

# Mein Wille entscheidet – oder etwa nicht?

Wie «Advance Care Planning» helfen kann, dem Willen des Patienten gerecht zu werden

**Obwohl gesetzlich alles geregelt scheint, scheitert die Umsetzung einer Patientenverfügung in der Realität häufig an vielerlei Faktoren, die zuvor nicht ausreichend bedacht wurden. Abhilfe könnte ein strukturiertes Vorgehen schaffen. Dieses Konzept hat sich in den letzten 20 Jahren als sogenanntes «Advance Care Planning» (APC), als interdisziplinärer Prozess einer gesundheitlichen medizinischen Vorausplanung entwickelt, in welcher Hausärzte eine zentrale Rolle einnehmen.**

Tanja Krones

Die Idee einer Patientenverfügung ist es, den eigenen Willen hinsichtlich medizinischer Behandlungs- und Betreuungspläne auch für zukünftige Situationen festlegen zu können, in denen man selbst akut oder dauerhaft nicht urteilsfähig ist.

## MERKSÄTZE

- ❖ Patientenverfügungen sind grundsätzlich verbindlich, wenn sie in urteilsfähigem Zustand verfasst wurden und auf die Situation zutreffen.
- ❖ Jeder urteilsunfähige Patient hat eine vertretungsberechtigte Person.
- ❖ Patientenverfügungen müssen als informierte Zustimmung oder Ablehnung aufgefasst werden und medizinisch umsetzbar sein.
- ❖ Sie sollten grundsätzlich gemeinsam mit den zuständigen Ärzten, Spitexfachpersonen und Betreuungspersonen und wenn irgend möglich zusammen mit den Angehörigen besprochen werden.
- ❖ Für Notfälle muss ein medizinisch umsetzbarer, klarer Notfallplan inklusive Implementierung vorhanden sein.
- ❖ Die gesundheitliche Vorausplanung sollte als gemeinsamer Prozess im Gesundheitswesen implementiert werden, sonst werden Patientenverfügungen weiterhin häufig nicht konkret umgesetzt.

Der Vertreter des Patienten hat in dieser Situation die gleichen Rechte wie ein Patient selbst: Er vertritt den Willen des Patienten gegenüber den Behandlungsteams, muss daher über medizinische Behandlungsentscheide und Massnahmen anstelle des urteilsunfähigen Patienten aufgeklärt werden und rechtskräftig in sie einwilligen oder sie ablehnen. Das Erwachsenenschutzrecht sieht hierbei eine genaue, hierarchisch gegliederte Kaskade der Vertretungsberechtigung vor (s. *Kasten*).

### Vertretungsberechtigte gemäss Art. 378 ZGB

- ❖ Die in einer Patientenverfügung oder einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person.
- ❖ Der Beistand mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen.
- ❖ Der Ehegatte/eingetragene Partner in gemeinsamem Haushalt oder mit regelmässiger und persönlicher Beistandsleistung.
- ❖ Die Person, die mit dem Patienten zusammenlebt und ihm regelmässig persönlichen Beistand leistet (z.B. Konkubinatspartner).
- ❖ Nachkommen, wenn sie regelmässig persönlichen Beistand leisten.
- ❖ Eltern, wenn sie regelmässig persönlichen Beistand leisten.
- ❖ Geschwister, wenn sie regelmässig persönlichen Beistand leisten.
- ❖ Sind mehrere Personen vertretungsberechtigt, so darf der gutgläubige Arzt voraussetzen, dass jede im Einverständnis mit den anderen handelt (Art. 378 Abs. 2 ZGB).
- ❖ Fehlen in einer Patientenverfügung Weisungen (oder ist gar keine PV vorhanden), so entscheidet die vertretungsberechtigte Person nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person (Art. 378 Abs. 3 ZGB).

