

10 Behandlung entlang des Patientenwillens – Ablaufdiagramme

10.1 Anwendungshinweise

10.1.1 Diagramme helfen beim Umsetzen des Patientenwillens

Seit einigen Jahren arbeite ich nun in Palliative-Care-Kursen für Pflegende und im Modul 2 für Palliativmediziner und Palliativmedizinerinnen mit dem Flussdiagramm von BORASIO/PUTZ/EISENMENGER (BORASIO/PUTZ/EISENMENGER: Verbindlichkeit von Patientenverfügungen gestärkt. Deutsches Ärzteblatt 2003, S. A2062 bis A2065, <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/bild.asp?id=5760>, siehe auch meine Veröffentlichungen: STEURER, J.: Palliative Care in Pflegeheimen, 2008, Kapitel 4 und KAYSER u. a.: Kursbuch Palliativmedizin, 2009: Kapitel: Ethik und Recht).

Die komplexesten Fälle und Zusammenhänge werden in den Kursen durch die Pflegenden und Ärzte vorgetragen und es hat sich gezeigt, dass mittels des Diagramms alle Varianten zu einer Lösung kommen. Es ist jedoch nicht der gesamte Prozess eines Entscheidungsweges beschrieben. Da braucht es Ergänzungen. Ferner steht nicht immer der Patientenwille im fortlaufenden Prozess im Vordergrund. Diese Entwicklung ist in den letzten drei Jahren stark vorangebracht worden (unter anderem auch durch Prof. BORASIO und Rechtsanwalt PUTZ). Dies wäre in einem aktualisierten Diagramm nachzutragen. Ferner ist in dem besagten Diagramm die Logik eines Diagramms nicht immer klar realisiert (der nach unten gehende Weg ist meist in den Diagrammen durch ein „ja“ gekennzeichnet, diese Logik ist aber nur durchzuhalten, wenn bei der Frage der „Einwilligungsfähigkeit“ eine Verneinung gesetzt wird. Diesen Vorschlag habe in einem Wuppertaler Palliativmediziner und Nephrologen zu verdanken, der an einem Kurs für Palliativmediziner auf Sylt im Juni 2009 teilnahm).

Schließlich ist die neue Gesetzgebung einzuarbeiten, die nun ab September 2009 gilt (IX.9). Das alles hat mich bewogen, ein neues Diagramm zu erstellen. Dieses neue Diagramm in Langform (10.2-1) und Kurzform (10.2-2) soll beim Unterricht und in Krisensituationen helfen, einen klaren Entscheidungsweg vorzuzeichnen. Zukünftige Patienten/Heimbewohner sollen stets entlang des eigenen Willens behandelt werden oder eben auch nicht mehr behandelt werden. Wenn Patienten es so wollen, wird eben eine (eventuell lebensverlängernde) Behandlung nicht mehr begonnen oder auch beendet. Um hier eine Sicherheit in der Kommunikation, im rechtlichen Kontext und in der Organisation von Abläufen zu erhalten, helfen die Diagramme durch einen schnellen Blick – selbst in der Krise.

10.1.2 Konkrete Anwendung

In den vorliegenden Diagrammen 10.2-1 und 10.2-2 geht es um die Umsetzung des Bewohnerwillens/Patientenwillens in allen Behandlungsphasen, insbesondere aber beim Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen und bei der Nicht-Einleitung lebensverlängernder Maßnahmen.

10.1.2.1 Situationsänderung

Diese Fragestellung stellt sich immer nur in einem gewissen Kontext, nie nur allgemein und philosophisch. Es muss also im Leben eines Menschen etwas geschehen, damit sich die Frage stellt: „Soll diese oder eben jene Behandlung nun eingesetzt, fortgeführt, begonnen werden? Oder soll eine Behandlung nicht mehr fortgeführt werden oder abgebrochen werden?“ Diese Frage stellt sich immer dann, wenn sich irgendetwas an der bisherigen Situation ändert.

