

Gesundheitliche Vorausplanung bis ins Detail strukturiert

In Seniorenheimen am Niederrhein wird ein innovatives Konzept erprobt, wie der Patientenwille in der Praxis reibungslos und effizient zur Geltung gebracht werden kann.

von Jürgen Brenn

Alles begann vor 20 Jahren in den Vereinigten Staaten von Amerika im nördlichen Bundesstaat Wisconsin. Professor Dr. Bernard Hammes von der University of Wisconsin-La Crosse entwickelte das Prinzip der Gesundheitlichen Vorausplanung „Advance Care Planning“. Er erkannte, dass der Patientenwille im Behandlungsverlauf oft nicht berücksichtigt wurde und sich die Patientinnen und Patienten meist nicht darüber im Klaren waren, welche Möglichkeiten der Einflussnahme auf ihre Behandlung sie selbst hatten. „Wir fingen 1991 ganz klein an“, erzählte Hammes auf einer Tagung im Düsseldorfer Haus der Ärzteschaft, wo er die Grundidee der Gesundheitlichen Vorausplanung vorstellte. Über viele Jahre machte sich die Idee einen Namen und strahlte weit über die Grenzen des La Crosse-County hinaus.

Etablierung einer US-Idee in Deutschland

Dr. Jürgen in der Schmitt, MPH, niedergelassener Allgemeinmediziner und Mitarbeiter der Abteilung für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Düsseldorf, wurde auf die Arbeit von Hammes aufmerksam. „Wir lernten uns auf einer Tagung kennen“, sagte der Professor aus Wisconsin im Gespräch mit dem *Rheinischen Ärzteblatt*. Der Arzt aus Düsseldorf besuchte 2008 seinen Kollegen im Norden der USA. Daraus ist das Forschungsprojekt „beizeiten begleiten“ entstanden. Die Ärztekammer Nordrhein und die Bundesärztekammer unterstützen die Studie, die vom Bundesministerium für Bildung und Forschung mit 400.000 Euro finanziert wird. Im niederrheinischen Grevenbroich baute in der Schmitt in Seniorenheimen und in einem ambulanten Pflegedienst das Projekt auf, das als kontrollier-



Das von **Professor Dr. Bernard Hammes** aufgebaute Projekt Advance Care Planning entwickelte über Jahre hinweg Strahlkraft auf andere Bezirke von Wisconsin und wurde in vielen US-Staaten übernommen.
Foto: bre

te Längsschnitt-Interventionsstudie auf drei Jahre angelegt ist. Auf der Fachtagung in Düsseldorf stellten die Beteiligten das Konzept und die ersten Erfahrungen vor.

Mehr als eine Patientenverfügung ausfüllen

Hammes erklärte, was hinter Advance Care Planning steht: Es geht um den Planungsprozess für zukünftige medizinische Entscheidungen der Patientinnen und Patienten. Dabei geht die Idee weit über die Formulierung einer Patientenverfügung hinaus. Die Patienten müssten am Anfang verstehen, welche Wahlmöglichkeiten sie haben, so Hammes. Diese müssten weit im Vorfeld einer möglichen Erkrankung vor allem mit den Patienten und ihren Familien besprochen werden. Die Aufklärung über die verschiedenen medizinischen Konstellationen und Krankheitsfälle übernehmen dabei nicht die behandelnden Ärzte. „Die haben dafür zu wenig Zeit“, sagte der US-Mediziner. Er entwickelte ein Fortbildungsprogramm für medizinische Assistenten oder Pfleger, die sich darüber zu „Begleitern in Fragen der Gesundheitlichen Vorausplanung“ fortbilden konnten.

Die geschulten Begleiter sind in der Lage, die Patientengespräche zu führen, sodass diese am Ende des Prozesses eine für sie richtige und autonome Entscheidung darüber schriftlich niederlegen können, welche Behandlung sie wünschen, wenn sie sich selbst nicht mehr dazu äußern können. Diese Beratungsgespräche etablierte in der Schmitt auch in Grevenbroich. Er übernahm die Schulungsmodule des Amerikaners und passte sie inhaltlich an die deut-

schen Verhältnisse an. Eine der Beraterinnen ist Barbara Mandt vom Seniorenhaus Lindenhof: „Die Fortbildung machte mir klar, dass ein gemeinsames Gespräch nötig ist.“ Früher seien die Patientenverfügungen der Bewohner nur abgehftet worden. Heute ist ihr bewusst, welche Bedeutung diese Dokumente in einem Altenheim haben. „Eine Patientenverfügung kann erst in den nächsten Jahren oder schon morgen zum Tragen kommen“, so Mandt. Die Initiative für die begleiteten Gespräche geht in dem Projekt von den Seniorenheimen aus. Kein Gespräch verlaufe gleich, so die Begleiterin. Manche Patienten hätten aufgrund ihrer Lebenserfahrung eine klare Vorstellung, was verfügt werden soll. Ähnliche Erfahrung hat auch Hammes gesammelt: „Ich bin absolut davon überzeugt, dass ältere Menschen ihren Willen zu einer zukünftigen Behandlung klar äußern können.“

