



# Existenzielle Fragen vor einer elektiven Operation

## Patientenbefragung in einer präoperativen Anästhesiesprechstunde

### Hintergrund und Fragestellung

Im Universitätsspital Basel werden pro Jahr um die 20.000 Patientinnen und Patienten operiert. Häufig handelt es sich um kleinere oder mittelgroße Routineoperationen und es sind keine größeren Komplikationen zu erwarten. Tritt trotzdem eine schwere Komplikation auf, ist fast immer eine intensivmedizinische Behandlung und Betreuung notwendig und es können sich existenzielle Fragen bezüglich einer Therapiebegrenzung oder eines -abbruchs stellen. In dieser Situation kann der Patient meist nicht mehr zu seinem Willen befragt werden. Man muss dann seinen mutmaßlichen Willen über eine allenfalls vorhandene Patientenverfügung oder über die Angehörigen zu ermitteln versuchen. Sind Angehörige in der Lage, den Willen des Patienten zu vertreten oder sind sie angesichts der Situation überfordert? Es gibt einige Untersuchungen, die gezeigt haben, dass Stellvertreterentscheide nicht immer den Willen des Patienten repräsentieren, sondern vom eigenen Willen überlagert werden können [3, 11, 15, 22, 29].

Eine Patientenverfügung (PV) ist ein Schriftstück, in dem ein Patient seinen Willen in Bezug auf zukünftige medizinische Behandlungen festlegt, falls er sich nicht mehr selber dazu äußern kann

[13, 18, 21]. Das Erstellen einer PV fördert die Diskussion über diese Fragen bei Patienten, deren Angehörigen, Freunden und den behandelnden Ärzten. Das Ziel ist eine individuelle Behandlung gestützt auf den Patientenwillen [24]. Untersuchungen haben gezeigt, dass das Vorliegen einer PV die Belastung der Familien-

mitglieder und des behandelnden Teams durch Entscheidungen am Lebensende reduziert [2]. Nur wenige Menschen haben eine PV geschrieben, i. d. R. sind es weniger als 20 % [7, 19]. Bei onkologischen Patienten ist der Anteil mit 28 % etwas höher [17]. Soziodemografische Faktoren wie Alter, Geschlecht, Herkunft,

**Tab. 1** Fragebogen

**Geschlecht:**  männlich/ weiblich

Jahrgang:

Geplante Operation/Untersuchung:

Mein Gesundheitszustand:

- Ich bin gesund und voll leistungsfähig.
- Ich habe eine chronische Erkrankung, die mich aber im täglichen Leben *kaum* einschränkt (z. B. hoher Blutdruck).
- Ich habe eine chronische Erkrankung, die mich im täglichen Leben *merkbar* einschränkt (z. B. Atemnot bei Anstrengung, chronische Schmerzen).
- Ich habe eine chronische Erkrankung, die mich im täglichen Leben *stark* einschränkt (z. B. Atemnot in Ruhe, schwere Lungenerkrankung mit Sauerstofftherapie)

Frage 1: Wären Sie bereit, vor einer Operation mit einem Arzt oder einer Ärztin über die Behandlung von schweren Komplikationen zu sprechen (z. B. die Durchführung von wiederbelebenden Maßnahmen)?

ja       eher ja       eher nein       nein       weiß nicht

Frage 2: Haben Sie eine schriftliche Patientenverfügung verfasst?

ja       nein       ich weiß nicht, was das ist

Frage 3: Wenn nein, planen Sie in nächster Zeit, eine Patientenverfügung zu erstellen?

ja       eher ja       eher nein       nein       ich weiß nicht

Frage 4: Wenn Sie in Zukunft aus irgendeinem Grund in medizinischen Fragen *nicht mehr selber* entscheiden können, welche der folgenden Möglichkeiten würden Sie bevorzugen?

- Ich erstelle eine Patientenverfügung und lege darin das Vorgehen fest.
- Eine mir nahestehende Person soll für mich entscheiden.
- Vor einer Operation bespricht der Arzt/die Ärztin das Vorgehen bei schweren Komplikationen mit mir und wir legen zusammen fest, wie im Falle von schweren Komplikationen vorgegangen werden soll.
- Das Behandlungsteam (Ärzte/Pflegende) soll für mich entscheiden.
- Ich weiß nicht.
- ...

Das Projekt wurde finanziell von Verein zur Förderung von Wissenschaft und Ausbildung, Departement Anästhesie, Universitätsspital Basel, unterstützt.

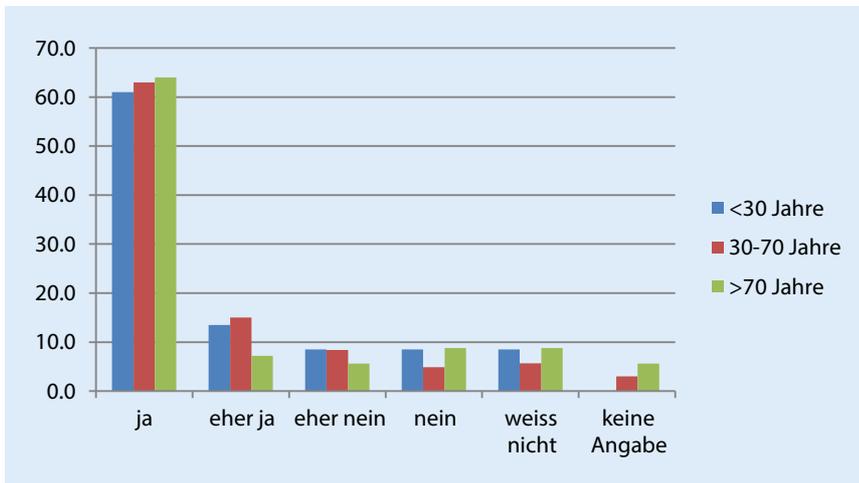


Abb. 1 ▲ Gesprächsbereitschaft in Abhängigkeit vom Alter (%)