Nach Schweizer Recht muss man hierzu rechtlich nur «urteilsfähig», nicht aber voll handlungsfähig sein; das heisst, auch minderjährige, psychisch kranke und bereits betreute Personen können eine rechtlich gültige Patientenverfügung verfassen, wenn sie bezüglich der Situation, um die es geht, urteilsfähig sind. Auf die Besonderheit des Schweizer Rechtes, dass Patientenverfügungen bezüglich der vorausverfügten Behandlung psychischer Erkrankungen nur beachtlich, nicht jedoch verbindlich sind, was teilweise zu Verwirrungen und falschen Vorstellungen führt (z.B. dass Patientenverfügungen von Patienten mit psychiatrischer Diagnose grundsätzlich nicht verbindlich seien), soll hier nur kurz hingewiesen werden.

Anscheinend ist alles im Gesetz geregelt, die Realität sieht jedoch anders aus, wie die folgenden Fallberichte zeigen.

### Fall 1: Reanimiert trotz Patientenverfügung

Eine 83-jährige Patientin liegt auf einer Intensivstation nach Katheter-Stenteinlage nach Herzinfarkt, die Ejektionsfraktion liegt bei 20 Prozent. Die Patientin war vor der Einlieferung komplett selbstständig, zum Zeitpunkt der Einlieferung nicht mehr urteilsfähig und ist es nach dem Ereignis ebenfalls nicht. Der Ehemann, der seine Frau leblos im Garten gefunden und den Notarzt gerufen hat, kommt am dritten Tag mit einer Patientenverfügung ins Spital, in welcher die Patientin verfügt, dass sie im Falle einer schweren Erkrankung keine lebensverlängernden Massnahmen erhalten wolle – sie habe ihr Leben gelebt. Die Patientenverfügung ist unterschrieben und vor einem Jahr datiert. Einen Tag später wird die Patientin reanimiert. Sie stirbt fünf Tage später infolge der Gesamtsituation mit beginnendem pulmonalem Infekt. Der Ehemann ist im Nachgespräch hoch traumatisiert und sicher, dass seine Frau dies nicht so gewollt habe.

### Fall 2: Unsicherheit wegen veränderter Lebensumstände nach Verfassen der Patientenverfügung

In der Notfallaufnahme eines Spitals wird ein Patient mit der Ambulanz aus einem betreuten Wohnen eingeliefert; dieser habe, so die Kollegen der Ambulanz, eine konkrete Patientenverfügung, in welcher verfügt sei, dass er nichts mehr wolle, auch keine Flüssigkeit. Er sei in seiner Wohnung zusammengebrochen und vom Hausarzt eingewiesen worden. Aus den mitgebrachten Unterlagen ergibt sich, dass der Patient vor einem Jahr einen schweren Schlaganfall erlitten hatte, sich aber so weit erholte, dass er am Rollator wieder gehfähig war. Zudem war der Patient weiter etwas dysarthrisch; seit dem Ereignis lebte er in dem betreuten Wohnen. Die Patientenverfügung ist vier Jahre alt und wurde gemeinsam mit dem ihn auch jetzt betreuenden Hausarzt erstellt. Dort äussert der Patient, dass er, falls es zu einem Zustand völliger Hilflosigkeit kommen würde, ohne Aussicht auf Verbesserung, bei Notfällen auf jegliche lebenserhaltenden Massnahmen verzichte, inklusive i.v. Flüssigkeitsgabe. Der Patient hat nach erster Exploration vermutlich einen Status epilepticus, gegebenenfalls aber auch einen erneuten Schlaganfall. Der Patient erhält i.v. Medikamente, der Druck sinkt, zur Differenzialdiagnose müsste der Patient ins CT gefahren werden. Es besteht eine grosse Verunsicherung des Notfallteams. Was soll getan werden?

### Fall 3: Kehrt die Urteilsfähigkeit vielleicht doch wieder zurück?

Die Situation einer Patientin mit einer akut dekompensierten, chronischen Leberzirrhose mit septischen Komplikationen wird in einer interdisziplinären Fallbesprechung diskutiert. Die Patientin ist bereits seit drei Wochen in einem schlechten Zustand und seither nicht urteilsfähig, es besteht jedoch aus Sicht des Behandlungsteams noch etwas Hoffnung, dass eine Besserung eintritt und sie wieder «aufklart». Die Patientin hat die aktuelle Kurzform der FMH/SAMW-Patientenverfügung vor einem Jahr ausgefüllt. Diese hat zur Beschreibung der Situation, in welcher die Patientenverfügung gelten soll, den folgenden Wortlaut: «Für den Fall, dass ich urteils-

