



LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN

Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung
Notfälle planen: Geht das und gilt das?
16. März 2016

Notfallplanung aus ethischer Perspektive

PD Dr. Dr. Ralf J. Jox

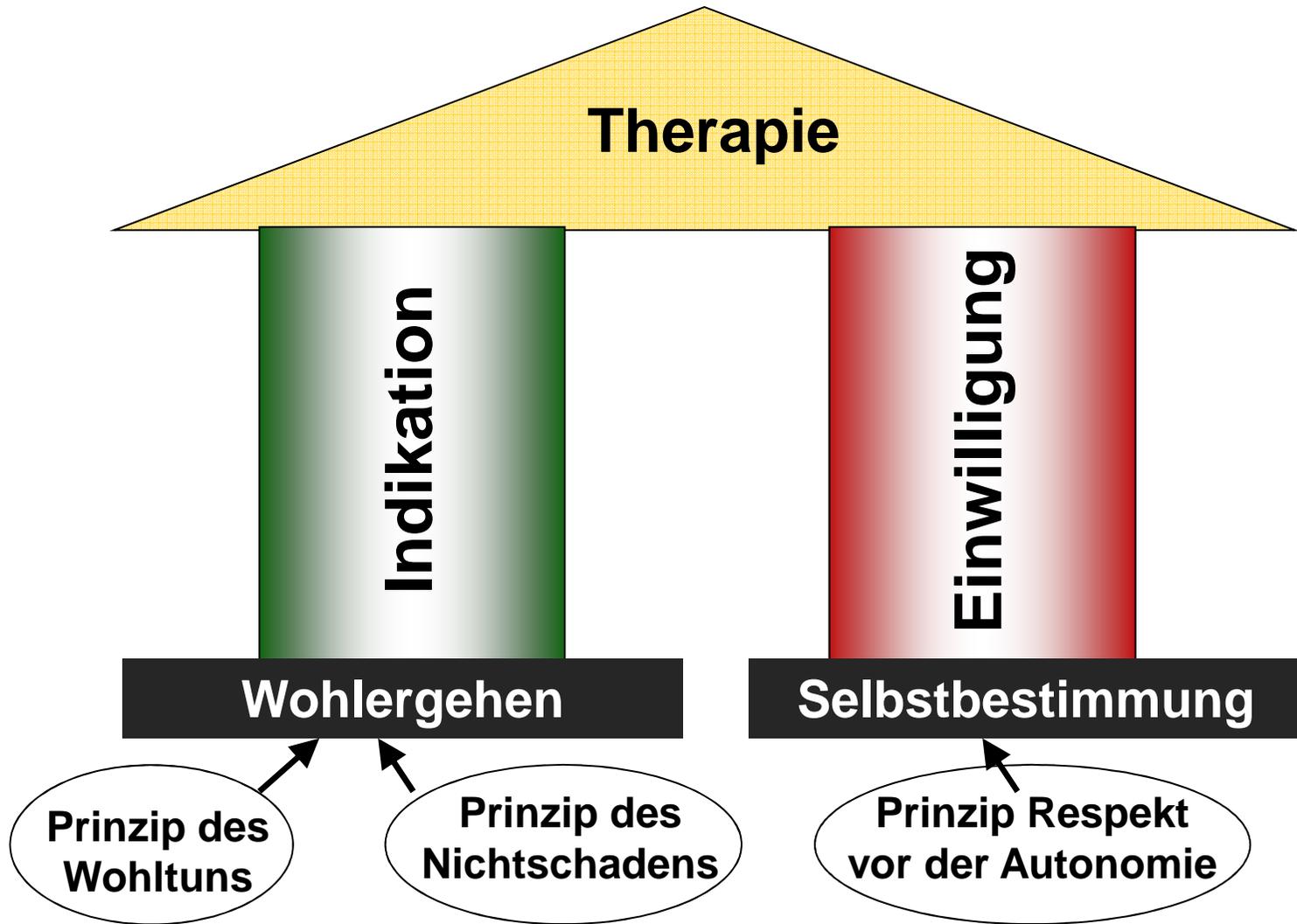
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin
Ludwig-Maximilians-Universität München



Gliederung

1. Grundlagen von Therapieentscheidungen
2. Unzulänglichkeit der Patientenverfügung
3. Advance Care Planning
4. Notfallplanung

