

Die Patientenverfügung «Plus» – das Konzept des Advance Care Planning (ACP)

The Living Will «Plus» – the Concept of Advance Care Planning (ACP)

Barbara Loupatatzis¹ und Tanja Krones²

¹ Klinik für Radio-Onkologie des Universitätsspitals Zürich

² Institut für klinische Ethik des Universitätsspitals Zürich

Zusammenfassung: Advance Care Planning ist ein begleiteter, strukturierter Prozess, der es Patienten und ihren Angehörigen ermöglicht, sich mit ihren Einstellungen zu Leben und Sterben sowie möglichen Behandlungen für den Fall einer Urteilsunfähigkeit mit Hilfe eines ausgebildeten Beraters auseinander zu setzen. Das Konzept kombiniert die individuelle Beratung des Patienten mit einem regionalen, systemischen Ansatz, der sicherstellt, dass alle Beteiligten die verwendeten Dokumente kennen und auch in einer Notfallsituation korrekt anwenden können. Ziel ist es, die Behandlung von urteilsunfähigen Patienten besser im Sinne ihrer Wünsche und Bedürfnisse zu koordinieren und dadurch die Patientenautonomie zu stärken.

Schlüsselwörter: Gesundheitliche Vorausplanung, Patientenverfügung, Patientenautonomie

Abstract: Advance Care Planning is a structured and facilitated process that enables patients and their caregivers to think about their attitudes towards life and death and their wishes concerning future health care in the case of decisional incapacity. The concept combines individual counselling of the patient with a regional, systemic approach to make sure that all involved stakeholders know the documents and can use them correctly, especially in an emergency. The aim is to better adapt the treatment of incapacitated patients according to their wishes and needs and therefore strengthen the patients' autonomy.

Keywords: Advance Care Planning, living will, patient autonomy

Einleitung/Definition

Der Schweizer Bundesrat hat im Juli 2015 im Rahmen der gesundheitspolitischen Prioritäten «Gesundheit 2020» das Projekt «Koordinierte Versorgung» lanciert. Eines seiner Ziele ist es, die Patientenautonomie zu stärken, um die Betreuung der Patienten besser anhand der individuellen Bedürfnisse planen und koordinieren zu können. Die Förderung von Advance Care Planning (ACP) – also der vorausschauenden Gesundheitsplanung und Unterstützung der Entscheidungsfindung durch einen strukturierten, begleiteten Gesprächsprozess – ist eine Massnahme, um dieses Ziel zu erreichen. Dazu wurde vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) eine Task Force beauftragt, ein nationales Rahmenkonzept zur gesund-

heitlichen Vorausplanung zu erstellen. Das Mandat wurde an palliative.ch übergeben.

Vorausplanung an sich ist nichts Neues. Menschen planen ihr Leben voraus. Diese Lebensplanung umfasst private wie auch berufliche Aspekte. Auch im Gesundheitssektor finden täglich Vorausplanungen statt. So werden Behandlungspläne besprochen, Operationen geplant, Entlassungen oder Rehabilitationen organisiert oder Notfallpläne ausgefüllt. Die Planung für die eigene Urteilsunfähigkeit, ausgelöst durch Krankheit oder Unfall, wird von vielen Menschen jedoch vermieden, da dies Angst und Unsicherheit auslöst.

Bereits Anfang der 1990er Jahre wurde das Konzept des ACP in den USA und in Kanada entwickelt. P. A. Singer, ein kanadischer Bioethiker, definierte ACP als einen begleite-



Die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAM/SGIM) anerkennt die CME der Praxis als Kernfortbildung AIM und vergibt pro CME AIM 1 Credit.

Im Artikel verwendete Abkürzungen

ACP	Advance Care Planning
ÄNO	Ärztliche Notfallanordnung
BAG	Bundesamt für Gesundheit
KESB	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde
PV	Patientenverfügung
ZGB	Zivilgesetzbuch

Ärztliche Notfallanordnung (ÄNO) Aktueller Reanimations- und Notfallstatus



Vor-/Nachname	Vorname Nachname	Strasse
Geburtsdatum	Tt. Monat JJJJ	PLZ Ort

Nur eine Antwort möglich! Diese ÄNO gilt solange, wie nicht aus gegebenem Anlass (z. B. OP/intensivmedizinische Behandlung/ dauerhafte urteilsunfähigkeit) eine abweichende Regelung gemäss dem Patientenwillen vereinbart wird.