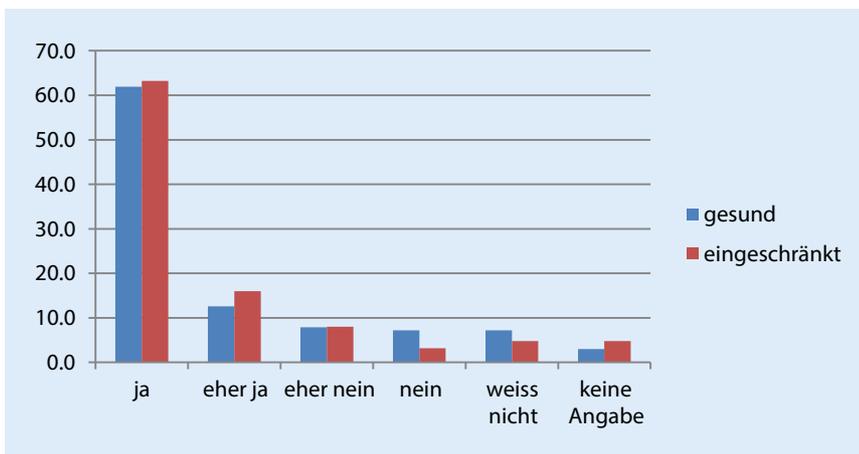


Abb. 2 ▲ Gesprächsbereitschaft in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand (%)

Einkommen, Religion und Ausbildung spielen eine Rolle, ob eine PV erstellt wird [7, 16].

Auf der Operativen Intensivbehandlung (OIB) des Universitätsspitals Basel finden regelmäßig ethische Fallbesprechungen statt [14]. Bei diesen Gesprächen wird immer wieder festgestellt, dass zu wenig gesicherte Informationen zum Patientenwillen vorliegen. Eine PV liegt nur in wenigen Fällen vor und die Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens kann schwierig sein. Deshalb ist es wichtig, mit einem Patienten im Vorfeld einer elektiven Operation auch über existenzielle Fragen zu sprechen und seinen Willen zu dokumentieren. Ein Einwand gegen ein solches Vorgehen kann die Befürchtung sein, dass Patienten durch ein solches Gespräch, das auch einen mögli-

chen Therapieverzicht beinhaltet, verunsichert oder verängstigt werden können.

Die vorliegende Arbeit untersuchte die Bereitschaft von Patientinnen und Patienten, vor einer Operation über die Behandlung von schweren Komplikationen zu sprechen, wie häufig bereits eine Patientenverfügung (PV) erstellt wurde und wer bei künftiger Urteilsfähigkeit stellvertretend entscheiden soll.

## Methode

### Fragebogen

Basierend auf den Fragestellungen wurde ein einseitiger Fragebogen entwickelt (siehe Tab. 1). Der Bogen wurde bewusst sehr kurz gefasst, um die Bereitschaft zum Ausfüllen möglichst hoch zu halten. Er enthielt einen kurzen Einfüh-

rungstext, mit dem die Patienten über die Freiwilligkeit des Ausfüllens und den vertraulichen Umgang mit den erhobenen Daten informiert wurden. Danach folgte ein Block mit Fragen zu Geschlecht, Alter, Art der Operation und dem Gesundheitszustand. Mit der Bereitschaft zu einem Gespräch über die Behandlung von schweren Komplikationen, dem Vorhandensein einer Patientenverfügung oder deren geplanten Erstellung beschäftigten sich 4 Fragen. Außerdem wurden die Patienten befragt, wer im Falle einer Urteilsunfähigkeit stellvertretend für sie entscheiden soll. Hier wurden mehrere Antwortmöglichkeiten vorgegeben, ebenso war das Schreiben eines kurzen Freitextes möglich.

Zur Prüfung der Verständlichkeit der Fragen wurde der Fragebogen vor Beginn der Untersuchung von 6 gesunden Personen ohne berufliches medizinisches Fachwissen ausgefüllt und deren Feedback eingebaut.

### Durchführung der Befragung

Der Fragebogen wurde im Rahmen der präoperativen anästhesiologischen Sprechstunde (PAS) zwischen dem 1. März und 30. Oktober 2014 an Patienten, die älter als 18 Jahre waren und genügend Deutsch verstanden, verteilt. In dieser Sprechstunde werden Patienten, die für einen elektiven operativen Eingriff oder eine Untersuchung mit Beteiligung eines Anästhesieteams ins Krankenhaus eintreten, beurteilt und über das geplante Anästhesieverfahren aufgeklärt. Privatpatienten, Patienten, die bettlägerig sind oder notfallmäßig (im Jahr 2014 waren das 28 % aller von der Anästhesie betreuten Patienten) eintreten, werden nicht in der PAS beurteilt, sondern auf der Notfallstation oder der Abteilung von einem Anästhesisten begutachtet. Im Jahr 2014 besuchten insgesamt 7656 Patienten diese Sprechstunde (im Untersuchungszeitraum rund 5750). Das Sprachverständnis wurde durch das Sprechstundenpersonal bei der Anmeldung und Begrüßung des Patienten kursorisch eingeschätzt und als gegeben angenommen, wenn der Fragebogen ausgefüllt wurde.

B. Meyer-Zehnder · E. Bucher · D. R. Vogt · H. Pargger

**Existenzielle Fragen vor einer elektiven Operation. Patientenbefragung in einer präoperativen Anästhesiesprechstunde****Zusammenfassung**

**Hintergrund.** Tritt nach einer Operation eine schwere Komplikation auf, können sich existenzielle Fragen bezüglich einer Therapiebegrenzung oder eines -abbruchs stellen. In dieser Situation kann der Patient meist nicht mehr selber zu seinem Willen befragt werden. Deshalb ist es wichtig, im Vorfeld einer elektiven Operation auch über diese Fragen zu sprechen. Ein solches Gespräch kann die Patienten aber verunsichern und verängstigen. Die vorliegende Arbeit untersuchte die Bereitschaft von Patienten, vor einer Operation über die Behandlung von schweren Komplikationen zu sprechen, wie häufig bereits eine Patientenverfügung (PV) erstellt wurde und wer bei künftiger fehlender Urteilsfähigkeit stellvertretend entscheiden soll.

**Methode.** Verteilung eines einseitigen Fragebogens in der präoperativen Anästhe-

siesprechstunde zwischen dem 1. März und 30. Oktober 2014

**Ergebnisse.** 598 Fragebogen konnten ausgewertet werden: 272 Männer (45,5 %), 321 Frauen (53,7 %); 5-mal keine Angabe zum Geschlecht; Durchschnittsalter 52,9 Jahre). 377 Patienten (63,0 %) sind bereit und 79 (13,2 %) eher bereit, über die Behandlung von schweren Komplikationen zu sprechen, während dies 47 (7,9 %) eher nicht und 37 (6,2 %) nicht sind. 110 Patienten (18,4 %) haben bereits eine PV ausgefüllt. Die Wahrscheinlichkeit des Vorliegens einer PV nimmt mit steigendem Alter und einer Einschränkung des Gesundheitszustands zu. Im Falle einer Entscheidungsunfähigkeit würden folgende Optionen bevorzugt (Mehrfachantwort möglich): nahestehende Person entscheidet ( $n = 272$ ), Gespräch mit Arzt vor Operation ( $n = 212$ ), vorher erstellte

PV ( $n = 198$ ), Behandlungsteam entscheidet ( $n = 28$ ).