Medizinrecht

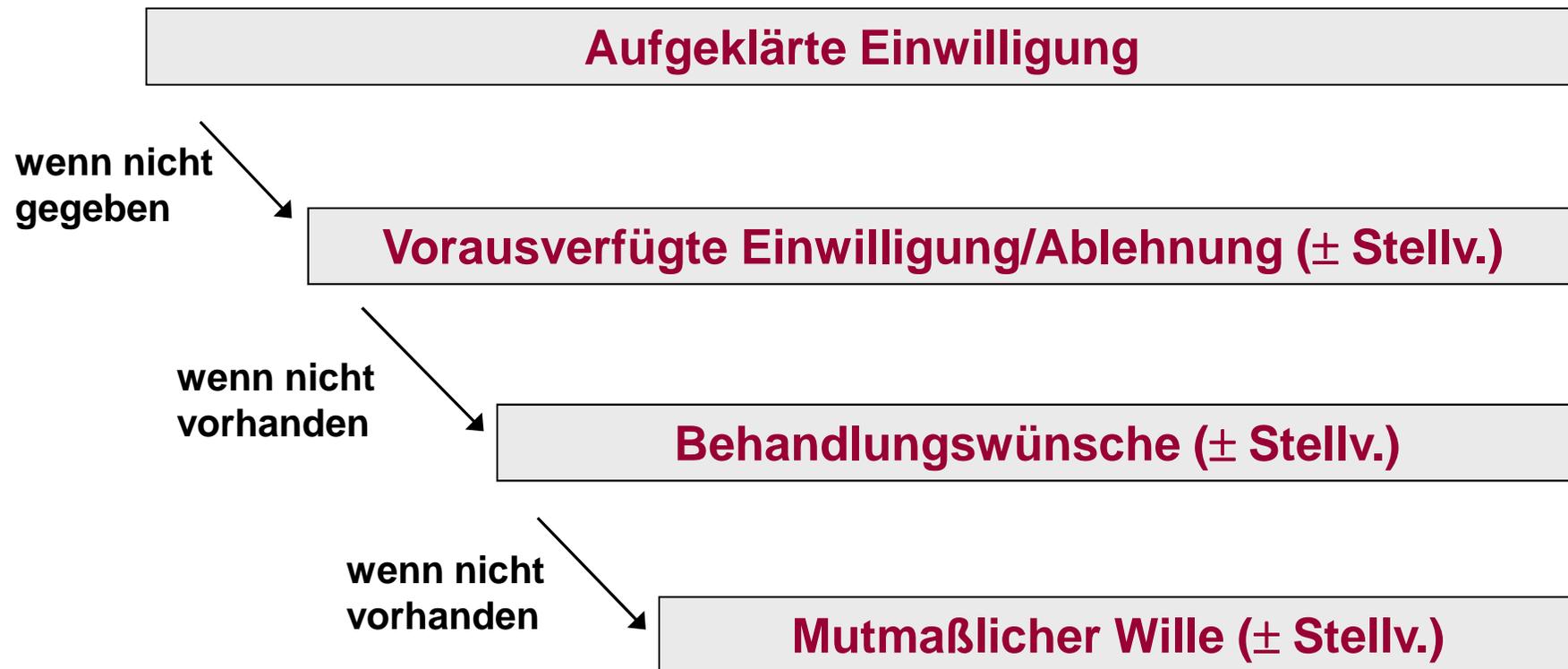


Informed Consent

Elemente der Aufgeklärten Einwilligung:

1. **Entscheidungskompetenz:** Patient ist kognitiv in der Lage, Information zu verstehen, Vor- und Nachteile abzuwägen, einen Entschluss zu fassen und zu kommunizieren
2. **Freiwilligkeit:** Freiheit von Zwang, Täuschung...
3. **Aufklärung:** korrekt, verständlich, empathisch
4. **Einwilligung** und Möglichkeit des Widerrufs