Diese „Änderung“ kann sehr vielfältig sein:

- Die Gesundheitslage hat sich verändert (meist verschlechtert). Dies wird vom (wachen) Patienten so erlebt, bzw. der Betreuer/Arzt/Pflegekraft stellt dies fest und setzt dies in Bezug mit möglichen früheren Willensäußerungen des (in diesem Falle nicht einwilligungsfähigen) Patienten.
- Die Gesundheitslage (des in diesem Falle nicht mehr einwilligungsfähigen) Patienten ist zwar (gleich) schlecht, aber es werden Aufzeichnungen gefunden oder neu herbeigebracht, die auf einen bestimmten Willen des Patienten schließen lassen. In diesem Fall ändert sich der Gesundheitszustand des Patienten nicht. Die Situation des Patienten im Bezug auf den nun bekannten Patientenwillen ändert sich hingegen grundlegend.
- Es kann auch sein, dass sich zwar der Gesundheitszustand gar nicht dramatisch ändert, aber ein bestimmtes, vorab angesprochenes Symptom zur Gesamterkrankung des Patienten hinzugetreten ist. Dadurch kann sich im Blick auf den vorausserklärten Willen eines Patienten einiges ändern.
- Schließlich kann es auch sein, dass seit Beginn der Krankheit oder des Symptoms ein gewisser, vorher bereits festgelegter Zeitraum verstrichen ist (z. B.: Für den Fall, dass ich im Wachkoma liege und dieser Zustand länger als xx Monate dauert, verfüge ich ...). Dann ändert sich nicht der Krankheitszustand aber die vorherbestimmte, tolerierte Zeit ist beendet und so ändert sich die Situation.
- Letztlich kann sich die Situation dadurch ändern, dass die bislang gekannte Form der pflegerisch-medizinischen Versorgung sich (grundlegend) ändert: Beginn einer ambulanten pflegerischen Versorgung/Aufnahme in ein Pflegeheim. Siehe dazu das Diagramm 10.2-3.

Sollte einer der hier angesprochenen Situationsänderungen (oder eine andere relevante Änderung) zutreffen (d. h.: Die Frage: Änderung der Situation wird mit „ja“ beantwortet), so beginnt der Einstieg ins Flussdiagramm zur Behandlung entlang des Patientenwillens.

10.1.2.2 Indikation

Als Erstes ist zu klären, ob es für die möglicherweise noch gegebene, neu zu beginnende/einzusetzende oder fortzuführende Behandlung eine medizinische Indikation gibt. Sollte die neue/weitere Behandlung medizinisch nicht indiziert sein, so ist diese stets zu unterlassen. Es ist z. B. keine Flüssigkeitsgabe beim sterbenden Patienten subkutan anzusetzen, wenn es ausschließlich die Angehörigen beruhigen soll und nicht medizinisch angezeigt oder sogar kontra-indiziert ist. Ist also die Antwort auf die Frage nach der „medizinischen Indikation“ ein klares „nein“, so ist die weitere Behandlung zu unterlassen (siehe auch die recht-

lichen Zusammenhänge zur Indikationsfrage dargestellt von Dr. jur. HENNING ROTHE auf www.mediacion.de im Downloadbereich).

Ist es unklar, ob eine medizinische/ärztliche Indikation gegeben ist, so hilft ein Fachgespräch oder ein ethisches Fallgespräch (siehe IX.2). Nur wenn eventuell die Indikationsfrage mit „ja“ beantwortet werden kann (und das ist in sehr vielen Fällen der Fall) dann ist mit der Antwort „ja“ ein Schritt nach unten zu gehen.

10.1.2.3 Keine Einwilligungsfähigkeit

Ist der Patient einwilligungsfähig (d. h.: die Antwort auf „Ist der Patient nicht einwilligungsfähig?“ lautet „nein“), dann ist der tatsächliche Patientenwille zu ermitteln. Dies findet in einem Gespräch zwischen Arzt und Patient statt, eventuell nach Wunsch des Patienten im Beisein der Angehörigen (oder auch in großer Runde, siehe IX.2). Ermittelt wird dann der tatsächliche Patientenwille (siehe oben IX.8.3.1).

