

ZUM THEMA

Patientenverfügung: Kann in München eine Advance-Care-Planning- System eingeführt werden?

Bei schwerkranken Patienten, die nicht mehr einwilligungsfähig sind, ist oft nicht klar, wie viel Therapie sie sich am Lebensende wünschen. Obwohl es schon seit Jahren die Möglichkeit gibt, für den Fall der Einwilligungsunfähigkeit vorzusorgen und eine Patientenverfügung aufzusetzen, machen bisher nur wenige Menschen in Deutschland davon Gebrauch. Dazu kommt: Selbst wenn eine Patientenverfügung verfasst wurde, ist diese im Behandlungsfall häufig nicht auffindbar oder sie ist so unklar formuliert, dass sie für den konkreten Fall nicht aussagekräftig ist. Die Folge: Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte sind unsicher, was die Patienten tatsächlich wollen, die Angehörigen sind überfordert und die betroffenen Patienten werden möglicherweise nicht so behandelt, wie sie es sich wünschen. Deswegen sind in den vergangenen Jahren vielerorts Projekte ins Leben gerufen worden, die eine umfassende Beratung und Begleitung bei der Formulierung von Patientenverfügungen ermöglichen und die die spätere Auffindbarkeit und Umsetzung dieser Verfügungen sicherstellen sollen. Auch in München sollte nach Ansicht des ÄKBV-Ausschusses „Gesundheitliche Vorausplanung“ ein solches System des „Advance Care Planning“ eingeführt werden.

Advance-Care Planning (ACP) – im Deutschen meist übersetzt als „Gesundheitliche Vorausplanung“ – ist ein umfassendes Konzept, das zuerst von amerikanischen Ärzten formuliert wurde. Dahinter steht die Idee, dass es nicht reicht, Formulare für Patientenverfügungen bereitzustellen, um eine adäquate Therapie am Lebensende zu ermöglichen und um eine Übertherapie zu vermeiden. Vielmehr sollte ein breites Beratungsnetz aufgebaut und ein professionell begleiteter, lebenslanger Gesprächsprozess für die Bürger etabliert werden. Dadurch kann man besser berücksichtigen, dass sich Wünsche der Patientinnen und Patienten im Lauf der Zeit ändern können. Zudem werden in einem ACP-System bei den verschiedenen Behandlern Routinen für die Ablage und Weitergabe der Vorsorgedokumente (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Notfallkarte) geschaffen, die sicherstellen, dass die Wünsche der einwilligungsunfähigen Patienten im Behandlungsfall zugänglich sind und dass sie dann tatsächlich auch umgesetzt werden.

Gut entwickelte Strukturen eines ACP gibt es bereits in den USA¹ und Australien², auch in Deutschland wurde mit dem Pilotprojekt „beizeiten begleiten“ in Grevenbroich ein erstes Advance-Care-Planning-System eingeführt. In München gibt es ein solches System bisher nicht. Im vergangenen Jahr hat die Delegiertenversammlung des ÄKBV den Ausschuss „Gesundheitliche Vorausplanung“ eingerichtet, der sich

für die Einführung eines ACP in München einsetzt. Ausschussvorsitzender ist der Intensivmediziner Dr. Gregor Scheible.

Der Ausschuss hat sich seitdem a) mit verschiedenen bestehenden ACP-Systemen auseinandergesetzt, b) in Zusammenarbeit mit dem Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der LMU München eine Online-Umfrage unter Ärzten, Notaren und zum Thema Patientenverfügung durchgeführt (siehe MÄA 21/2013) sowie c) verschiedene Konzepte für Notfallkarten diskutiert (siehe auch Artikel S. 19). Bei der 114. Delegiertenversammlung des ÄKBV am 25. September stand das Thema „Gesundheitliche Vorausplanung“ im Mittelpunkt der Tagesordnung. Als Gastredner war der Leiter des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Prof. Dr. Georg Marckmann, eingeladen. Der Titel seines Vortrags lautete: „Advance Care Planning: Von der Patientenverfügung zur umfassenden gesundheitlichen Vorausplanung“.