**Schlussfolgerung.** Die große Mehrzahl der befragten Patienten ist bereit, vor einer Operation auch über schwierige Fragen zu sprechen. Im präoperativen Aufklärungsgespräch sollte der direkte Patientenwille bzgl. der Behandlung von schweren Komplikationen erhoben und dokumentiert werden, damit dieser besser respektiert werden kann, wenn unerwartet schwierige Entscheide zu treffen sind.

**Schlüsselwörter**

Fragebogen · Perioperative Versorgung · Patientenverfügung · Patientenwille · Präoperative Anästhesievisite

**Existential questions prior to elective surgery. Survey in a preoperative anesthesia consultation service****Abstract**

**Background.** Existential questions concerning the limitation of treatment must be answered when a major complication occurs after an elective operation. In these situations, the patient himself/herself cannot be asked about his/her will. Therefore, medical professionals must attempt to determine the patient's presumed will either through an existing advance directive (AD) or by consulting with the patient's relatives. Only one-fifth of all patients create an AD in advance, and the relatives cannot always reliably reproduce the patient's presumed will. Thus, it is important to talk about issues such as do-not-resuscitate before a patient undergoes elective major surgery. However, such discussions may unsettle and frighten the patient. This study aimed to determine if patients are willing to talk about difficult questions such as resuscitation before major surgery. How many patients create an AD? Who should decide when patients themselves are no longer capable?

**Objectives.** Between March 1 and October 30, 2014, patients who attended the preoperative anaesthesia consultation service received a one-page questionnaire. In addition to a few

personal questions (e. g. sex, age, surgery, health status), the questionnaire included four questions that could be answered according to a four-point Likert scale, with a yes or no response, or a with a selection of answers.

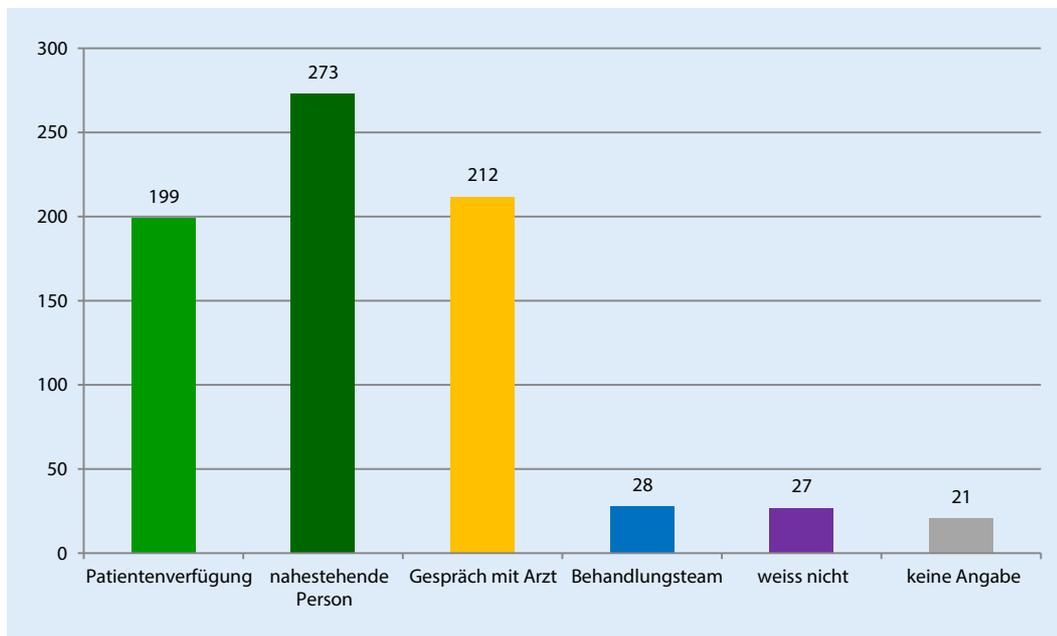
**Results.** 272 men (45.5 %) and 321 women (53.7 %) with a mean age of 52.9 years (standard deviation: 17.8 years) completed a questionnaire. 312 patients (52.2 %) claimed to be healthy, while 116 patients (19.4 %) observed a minimal health restriction. 125 patients (19.4 %) suffered from a chronic illness that markedly ( $n = 108$ ) or strongly ( $n = 17$ ) limited daily life. More than three-fourths of the respondents were very ready (377/63.0 %) or ready (79 patients/13.2 %) to talk about the treatment of severe complications after an elective operation. 12.7 % of the patients would rather not to talk about this topic ( $n = 47$ ) or refused ( $n = 37$ ). 58 patients (9.7 %) checked the box "I do not know" or gave no answer. There was no significant difference between men and women ( $p = 0.58$ ). The patient's state of health did not significantly affect the patient's willingness to talk ( $p = 0.61$ ). 110 patients (18.4 %) had already completed an AD. The probability of having

an AD is highly dependent on the age and state of health. The likelihood of having one increases by 4 % for each year of life, and in health-impaired patients it is 73 % higher than in healthy ones. If the patient could no longer decide for himself/herself, the following options were selected from multiple possible answers: a relative decides ( $n = 272$ ), discussing this with a physician prior to surgery ( $n = 212$ ), previously created AD ( $n = 198$ ), the treatment team decides ( $n = 28$ ), I do not know/not ( $n = 48$ ).

**Conclusions.** Although the majority of the respondents were willing to talk about difficult issues before an operation, it remains unclear to what extent these results can be generalized. However, the results justify efforts to carefully inquire about and document the will of sick patients prior to major surgery. Both the treatment team and the relatives are relieved if the patient's will is known when difficult decisions have to be made.