unfähig werde, möchte ich, dass vorerst alle medizinisch indizierten Massnahmen zwecks Wiedererlangung der Urteilsfähigkeit und Wiederherstellung meines Vorzustandes getroffen werden. Erweist es sich jedoch nach sorgfältigem ärztlichem Ermessen als unmöglich oder unwahrscheinlich, dass ich meine Urteilsfähigkeit wieder erlange, so verlange ich den Verzicht auf alle Massnahmen, die nur eine Lebens- und Leidensverlängerung zur Folge haben. Ich wünsche in jedem Fall die wirksame Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen wie Angst, Unruhe, Atemnot und Übelkeit».

Hierauf kann dann angegeben werden, ob a) keine Vertrauensperson eingesetzt werden soll oder b), welche Person als Vertretungsperson eingesetzt wird. Die Patientin hat ihre Schwester als Vertretungsperson eingesetzt. Sie kümmert sich intensiv um die Patientin und bittet seit mehreren Tagen darum, dass man die intensivmedizinischen Massnahmen sistiert, da sie sich sicher sei, dass diese Behandlung nicht mehr im Sinne der Patientin sei.

In der Diskussion ist das Behandlungsteam jedoch verunsichert – es besteht ja eventuell doch noch eine Chance, dass die Patientin sich wieder bessert und man sie selbst wieder fragen kann. Gemäss Wortlaut der Patientenverfügung sei es dann ja so, dass die Patientin dann alles wolle; wie soll man aber mit dem Wunsch der Schwester umgehen?

### Fall 4: Spitalinterne Kommunikationsprobleme

Eine Patientin mit präterminalem Tumorleiden, die seit zwei Wochen auf der Palliativstation liegt, hat den grossen Wunsch, nochmals nach Hause entlassen zu werden. Es wird ein runder Tisch einberufen mit Patientin, Sohn, Fachstelle Palliative Care (Spitex), Sozialdienst, Bezugspflege und Palliative-Care-Arzt. Das Ziel ist «Urlaub» zu Hause mit der Möglichkeit, die terminale Phase dort zu erleben. Bei ungenügender Symptomkontrolle soll aber *jederzeit* die direkte Rückkehr ins reservierte Bett auf der Palliativstation möglich sein, das heisst nicht via Notfall. Eine Patientenverfügung mit dementsprechenden Festlegungen und ein ausführlicher Austrittsbericht inklusive Reservemedikation liegen vor.

Um 14 Uhr ist die Patientin glücklich zu Hause. Am nächsten Tag um 6 Uhr 40 ruft der Sohn an, dass er den Notarzt wegen Zustandsverschlechterung und massiver Atemnot verständigt habe. Trotz Patientenverfügung und Beteuerung des Sohnes, dass die Patientin nicht auf den Notfall, sondern direkt auf die Palliativstation möchte, wird sie auf den Notfall gebracht. Dort erfolgen wegen Rhythmusstörungen ein internistisches Konsil und eine medikamentöse Umstellung des Herzrhythmus. Erst nach mehreren Telefonaten des Sohnes und der Palliativärztin klappt die Verlegung auf die Palliativstation. Dort trifft die sterbende Patientin um 10 Uhr mit massivster Atemnot ein; es wird sofort eine Morphin- und Dormicumreserve i.v. verabreicht, die Wirkung ist ungenügend. Um 10 Uhr 40 wird mit dem Dormicumperfusor rasch eine gute Symptomkontrolle erreicht, die eine ruhige Sterbephase mit der Familie am Bett der Patientin ermöglicht. Die Kommunikation der Familie mit der Patientin ist trotz Sedation möglich und sehr wichtig für die Angehörigen. Um 22 Uhr 55 verstirbt die Patientin ruhig im Kreis der Familie.