Ist die Einwilligungsfähigkeit nicht klar/unklar, so muss die tatsächliche Einwilligungsfähigkeit/ -unfähigkeit (ebenfalls dabei wichtig IX.8.3.1) unbedingt ermittelt werden. Dies geschieht durch ein Konzil, durch eine Beratung, durch ein Fachgespräch (IX.2), durch eine Drittmeinung etc. Wenn diese „Nicht-Einwilligungsfähigkeit“ nun eindeutig ermittelt ist und bejaht werden muss, dann geht es mit „ja“ einen Schritt nach unten. Stellt sich heraus, dass der Patient doch einwilligungsfähig ist, so ist in der oben beschriebenen Form der tatsächliche Patientenwille festzustellen.

Für den nicht-einwilligungsfähigen Patienten ist zumeist bereits ein Betreuer bestellt, ein Bevollmächtigter wurde vom Patienten benannt oder es wäre ein Betreuer zu benennen (Vorgehensweise siehe ausführlich: Flussdiagramm von PUTZ/BORASIO). Doch dieser Organisations-Zusammenhang ist nur eine Vorgehensweise bei der Findung des Patientenwillens, er ändert den Patientenwillen gar nicht und findet deshalb – weil er eine Nebensache ist – in diesem Flussdiagramm keine weitere Beachtung, da es ja ausschließlich um die Beachtung des Patientenwillens geht. Egal wer es nun ist, der Patient selbst, oder sein vorab benannter Bevollmächtigter oder sein vorab benannter und nun eingesetzter Betreuer oder sein gerichtlich benannter und eingesetzter Betreuer, alle haben sich (wie weiter unten im Diagramm klar werden wird) ausschließlich am Patientenwillen zu orientieren.

Ist die Antwort auf die „Nicht-Einwilligungsfähigkeit“ ein eindeutiges „ja“, geht es nun unten weiter.

10.1.2.4 Vorliegende schriftliche Willensäußerung

Liegt eine schriftliche Willensäußerung vor, so geht es nun unten weiter mit „ja“. Es ist der vorausverfügte Wille maßgeblich (siehe auch IX.8.3.2.1).

Die schriftliche Patientenverfügung hat also vorzuliegen. Wenn es eine schriftliche Verfügung gibt, sie aber nicht vorliegt, so ist diese zu suchen, zu finden und dann dokumentiert aufzubewahren (siehe auch Vorgehen gemäß Grafik 10.2-3). Sind mehrere Verfügungen da, so ist zu ermitteln, welche die aktuelle (aktuellste) ist und ob die alten Verfügungen eventuell weiter

gelten sollen und die neue Verfügung diese nur ergänzt. Dies alles ist nach Möglichkeit schon zeitig zu tun (Krisenvorsorge!) und nicht erst dann, wenn eine Entscheidung eilig ansteht.

Eventuell führt die Suche oder die Ermittlung dazu, dass eine schriftliche Willensäußerung vorgelegt wird/werden kann. Pflegeeinrichtungen sollten es zum Standard erheben, nach solchen Willensäußerungen zu fragen, diese Befragung zu dokumentieren und gegebenenfalls die Willensäußerung selbst auch gut aufzubewahren (siehe 10.2-3).

Liegt diese Willensäußerung nicht vor oder liegt eine Willensäußerung nur mündlich vor, so lautet die Antwort „nein“. In diesem Fall ist weder der vorausverfügte noch der tatsächliche Wille ermittelbar, sondern nur der mutmaßliche Patientenwille (siehe IX.8.3.2).