**Keywords**

Questionnaire · Perioperative care · Advance directive · Patient's will · Preanesthesia visit



**Abb. 3** ◀ Wer soll entscheiden bei möglicher künftiger Entscheidungsunfähigkeit?

Die Befragung wurde gestoppt, nachdem rund 600 ausgefüllte Fragebogen vorlagen. In einer vorher durchgeführten Abschätzung der Stichprobengröße war ein Minimum von 483 ausgefüllten Fragebogen errechnet worden, um einen signifikanten Unterschied von 0,25 Punkten auf der Likert-Skala in der Gesprächsbereitschaft zwischen 2 Subgruppen mit einer Power von 80 % zeigen zu können. Zum Teil wurde der Bogen zusammen mit dem schriftlichen Aufgebot für die PAS verschickt, zum Teil in der Wartzone zusammen mit dem Bogen zur Befragung des Gesundheitszustands verteilt. Die Anzahl der verteilten Fragebogen wurde nicht dokumentiert und erfolgte nicht an alle Patienten im Untersuchungszeitraum (z. B. wegen hoher Auslastung des Personals bei vielen wartenden Patienten), sodass keine Rücklaufquote erhoben werden konnte.

Der Fragebogen und das Vorgehen waren zuvor von der Ethikkommission Nordwest- und Zentralschweiz geprüft und genehmigt worden (2014–036).

### Statistische Auswertung

Insgesamt wurden 609 ausgefüllte Fragebogen eingesammelt. Ausgewertet wurden 598 Bogen, in denen mindestens eine Frage nicht mit „ich weiß nicht“ beantwortet wurde. In einem ersten Schritt

wurden sämtliche Daten in einer Excel-Tabelle erfasst (Microsoft Excel 2010). Danach erfolgte die statistische Auswertung mit der Statistiksoftware R, Version 3.1.1 [23].

Das Alter und der Gesundheitszustand wurden folgendermaßen kategorisiert: Altersgruppen 1: 2 Alterskategorien (jung < Median vs. alt > Median, wobei Median = 54 Jahre); Altersgruppen 2: 3 Alterskategorien (<30 Jahre vs. 30–70 Jahre vs. >70 Jahre); Gesundheitszustand: 2 Kategorien: gesund („gesund und voll leistungsfähig“ und „chronische Erkrankung, welche das tägliche Leben kaum einschränkt“) vs. eingeschränkt („chronische Erkrankung, welche das tägliche Leben merkbar einschränkt“ und „chronische Erkrankung, welche das tägliche Leben stark einschränkt“).

Folgende Antwortmöglichkeiten waren vorgegeben: Frage 1 und 3 „ja“, „eher ja“, „eher nein“, „nein“, „ich weiß nicht“ und Frage 2 „ja“, „nein“ und „ich weiß nicht, was das ist“. Diese Antwortmöglichkeiten wurden in einen Score überführt mit den Werten 4 bis 1 für „ja“ bis „nein“, resp. 2 und 1 für die Frage 2 und 0 für „ich weiß nicht“. Die Gesprächsbereitschaft sowie die Bereitschaft, in nächster Zeit eine Patientenverfügung zu erstellen, wurden jeweils mittels separaten Wilcoxon-Rangsummentest (auch Mann-Whitney-Test genannt) auf einen

Unterschied zwischen den „extremen“ Altersgruppen (<30 Jahre vs. >70 Jahre), dem Geschlecht, dem Gesundheitszustand (gesund vs. eingeschränkt) sowie einer vorliegenden Antwort auf die Frage nach der Art der Operation getestet. Die Bereitschaft, in nächster Zeit eine Patientenverfügung zu erstellen, wurde nur für Patienten, welche bis dato keine Patientenverfügung besaßen und welche die Frage nach der Bereitschaft zur Erstellung einer Patientenverfügung nicht mit „ich weiß nicht“ beantwortet haben ( $n = 326$ ) analog für dieselben Subgruppen mittels Wilcoxon-Rangsummentest analysiert. Die  $p$ -Werte sind mittels Bonferroni-Methode für multiples Testen korrigiert. Ergänzend dazu sind auch die unkorrigierten  $p$ -Werte angegeben. Das Vorhandensein einer schriftlichen Patientenverfügung (ja/nein) wurde mit einem logistischen Regressionsmodell untersucht. Als erklärende Variable wurden das Alter (in Jahren), das Geschlecht und der Gesundheitszustand verwendet. Für jede dieser Variablen wird die geschätzte „odds ratio“ mit 95 %-Vertrauensintervall und  $p$ -Wert angegeben. Da die Frage nach der Art der Operation nur von etwas mehr als der Hälfte der Antwortenden beantwortet wurde, konnte diese nicht als erklärende Variable verwendet werden. Die Häufigkeiten der Antwortkategorien

Tab. 2 Patientencharakteristika nach Altersklasse

		<i>n</i> <sub>jung</sub> <sup>a</sup>	% <sub>jung</sub>	<i>n</i> <sub>alt</sub> <sup>a</sup>	% <sub>alt</sub>	<i>n</i> <sub>alle</sub>	% <sub>alle</sub>
Geschlecht	Männer	115	39,2	155	52,2	272	45,5
	Frauen	178	60,8	139	46,8	321	53,7
	Keine Angabe	0	0,0	3	1,0	5	0,8
	Total	293	100,0	297	100,0	598	100,0
Alterssubgruppe	<30 Jahre	59	20,1	0	0,0	59	9,9
	30–70 Jahre	234	79,9	172	57,9	406	67,9
	>70 Jahre	0	0,0	125	42,1	125	20,9
	Keine Angabe	0	0,0	0	0,0	8	1,3
Operationskategorie	HNO	25	8,5	22	7,4	47	7,9
	Plast. Chirurgie	20	6,8	15	5,0	35	5,8
	Orthopädie/Hand	37	12,6	39	13,1	76	12,7
	Gynäkologie	22	7,5	6	2,0	28	4,7
	Geburtshilfe	30	10,2	0	0,0	30	5,0
	Herzchirurgie	1	0,3	13	4,4	14	2,3
	Allg. Chirurgie/ Viszeralchirurgie	16	5,5	21	7,1	37	6,2
	Neurochirurgie	3	1,0	4	1,4	7	1,2
	Urologie	9	3,1	24	8,1	33	5,5
	Kieferchirurgie	2	0,7	1	0,3	3	0,5
	Thoraxchirurgie	2	0,7	1	0,3	3	0,5
	Nicht zuordenbar	14	4,8	10	3,4	24	4,0
	Keine Angabe	112	38,2	141	47,5	261	43,6
	Gesundheitszustand	Voll leistungsfähig	203	69,3	106	35,7	312
Kaum Einschränkung		32	10,9	83	27,9	116	19,4
Merkbare Einschränkung		35	11,9	71	23,9	108	18,1
Starke Einschränkung		4	1,4	12	4,0	17	2,8
Keine Angabe		19	6,5	25	8,4	45	7,5

<sup>a</sup>Definition Altersklasse: *jung* Alter < Median, *alt* Alter > Median (Median = 54 Jahre)

zum gewünschten Vorgehen bei medizinischen Fragen wurden deskriptiv ausgewertet und dargestellt.