Eine selbstverantwortliche Entscheidung kann nur mit medizinischer Unterstützung getroffen werden. Aussagen wie „ich möchte an keine Schläuche angeschlossen werden“ sind zu unspezifisch und im medizinischen Ernstfall nicht verwertbar, wie Professor Dr. Georg Marckmann, MPH von der Ludwig-Maximilians-Universität München betonte. Deshalb müssten solche pauschalen Aussagen in eine „medizinisch verwertbare Formulierung“ übersetzt werden, die sich zum Beispiel auf eine konkrete Behandlung oder Indikation beziehe, so der Leiter des Instituts für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin und Mitglied des Forschungsverbundes von „beizeiten begleiten“. In dem begleiteten Entscheidungsfindungsprozess werden die allgemeinen Behandlungsziele sowie konkrete Behandlungswünsche erörtert und eingegrenzt, so Marckmann. „Die Dokumente, die am Ende des Prozesses stehen, sind ein Mittel der Kommunikation und nicht der Dokumentation“, sagte er. Es gehe hier nicht um die Einschränkung der medizinischen Behandlung, betonte Hammes, sondern um die Steigerung der Patientenautonomie. Im Idealfall nehmen an den Gesprächen auch die Angehörigen oder der benannte Vertreter teil.

Wenn der Prozess der begleiteten Entscheidungsfindung zu einem Ergebnis ge-

kommen ist, was sich durchaus über zwei bis drei mehrstündige Gesprächsrunden erstrecken kann, kommt in Grevenbroich in der Regel der behandelnde Hausarzt ins Spiel. Er bespricht mit dem Verfügenden nochmals die getroffenen Entscheidungen und bestätigt mit seiner Unterschrift auf der Patientenverfügung, dass der Patient zum Unterschriftszeitpunkt einwilligungsfähig war und verstanden hat, was dokumentiert wird. Der Vorteil liege für den Arzt in der Zeitersparnis, da keine Vorgespräche in der Praxis geführt werden, sagte Dr. Geert Buß. Er ist einer von 17 Hausärzten in Grevenbroich, die in das Forschungsprojekt eingebunden sind. „Die Enttabuisierung des sensiblen Themas Sterbeprozess ist schon geschehen“, was das Arzt-Patienten-Gespräch vereinfache, so Buß. Ein weiterer Vorteil sei, dass der Patientenwunsch durch den Gesprächsprozess bei allen Beteiligten klar sei. Als nachteilig betrachtet Buß die aufwendige Einführung des Prozesses, die auch eine logistische Herausforderung darstelle. Daneben könne das strukturierte Vorgehen auch zu Konflikten



Dr. Jürgen in der Schmitt ist der wissenschaftliche Koordinator des Forschungsprojektes „beizeiten begleiten“, die eine Idee aus Amerika aufgreift, dem Patientenwillen mehr Geltung zu verschaffen.
Foto: bre

führen. Zum Beispiel werden die vorgefertigten Formulare, die eigens für das Projekt erarbeitet wurden und wie auch der Projektname urheberrechtlich geschützt sind, manchmal als zu unflexibel erachtet. Der Bonner Notar Michael Uerlings beispielsweise hält von Formularen zum Ankreuzen wenig, da sie kaum auf die individuelle Situation angepasst werden können (siehe *Rheinisches Ärzteblatt* 3/2011, S. 12ff).

Über den aufwendigen Entstehungsprozess der Verfügungen, an dem der Patient, Angehörige, Betreuer, behandelnde Ärzte sowie das Pflegepersonal im Altenheim eingebunden sind, wird den Angehörigen und Vertretern im Entscheidungsfall viel Last abgenommen. Die Entscheidung, ob Weiterbehandlung oder palliative Sterbegleitung erfolgen soll, wird von allen leichter akzeptiert. Dieses Ergebnis haben

die begleitenden Studien in den USA, in Australien, wo Advance Care Planning seit 2004 praktiziert wird, aber auch in Grevenbroich ergeben. In den Kontrollgruppen waren die Angehörigen signifikant unzufriedener mit der Sterbesituation.

