

Patientenverfügung und Advance Care Planning

Referat am 4. Kongress Alterstraumatologie,
Zürich-Regensdorf, 22./23 März 2018

PD Dr. med. Georg Bosshard

Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin spez. Geriatrie

Leitender Arzt Long-term Care, Klinik für Geriatrie, UniversitätsSpital Zürich

georg.bosshard@usz.ch



UniversitätsSpital
Zürich

Neues Schweizer Erwachsenenschutzrecht: Patientenverfügung und Patientenvertretung

Art. 372 Eintritt der Urteilsunfähigkeit

(1) Ist die Patientin oder der Patient urteilsunfähig und ist nicht bekannt, ob eine Patientenverfügung vorliegt, so klärt die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt dies anhand der Versichertenkarte ab. Vorbehalten bleiben dringliche Fälle.

(2) Die Ärztin oder der Arzt entspricht der Patientenverfügung, ausser wenn diese gegen gesetzliche Vorschriften verstösst oder wenn begründete Zweifel bestehen, dass sie auf freiem Willen beruht oder noch dem mutmasslichen Willen der Patientin oder des Patienten entspricht.

(3) Die Ärztin oder der Arzt hält im Patientendossier fest, aus welchen Gründen der Patientenverfügung nicht entsprochen wird.



Patientenverfügungen: Ein „kompletter Fehlschlag“?

„Despite the prodigious effort to designing, legislating, and studying advance directives, the consensus of medical ethicists, researchers in health care services, and palliative care physicians is that the directives have been a resounding failure.“

Gillick MR (2010) Reversing the Code Status of Advance Directives?

NEJM 362:1239-1240



„Patientenverfügungen, wie sie im neuen Erwachsenenschutzrecht geregelt sind, tragen oft nicht befriedigend dazu bei, dass Ärzte oder Angehörige urteilsunfähiger Sterbender stellvertretend angemessene Entscheide treffen. Die Patientenverfügungen sind häufig nicht rechtzeitig verfügbar, und oft bleibt unklar, ob sie auf freiem Willen beruhen und ob sie im Wissen um die Folgen der geäußerten Wünsche verfasst worden sind. Nicht selten sind die darin geäußerten Wünsche und Forderungen nicht realisierbar oder widersprüchlich.“

Synthesebericht Nationales Forschungsprogramm 67 Lebensende.

<http://www.nfp67.ch/SiteCollectionDocuments/nfp67-synthesebericht-de.pdf>



Vorausschauende Betreuungsplanung am Lebensende = Advance Care Planning (ACP)

Das sog. Advance Care Planning (ACP) ist ein freiwilliger Diskussionsprozess zwischen Patienten am Lebensende und dem Betreuungsteam. Falls der Patient es wünscht, kann er Familienangehörige und Freunde einbeziehen. Mit seinem Einverständnis sollen die Diskussionsergebnisse dokumentiert, regelmässig auf ihre künftige Gültigkeit überprüft und an die wichtigsten Betreuungspersonen übermittelt werden.

Folgende Punkte sollen bei einem ACP diskutiert werden:

- Sorgen und Wünsche des Patienten
- Wertvorstellungen
- Krankheitsverständnis
- Präferenzen für Betreuung und Behandlung

Banderet HR, Jung C, Ott I, Gudat H, Bally K (2014) Advance Care Planning und seine Bedeutung in der Hausarztpraxis. Schweiz Med Forum 15:328-329