## Resultate

### Demografische Daten

Die Patientencharakteristika sind in **Tab. 2** zusammengefasst. Der Fragebogen wurde von 321 (53,7 %) Frauen und 272 (45,5 %) Männern ausgefüllt. Zwei Drittel (406/67,9 %) aller Patienten waren zwischen 30 und 70 Jahre alt, 59 Patienten (9,9 %) waren jünger als 30 Jahre und 125 Patienten (20,9 %) älter als 70 Jahre. Der Median lag bei 54 Jahren, das Durchschnittsalter betrug 52,9 Jahre. 43,6 % der Patienten, also fast die Hälfte, machten keine Angabe

zu der Art der geplanten Operation. Von den Patienten, die dazu eine Antwort gaben, mussten sich 12,7 % einer orthopädischen Operation unterziehen. Alle anderen Fachrichtungen vereinten jeweils weniger als 10 % aller Patienten. Mehr als die Hälfte gaben an, voll leistungsfähig zu sein, knapp 20 % beobachtet eine kaum merkbare Einschränkung, 18,1 und 2,8 % gaben an, an einer chronischen Krankheit zu leiden, die sie im Alltag merkbar oder stark einschränkt. 45 Patienten machten keine Angabe zu ihrem Gesundheitszustand.

### Bereitschaft zu einem Gespräch über schwere Komplikationen

Die Antworten auf die Frage „Wären Sie bereit, vor einer Operation mit einem

Arzt oder einer Ärztin über die Behandlung von schweren Komplikationen zu sprechen (z. B. die Durchführung von wiederbelebenden Maßnahmen)?“ sind in **Tab. 3** zusammengestellt. Die Gesprächsbereitschaft ist insgesamt sehr hoch mit einem Durchschnittscore von 3,47 (Standardabweichung  $\pm 0,91$ ). Es gibt keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen älteren und jüngeren Patienten (jeweils  $3,48 \pm 0,91$ ;  $p = 0,96$ ), oder den Altersgruppen <30 Jahre ( $3,39 \pm 1$ ) und >70 Jahre ( $3,48 \pm 1$ ;  $p = 0,37$ ) (siehe **Abb. 1**). Es war auch kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen ( $3,51 \pm 0,89$  vs.  $3,45 \pm 0,93$ ;  $p = 0,58$ ) festzustellen. Der Gesundheitszustand der Patienten beeinflusste die Gesprächsbereitschaft ebenfalls nicht signifikant (gesund  $3,44 \pm 0,95$  vs. eingeschränkt  $3,54 \pm 0,8$ ;  $p = 0,61$ ) (siehe **Abb. 2**).

Fast die Hälfte aller Befragten machte keine Angaben zur Art der Operation. Die Patienten, die keine Angabe machten, sind etwas älter (Mittelwert  $55,08 \pm 16,59$  Jahre vs.  $51,28 \pm 19,03$  Jahre) und kränker (eingeschränkt 25,7 % vs. 20,2 %) als diejenigen, die eine Angabe über die Operation machten. Es konnte kein statistisch signifikanter Unterschied bezüglich der Gesprächsbereitschaft festgestellt werden (keine Angabe =  $3,32 \pm 1,16$  vs. Angabe =  $3,13 \pm 1,34$ ;  $p = 0,229$ ).

### Vorliegen einer Patientenverfügung und Bereitschaft zur Erstellung

Von allen befragten Patienten ( $n = 598$ ) hatte die Mehrheit noch keine Patientenverfügung erstellt ( $n = 430$ ; 72 %). Eine Patientenverfügung war in 110 Fällen (18,4 %) vorhanden. 48 Patienten (8 %) wissen nicht, was das ist, und 10 Patienten (1,6 %) machten keine Angabe (siehe **Tab. 4**). Die Wahrscheinlichkeit, eine Patientenverfügung zu besitzen hängt stark vom Alter und vom Gesundheitszustand ab (**Tab. 5**). So nimmt die Wahrscheinlichkeit, eine Patientenverfügung zu besitzen, mit jedem Lebensjahr um 4 % zu und bei gesundheitlich eingeschränkten Patienten ist diese um 73 % höher als bei gesunden Patienten. Es zeigte sich kein signifikanter Unter-

**Tab. 3** Antworten auf die Frage „Wären Sie bereit, vor einer Operation mit einem Arzt oder einer Ärztin über die Behandlung von schweren Komplikationen zu sprechen (z. B. die Durchführung von wiederbelebenden Massnahmen)?“ differenziert nach Geschlecht, Gesundheitszustand und Altersgruppe

	Total		m <sup>a</sup>		w <sup>a</sup>		gesund <sup>b</sup>		eingeschr. <sup>b</sup>		<30 Jahre <sup>c</sup>		30–70 Jahre <sup>c</sup>		>70 Jahre <sup>c</sup>	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	377	63,0	176	64,7	199	62,0	265	61,9	79	63,2	36	61,0	256	63,0	80	64,0
Eher ja	79	13,2	39	14,3	39	12,2	54	12,6	20	16,0	8	13,6	61	15,0	9	7,2
Eher nein	47	7,9	16	5,9	29	9,0	34	7,9	10	8,0	5	8,5	34	8,4	7	5,6
Nein	37	6,2	17	6,2	20	6,2	31	7,2	4	3,2	5	8,5	20	4,9	11	8,8
Ich weiß nicht	39	6,5	21	7,7	18	5,6	31	7,2	6	4,8	5	8,5	23	5,7	11	8,8
Keine Angabe	19	3,2	3	1,1	16	5,0	13	3,0	6	4,8	0	0,0	12	3,0	7	5,6

m – männlich; w – weiblich

<sup>a</sup>Frage nach Geschlecht 5-mal nicht beantwortet

<sup>b</sup>Frage nach Gesundheitszustand 45-mal nicht beantwortet

<sup>c</sup>Frage nach Alter 8-mal nicht beantwortet

**Tab. 4** Antworten auf die Frage „Haben Sie eine schriftliche Patientenverfügung verfasst?“ differenziert nach Geschlecht und Gesundheitszustand