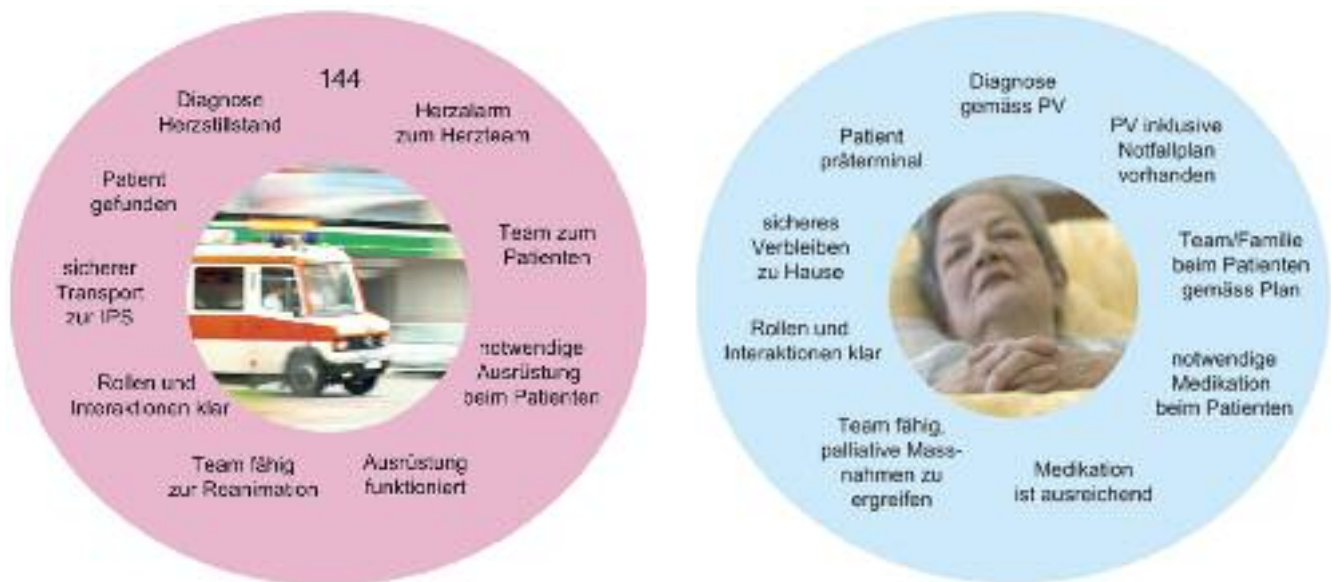


Abbildung 1: Wie für eine gelungene Reanimation braucht es auch für den gut begleiteten Tod zu Hause eine zuverlässig ineinandergreifende Behandlungskette (Fotos: Till Krech, Flickr [li, Ausschnitt]; Herby (Herbert) Me, Fotolia [re]).

**Bad news: Es klappt häufig nicht ...**

..., und dieser Befund ist nicht neu und auch international bekannt. In den USA wurde bereits 1991 landesweit die «patient determination act» in Kraft gesetzt, welche in vielerlei Hinsicht dem Schweizer Erwachsenenschutzrecht gleicht und Patientenverfügungen für verbindlich erklärt. 2003 erschien in der bekanntesten medizinethischen Fachzeitschrift der USA der Artikel von Fagerlin und Schneider «Enough. The failure of the living will» (1). Auch wissen wir, dass Angehörige nicht nur häufig überfordert sind, sondern auch den Patientenwillen sehr oft nicht kennen (2).

Unzweifelhaft sind die Patientenverfügungen in allen geschilderten Fällen rechtlich gültig; sie werden aber aus unterschiedlichen Gründen nicht umgesetzt oder sind auch nicht umsetzbar.

Heisst das also, wir sollten bei urteilsunfähigen Patienten wieder zu einem mehr oder weniger «sanften» ärztlichen Paternalismus zurückkehren, das heisst zu einer primär ärztlichen Beurteilung des «besten Interesses des Patienten» als alleiniger Grundlage für Behandlungsentscheidungen? Dies erfolgt häufig grundsätzlich in Notfallsituationen («Patientenverfügungen gelten, aber natürlich nicht für Notfälle, da ist keine Zeit, und es muss erst einmal gehandelt werden!») oder gar für alle Situationen der Urteilsunfähigkeit eines Patienten, da man «ja nie voraussehen kann, was passiert, und der Patient und die Angehörigen als medizinische Laien im Hinblick auf die Beurteilung medizinischer Sachverhalte, zumal für zukünftige Situationen, völlig überfordert sind».

