmedizinische Versorgung darstellen, sondern allein hinsichtlich ihrer tatsächlich bestehenden Bedeutung für die klinische Erfolgsaussicht der Therapie zu berücksichtigen sind. Zudem heißt es: "Patienten, die eine Intensivtherapie ablehnen, werden nicht intensivmedizinisch behandelt. Dies kann auf der Grundlage des aktuellen, vorausverfügbaren (z. B. in einer Patientenverfügung), früher mündlich geäußerten oder mutmaßlichen Willens erfolgen. Der Wille kann vom Patienten selbst oder durch seinen rechtlichen Stellvertreter zur Geltung gebracht werden."⁴

Damit der Patientenwille wirklich zur Geltung gebracht werden kann, ist eine gemeinsame Übereinkunft zwischen Patient und Arzt erforderlich. Das entscheidende Stichwort lautet "partizipative Entscheidungsfindung" (Shared Decision Making),

welche den Patienten dazu ermächtigt, selbst über den weiteren Behandlungsverlauf bestimmen zu können. Die aktive Patientenbeteiligung trifft in der klinischen Alltagspraxis jedoch immer wieder auf Schwierigkeiten, da sie eine Abkehr vom traditionellen Arzt-Patienten-Verhältnis bedeutet. Statt den Patienten partnerschaftlich in die Therapiewahl einzubeziehen, gestaltet sie sich nämlich in vielen Fällen paternalistisch und direktiv. Dabei sind die Vorzüge einer partizipativen Einbindung des Patienten in Behandlungsentscheidungen inzwischen hinreichend belegt: Internationale Reviews bestätigen, dass Patienten informierter sind, realistischere Erwartungen an die Behandlung haben und sich stärker in ihren Wünschen und Ängsten wahrgenommen fühlen.⁵

Beatmungsgeräte sind kein Allheilmittel

Eine selbstbestimmte Entscheidung für oder gegen eine medizinische Maßnahme setzt Wissen über ihre Chancen und Risiken voraus. In der Corona-Krise betrifft dies vor allem die Nützlichkeit und Angemessenheit einer intensivmedizinischen Behandlung. Aufgrund der Neuartigkeit der COVID-19-Erkrankung fehlen jedoch bislang ausreichende Forschungsdaten und Erfahrungswerte im Umgang mit Therapien, um Patienten optimal behandeln zu können. Dies erschwert eine genaue Einschätzung der Erfolgsaussichten und damit auch des medizinischen Sinns einer Behandlung.

Inzwischen gibt es jedoch Hinweise, dass insbesondere die invasive Beatmung alles andere als ein Allheilmittel ist: Normalerweise liegen die Überlebenschancen bei einer Intubation zwischen 50 und 70 Prozent.⁶ Sie korrelieren allerdings negativ mit dem Patientenalter und der Beatmungsdauer⁷, die in COVID-19-Fällen deutlich länger als gewöhnlich ausfällt.⁸ Zu den möglichen Komplikationen zählen nicht nur zusätzliche Lungeninfektionen, eine verminderte Herzleistung und Beeinträchtigungen der

Leber- und Nierenfunktion, sondern auch Schädigungen der Lunge durch den Überdruck oder einer zu hoch eingestellten Sauerstoffkonzentration der zugeführten Luft. Hinzu kommt die Gefahr, Organschäden, Muskelschwund durch verlängerte Ruhigstellung⁹ sowie psychische Folgen wie das Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zu erleiden.¹⁰ Der Genesungsprozess gestaltet sich oft lang und schwierig. Selbst nach Entlassung aus dem Krankenhaus sind die Patienten bei Bewältigung ihres Alltags häufig auf die Hilfe anderer angewiesen.¹¹

Im Zuge der derzeitigen Corona-Pandemie werden aus bisher nicht hinreichend geklärten Gründen noch sehr viel höhere Sterblichkeitsraten von künstlich beatmeten Patienten als im Allgemeinfall gemeldet.^{12,13} Studien und offiziellen Berichten zufolge überleben nur etwa 10 bis 30 Prozent eine invasive Beatmung infolge einer schweren COVID-19-Erkrankung.^{14,15} Vor allem bei älteren Patienten sind die Überlebenschancen erschreckend gering: So starben in New York 97,2 Prozent der Über-65-Jährigen, die invasiv beatmet worden waren.¹⁶ Lungenfachärzte raten daher vermehrt dazu, die bisherige Behandlungspraxis zu hinterfragen.¹⁷ Sie empfehlen, vor dem Übergang zu einer invasiven Beatmung, die gesamte Palette der zur Verfügung stehenden nicht-invasiven Behandlungsmethoden auszuschöpfen, um weitere Lungenschäden zu vermeiden und die Überlebenschancen der Patienten möglicherweise zu erhöhen.