	Total		m <sup>a</sup>		w <sup>a</sup>		gesund <sup>b</sup>		eingeschr. <sup>b</sup>	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	110	18,4	52	19,1	56	17,4	66	15,4	37	29,6
Nein	430	72,0	185	68,0	242	75,4	318	74,3	82	65,6
Ich weiß nicht, was das ist	48	8,0	29	10,7	19	5,9	38	8,8	4	3,2
Keine Angabe	10	1,6	6	2,2	4	1,2	6	1,4	2	1,6

m – männlich; w – weiblich

<sup>a</sup>Frage nach Geschlecht 5-mal nicht beantwortet

<sup>b</sup>Frage nach Gesundheitszustand 45-mal nicht beantwortet

**Tab. 5** Logistisches Regressionsmodell: Effekt des Alters, Geschlechts und Gesundheitszustands auf das Vorhandensein einer Patientenverfügung

Variable	Odds ratio (95%-CI)	p-Wert
Interzept	0,02 (0,01–0,05)	<0,001 ***
Alter (Jahre)	1,04 (1,03–1,06)	<0,001 ***
Geschlecht (Frauen/Männer)	0,99 (0,62–1,58)	0,958
Gesundheitszustand (eingeschränkt/gesund)	1,73 (1,05–2,87)	0,033 *
Angabe zur geplanten Operation (keine Angabe/Angabe)	1,18 (0,74–1,90)	0,488

schied zwischen Patienten mit und ohne Angabe zur Art der Operation.

Auch die Bereitschaft zur Erstellung einer Patientenverfügung hängt stark vom Alter ab (siehe **Tab. 6**). Ältere Patienten sind eher dazu bereit als jüngere Patienten ( $2,69 \pm 1,16$  resp.  $2,09 \pm 1,04$ ;  $p$ -Wert korrigiert und unkorrigiert  $<0,001$ ). Dementsprechend sind auch sehr alte Patienten ( $>70$  Jahre) eher dazu bereit als sehr junge Patienten ( $<30$  Jahre;  $2,54 \pm 1,04$  resp.  $1,85 \pm 0,97$ ;  $p$ -Wert korrigiert =  $0,020$ ,  $p$ -Wert unkorrigiert =  $0,005$ ). Für das Geschlecht (Männer  $2,4 \pm 1,19$ , Frauen  $2,33 \pm 1,09$ ,  $p$ -Wert korrigiert =  $1,00$ ,  $p$ -Wert unkorrigiert =

$0,65$ ) und den Gesundheitszustand (gesund:  $2,36 \pm 1,14$ , eingeschränkt:  $2,42 \pm 1,13$ ,  $p$ -Wert korrigiert =  $1,00$ ,  $p$ -Wert unkorrigiert =  $0,73$ ) finden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede.

### Entscheidungsfindung bei künftiger Urteilsunfähigkeit

Die Antwortmöglichkeiten auf die Frage „Wenn Sie in Zukunft aus irgendeinem Grund in medizinischen Fragen nicht mehr selber entscheiden können, welche der folgenden Möglichkeiten würden Sie bevorzugen?“ wurden deutlich unterschiedlich häufig angekreuzt (siehe

**Abb. 3**). Die meisten Patienten wünschen sich, dass eine nahestehende Person für sie entscheidet (273-mal angekreuzt). Ein vorher durchgeführtes Gespräch mit dem Arzt oder der Ärztin und das Festlegen des Vorgehens in einer Patientenverfügung wurden ebenfalls häufig gewählt (212, resp. 199-mal). Nur wenige möchten diese Entscheidung dem Behandlungsteam überlassen (28-mal angekreuzt). Die Freitextantworten benennen konkrete Angehörige, die entscheiden sollen oder eine Sterbehilfeorganisation und den Wunsch nach einer Kombination der möglichen Vorgehensweisen in Abhängigkeit der Situation.

## Diskussion

Die vorliegende Arbeit untersuchte die Bereitschaft von Patientinnen und Patienten, vor einer Operation über die Behandlung von schweren Komplikationen zu sprechen, wie häufig bereits eine Patientenverfügung (PV) erstellt wurde und wer bei künftiger Urteilsfähigkeit stellvertretend entscheiden soll.

Drei Viertel der Befragten sind bereit, vor einer Operation über die Behandlung von schweren Komplikationen zu sprechen. Dieser hohe Anteil lässt sich mit den Resultaten einer Arbeit von Umgelter et al. vergleichen [26], in der ebenfalls Patienten im Rahmen einer präoperativen Anästhesiesprechstunde befragt wurden. 77,4 % der knapp 700 Befragten stimmten der Aussage ziemlich, eher oder sehr zu, im Rahmen des Prämedikationsgesprächs auch über lebensverlängernde Maßnahmen, Patientenverfügung und

**Tab. 6** Antworten auf die Frage „Planen Sie in nächster Zeit, eine Patientenverfügung zu erstellen?“ differenziert nach Geschlecht, Gesundheitszustand und Altersgruppe

	Total		m <sup>a</sup>		w <sup>a</sup>		gesund <sup>b</sup>		eingeschr. <sup>b</sup>		<30 Jahre <sup>c</sup>		30–70 Jahre <sup>c</sup>		>70 Jahre <sup>c</sup>	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	71	11,9	40	14,7	31	9,7	55	12,8	12	9,6	1	1,7	56	13,8	14	11,2
Eher ja	82	13,7	30	11,0	51	15,9	62	14,5	15	12,0	10	16,9	58	14,3	13	10,4
Eher nein	74	12,4	30	11,0	44	13,7	59	13,8	12	9,6	5	8,5	54	13,3	15	12,0
Nein	108	18,1	51	18,8	56	17,4	81	18,9	17	13,6	18	30,5	77	19,0	11	8,8
Ich weiß nicht	121	20,2	58	21,3	62	19,3	85	19,9	26	20,8	17	28,8	85	20,9	18	14,4
Keine Angabe	142	23,8	63	23,2	77	24,0	86	20,1	43	34,4	8	13,6	76	18,7	54	43,2

m – männlich, w – weiblich

<sup>a</sup>Frage nach Geschlecht 5-mal nicht beantwortet

<sup>b</sup>Frage nach Gesundheitszustand 45-mal nicht beantwortet

<sup>c</sup>Frage nach Alter 8-mal nicht beantwortet

Vorsorgevollmacht zu reden zu wollen. Gespräche über die Durchführung einer Reanimation während eines Krankenhausaufenthalts gelten als schwierig und belastend für Patient und Arzt. Dieser gängigen Meinung widersprechen die Resultate einer Dissertation [4]. 85 % der etwas mehr als 100 Patienten in einem Krankenhaus, mit denen ein Reanimationsentscheid besprochen wurde, äußerten sich vor dem Austritt positiv oder sogar erleichtert über dieses Gespräch. Soweit bekannt, sind diese beiden Arbeiten und unsere Untersuchung im deutschsprachigen Raum die einzigen Untersuchungen zu dieser Fragestellung. Die insgesamt sehr ähnlichen Resultate lassen eine gewisse Pauschalisierung zu. Die meisten Patienten wollen vollständig informiert werden und auch über mögliche Komplikationen und deren Behandlung sprechen.