Dieselbe Argumentation wurde noch vor einigen Jahrzehnten ins Feld geführt, als es um die grundlegende Aufklärungspflicht und das Recht von urteilsfähigen Patienten ging, in medizinische Eingriffe einzuwilligen oder diese abzulehnen. Mittlerweile besteht jedoch nicht nur für urteilsfähige, sondern auch für urteilsunfähige Patienten weitgehend ein berufsethischer Konsens: Wir wollen Patienten bestmöglich behandeln, uns auf realistische Therapieziele

und daran angepasste Massnahmen einigen sowie Angehörige unterstützen und begleiten – auch dann, wenn Heilung oder Lebensverlängerung nicht mehr möglich ist, wir keine Massnahmen durchführen möchten, die der Patient nicht möchte und auch keine Massnahmen, die medizinisch nicht (mehr) sinnvoll sind. Wir wollen aber insbesondere in Notfallsituationen sicher sein, dass das, was wir tun oder unterlassen, das ist, was der Patient für sich gewollt hat, und dass die Angehörigen dies ebenfalls so sehen.

**Die Gründe**

Wenn man sich verdeutlicht, worum es bei der Patientenverfügung geht, ist es eigentlich klar, warum die geschilderten Fallsituationen vorkommen und es «nicht klappt». Bei den meisten Patientenverfügungen geht es um die Vorausplanung medizinisch komplexer, existenziell wichtiger individueller Behandlungspläne für Notfälle, schwere lebensbedrohliche Ereignisse und die Planung der letzten Lebensphase.

Hierbei ist der Vergleich mit einer Reanimationsituation illustrativ. Damit eine Reanimation wirklich erfolgreich ist, braucht es eine ganze Behandlungskette (Abbildung 1) – und wie wir wissen, ist eine Reanimation in den allermeisten Fällen nicht erfolgreich und bei multimorbiden, schwer kranken Patienten sogar so wenig erfolgreich, dass mancher Versuch im Grunde zwecklos ist. Eine Patientenverfügung aus dem Internet zu ziehen, alleine auszufüllen, ohne weitere Informationen über die hier getroffenen Entscheide, wie zum Beispiel Chancen und Risiken einer Reanimation, zu haben, sie mit niemandem zu besprechen und ins Nachtkästchen zu legen, wäre so, als ob ein Patient einen Herzstillstand erleidet, die 144 angerufen wird, aber nichts weiter vorausgeplant ist.\*

Auch wenn die Zahl und die Qualität der Patientenverfügungen nach meiner Erfahrung derzeit auch in der Schweiz zunehmen, sind die meisten Patientenverfügungen, obwohl formal rechtlich gültig, wie auch in den obigen Situationen:

- ❖ nicht konklusiv (alle verfügbaren Formulare können widersprüchliche Angaben enthalten);
- ❖ nicht mit den Angehörigen und Ärzten besprochen;
- ❖ nicht basierend auf besten Informationen (z.B. über die Prognose bei Reanimation);
- ❖ nicht auf die aktuelle Situation zugeschnitten/aktualisiert;
- ❖ nicht brauchbar in Notfallsituationen;
- ❖ nicht übermittelt bei Spitaleintritt oder Verlegung;
- ❖ nicht in den Akten abgelegt;
- ❖ nicht umgesetzt in ärztliche Anweisungen/Tätigkeiten;
- ❖ nicht optimal interprofessionell aufgeleitet.

Auch die ausführlicheren Patientenverfügungen, wie zum Beispiel diejenige der Krebsliga, die Langversion der FMH/SAMW oder das HumanDokument von Dialog Ethik, sind nicht konklusiv und allein von der Anlage her nicht brauchbar für Notfallsituationen. Sie sind medizinisch nicht logisch aufgebaut und eben sehr häufig nicht besprochen, dokumentiert und in konkrete Massnahmen umgesetzt; die wichtigsten Informationen für den Notfall sind nicht für Notfallsituationen zusammengefasst.