Therapieziel: Lebensverlängerung, soweit medizinisch möglich und vertretbar

A0 Herz-Lungen-Wiederbelebung und uneingeschränkte Notfall- und Intensivbehandlung

Therapieziel: Lebensverlängerung mit Einschränkungen medizinischer Massnahmen

B0 keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
ansonsten uneingeschränkte Notfall- und Intensivbehandlung

B1 keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
keine invasive Beatmung
ansonsten uneingeschränkte Notfall- und Intensivbehandlung

B2 keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
keine invasive Beatmung
keine Behandlung auf einer Intensivstation
ansonsten uneingeschränkte Notfallbehandlung

B3 keine Herz-Lungen-Wiederbelebung
keine invasive Beatmung
keine Behandlung auf einer Intensivstation
keine Mitnahme ins Spital/auf eine Notfallstation ansonsten
uneingeschränkte Notfallbehandlung am aktuellen Betreuungsort
→ Notfallplanung erforderlich

Therapieziel: Leidenslinderung/Lebensqualitätsverbesserung nicht Lebensverlängerung

C0 uneingeschränkte lindernde/palliative Behandlung auch im Spital
→ wenn möglich Verbleib in der bisherigen/häuslichen Umgebung
Notfallplanung erforderlich

C1 keine Mitnahme ins Spital/auf eine Notfallstation
uneingeschränkte lindernde/palliative Behandlung ausschliesslich am
aktuellen Betreuungsort/Notfallplanung erforderlich

Ort, Datum

Diese ÄNO ist Ausdruck meines Behandlungswillens.
Unterschrift der verfügenden Person

Diese ÄNO gibt den geäusserten Behandlungswillen der verfügenden Person wieder
Unterschrift und NAME der Vertretungsberechtigten Person

Ich bestätige, dass die verfügende Person die Entscheidung urteilsfähig getroffen hat.
Unterschrift ARZT/Hausarzt

Diese ÄNO ist Ausdruck meines Behandlungswillens und Teil meiner Patientenverfügung. Empfehlung: Gemeinsam mit Ärztin/den Ärzten des Vertrauens auszufüllen und zu unterschreiben! Aber: Auch mit der Unterschrift des Patienten alleine ist dieses Dokument eine rechtsgültige Patientenverfügung!

Abbildung 1. Formular «Ärztliche Notfallanordnung» (ÄNO).

ten Prozess, der den Patienten befähigt, seine Wünsche bezüglich zukünftiger medizinischer Behandlungen im Fall der Urteilsunfähigkeit gemeinsam mit wichtigen Bezugspersonen und seinem Behandlungsteam festzuhalten, damit das Prinzip der informierten Zustimmung (Informed Consent) auch in Situationen der Urteilsunfähigkeit respektiert werden kann [1].

Das Konzept des ACP ermöglicht es einerseits Menschen, sich mit dem Thema medizinischer Behandlungen im Fall der eigenen Urteilsunfähigkeit im Rahmen von Gesprächen mit Ärzten und speziell geschulten Beratern auseinander zu setzen. Andererseits sorgt es für eine regionale Implementierung einheitlicher Dokumentation (Abb. 1) sowie die flächendeckende Anwendung der Formulare in Krisensituationen. Die Kombination der strukturierten persönlichen Befähigung des Patienten zur Autonomie und der gleichzeitige systemisch implementierende Ansatz bilden den «neuen» Kern des ACP-Konzepts, welches es von den bisherigen Voraussetzungen im Gesundheitswesen unterscheidet.

Herausforderungen bezüglich Patientenverfügungen (PV)

Das Bundesrecht Art. 370 ff. Zivilgesetzbuch (ZGB) regelt den Umgang mit PVs. Eine PV muss in schriftlicher Form

vorliegen und datiert und unterschrieben sein. Freiwilligkeit und Urteilsfähigkeit sind zentrale Bedingungen zum Erstellen einer PV.

Beurteilung der Urteilsfähigkeit

Das ZGB geht grundsätzlich davon aus, dass alle Personen, denen «nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln» (ZGB, Art. 16d, S. 3) urteilsfähig sind. Von der Urteilsfähigkeit ist grundsätzlich die Handlungsfähigkeit abzugrenzen, zu der zusätzlich zur Urteilsfähigkeit auch noch die Volljährigkeit bestehen muss (ZGB, Art. 13). Die Beurteilung der Urteilsfähigkeit stellt jedoch in der alltäglichen ärztlichen Praxis eine Herausforderung dar, welche hier nicht vollständig diskutiert werden kann. Wichtig ist, dass die Urteilsfähigkeit jeweils in Bezug auf eine spezifische Situation beurteilt werden muss und nur in wenigen Fällen absolut abwesend ist. So kann ein Patient z.B. in Bezug auf eine geschäftliche Entscheidung nicht urteilsfähig sein, während er gleichzeitig Urteilsfähigkeit in Bezug auf den Abbruch einer Chemotherapie besitzt. Doch auch wenn klar eine Urteilsunfähigkeit in Bezug auf Behandlungsentscheide vorliegt, gilt weiterhin der Respekt vor der Autonomie des Patienten (Abb. 2).