Natürlich haben Patienten ein unguutes Gefühl oder gar Angst, wenn sie wegen einer Operation in ein Krankenhaus eintreten. Diese Angst wird von vielen Faktoren beeinflusst, wie früheren Erfahrungen mit Operationen, Art der Operation, Alter, Geschlecht und Schulbildung [8, 12, 25]. Gespräche über die Behandlung am Lebensende und den Tod sind anspruchsvoll. Sie scheinen Patienten nicht generell zu verängstigen. Eine amerikanische prospektive Multizenterstudie untersuchte die Auswirkungen der Durchführung von Gesprächen zu Entscheidungen am Lebensende bei Patienten mit einer fortgeschrittenen Krebserkrankung [27]. Patienten, mit denen das Vorgehen bei einer Verschlechterung des

Zustands besprochen worden war, wurden weniger häufig beatmet, reanimiert, auf eine Intensivstation eingewiesen und früher in einem Hospiz behandelt. Diese Patienten und deren Angehörige zeigten eine höhere Lebensqualität und weniger Zeichen einer Depression.

Knapp ein Fünftel der in dieser Arbeit befragten Patienten haben bereits eine PV erstellt. Dieser Anteil liegt im oberen Bereich des im deutschsprachigen Raum berichteten Vorkommens einer PV oder einer Vorsorgevollmacht, das zwischen 10 % [1, 5] und 25 % [9] liegt. Ältere und kränkere Menschen haben in unseren Daten häufiger eine PV oder sind auch eher bereit, eine solche auszufüllen. Gleiche Resultate sind in mehreren anderen Untersuchungen zu finden [7, 10, 16, 17]. Es ist nicht erstaunlich, dass sich ältere und kränkere Patienten häufiger mit Fragen zum Vorgehen am Lebensende beschäftigen als jüngere. Das Erstellen einer PV ist eine gute Gelegenheit, mit den Angehörigen zusammen seine Wünsche zu besprechen, was diese entlasten kann, wenn es schwierige Entscheide zu treffen gilt [21]. Denn im Fall einer künftigen Urteilsunfähigkeit soll, gemäß der vorliegenden Befragung, an erster Stelle eine nahestehende Person entscheiden. Ein vorheriges Gespräch mit dem Arzt oder Ärztin und das Erstellen und Befolgen einer PV wird ebenfalls häufig genannt.

Die präoperative Periode ist eine günstige Zeit für „advanced care planning“ [28]. Dieser englische Begriff lässt sich nicht leicht übersetzen, er umschreibt aber den Vorgang des Sprechens und

Planens des Vorgehens bei einer möglichen künftigen Komplikation oder Verschlechterung des Allgemeinzustands sehr gut. 2001 zeigten Grimaldo et al. [6], dass sich das Vorhandensein einer PV von 10 % auf 27 % erhöhte, wenn die Wichtigkeit eines Gesprächs mit den Angehörigen über die Wünsche und das Erstellen einer PV in der präoperativen Periode angesprochen wurden.

Bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens treten Probleme auf. Schaidler et al. befragten Pflegende und Ärzte einer Palliativ- und einer Intensivstation über ihr Vorgehen bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens und die Schwierigkeiten dabei [20]. Die auftretenden Probleme waren psychologischer Natur (z. B. Ängste und Ambivalenz der Angehörigen), soziale Probleme wie Konflikte zwischen Patient und Angehörigen oder unter den Angehörigen und praktische Probleme (Zeitmangel, Nichtüberprüfbarkeit und konzeptionelle Probleme wie fehlende Übereinstimmung oder Aktualität früherer Äußerungen des Patienten). Andere Untersuchungen zeigten, dass Angehörige nicht immer in der Lage sind, den mutmaßlichen Patientenwillen zuverlässig anzugeben [3, 11, 15, 22]. In einem Review aus 16 Studien sagten bspw. 68 % der Angehörigen die Wünsche korrekt voraus [22]. Das alles zeigt, wie hilfreich es ist, aktuelle Aussagen des Patienten selbst zur Verfügung zu haben.

Diese Untersuchung hat Einschränkungen. Sie wurde nur in einem Krankenhaus durchgeführt und es haben

Hier steht eine Anzeige.



nur rund 12 % aller Patienten, die im Untersuchungszeitraum die präoperative Sprechstunde besucht haben, den Fragebogen ausgefüllt. Aus organisatorischen und zeitlichen Gründen wurde der Fragebogen nur an einen Teil der Patienten abgegeben. Wieviele Patienten einen Fragebogen erhielten, diesen jedoch nicht ausfüllten, ist nicht bekannt. Es könnte sein, dass Patienten, die einem schwierigen Gespräch ablehnend gegenüber stehen, den Fragebogen aus diesem Grund nicht ausgefüllt haben, was die Resultate beeinflusst haben könnte. Nur etwas mehr als die Hälfte der Befragten machte Angaben über die Art des Eingriffs. Es zeigte sich aber kein Unterschied in Bezug auf die Bereitschaft zu einem präoperativen Gespräch zwischen den Gruppen mit und ohne Angabe zu der Art der Operation. Trotz dieser Einschränkungen zeigen die Resultate, dass Anstrengungen gerechtfertigt sind, den Patientenwillen bei kranken Patienten vor einer großen Operation sorgfältig zu erheben und zu dokumentieren. Es entlastet sowohl das Behandlungsteam als auch die Angehörigen, wenn bei einem urteilsunfähigen Patienten auf klare Aussagen unmittelbar vor der Operation zurückgegriffen werden kann, wenn schwierige Entscheide zu treffen sind.