Wie Gregor Scheible in einer kurzen Einführung erläuterte, geht es beim Advance Care Planning anders als beim bisherigen System der Patientenverfügung darum, frühzeitig aufsuchend tätig zu werden. „Wir wollen die Menschen beraten, bevor sie Patienten werden“, sagte Scheible. Außerdem sei es ein wesentliches Element gesundheitlicher Vorausplanung neue Strukturen zu schaffen, in die alle Akteure der Patientenversorgung eingebunden werden.

Georg Marckmann erklärte zu Beginn seines Vortrags, dass die gesetzliche Verankerung der Patientenverfügung in Deutsch-

land die Probleme bei der Behandlung nicht-einwilligungsfähiger Patienten nicht gelöst habe. In den meisten Fällen sind Patientenverfügungen erst gar nicht vorhanden; wenn sie vorhanden sind, sind sie oft nicht auffindbar, nicht aussagekräftig, nicht verlässlich oder sie werden von ärztlicher Seite nicht befolgt. Obwohl laut Umfragen angeblich bis zu 35 Prozent der älteren Menschen in Deutschland eine Patientenverfügung haben, sieht die Realität anders aus, berichtete Marckmann. So kam bei einer Untersuchung mehrerer Altenheime in Neuss und Umgebung heraus, dass im Mittel nur 12,4 Prozent der dortigen Altenheimbewohner eine Patientenverfügung hatten.

Als weiteres Problem nannte Marckmann die unzureichende Beratung beim Verfassen einer Patientenverfügung. Er zitierte eine 2012 veröffentlichte Studie, bei der Teilnehmer an ärztlichen Beratungsseminaren zu Patientenverfügungen (die in den Jahren 2006 bis 2010 stattgefunden hatten) vor und nach dem Seminar zu ihren Behandlungswünschen im Fall einer Einwilligungsunfähigkeit befragt wurden. Diejenigen, die bereits eine Patientenverfügung hatten – etwa 25 Prozent der Teilnehmer –, gaben nach dem Seminar an, die Patientenverfügung ändern zu wollen. Es zeigte sich, dass nicht einmal zehn Prozent der Teilnehmer mit Patientenverfügung beim Erstellen der Verfügung ärztlich beraten worden waren.

Marckmann erläuterte, wie diese Probleme mit dem Konzept des Advance Care Planning angepackt werden könnten. Die beiden entscheidenden Säulen seien der

¹ www.respectingchoices.org

² www.respectingpatientchoices.org.au

professionell begleitete Gesprächsprozess und die regionale Implementierung von Standards und Routinen. Die Patientenverfügung bleibe in diesem Konzept das zentrale Element; sie sei der Vorsorgeplan, d. h. ein strukturierendes Element in einem umfassenderen System der Vorsorgeplanung.

Marckmann nannte sieben Elemente, die für die Etablierung einer ACP-Systems notwendig sind: Ein aufsuchendes Gesprächsangebot, eine qualifizierte Unterstützung und Begleitung der Bürger, eine professionelle Dokumentation, die Archivierung, der Zugriff und der Transfer der Dokumente, eine laufende Aktualisierung und Konkretisierung der Verfügung, die Beachtung und Befolgung der Patientenverfügung durch Dritte sowie eine kontinuierliche Qualitätssicherung.

Als Beleg dafür, dass ein System der gesundheitlichen Vorausplanung erfolgreich sein kann, nannte Marckmann die Region La Crosse im US-amerikanischen Bundesstaat Wisconsin, wo es schon seit Jahren ein ACP gibt. Dort lag bei einer Überprüfung bei 400 Todesfällen in einem bestimmten Zeitraum in 96 Prozent der Fälle eine schriftliche Vorausplanung vor. Von diesen Dokumenten waren alle in einem Begleitungsprozess entstanden und alle verfügbar; 93 Prozent waren aussagekräftig. Die formulierten Patientenwünsche wurden in 99,5 Prozent der Fälle umgesetzt. Das Beispiel La Crosse zeige, dass ACP eine effektive Berücksichtigung von Patientenwünschen in der letzten Lebensphase ermögliche und dadurch sogar Kosten eingespart würden.

Auch in Deutschland sei die Einführung eines Systems der gesundheitlichen Vorausplanung möglich, erklärte Marckmann.