Schwierigkeiten in der Umsetzung von PVs

Im klinischen Alltag gibt es jedoch häufig Schwierigkeiten, den Willen des Patienten zu ermitteln. Aktuell liegt in der Schweiz meist keine Patientenverfügung [2] vor, und die Familien haben nicht über das Thema gesprochen. Doch auch wenn eine Patientenverfügung vorliegt, ist diese nur selten aussagekräftig [3]. Diese Probleme beruhen auf vier Hauptgründen: Erstens sind Formulierungen in PVs häufig ungenau oder beschreiben hochpalliative Situationen, in denen eine palliative Behandlung angezeigt ist. Zweitens füllen Patienten die Verfügungen ohne medizinisches Wissen aus, wodurch es zu sich widersprechenden Aussagen innerhalb einer Patientenverfügung kommt. Drittens wird das Ausfüllen der Verfügung nicht als andauernder Prozess verstanden, sodass häufig veraltete, nicht mehr auf die aktuelle Situation passende Verfügungen vorliegen. Das vierte Hindernis, welches zu Nichtbeachtung von Patientenverfügungen führt, ist, dass die Patientenverfügung im Notfall nicht vorliegt und auch nicht innerhalb der für die Entscheidung notwendigen Zeit beschafft werden kann.

Lösungsansatz ACP

Die SUPPORT-Study [4]: Study to Understand Prognoses and Preferences about Outcomes and Risks of Treatment konnte bereits 1995 zeigen, dass die reine gesetzliche Verankerung von PVs nicht automatisch zu einer höheren Prävalenz von PVs oder mehr Patientenautonomie geführt hat. Betrachtet man die Komplexität der Entscheidungen,

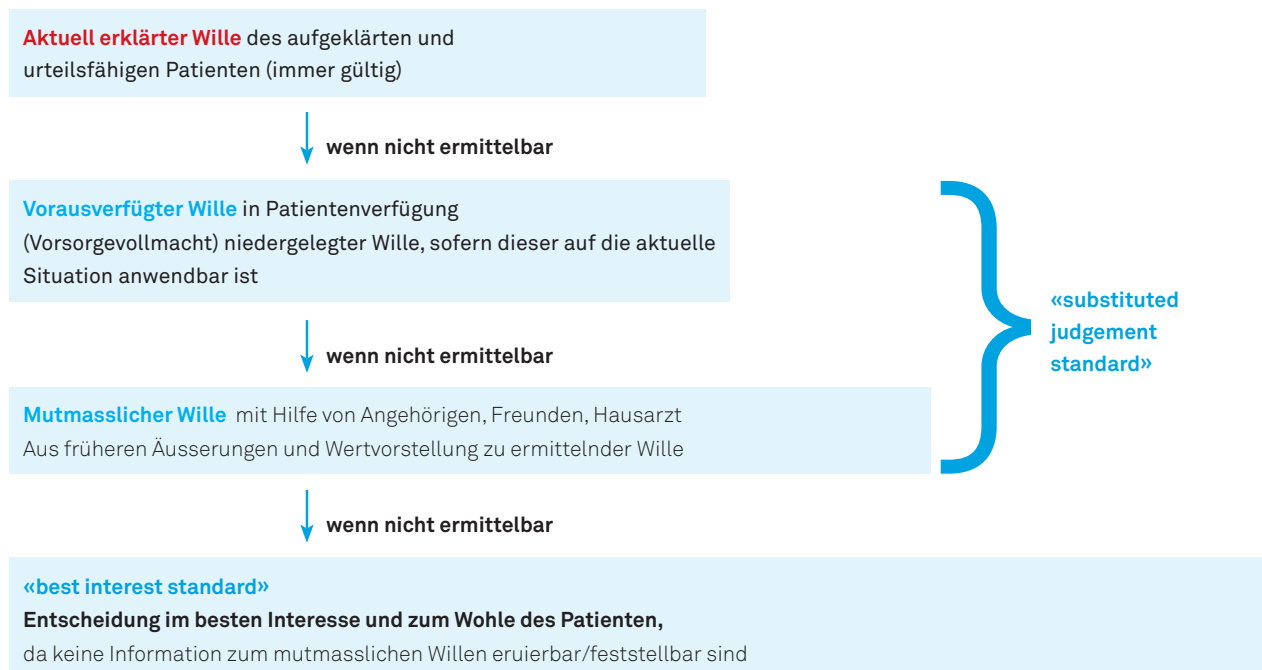


Abbildung 2. Grundkonzept zur Wahrung der Patientenautonomie auch im Fall von Urteilsunfähigkeit.