Unterschied Patientenverfügung – Advance Care Planning

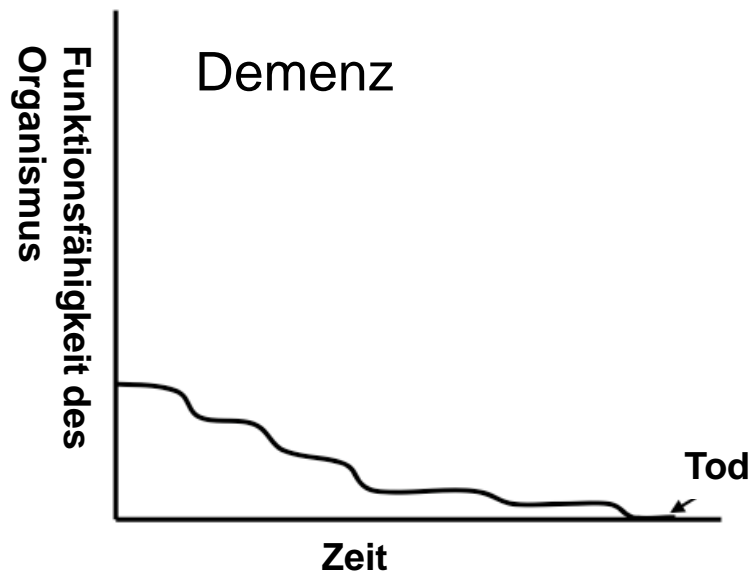
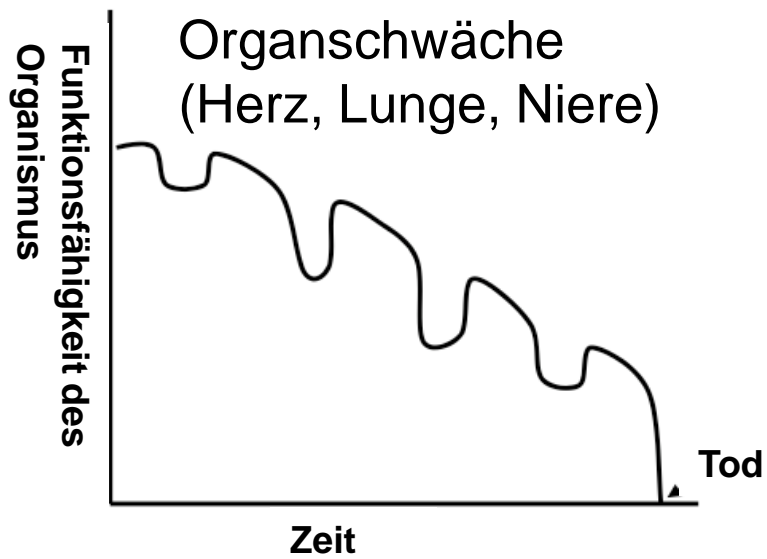
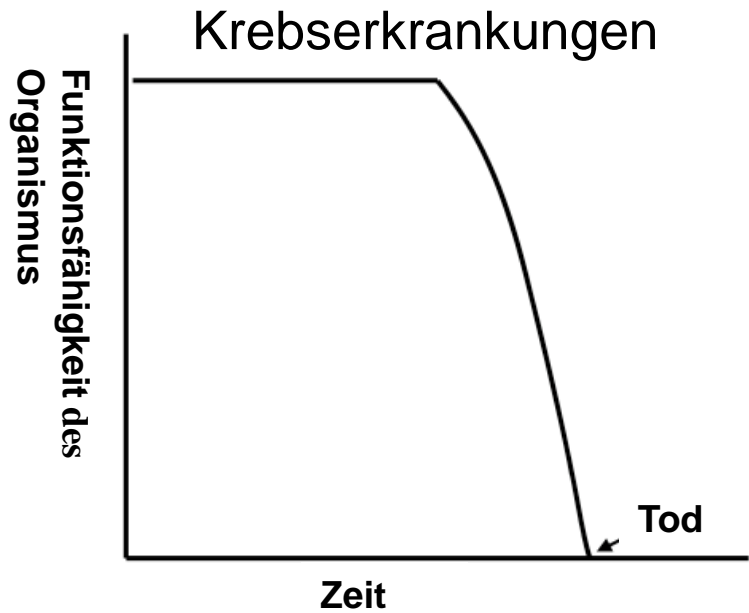
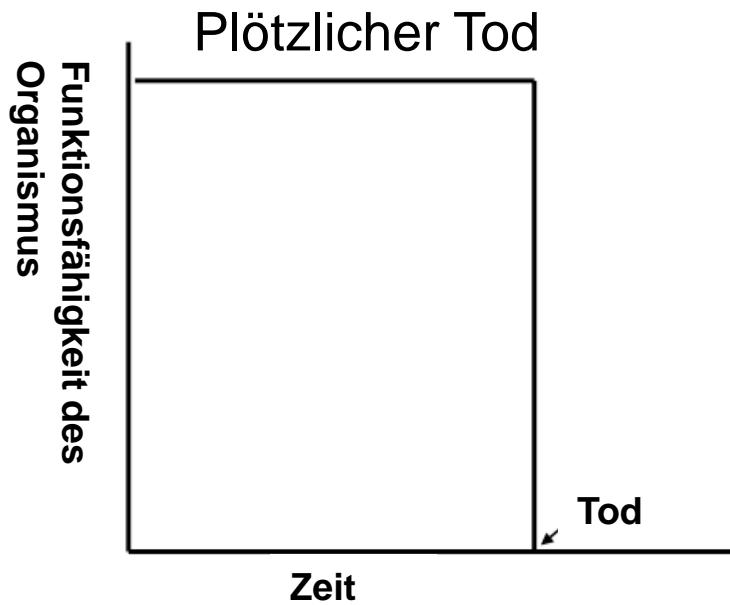
- Advance Care Planning geht eher von einem **kontinuierlichen Entscheidungsprozess** als von einer punktuellen Festlegung wie in der Patientenverfügung aus. ACP ist damit flexibler gegenüber sich ändernden Behandlungspräferenzen als die Patientenverfügung.
- Advance Care Planning setzt eher auf einen **Dialog zwischen Patienten, Angehörigen, Arzt und Betreuungsteam** als auf einseitige Verordnungen von Patientenseite. Letztere erweisen sich in der Realität oft als zu unspezifisch, unklar oder unrealistisch
- Patientenverfügung / Patientenvertretung und Advance Care müssen kein Widerspruch sein, sondern können sich gegenseitig ergänzen!
- Advance Care Planning gilt als besonders geeignet für Patienten mit einer dementiellen Entwicklung