### Good news: die Entwicklung einer gesundheitlichen Vorausplanung

Bereits zum Zeitpunkt des oben zitierten Artikels zum «Scheitern der Patientenverfügungen» haben sich in den USA (z.B. Respecting choices®) und wenig später in Australien (Respecting patient choices®), England (Gold standard framework®) und Deutschland (beizeiten begleiten) (5–9) erste Projekte regional etabliert. Man hatte erkannt, dass es bei der Planung von zukünftigen medizinischen Massnahmen, bei der Umsetzung des Willens von schwer kranken, urteilsunfähigen Patienten um einen begleiteten Prozess, eine komplexe Intervention als gemeinschaftliche Aufgabe des Gesundheitswesens geht.

Patientenverfügungen sind in ihrem Kern nichts anderes als medizinische Planungen für die Zukunft, die auf dem Willen und den individuellen Wünschen von Patienten beruhen. Auch wenn Patientenverfügungen heute juristisch gelten, falls sie vom Patienten in urteilsfähigem Zustand verfasst, datiert und unterschrieben sind, betreffen sie existenzielle, teilweise komplexe medizinische Behandlungsentscheide. Sie richten sich an alle medizinischen Behandlungsteams, die für den Patienten verantwortlich sind, und müssen, um wirksam umgesetzt werden zu können, medizinisch logisch, auf die Situation zugeschnitten und allen Akteuren bekannt sein.

Dieses Konzept hat sich in den letzten 20 Jahren als sogenanntes «Advance Care Planning» (APC) als interdisziplinärer Prozess einer gesundheitlichen medizinischen Vorausplanung entwickelt, in welcher Hausärzte eine zentrale Rolle einnehmen. Angepasst an die jeweilige Situation (gesunder älterer Patient, chronisch kranker Patient, Patient in der letzten Lebensphase), werden Patienten routinemässig auf die Möglichkeit einer schriftlichen Vorausplanung angesprochen und darin unterstützt. In gemeinsamen Gesprächen mit Angehörigen, die arbeitsteilig von Ärzten und in ACP ausgebildeten Gesundheitsfachpersonen (Praxisassistenten, Sozialarbeiter, Pflegefachkräfte) angeboten und durchge-

führt werden, werden Werte und Wünsche des Patienten ausführlich erhoben, auf die gesundheitliche Situation angepasst besprochen und für mögliche Notfall- und Krisensituationen vorausgeplant.

Entsprechend der Logik von Patientenverfügungen, die immer nur dann gelten, wenn der Patient urteilsunfähig ist, wird für die drei möglichen Situationen von Urteilsunfähigkeit vorausgeplant:

- a) Notfall
- b) Zustand längerer Urteilsunfähigkeit nach einem Notfall mit unsicherer Prognose von Urteilsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit (u.a. Fragen der Beatmung und lebenserhaltender Massnahmen auf der Intensivstation)
- c) Zustand sicherer dauerhafter Urteilsunfähigkeit (dauerhafte schwerste geistige Beeinträchtigung nach gesundheitlicher Krise, Reanimation oder Unfall).

Gemeinsam mit dem Patienten werden, basierend auf seinen Wertvorstellungen, erwartbare Situationen vorbesprochen, zentrale Therapieziele formuliert (Lebenserhalt mit allen möglichen Massnahmen, Lebenserhalt unter Ausschluss von bestimmten Massnahmen oder bestmögliche Palliation). Dann werden daran angepasst Massnahmen festgelegt, die für die akute Notfallsituation in der Patientenverfügung enthalten sind – als ärztlich mitunterschiedener Notfallplan. Zentrale Aufgabe der zuständigen gesprächsführenden Ärzte und ACP-Berater ist es, vorauszudenken und einen validen vernünftigen Plan gemeinsam zu entwickeln. Will ein Patient zum Beispiel in einer Krisensituation nicht mehr ins Spital, hat aber eine schwere COPD, muss genau festgelegt werden, was in der Situation einer schweren Atemnot getan wird. Dazu zählen die Bereitstellung von Notfallmedikamenten zu Hause und Instruktionen für Patient und Bezugspersonen:

- a) Falls Hausarzt oder Spitexdienst bei nicht durch Bezugspersonen beherrschbarer Atemnot in Kürze da sein können (analog Fall 4), nicht die 144 anrufen.
- b) Falls kein Palliative-Care-Notfallregime logistisch möglich ist, muss eine durchführbare, schnell umsetzbare, klare Anweisung für Notärzte und Rettungssanitäter als Teil des Vorausplanungsprozesses erstellt werden.