die eine PV einem Patienten abverlangt, ist dies durchaus verständlich. In der ärztlichen Praxis ist es seit 1950 Standard, dass es vor einem geplanten Eingriff der Zustimmung des Patienten bedarf. Diese ist jedoch nur gültig, wenn der Patient zuvor vom Arzt ausführlich über die Chancen und Risiken des Eingriffes sowie mögliche Alternativen informiert wurde. Beim Erstellen einer PV gibt ein Patient seine Zustimmung zu einer potenziellen Behand-

lung in der Zukunft oder lehnt diese ab, ohne zu wissen, ob und warum er diese Behandlung jemals brauchen wird. Die PV ist damit ein hypothetischer informed consent bezogen auf ein für den Patienten unklares, nicht einschätzbares Ereignis in der Zukunft. Das Konzept des ACP geht nun davon aus, dass ein Patient und seine Familie in diesen wichtigen Entscheidungen ebenso wie vor einer Operation die Hilfe von Fachpersonen benötigen. Das erste

Zielgruppe	Inhalt	Empfohlenes Vorgehen/Festlegungen
Schwer kranke Personen und/oder Palliativpatienten	Umfassende Planung für mögliche Notfallsituationen, Sterbephase, Möglichkeiten der konkreten Versorgung	1. Werte, Einstellungen, Ziele 2. Bestimmung eines Vertreters 3. Planung für <ul style="list-style-type: none"> • Notfall (ÄNO) • Postakutphase • Peri/Postinterventionelle Phase • letzte Phase 4. gewünschter Sterbeort 5. konkrete Planung für Komplikationen/ Symptomexazerbation ausgerichtet an den individuellen Therapiezielen auf Wunsch: <ul style="list-style-type: none"> • dauerhafte UU
Chronisch kranke Personen	Diskussion krankheitsspezifischer Behandlungsmöglichkeiten, insbesondere zu erwartende Krisen und Komplikationen	1. Werte, Einstellungen, Ziele 2. Bestimmung eines Vertreters 3. Planung für <ul style="list-style-type: none"> • Notfall (ÄNO) • Postakutphase • Peri/Postinterventionelle Phase • dauerhafte UU
Gesunde Personen jeden Alters	Sensibilisierung für das Thema der gesundheitlichen Vorausplanung. Dokumentation von Wünschen, die nicht dem normalen Vorgehen entsprechen z.B. keine Reanimation	1. Werte, Einstellungen, Ziele 2. Bestimmung eines Vertreters 3. Planung für auf Wunsch: <ul style="list-style-type: none"> • Notfallplanung (ÄNO) • Planung für Postakutphase • Therapieziele für dauerhafte UU

Abbildung 3. Konzept des ACP.

weltweit implementierte ACP-Programm war Respecting Choices in Wisconsin, USA. Die Berater fungieren als Übersetzer der individuellen Patientenwünsche in eine klare medizinische Sprache und gelegentlich auch als Vermittler zwischen den unterschiedlichen Ansichten innerhalb der Familien in Bezug auf die Wünsche des Patienten. Die Wünsche des Patienten bezüglich eines Notfalls werden auf ein einheitliches Formular, die sogenannte Physician Order of Life Sustaining Treatment (POLST), übertragen, das den regionalen Behandlungsteams bekannt ist und so auch im Notfall oder auf Intensivstationen schnell und unmissverständlich gelesen werden kann. Liegt eine solche POLST vor, werden die Patientenwünsche signifikant häufiger beachtet. Durch das Programm konnte die Prävalenz der PVs innerhalb weniger Jahre von ca. 15% auf über 85% gesteigert werden [5]. In Zürich wurde von 2012–2017 der MAPS-Trial durchgeführt. Hier wurde das australische ACP-Programm (Respecting Patient Choices), welches direkt von Respecting Choices abstammt, für die Schweiz adaptiert und unter randomisierten Bedingungen untersucht. Es zeigten sich ähnliche Effekte wie in Wisconsin. Die Prävalenz von PVs stieg, die Wünsche der Patienten im Interventionsarm waren den Angehörigen und den Behandlungsteams doppelt so häufig bekannt und wurden signifikant häufiger umgesetzt, so starben z.B. mehr Patienten der Interventionsgruppe am Ort ihrer Wahl (Krones et al, under review).