10.1.2.5 Übereinstimmung der Situation

Wenn ein vorausverfügter Wille vorliegt, ist zu prüfen, ob dieser Wille in der konkreten Situation auch tatsächlich greift, d. h. ob die in einer Patientenverfügung beschriebene Situation und der darauf folgende Wunsch nach weiterer Behandlung/bzw. einem Behandlungsabbruch/bzw. Nicht-Einleitung einer weiteren Behandlung (wie z. B. künstlicher Ernährung) wirklich so eingetroffen ist und der Wille des Patienten für diese Situation völlig klar ist. Ist es der Fall, dass die vorab benannten und jetzt zutreffenden Situationen identisch sind, so ist hier mit „ja“ zu antworten und der vorausverfügte Wille ist eindeutig ermittelbar.

Sollte diese Eindeutigkeit nicht gegeben sein, so wird die schriftlich vorliegende Patientenwillensäußerung dadurch nicht unbrauchbar, sondern lediglich die totale Übereinstimmung ist nicht gegeben und deshalb ist hier mit „nein“ zu antworten. Dann steht die Deutung des vorausverfügten Willens an.

10.1.2.6 Konsensprozesse

In den Fällen, in denen es nach 10.1.2.4 und 10.1.2.5 ein „nein“ zur Antwort gibt, versuchen die dafür vorgesehenen Personen im Konsens den mutmaßlichen bzw. die Deutung des vorausverfügten Willens in einem Konsens zu ermitteln. Gelingt der Konsens – Antwort heißt „ja“ – dann kann der vorausverfügte Wille bzw. der mutmaßliche Wille ermittelt werden (siehe IX.8.3.2). Bei der Erforschung des mutmaßlichen Willens helfen neben den mündlichen, vorab geäußerten Willenserklärungen auch aktuelle Äußerungen (siehe IX.8.3.2).

Bei der Deutung des vorausverfügten Willens und der Ermittlung des mutmaßlichen Willens können bzw. sollten die Angehörigen mit einbezogen werden. Ähnliches gilt für die Pflegenden. Der genaue Ablauf ist in dem neuen Gesetz geregelt (siehe IX.9).

Gibt es keinen Konsens – die Antwort lautet „nein“ – dann ist das Vormundschaftsgericht durch einen oder beide der Beteiligten anzurufen, damit dort der Wille des Patienten ermittelt wird. Das Vormundschaftsgericht stellt dann den vorausverfügten oder den mutmaßlichen Willen fest (und entscheidet im anhaltenden Zweifel für die Lebensverlängerung) (siehe IX.8.3.2).

Zur Erinnerung: Ist der Patient einwilligungsfähig, so gilt der tatsächliche Wille.

10.1.2.7 Der ermittelte Wille

In allen möglichen Fällen ergibt sich stets ein eindeutiger Wille des Patienten in Bezug auf seine Behandlung. Dieser Patientenwille steht im Mittelpunkt des weiteren Geschehens. Alle Beteiligten haben bei der Ermittlung des Patientenwillens nicht ihre eigene Ethik zu befragen, sondern sie sind alle dazu da, den Patientenwillen zu erforschen. Dieser Patientenwille wird vorab geäußert oder im Gespräch aktuell ermittelt. Es ergeben sich fünf Zugangswege zum Patientenwillen unter jeweils anderer Beteiligung von verschiedenen Zuständigen.

10.1.2.8 Dokumentation des ermittelten Willens

Der ermittelte Wille wird eindeutig dokumentiert. Es hilft, den Ermittlungsprozess zu dokumentieren. Für die Dokumentation gibt es noch keine vorgeschriebene Form. Siehe dazu IX.8.3 und IX.3.