Bei der *Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin* sieht man trotz alledem keinen Anlass, die bisherige Behandlungspraxis zu überdenken. Auf Anfrage des Magazins *Monitor*, wie hoch in Deutschland der Prozentsatz der nach einer Intubation verstorbenen Patienten ist, teilt man mit, dies sei "völlig irrelevant, da nicht die Intubation als solche bedeutsam ist, sondern die Schwere der Erkrankung des Patienten, die zu der Erfordernis einer Intubation und Beatmung geführt hat".¹⁸

Dass dem tatsächlich so ist, darf bezweifelt werden. Zwar muss sich eine Behandlung an der Schwere der Erkrankung des Patienten orientieren. Daraus folgt aber nicht, dass die Sterberate "völlig irrelevant" wäre. Schließlich ist es ganz entscheidend, in Erfahrung zu bringen, wie viele Patienten von einer invasiven Beatmung profitieren konnten und welche Faktoren dafür von Bedeutung waren. Erst dann lässt sich der Nutzen einer Therapie und damit auch ihre individuelle Zumutbarkeit faktenbasiert beurteilen. Sollte sich herausstellen, dass andere Behandlungsmethoden zu besseren Ergebnissen führen, sind sie einer invasiven Beatmung vorzuziehen. Eine Korrektur des bisherigen Handelns erst gar nicht zu erwägen, gefährdet dagegen das Patientenwohl.

Die Stunde der kritisch-rationalen Medizin

Nur selten zuvor war es so offensichtlich, wie sehr das Wohl der Patienten von der wissenschaftlichen Expertise ihrer Ärzte abhängt. Medizinische Entscheidungen können nämlich nur dann verantwortungsvoll getroffen werden, wenn sie den aktuellen Stand der Forschung berücksichtigen und sich an der Realität messen lassen. Diagnosen und Therapien stützen sich auf Hypothesen, die grundsätzlich überprüfbar und falsifizierbar sein müssen.¹⁹ Gerade in Krisenzeiten zeigen sich damit die Vorzüge einer kritisch-rationalen Medizin, die ihre Behandlungspraxis fortlaufend hinterfragt und verbessert. Dies erfordert nicht nur die Fähigkeit, bestehende Ungewissheiten in der derzeitigen Pandemie transparent zu benennen, sondern auch die Offenheit für alternative Problemlösungen. Schließlich liegt die Stärke der Wissenschaft vor allem in der Bereitschaft, aus ihren Fehlern zu lernen.

Anmerkungen

¹ Deutscher Ethikrat: Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise, <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf> (Stand: 27.03.2020, letzter Zugriff: 04.05.2020).

² Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) e.V.: Ihre Patientenverfügung und COVID-19 (Coronavirus SARS-CoV-2), <https://www.dghs.de/aktuelles/neuigkeiten/artikel/ihre-patientenverfuegung-und-covid-19-coronavirus-sars-cov-2-1.html> (Stand: 20.04.2020, letzter Zugriff: 04.05.2020).

³ M. C. Zaros et al.: Opportunity lost: End-of-life discussions in cancer patients who die in the hospital, *J. Hosp. Med.*, Bd. 8, Nr. 6, S. 334–340, 2013, doi: 10.1002/jhm.1989.

⁴ Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin et al.: Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie. Klinisch-ethische Empfehlungen, 2. überarbeitete Fassung vom 17.04.2020, <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1549-entscheidungen-ueber-die-zuteilung-intensivmedizinischer-ressourcen-im-kontext-der-covid-19-pandemie-klinisch-ethische-empfehlungen/file> (Stand: 17.04.2020, letzter Zugriff: 04.04.2020).

⁵ S. M. Auerbach: Should patients have control over their own health care?: Empirical evidence and research issues, *Ann. Behav. Med.*, Bd. 22, Nr. 3, S. 246–259, 2000, doi: 10.1007/BF02895120.