ACP-Prozess

Zielgruppen

Grundsätzlich ist ACP für alle interessierten Personen geeignet. Ausgehend vom Gesundheits- bzw. Krankheitszustand einer Person ist es jedoch sinnvoll, unterschiedliche Inhalte zu besprechen. Je kränker eine Person bereits ist, desto detaillierter kann die gesundheitliche Vorausplanung erfolgen (Abb. 3). Auch eine vertretungsberechtigte Person kann für die urteilsunfähige Person eine ACP-Planung durchführen. Ergebnis dieses Prozesses ist dann keine Patientenverfügung, sondern eine «Dokumentation des Patientenwillens durch die vertretungsberechtigte Person».

Situationen der Urteilsunfähigkeit

In der gesundheitlichen Vorausplanung werden unterschiedliche Situationen der Urteilsunfähigkeit differenziert. Dies ist relevant, da sich einerseits die Ursachen der Urteilsunfähigkeit unterscheiden, andererseits die Dauer der Urteilsunfähigkeit und die ärztliche Prognose bezüglich der Wiedererlangung des vorherigen Gesundheitszustands variiert. In der Notfallsituation ist eine Prognose z.B. in aller Regel nicht möglich, während nach erfolgten Abklärungen auf der Intensivstation erste Aussagen getätigt werden können. Die Prognose wird im zeitlichen Verlauf immer fundierter möglich. Eine dau-

erhafte Urteilsunfähigkeit kann entweder posttraumatisch oder auf Grund einer Erkrankung entstehen.

Im Rahmen des ACP-Konzepts gibt es daher die Möglichkeit, für die unterschiedlichen Situationen der Urteilsunfähigkeit differenzierte Festlegungen zu treffen, welche die eigenen Präferenzen und Behandlungsziele bestmöglich widerspiegeln. So wünscht ein Patient z.B. im Notfall noch alle Massnahmen inklusive Reanimation. Wird jedoch auf der Intensivstation klar, dass er einen hypoxischen Hirnschaden erlitten hat und mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit droht, dann möchte er die lebensverlängernden Massnahmen abbrechen.

Je nach Zielgruppe sind aus Sicht der gesundheitlichen Vorausplanung unterschiedliche Schwerpunkte zu setzen und die Beratung jeweils entsprechend zu modifizieren. Grundsätzlich gilt jedoch, dass während einer ACP-Beratung der Patient immer selbst entscheidet, welche Festlegungen er machen möchte. So kann z.B. ein gesunder Patient das «ganze» Programm in Anspruch nehmen, während ein Schwerkranker als einzige Festlegung eine vertretungsberechtigte Person bestimmt (Abb. 3).

Chancen und Grenzen von ACP

Chancen

Durch die klare Strukturierung der Inhalte zur gesundheitlichen Vorausplanung sowie deren einheitliche Dokumentation gelingt es, mehr Sicherheit für das konkrete, am Wunsch des Patienten orientierte Vorgehen in medizinischen Krisensituationen zu schaffen [6, 7]. Die vorausschauende Kommunikation mit den Patienten und ihren vertretungsberechtigten Personen führt zu einer Reduktion des Stresspotenzials in Notfallsituationen, da diese antizipiert wurden und daher nicht völlig unerwartet eintreffen. Des Weiteren sind die Präferenzen des Patienten bekannt und die vertretungsberechtigte Person kann im Rahmen der Entscheidungsfindung auf dieses Wissen zurückgreifen, was die Entscheidungskonflikte signifikant vermindert und die Überzeugung, die «richtige» Entscheidung getroffen zu haben, erhöht. Dies wiederum führt zu einer Entlastung der vertretungsberechtigten Person.

Durch die gesundheitliche Vorausplanung steht aber auch den Fachpersonen ein Instrument zur Verfügung, welches schnelle, patientenzentrierte Entscheidungen unterstützt und dadurch die Koordinierung der Versorgung entlang des Patientenwillens erleichtert. Dadurch wird einer Über- und Unterversorgung entgegengewirkt, und die vorhandenen Ressourcen im Gesundheitswesen können patientenorientiert vergeben werden.

Grenzen

Die effektive Umsetzung von ACP basiert auf einem interprofessionellen Zusammenspiel und einer Koordinierung

des Prozesses in verschiedenen Settings, wodurch eine gewisse Störanfälligkeit besteht.

Weiterhin gibt es Menschen, die eine gesundheitliche Vorausplanung nicht wünschen. Insbesondere ist dieser Aspekt im multikulturellen Setting zu berücksichtigen. Im Sinne der Freiwilligkeit ist dieser Wunsch eines Patienten unbedingt zu respektieren.