10.1.2.9 Überlegungsphase

Der ermittelte Wille ist zügig, aber nicht automatisch und sofort umzusetzen. Der Behandler, der einen Behandlungsabbruch vornimmt, ist kein Roboter, sondern ein menschliches Wesen und kann durchaus von allen im Prozess Beteiligten erwarten, dass zumindest eine Nacht des Überschlafens und Überlegens auch ihm selbst in diesem Handeln gegeben wird, sofern die Situation nicht etwas anderes verlangt. In dieser Überlegungsphase des Arztes ist natürlich für den Patienten alle Sorge zu tragen und alle Möglichkeiten der Symptomlinderung und Schmerzlinderung auszuschöpfen. Sollte der Behandler die Behandlungsbeendigung von seinem eigenen ethischen Fühlen her und aufgrund seiner eigenen Einstellungen nicht mittragen können, so könnte er im Extremfall die Behandlung niederlegen. Ein anderer Behandler hätte dann den ermittelten Willen umzusetzen. Dieses Recht gilt nicht für Pflegeeinrichtungen, wie bayerische Urteile deutlich machten. Dies wäre auch auf Krankenhäuser zu übertragen. Weitere Urteile in diesem Kontext sind in den kommenden Jahren zu erwarten.

10.1.2.10 Behandlungsziel-Festlegungsphase

Wenn der Wille des Patienten ermittelt ist und der Behandelnde diesen Willen auch (nach einer kurzen Überlegung) umzusetzen bereit ist, legt man das neue Behandlungsziel fest und ordnet die weitere Behandlung (oder nicht-mehr Behandlung) an. Die kann durch Eintrag in die Bewohnerakte, die Patientendokumentation oder durch einen Krisen- und Notfallplan geschehen (IX.3).

10.1.2.11 Kommunikation

Auch die Pflegenden und die Angehörigen sind spätestens jetzt (außer der Patient/Bewohner wünscht dies ausdrücklich nicht) von der neuen Behandlung (vom Behandlungsabbruch oder von der Nicht-Einleitung lebensverlängernder Behandlungen) zu unterrichten. Die meisten

10 Behandlung entlang des Patientenwillens – Ablaufdiagramme

Konflikte mit Angehörigen (Pflegerinnen und Pflegedienstleitungen) treten dann auf, wenn diese offene Kommunikation unterbleibt.

10.1.2.12 Durchführung

Die Behandlung (der Behandlungsabbruch oder die Nicht-Einleitung lebensverlängernder Behandlungen) ist nun durchzuführen. Eventuell verstirbt der Patient/der Bewohner binnen kurzer Zeit. Alle Maßnahmen der Symptomlinderung und Schmerzstillung sind anzubieten und ggfs. durchzuführen. Diese Vorgehensweise ist eindeutig im Kontext des deutschen Rechts. Ein Nicht-Beachten des Patientenwillens entspricht nicht deutschem Recht. Die neue Gesetzgebung hat über ein BGH-Urteil von 2003 hinaus deutlich gemacht, dass es nicht nötig ist, dass eine schwerwiegende, zum Tode führende Krankheit bereits eingetroffen sein muss, damit der Patient entlang seines Willens behandelt (nicht mehr behandelt) werden darf. Näheres werden Urteile in den kommenden Jahren klären.

10.1.3 Besonderheit: Vorgehen bei Heimeinzug/Beginn der Pflege

Ein weiteres Diagramm (10.2-3) zeigt auf, was das Pflegepersonal tun kann, damit der Patientenwille/Bewohnerwille gut ermittelt wird. Dies kann auf unterschiedlichem Wege schon bei Beginn der Pflege geschehen. Dazu gibt es verschiedene Anlässe, Möglichkeiten und Wege. Im Diagramm 10.2-3 steht, wie und wann mit neuen Bewohnern/neuen Pflegekunden sorgsam umgegangen werden kann.

Die erstellten Dokumente stellen ebenfalls eine schriftliche Willensäußerung des Patienten dar, wenn sie vom einwilligungsfähigen Patienten gegengezeichnet/unterzeichnet werden.