### Fazit für die Praxis

- Die Bereitschaft zu einem Gespräch über existenzielle Fragen vor einer elektiven Operation ist mit rund drei Viertel Zustimmung der knapp 600 befragten Patienten hoch. Alter, Geschlecht oder der Gesundheitszustand spielen keine Rolle.
- 18,4 % der befragten Patienten haben bereits eine PV erstellt, wobei der Anteil bei älteren und kränkeren Patienten signifikant höher ist.
- Im Fall einer künftigen Urteilsunfähigkeit soll an erster Stelle eine nahestehende Person entscheiden. Ein vorheriges Gespräch mit dem Arzt und das Erstellen und Befolgen einer PV werden ebenfalls häufig genannt.
- Die Resultate können zukünftig das präoperative Aufklärungsgespräch bereichern und ergänzen, indem dort der direkte Patientenwille erhoben

und dokumentiert wird. So kann der Patientenwille besser respektiert werden, wenn unerwartet schwierige Entscheide zu treffen sind.

### Korrespondenzadresse

#### B. Meyer-Zehnder

Departement für Anästhesie, Operative Intensivbehandlung, präklinische Notfallmedizin und Schmerztherapie, Universitätsspital Basel Spitalstraße 21, 4031 Basel, Schweiz  
barbara.meyer@unibas.ch

**Danksagung.** Wir bedanken uns bei allen Patientinnen und Patienten, die einen Fragebogen ausgefüllt haben und bei den engagierten Mitarbeiterinnen der präoperativen Anästhesiesprechstunde des Universitätsspitals Basel. Allison Dwileski gilt unser Dank für die Durchsicht des englischen Abstracts.

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** B. Meyer-Zehnder, E. Bucher, D. R. Vogt und H. Pargger geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

### Literatur

1. Brokmann JC, Grutzmann T, Pidun AK et al (2014) Vorsorgedokumente in der präklinischen Notfallmedizin : Prospektive fragebogenbasierte Analyse. *Anaesthesist* 63:23–31
2. Detering KM, Hancock AD, Reade MC et al (2010) The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ* 340:c1345
3. Fagerlin A, Ditto PH, Danks JH et al (2001) Projection in surrogate decisions about life-sustaining medical treatments. *Health Psychol* 20:166–175
4. Ghelli R, Gerber A (2008) Wiederbelebung – ja oder nein: Was sagt der Patient dazu? Ein methodologischer Vorschlag zum Gespräch zwischen Arzt und Patient. *Schweiz Arzetzg* 89:1667–1669
5. Graw JA, Spies CD, Wernecke KD et al (2012) Managing end-of-life decision making in intensive care medicine – a perspective from Charité hospital, Germany. *PLoS ONE* 7:e46446
6. Grimaldo DA, Wiener-Kronish JP, Jurson T et al (2001) A randomized, controlled trial of advanced care planning discussions during preoperative evaluations. *Anesthesiology* 95:43–50
7. Halpern NA, Pastores SM, Chou JF et al (2011) Advance directives in an oncologic intensive care unit: a contemporary analysis of their frequency, type, and impact. *J Palliat Med* 14:483–489
8. Harms C, Kindler C (2009) Das präoperative anästhesiologische Patientengespräch. *Ther Umsch* 66:503–508
9. Harringer W, Hobby G (2009) Patientenverfügung in der hausärztlichen Praxis. *Primary Care* 9:56–58
10. Hirschman KB, Abbott KM, Hanlon AL et al (2012) What factors are associated with having an advance directive among older adults who are new to long term care services? *J Am Med Dir Assoc* 13(82):e7–e11
11. Marks MA, Arkes HR (2008) Patient and surrogate disagreement in end-of-life decisions: can surrogates accurately predict patients' preferences? *Med Decis Making* 28:524–531
12. Mavridou P, Dimitriou V, Manataki A et al (2013) Patient's anxiety and fear of anesthesia: effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia. A survey of 400 patients. *J Anesth* 27:104–108
13. May AT, Brokmann JC (2010) Medizinische und medizinethische Grundlagen der Vorsorgemöglichkeiten. *Anaesthesist* 59:118–125
14. Meyer-Zehnder B, Barandun SU, Albisser SH et al (2014) Ethische Fallbesprechungen auf der Intensivstation : Vom Versuch zur Routine. *Anaesthesist* 63:477–487
15. Moorman SM, Hauser RM, Carr D (2009) Do older adults know their spouses' end-of-life treatment preferences? *Res Aging* 31:463–491
16. Moorman SM, Inoue M (2013) Persistent problems in end-of-life planning among young- and middle-aged american couples. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 68:97–106
17. Pfirstinger J, Kattner D, Dinger M et al (2014) The impact of a tumor diagnosis on patients' attitudes toward advance directives. *Oncology* 87:246–256
18. Ritzenhaller-Spielmann D (2009) Die Patientenverfügung als Kommunikations- und Entscheidungsinstrument. *Ther Umsch* 66:585–589
19. Rüdell H, Zenz M (2011) Validierung einer Patientenverfügung. *Anaesthesist* 60:325–333
20. Schaidler A, Borasio GD, Marckmann G et al (2015) Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens: Eine Interviewstudie mit Klinikern. *Ethik Med* 27:107–122
21. Scott IA, Mitchell GK, Reymond EJ et al (2013) Difficult but necessary conversations – the case for advance care planning. *Med J Aust* 199:662–666
22. Shalowitz DI, Garrett-Mayer E, Wendler D (2006) The accuracy of surrogate decision makers: a systematic review. *Arch Intern Med* 166:493–497
23. Team RC (2014) R: A language and environment for statistical computing
24. Teixeira AA, Hanvey L, Tayler C et al (2015) What do Canadians think of advanced care planning? Findings from an online opinion poll. *BMJ Support Palliat Care* 5:40–47
25. Theunissen M, Peters ML, Schouten EGW et al (2014) Validation of the surgical fear questionnaire in adult patients waiting for elective surgery. *PLoS ONE* 9:e100225
26. Umgelter K, Anetsberger A, Schmid S et al (2014) Fragebogenstudie zum Informationsbedarf in der Prämedikationsambulanz. *Anaesthesist* 63:753–759
27. Wright AA, Zhang B, Ray A et al (2008) Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA* 300:1665–1673
28. You JJ, Fowler RA, Heyland DK (2014) Just ask: discussing goals of care with patients in hospital with serious illness. *CMAJ* 186:425–432
29. Zikmund-Fisher BJ, Sarr B, Fagerlin A et al (2006) A matter of perspective: choosing for others differs from choosing for yourself in making treatment decisions. *J Gen Intern Med* 21:618–622