Ein weiterer, wichtiger Aspekt ist die Nicht-Planbarkeit des Lebens. Trotz der besten Vorausplanung wird es nicht möglich sein, die Lebensereignisse zu kontrollieren.

Fallbericht

Anamnese des/der Patienten/in

63-jährige Patientin nach Magen-Bypass-OP. Komplizierter Verlauf: Zwei Wochen nach Operation ist die Patientin immer noch intubiert und urteilsunfähig. Es gibt allerdings erste Anzeichen einer Besserung. Es liegt eine Patientenverfügung vor, in der die Patientin klar festgehalten hat, dass sie niemals länger als 2 Wochen beatmet werden möchte. In der Familie und im Behandlungsteam besteht Uneinigkeit, ob die Behandlung unter diesen Bedingungen weitergeführt werden soll oder dem vorausverfügten Willen der Patientin entsprochen werden muss.

Weg zur Diagnose/Kommentar

Zunächst müssen die medizinischen Fakten betreffend der Ausgangssituation, der aktuellen Komplikationen und der Prognose geklärt werden. Da dies auf Grund der Urteilsunfähigkeit mit der Patientin nicht möglich ist, stellt sich die Frage: Wie lautet der mutmassliche Wille der Patientin?

Befunde der Patientin

Medizinische Fakten: BMI 36,4, metabolisches Syndrom. Ansonsten keine bekannten Diagnosen. Aktuell Besserung der Situation. Patientin reagiert seit 1 Tag wieder auf Ansprache, fixiert den Sprecher und hebt auf Anweisung die Hand. Die Prognose bezüglich Wiedererlangens der Urteilsfähigkeit sowie des vorbestehenden Gesundheitszustandes ist gut.

Kommunikation: Trotz der Besserung im Verlauf ist eine adäquate Kommunikation mit der Patientin (noch) nicht möglich.

Präoperative Aufklärung: Die Patientin wurde vor der Operation ausführlich über den Eingriff sowie dessen Chancen und Risiken aufgeklärt. Sie wurde auch darüber informiert, dass postoperativ ein kurzer Aufenthalt auf der Intensivstation notwendig werden kann.

Patientenverfügung: Es liegt eine PV vor, in der unmissverständlich der Wille der Patientin geäußert wird, dass nach 14 Tagen die Beatmungsmaschine abgestellt werden soll. Vertretungsberechtigte Personen gemäss PV sind gleichberechtigt der Ehemann und die Tochter.

Ermittlung des mutmasslichen Willens: Die Tochter ist verzweifelt, möchte aber den Wünschen ihrer Mutter unbedingt nachkommen, da sie ihr vor der Operation versprechen musste, bei Problemen für die Durchsetzung ihrer Wünsche zu kämpfen. Der Ehemann fordert jedoch, dass die Therapie weitergeführt werden soll. Er ist sich sicher, dass seine Frau diese Anordnung nur für den Fall der sicheren bleibenden Urteilsunfähigkeit gemacht habe. Sie habe einen Onkel gehabt, der auf Grund eines Sturzes mit Hirnblutung viele Wochen auf der Intensivstation gelegen habe, und am Schluss dort verstorben sei, ohne je das Bewusstsein wieder zu erlangen. Ein solches Leiden habe sie sich ersparen wollen. Bei ihrer guten Prognose aber würde sie auf jeden Fall weitermachen wollen. Schliesslich habe sie sich ja zugunsten ihrer Zukunftspläne sogar auf die Operation eingelassen, vor der sie grosse Angst gehabt habe.

Weg zur Diagnose/Kommentar

Ad medizinische Fakten: Die Klärung der medizinischen Fakten bildet die Basis zur Entscheidungsfindung. Sie bringt alle Beteiligten (interprofessionelles Behandlungsteam, Familie) auf den gleichen Wissensstand und hilft beim Festlegen von realistischen Therapiezielen.

Ad Kommunikation und präoperative Aufklärung: Die Möglichkeit, nach Operation mit unklarer Prognose längerfristig urteilsunfähig zu sein, wird während der Aufklärung nur selten diskutiert. Es ist aber wichtig, den komplikationsreichen postoperativen Verlauf vor auszuplanen und gemeinsam mit der Patientin festzulegen, welches ihre Grenze bezüglich sinnvoller Lebensqualität ist.