Behandlungsplan im Pflegeheime mit 3-Stufen-Schema

Stufe 1: Kurativ im Spital	Lebenserhaltung und Lebensverlängerung steht im Vordergrund. Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der modernen Medizin sollen ausgeschöpft werden inkl. Hospitalisationen im Akutspital
Stufe 2: Kurativ im Heim	Lebenserhaltung mit wenig eingreifenden Massnahmen, wie sie im Pflegeheim selber möglich sind (z. B. Behandlung einer Lungenentzündung mit Antibiotika), steht im Vordergrund.
Stufe 3: Palliativ	Persönliches Wohlbefinden und Leidenslinderung steht im Vordergrund. Rein der Lebensverlängerung dienende Medikamente sollen nicht mehr eingesetzt resp. abgesetzt werden.





Lebensend-Verlauf der Demenz

- Prospektive Studie über 18 Monate mit 323 >60-jährigen Pflegeheimbewohnern mit fortgeschrittener Demenz: CPS Stufe 5 oder 6 (entspricht MMS ≤ 5 Punkten), GDS Stufe 7 (Familienmitglieder nicht mehr erkannt, minimale verbale Kommunikation, vollständige Pflegebedürftigkeit, Stuhl- und Urininkontinenz, Unfähigkeit ohne fremde Hilfe zu gehen).
- Resultate: 6-Monate-Mortalität 25%, mittleres Überleben 1.3 Jahre. Die meisten Todesfälle waren unabhängig von kardialen Ereignissen (z. B. Herzinfarkt), Dekompensation einer Herzinsuffizienz oder dem Endstadium einer Krebserkrankung.
86% der Untersuchten im Beobachtungszeitraum hatten Probleme mit der Ernährung, 50% hatten mindestens 1x eine Pneumonie. Diese Ereignisse waren mit einer zusätzlichen Erhöhung der Mortalität verbunden.
- Schlussfolgerung: „Dementia is a terminal illness“.
Ernährungsprobleme und Infekte sind Komplikationen der todesursächlich verantwortlichen Grundkrankheit Demenz (vergleichbar einem metastasierenden Krebsleiden oder einer Herzinsuffizienz Stadium IV).

Mitchell SL et al (2009) The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med 361:1529-1538.

 Notfallzentrum

Zutritt nur für Notfallpatienten



ENTWICKLUNG

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



UniversitätsSpital
Zürich