Patientenwunsch auch im Notfall beachten

Neben dem wichtigen Modul der „Begleitung“, an dessen Ende eine Patientenverfügung und im Idealfall auch ein Vertreter benannt ist, hat „beizeiten begleiten“ ein weiteres Formular erarbeitet, das im Fall einer akuten, lebensbedrohlichen Erkrankung eines Seniorenheim-Bewohners zum Einsatz kommt: die „Hausärztliche Anordnung für den Notfall (HANo)“. Dieses Blatt ist für die Situationen gedacht, in denen die Ärzte keine Zeit haben, eine Patientenverfügung durchzulesen. Im Notfall könne die Patientenverfügung oft nicht angewandt werden und die medizinische Routine könne die Patientenwünsche nicht angemessen berücksichtigen, so Marckmann aus München. Es komme zu ungewollter Über- oder Untertherapie. Die HANo will hier Abhilfe schaffen mit knappen, präzisen und differenzierten Festlegungen über lebensverlängernde Maßnahmen auf der Basis des aktuellen Gesundheitszustandes des Heimbewohners, erklärte Marckmann. Das Formular gibt nach dem Ampelprinzip rasch erfassbare Hinweise darauf, ob der Patient eine vollumfängliche lebensverlängernde Therapie wünscht oder nicht. Auch Abstufungen sind vorgesehen, wie etwa der Wunsch nach einer lebensverlängernden Therapie, aber keine Herz-Lungen-Wiederbelebung. Die HANo kann einfach an den jeweiligen Gesundheitszustand des Heimbewohners angepasst werden.

Damit im Notfall im Pflegeheim auch für den Notarzt und Sanitäter auf einen Blick ersichtlich ist, ob eine Notfallanordnung ausgefüllt wurde, bekamen die Betten ein entsprechendes Schildchen und die Anordnung liegt stets an einem festen Platz. Die HANo bezeichnete in der Schmitt als „Filetstück“ des gesamten Projektes, das weit über die gesetzlichen Bestimmungen zur Patientenverfügung hinausgehe. Der Projektkoordinator führte auch Gespräche mit den für Grevenbroich zuständigen Rettungsdiensten, um die Abläufe und die Patientenwünsche auch in lebensbedrohlichen Notfallsituationen zu berücksichtigen. Dr. Marc Zellerhoff, Leitender Notarzt und

Assistenzarzt der Klinik für Anästhesie im Kreiskrankenhaus Grevenbroich – St. Elisabeth, stellte in Düsseldorf klar, dass der Rettungsdienst auf einer klaren gesetzlichen Grundlage arbeite, in der eine Patientenverfügung nicht vorkomme. „Wenn wir kommen, machen wir alles, wie es im Gesetz steht“, so Zellerhoff. An diesem Punkt der medizinischen Versorgungskette sind klare Absprachen und Handlungsabläufe nötig, die von allen Beteiligten akzeptiert werden.

Viel Geduld und Empathie notwendig

Auch wenn die finanzielle Unterstützung Ende November für „beizeiten begleiten“ ausläuft, wollen die Seniorenheime, an denen das Projekt etabliert ist, weitermachen. Der Vizepräsident der Ärztekammer Nordrhein, Bernd Zimmer, sicherte den Beteiligten weiterhin die Unterstützung der Ärztekammer zu: „Meine Hoffnung ist, dass wir in zwei Jahren sagen können, wir haben in ein bis zwei Testregionen das Projekt ans Laufen bekommen.“ Projektkoordinator in der Schmitt sagte, die Etablierung des Prozesses, an dem viele Professionen beteiligt sind und für den klare Strukturen in den jeweiligen lokalen und regionalen Gesundheitseinrichtungen aufgebaut werden müssen, brauche immer eine Person, die mit Engagement „beizeiten begleiten“ anschiebt. Die personell notwendigen Ressourcen in den Senioren- und Pflegeheimen bezifferte er auf eine sechstel Stelle pro hundert Senioren für die Anfangsphase, in der auch in den Heimen viele Details, die für das reibungslose Funktionieren unerlässlich sind, geklärt werden müssten. Nach der rund dreijährigen Anlaufphase reduziere sich der personelle Mehraufwand auf eine achteil Stelle pro hundert Bewohner. Der Pionier Hammes aus Wisconsin regte an, nicht die Finanzierungsfragen in den Vordergrund zu stellen. Um ein solches Projekt in die Breite zu tragen, seien vor allem Geduld und Empathie nötig.

Weitere Informationen

Die Referate der Fachtagung in Düsseldorf sind auf der Homepage der Ärztekammer Nordrhein zu finden unter www.aekno.de/Dokumentenarchiv in der Rubrik „Dokumentation“.

Weitere Informationen zu der Grundidee des Advance Care Planning finden sich unter www.respectingchoices.org.

bre