10.2 Ablaufdiagramme

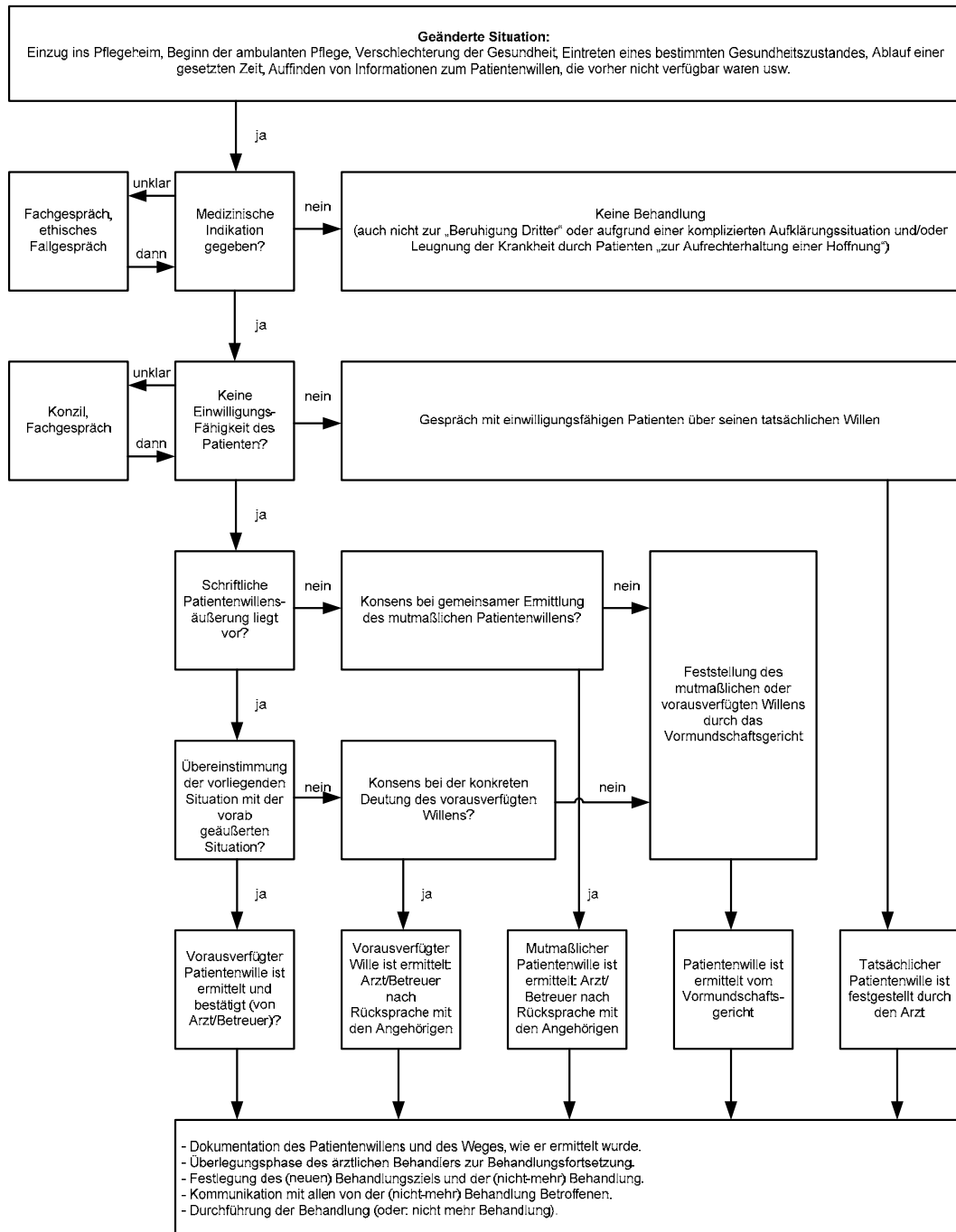
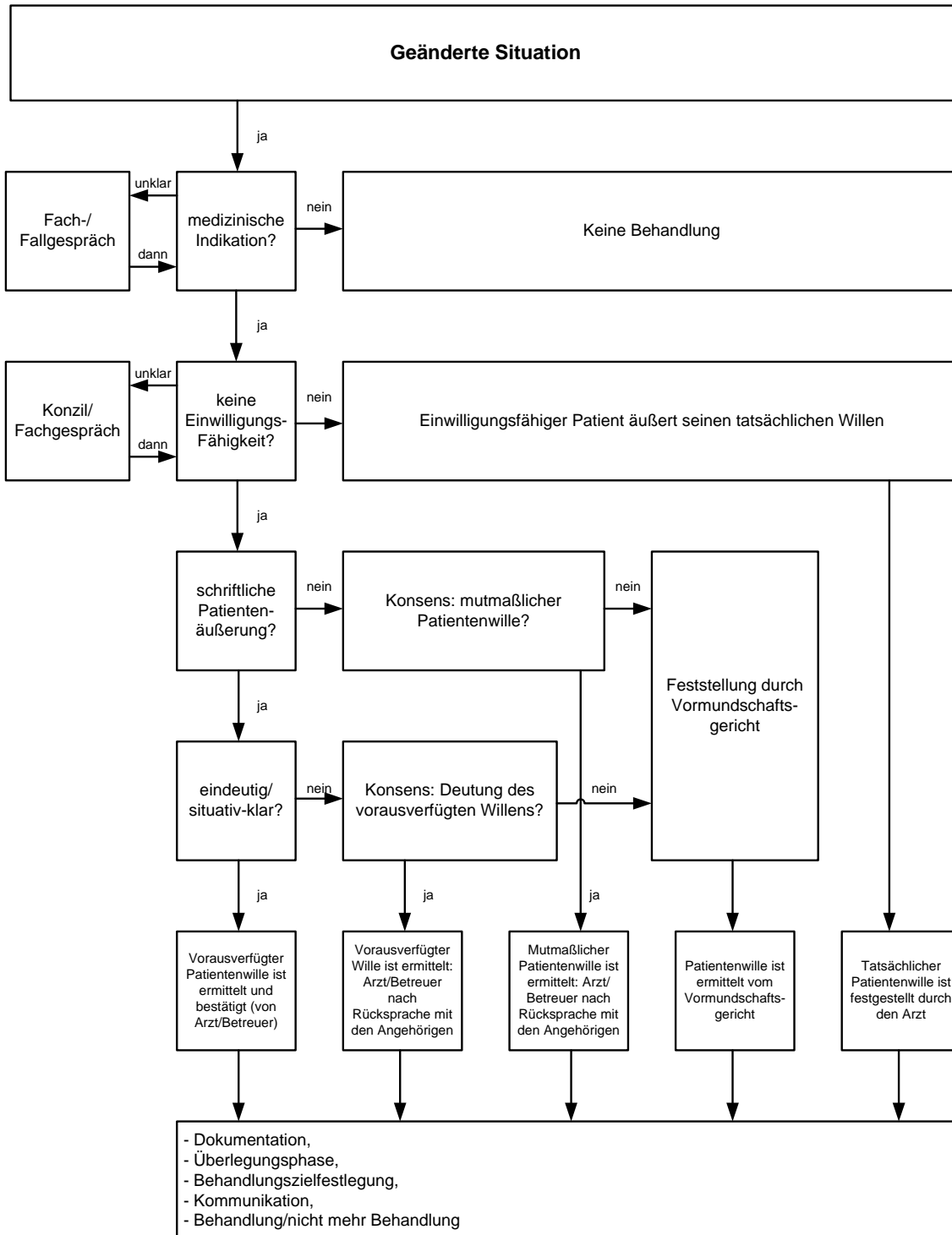
Behandlung entlang des Patientenwillens
 (Indikation, Einwilligungsfähigkeit, Vorausverfügung)