Das habe das vom Bundesforschungsministerium geförderte Pilotprojekt „beizeiten begleiten“ in Grevenbroich gezeigt. Dort wurden Hausärzte fortgebildet, Personal in Altenheimen geschult, Formulare entwickelt sowie Routinen und Standards etabliert. Innerhalb von 16,5 Monaten hatte sich dadurch die Anzahl der Verfügungen mehr als verdoppelt (52 Prozent im Vergleich zu 25 Prozent in der Kontrollgruppe).

In Grevenbroich sei außerdem ein Notfallbogen entwickelt worden, mit dem sich Notfallsituationen vorausplanen lassen. Auf dieser „Hausärztlichen Anordnung für den Notfall“ kann für den Fall der Nicht-Einwilligungsfähigkeit in einer lebensbedrohlichen Krise eine aus sechs Therapieoptionen angekreuzt werden: von „uneingeschränkte Notfall- und Intensivtherapie“ bis hin zu „keine lebensverlängernden Maßnahmen“.

Zur aktuellen Situation in München zitierte Marckmann erste Ergebnisse aus der Online-Umfrage des ÄKBV-Ausschusses Gesundheitliche Vorausplanung. Demnach hatten die 131 Hausärzten, die sich beteiligten, im Jahr 2010 im Schnitt zehn Beratungen zu Patientenverfügungen durchgeführt; bei den Notaren waren es im Schnitt 50 Beratungen, bei den Überleitungsfachkräften 25 und bei den Mitarbeitern der Hospizvereine 35. Gleichzeitig gaben 79 Prozent der Befragten an, dass sie ein routinemäßiges Angebot einer Beratung zur Patientenverfügung für sinnvoll halten.

Marckmann ging zum Abschluss seines Vortrags noch kurz auf die Ziele des ÄKBV-Ausschusses ein und fasste zusammen: „Die gesetzlich verankerte Patientenverfügung allein sichert nicht die Selbstbestimmung am Lebensende. Eine effektive Vor-

ausplanung ist alternativlos und möglich.“ ACP sei eine Beitrag zu einer patientenorientierten Medizin und führe zu einer signifikanten Verbesserung der Versorgung bzw. Betreuung am Lebensende.

In der anschließenden Diskussion kam die Frage auf, inwieweit sich Behandlungswünsche am Lebensende überhaupt vorausplanen lassen. Möglicherweise würden viele Menschen in der Sorge, am Lebensende übertherapiert zu werden, in ihrer Patientenverfügung auch sinnvolle Therapien ausschließen. Der Delegierte Prof. Dr. Wulf Dietrich äußerte die Ansicht, dass Behandlungssituationen – gerade im Fall einer Wiederbelebung – so komplex seien, dass man unmöglich für alle denkbaren Situationen eindeutige Behandlungswünsche systematisch erfassen könne. Er habe den Eindruck, dass es Ärzten durch Patientenverfügungen zu leicht gemacht werde, sich aus der Verantwortung zu stellen.

Marckmann erwiderte, dass genau aus diesem Grund die Beratung und professionelle Begleitung beim Verfassen der Patientenverfügung so wichtig sei. Dadurch könne manchen Menschen auch eine generelle Angst vor der Hochleistungsmedizin genommen werden, die häufig von falschen Vorstellungen geprägt sei. „Das System steht und fällt mit der Qualität der Beratung und Begleitung“, sagte der Medizinethiker. Außerdem bedeute gesundheitliche Vorausplanung nicht den Verzicht auf die ärztliche Fürsorge. Aber auch Ärzte könnten nicht in jeder Situation eindeutig sagen, was für Patienten richtig ist. Eine Patientenverfügung könne dann die Patientenautonomie wahren.

Caroline Mayer

Diesen und weitere MÄA-Leitartikel finden Sie auch auf der Internet-Seite des ÄKBV unter www.aekbv.de > Münchener Ärztliche Anzeigen > MÄA-Leitartikel

ÄKBV
Ärztlicher Kreis-
und Bezirksverband München



Startseite Über uns ÄKBV-Wahl 2012 Ärzte Patienten Presse Münchener Ärztliche Anzeigen