Ad Patientenverfügung: Die Patientenverfügung ist rechtlich gültig und bindend. Dennoch muss die Patientenverfügung – analog zur Auslegung eines Testamentes – gemeinsam mit den Angehörigen interpretiert werden. Hierbei ist wichtig, unter welchen Umständen die Patientin die Festlegungen gemacht hat, ob es Anhaltspunkte gibt, dass die geschilderte Situation auf die aktuelle Situation übertragbar ist und von welchen Bedingungen die Verfasserin ausgegangen ist, als sie ihre Festlegungen gemacht hat.

Ad Ermittlung des mutmasslichen Willens: Es kommt häufig vor, dass die Angehörigen nicht gleicher Meinung sind. In diesem Fall wurden zwei Personen als gleichwertige Vertreter von der Patientin festgelegt. Sind diese beiden Personen konstant unterschiedlicher Auffassung, kann eine vertretungsberechtigte Person durch die KESB bestimmt oder eine Vertretungsbeistandschaft errichtet werden (Art. 381 Ziff. 2 ZGB). Hat ein Patient keinen Stellvertreter bestimmt, muss auf die Kaskade des ZGB zurückgegriffen werden (Ehegatten, im selben Haushalt lebende Personen, Kinder, Eltern, Geschwister). Zusätzlich ist eine gesetzliche Bedingung, dass Angehörige regelmässigen persönlichen Beistand leisten, um als Vertreter in Frage zu kommen. Unabhängig von der formalen Festlegung der vertretungsberechtigten Person sollten aber die Gespräche zur Findung des mutmasslichen Willens mit allen nahestehenden Personen geführt werden. Einerseits, um ein vollständigeres Bild bezüglich des tatsächlichen Patientenwillens zu erhalten,

andererseits, um die Gründe der Meinungsverschiedenheit zu verstehen und die gemeinsame Verarbeitung der Situation zu unterstützen.

Therapiezielfindung durch ACP

In unserem Fall wurden die Familie und das Behandlungsteam durch eine ACP-Beraterin in der Findung des mutmasslichen Willens der Patientin unterstützt. Die fundierten Aussagen des Ehemannes bezüglich der Gründe seiner Frau, diesen Satz in die Patientenverfügung aufzunehmen, und seine gute Darstellung ihrer Beweggründe für die Operation ergaben ein detailliertes Gesamtbild, welches die Tochter und das Behandlungsteam überzeugte, dass der Abbruch der Beatmung nicht dem Willen der Patientin entsprechen würde. Die Behandlung wurde weitergeführt. Weitere zwei Wochen später war die Patientin wieder selbst urteilsfähig. Sie bestätigte die Darstellung ihres Ehemannes vollständig. Sie äusserte den Wunsch, selbst eine ACP-Beratung in Anspruch nehmen zu wollen. Während dieser Beratung legte sie im Beisein ihrer Familie genau fest, welche Behandlung

sie in den unterschiedlichen Situationen der Urteilsunfähigkeit jeweils für sich in Anspruch nehmen wolle.

Im Fall der Urteilsunfähigkeit muss der Behandlungsplan mit der vertretungsberechtigten Person besprochen werden, welche verpflichtet ist, im Sinne des mutmasslichen Willens des Patienten zu entscheiden. Der Vertreter wird entweder vom Patienten selbst benannt oder gemäss der gesetzlichen Kaskade ermittelt. Jeder Patient hat also per Gesetz eine vertretungsberechtigte Person, unabhängig davon, ob er diese selbst bestimmt. Möchte jemand keinen Vertreter festlegen, um seine Angehörigen zu schonen, ist dies daher nicht zielführend, da die Angehörigen dann durch die Vertreterkaskade dennoch involviert werden.

Liegt eine PV vor, muss diese vom Behandlungsteam und der vertretungsberechtigten Person gemeinsam ausgelegt, das heisst in Bezug auf die aktuell vorliegende Situation interpretiert werden. Durch eine kurz vor der elektiven Operation aktualisierte Patientenverfügung, welche von Beginn an die unterschiedlichen Situationen der Urteilsunfähigkeit berücksichtigt, Aussagen zum peri- und postoperativen Verlauf gemacht sowie die Werte und Ziele der Patientin klar dargelegt hätte, wäre Klarheit geschaffen worden, welche die Familie als Entscheidungsträger entlastet hätte.

CME-Fragen

zu «Patientenverfügung «Plus» – das Konzept des ACP»

Frage 1: Welche Aussagen treffen beim Erstellen einer PV zu? (Mehrfachauswahl)

- a) Der Patient muss handlungsfähig sein.
- b) Der Patient muss urteilsfähig sein.
- c) Der Patient muss volljährig sein.
- d) Die PV muss unterschrieben und datiert sein.
- e) Die PV muss vollständig handgeschrieben sein.