Angelehnt an die oben erwähnten internationalen Projekte haben wir in einem interdisziplinären Nationalfondsprojekt (NFP67 Lebensende) am Universitätsspital Zürich einen solchen Notfallplan (kurz ÄNO, Ärztliche Anordnung für den Notfall) entwickelt (Abbildung 2).

Dieser wird, wie die Patientenverfügung insgesamt, nie alleine ausgefüllt. Grundlage sind bis zu drei Gespräche mit geschulten ACP-Beratern in Rückbindung zum behandelnden Arzt. Dieser Notfallplan wird bis jetzt nur im Projekt verwendet: Das Ziel ist es jedoch, dass sich bald, analog zu anderen internationalen ACP-Projekten (in den USA entspricht dieser Plan der sogenannten POLST-Form, der «physician order for life sustaining treatment form»), ein solcher Plan für die ganze Region durchsetzt, auf den Notärzte und Rettungssanitäter in Notfallsituationen vertrauen, da dessen Logik und der dahinter stehende Qualitätsprozess bekannt sind.

Es braucht also eine ebenso komplexe Behandlungskette wie bei einer Reanimation, in der eine gut besprochene

\*Diesen Vergleich verdanke ich meinem Kollegen Dr. Jürgen in der Schmitt, Düsseldorf.

**!** Ärztliche Notfallanordnung (ÄNO) / Aktuell

Name .....  
 Vorname .....  
 Geburtsdatum .....

Gilt bei oben genanntem Patienten/in für den Fall einer akuten Notfallsituation, sofern sie/er nicht selbst urteilsfähig ist:

Lebensverlängerung in jedem Fall .....

**A0**       Herz- Lungenwiederbelebung und uneingeschränkte Notfall- und Intensivbehandlung

Lebensverlängerung in bestimmten Fällen .....

**B0**       Keine Herz- Lungenwiederbelebung ansonsten uneingeschränkte Notfalltherapie

**B1**       Keine Herz- / Lungenwiederbelebung und keine invasive (Tubus) Beatmung, ansonsten uneingeschränkte Notfalltherapie

**B2**       Keine Herz- / Lungenwiederbelebung, keine invasive (Tubus) Beatmung und keine Behandlung auf einer Intensivstation, ansonsten uneingeschränkte Notfalltherapie

**B3**       Keine Herz- / Lungenwiederbelebung, keine invasive (Tubus) Beatmung, keine Behandlung auf einer Intensivstation und keine Mitnahme ins Spital, ansonsten uneingeschränkte ambulante Notfallbehandlung

Lebensqualität in jedem Fall .....

**C0**       Uneingeschränkte lindernde/ palliative Therapie auch stationär

**C1**       Uneingeschränkte lindernde/ palliative Therapie nur ambulant

Datum Unterschrift / verfügende Person .....

Datum Unterschrift / vertretungsberechtigte Person .....

Datum Unterschrift / Arzt des Vertrauens .....

acp | advance care planning



Abbildung 2: Ärztliche Notfallanordnung

Patientenverfügung mit einem konkreten, auch von Rettungssanitätern und Notärzten akzeptierten Notfallplan ein wichtiges Glied bildet. Dies hat bereits Christoph Cina sehr schön in dieser Serie Palliativmedizin als «Konkretisierung einer Patientenverfügung» geschildert (3). Wie zunehmend mehr Studien zu den oben genannten Projekten zeigen, führt die Einführung von durch die Krankenkassen finanzierten (!) Gesprächen, Dokumentationssystemen und Implementierungsprojekten dazu, dass fast alle Patienten, die versterben, eine Patientenverfügung haben, die Wünsche von Patienten umgesetzt werden und auch die Angehörigen nach dem Tod ihres geliebten Menschen weniger traumatisiert sind. Zudem scheint die Implementierung von «Advance Care Planning» trotz neu finanzierten Gesprächs- und Implementierungsstrukturen auch die Kosten der Behandlung vor Tod zu senken, ohne die Qualität der Behandlung zu kompromittieren. Sind solche anerkannten und besprochenen Prozesse inklusive Notfallplanungen vorhanden, hätte dies in *Fall 1* dazu geführt, dass der Ehemann bereits nicht mehr den Notarzt