⁶ A. Esteban et al.: Characteristics and Outcomes in Adult Patients Receiving Mechanical Ventilation: A 28-Day International Study, *JAMA*, Bd. 287, Nr. 3, S. 345–355, Jan. 2002, doi: 10.1001/jama.287.3.345.

⁷ J. L. Stauffer et al.: Survival following mechanical ventilation for acute respiratory failure in adult men, *Chest*, Bd. 104, Nr. 4, S. 1222–1229, Okt. 1993, doi: 10.1378/chest.104.4.1222.

⁸ K. Servick: For survivors of severe COVID-19, beating the virus is just the beginning, *Science | AAAS*, Apr. 08, 2020. <https://www.sciencemag.org/news/2020/04/survivors-severe-covid-19-beating-virus-just-beginning> (Stand: 08.04.2020, letzter Zugriff: 28.04.2020).

⁹ R. Larsen; T. Ziegenfuß: *Beatmung: Grundlagen und Praxis*, 4. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg, 2009.

¹⁰ J. Graham: What Recovery From COVID-19 Looks Like: Outcomes vary greatly depending on age and other factors, a pulmonologist explains, *ScientificAmerican.com*, <https://www.scientificamerican.com/article/what-recovery-from-covid-19-looks-like/> (Stand: 11.04.2020, letzter Zugriff: 04.05.2020).

¹¹ K. Dreger: What You Should Know Before You Need a Ventilator, *Nytimes.com*, <https://www.nytimes.com/2020/04/04/opinion/coronavirus-ventilators.html> (Stand: 04.04.2020, letzter Zugriff: 04.05.2020).

¹² M. Stobbe: Why Some Doctors Are Now Moving Away From Ventilator Treatments for Coronavirus Patients, *Time*, <https://time.com/5818547/ventilators-coronavirus/> (Stand: 09.04.2020, letzter Zugriff: 26.04.2020).

¹³ Corona-Pandemie: Sterberate bei Beatmungspatienten gibt Rätsel auf, *welt.de*, <https://www.welt.de/vermishtes/article207221877/Corona-Pandemie-Sterberate-bei-Beatmungspatienten-gibt-Raetsel-auf.html> (Stand: 14.04.2020, letzter Zugriff: 04.05.2020).

¹⁴ X. Yang et al.: Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study, *Lancet Respir. Med.*, Bd. 0, Nr. 0, Feb. 2020, doi: 10.1016/S2213-2600(20)30079-5.

¹⁵ B. Lovelace Jr. et al.: New York Gov. Cuomo to close NYC playgrounds as coronavirus death rate starts to climb, *CNBC*, <https://www.cnbc.com/2020/04/01/new-york-gov-cuomo-to-close-nyc-playgrounds-as-coronavirus-death-starts-to-climb.html> (Stand: 01.04.2020, letzter Zugriff: 04.05.2020).

¹⁶ Der Prozentsatz umfasst jene Patienten, die während der Studiedauer entweder verstorben sind oder entlassen wurden. Siehe dazu: S. Richardson et al.: Presenting Characteristics, Comorbidities, and Outcomes Among 5700 Patients Hospitalized With COVID-19 in the New York City Area *JAMA*, 22.04.2020, doi: 10.1001/jama.2020.6775.

¹⁷ R. Soldt: Lungenfacharzt im Gespräch: ‚Es wird zu häufig intubiert und invasiv beatmet‘, *faz.net*, <https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/coronavirus/beatmung-beim-coronavirus-lungenfacharzt-im-gespraech-16714565.html> (Stand: 07.04.2020, letzter Zugriff: 04.05.2020).

¹⁸ J. Taßler; J. Schmitt: Beatmung bei Covid-19 - Mehr Schaden als Nutzen?, *tagesschau.de*, <https://www.tagesschau.de/investigativ/monitor/beatmung-101.html> (Stand: 30.04.2020, letzter Zugriff: 04.05.2020).

¹⁹ F. Wuketits: Die Rolle der Fehleranalyse und die Methodologie der Medizin im Lichte des Kritischen Rationalismus, in: Franco, Guisepppe: *Handbuch Karl Popper, Springer VS, Wiesbaden*, 2019, S. 657–667.