Frage 2: Urteilsunfähiger 63jähriger Patient mit Schädel-Hirn-Trauma nach Sturz. In der PV wurde keine vertretungsberechtigte Person festgelegt. Er lebt allein, von der Ehefrau seit 9 Monaten getrennt, Sohn (volljährig) hat sporadisch Kontakt, wirft ihm das Scheitern der Ehe vor. Patient hat eine neue Lebenspartnerin, die Trennungsgrund war. Bruder besucht den Patienten regelmässig auch im Spital.

Wer ist die vertretungsberechtigte Person? (Einfachauswahl)

- a) Ehefrau
- b) Lebenspartnerin
- c) Sohn
- d) Bruder
- e) Muss durch KESB bestimmt werden

Frage 3: Aussagen in der PV ... (Einfachauswahl)

- a) entsprechen dem aktuellen Willen des Patienten.
- b) müssen ausgelegt werden.

- c) sind in jedem Fall rechtlich bindend.
- d) gelten ab dem Datum der Unterschrift in allen Notfallsituationen.
- e) sind immer eindeutig.

Frage 4: Welche Aussagen treffen auf das ACP-Konzept nicht zu? (Mehrfachauswahl)

- a) Es richtet sich an unterschiedliche Zielgruppen (Gesunde, chronisch Kranke, Schwerkranke).
- b) Die Einstellungen, Wünsche und Ziele des Patienten sind Planungsgrundlage.
- c) ACP kann nur mit urteilsfähigen Patienten durchgeführt werden.
- d) Die Implementierung im regionalen System ist zentral für das Konzept.
- e) ACP Beratungen müssen vom Arzt durchgeführt werden.

Frage 5: Welches sind Themen, die im Rahmen des klassischen ACP-Konzepts angesprochen werden? (Mehrfachauswahl)

- a) Behandlungswünsche für die akute Notfallsituation
- b) Festlegung einer vertretungsberechtigten Person
- c) Festlegung einer finanziell bevollmächtigten Person
- d) Behandlungswünsche für die Postakutphase mit unsicherer Prognose
- e) Festlegungen in Bezug auf die Beerdigung

Bibliografie

- 1 Singer PA, Robertson G, Roy D: Bioethics for Clinicians. Advance Care Planning. CMAJ 1996; 15: 155: 1689–1692.
- 2 GfK Switzerland. Palliative Care survey 2009. Online http://www.pallnetz.ch/cm_data/Studie_Palliative_Care_Zusammenfassung_GfK.pdf Letzter Zugriff am 12.10.2017.
- 3 Sommer S, Marckmann G, Pentzek M, Wegscheider K, Abholz HH, in der Schmitt J: Advance directives in nursing homes: prevalence, validity, significance, and nursing staff adherence. Dtsch Arztebl Int 2012; 109: 577–583.
- 4 The SUPPORT Principal Investigators. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatment (SUPPORT). JAMA 1995; 274: 1591–1598.
- 5 Hammes BJ, Rooney BL, Gundrum JD: 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: 1249–1255.
- 6 Brinkman-Stoppelenburg A, Rietjens JA, van der Heide A: The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review. Palliat Med 2014; 28: 1000–1025.
- 7 Detering K, Silveira MJ: Advance care planning and advance directives UpToDate 2016: <https://www.uptodate.com/contents/advance-care-planning-and-advance-directives#H37130449> Letzter Zugriff am 12.10.2017.

Auflösung der Fragen und Kommentare in «Praxis» Nr. 1 vom 3. Januar 2018.

Sie können die Fragen auch online unter www.praxis.ch lösen. Nach Beantwortung der Fragen erhalten Sie eine Bestätigung.

Dr. med. Barbara Loupatatzis

Klinik für Radio-Onkologie
Universitätsspital Zürich
Rämistrasse 100
8091 Zürich

barbara.loupatatzis@usz.ch

CME-Antworttalon



Um Ihre Bestätigung für das Bearbeiten der CME zu erhalten, schicken Sie uns bitte den ausgefüllten Antworttalon **bis spätestens 31. Dezember 2017** mit einem frankierten und an Sie adressierten Rückumschlag an Hogrefe AG, Redaktion Praxis, Länggass-Strasse 76, Postfach, 3000 Bern 9. **Sie können die Fragen auch online unter www.praxis.ch lösen.**

Ihre Antworten zum Thema «Patientenverfügung <plus> – Das Konzept des ACP»

	1	2	3	4	5
a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Absender

Titel/FMH _____

Name _____

Vorname _____

Adresse _____

PLZ, Ort _____

Datum _____

Unterschrift _____

Ich versichere, alle Fragen ohne fremde Hilfe beantwortet zu haben.