gerufen hätte, und in *Fall 4*, dass der Notfallplan auch vom Notarzt akzeptiert worden wäre. Durch die als notwendig erkannten ärztlich begleiteten Gesprächsprozesse wären die Patientenverfügungen in *Fall 2* und *3* an die Situation angepasst worden. Im *Fall 2* hätten zum Beispiel konkrete Besprechungen, inwiefern der Patient einer Notfallbehandlung im Spital in seinem derzeitigen Gesundheitszustand weiter zustimmen würde, gemeinsam mit seinen Kindern und dem Betreuungspersonal stattgefunden, und die Patientenverfügung wäre dementsprechend angepasst oder konkretisiert worden. Ist der jetzige Zustand so, dass der Patient ihn als lebenswert ansieht? Würde er bei einer gesundheitlichen Verschlechterung bei gegebener Aussicht, wieder in den Zustand am Rollator im betreuten Wohnen, gehfähig, bei etwas kompromittierter Kommunikationsfähigkeit, zu kommen, ins Spital wollen – eventuell unter Ausschluss bestimmter Massnahmen, wie Verlegung auf die Intensivstation, verbunden mit dem Risiko, dass sich sein Zustand weiter verschlechtert und er dort verstirbt? Oder sind für ihn Lebensqualität und das Verbleiben in seiner vertrauten Umgebung in jedem Fall wichtiger als Lebensverlängerung? In diesem Fall wäre es unabdingbar, einen dementsprechenden Notfallplan für die ambulante Situation konkret zu erstellen. Wenn wir wieder häufiger den von den meisten Patienten gewünschten guten Tod zu Hause als einen der «grossen Momente der Medizin» (4) erleben wollen, sollten wir gemeinsam an der Etablierung von «Advanced Care Planning» im Gesundheitssystem arbeiten. ❖

PD Dr. med. Dipl. Soz. Tanja Krones  
 Geschäftsführerin Klinisches Ethikkomitee  
 UniversitätsSpital Zürich und Institut für Biomedizinische Ethik  
 Pestalozzistrasse 24  
 8032 Zürich  
 E-Mail: tanja.krones@usz.ch

Literatur:

1. Fagerlin A, Schneider CE: 2004. Enough. The Failure of the Living Will. Hastings Center Report 2004; 34(2): 30–42.
2. Rid A, Wender D: Can we improve treatment decision making for incapacitated patients? Hast Cent Report 2010; 40(5): 36–45.
3. Cina C: Zuhause Sterben – Voraussetzungen und Hindernisse. Ars Medici 2014; 104(5): 241–242.
4. Schneider-Gurewitsch K: Plädoyer für einen guten Tod. NZZ vom 18. Mai 2014.
5. Detering KM et al.: The impact of advanced care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. BMJ 2010; 340: c1345.
6. Hammes BJ et al.: A comparative, retrospective, observational study of the prevalence, availability, and specificity of advance care plans in a county that implemented an advance care planning microsystem. J Am Geriatr Soc 2010; 58(7): 1249–1255.
7. Silvester W: Respecting patient choices: scaling care planning to a whole country. In Hammes BJ (ed): Having your own say. Getting the right care when it matters most. Washington, CHT Press 2012: 57–70.
8. in der Schmitten J et al.: Patientenverfügungen im Rettungsdienst (Teil 1): Notfall Rettungsmed 2011; 6: 448–458.
9. in der Schmitten J et al.: Patientenverfügungsprogramm: Implementierung in Senioreneinrichtungen. Deutsches Ärzteblatt 2014; 11(4): 50–57.

Wir danken Herrn Dr. med. Markus Denger, wissenschaftlicher Beirat von ARS MEDICI, Frau Dr. med. Heike Gudat, Vorstandsmitglied von palliative.ch, und Dr. med. Klaus Bally, Institut für Hausarztmedizin der Universität Basel, für ihre Unterstützung bei der Konzeption und Planung unserer Serie «Palliativmedizin in der Praxis».