Abb. 10.2-1 Diagramm: Behandlung entlang des Patientenwillens nach J. Steurer (Langform)

10 Behandlung entlang des Patientenwillens – Ablaufdiagramme

Behandlung entlang des Patientenwillens



© Behr's Verlag, Hamburg

Abb. 10.2-2 Diagramm: Behandlung entlang des Patientenwillens nach J. Steurer (Kompaktform)

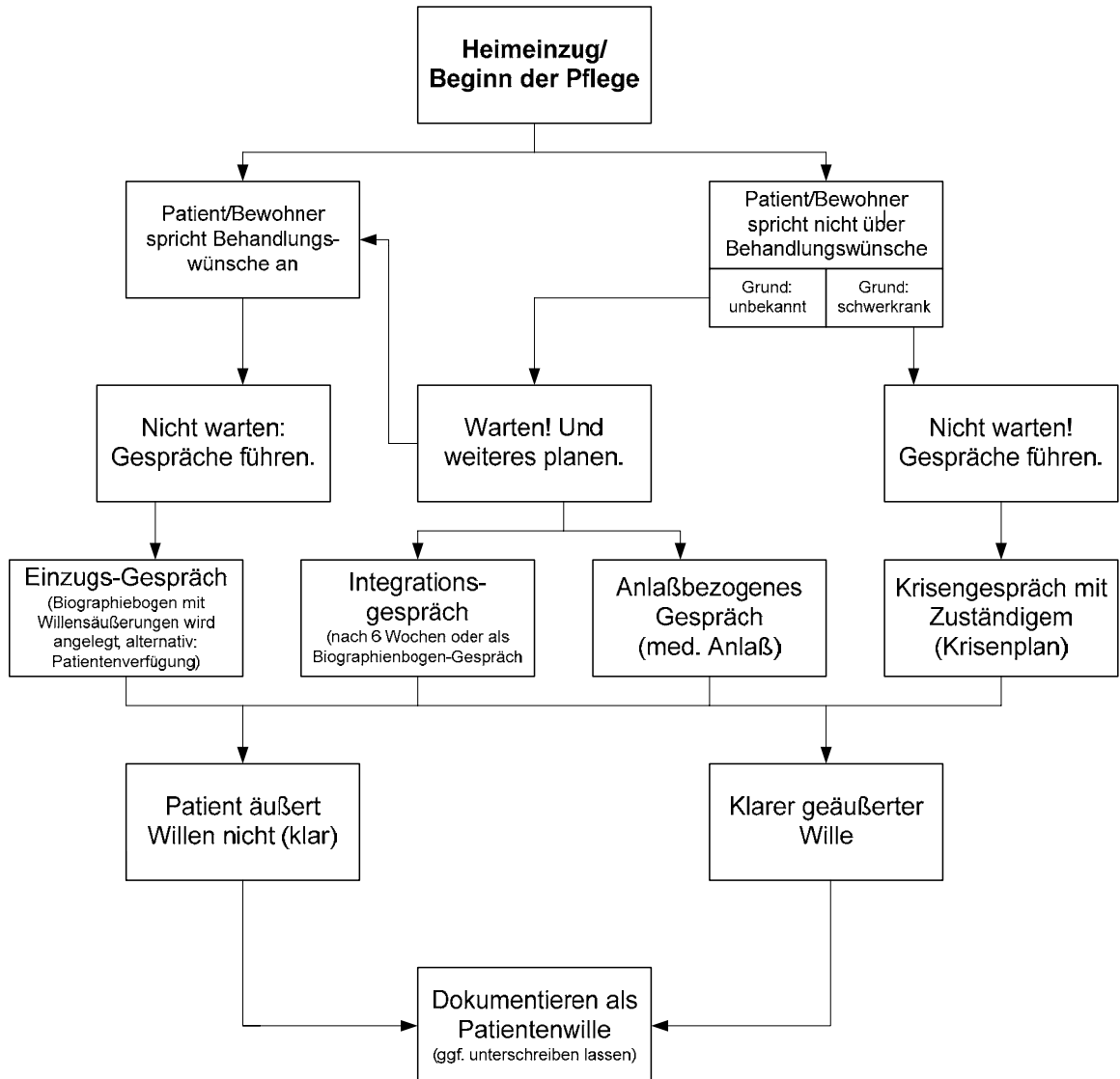


Abb. 10.2-3 Vorgehen beim Heimeinzug/Pflegebeginn