Formen der Einwilligung



3. BtÄndG 2009

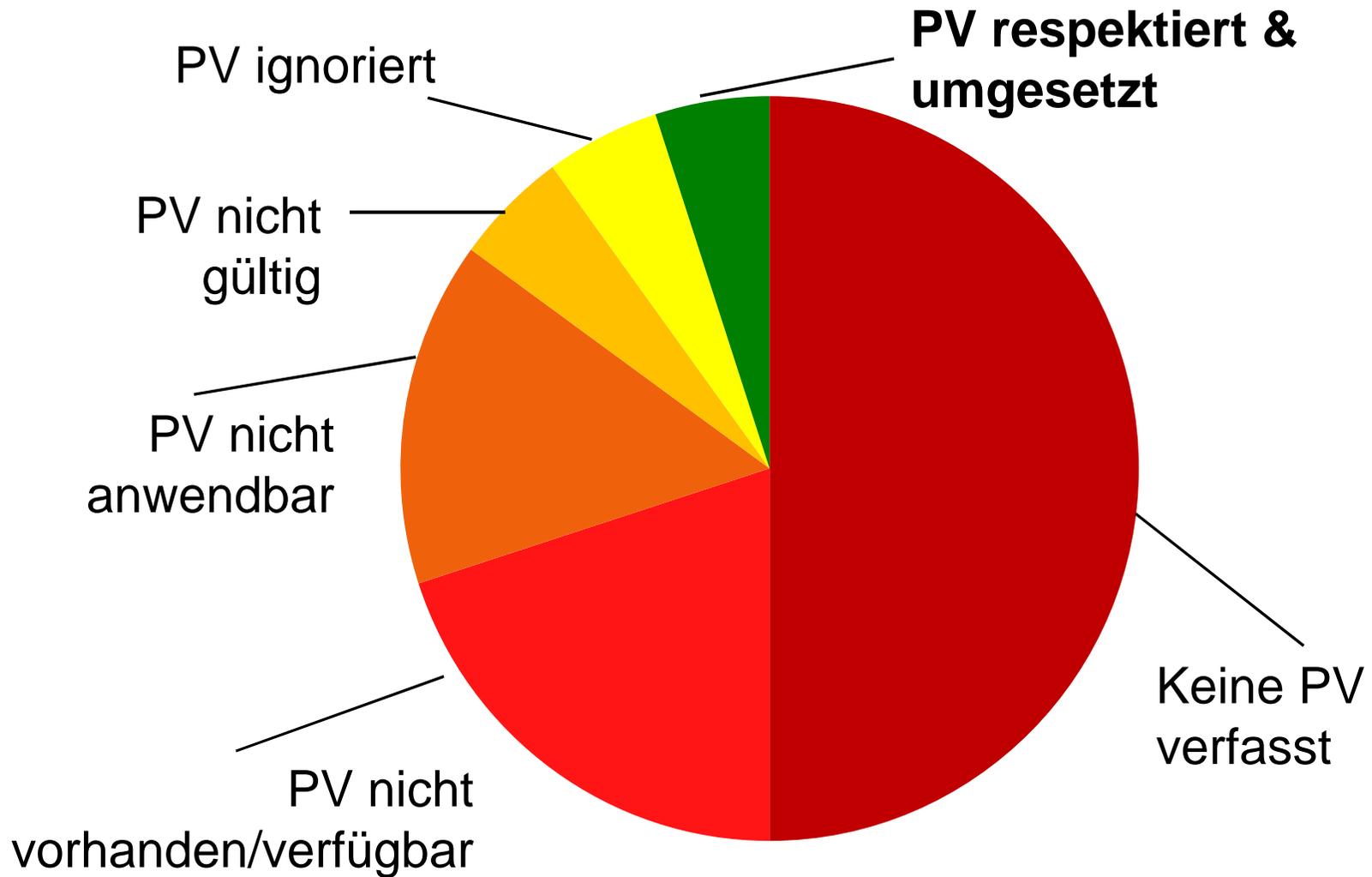
Gliederung

1. Grundlagen von Therapieentscheidungen
- 2. Unzulänglichkeit der Patientenverfügung**
3. Advance Care Planning
4. Notfallplanung

Rechtslage

- Verbindlich, falls auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffend (§1901a BGB)
- Verbindlich auch ohne Stellvertreter (§ 630d BGB)
- PV ist stets sorgfältig auszulegen, wobei ein Behandlungsabbruch nicht unter zeitlichem Druck geschehen sollte (BGH 2010, 2 StR 320/10)
- Keine Aufklärungspflicht (nur empfohlen)

Anwendung



Wirkung

Table 3
Comparison of EOL therapy between patients with and without ADs

	All patients n = 192	No AD n = 128	AD n = 64	P value
DNR/DNI	121 (63.0)	72 (56.3)	49 (76.6)	.007
Withhold	115 (60.0)	75 (58.6)	29 (45.3)	.092
Withdraw	90 (46.9)	60 (46.9)	30 (46.9)	1
CPR	35 (18.3)	29 (22.8)	6 (9.4)	.029
Circulatory support	164 (87.2)	109 (87.9)	55 (85.9)	.818
Mechanical ventilation	164 (86.3)	113 (89.7)	51 (79.7)	.074
Hemodialysis	71 (44.7)	44 (46.3)	27 (42.2)	.629
Median SOFA score	10 (8-13.3)	10.25 (8-13.4)	10 (8-13)	.798
Maximal SOFA score	13 (11-16)	14 (11-16)	13 (10-17)	.487
ICU length of stay, h	118 (35.5-264)	118.04 (26.8-247.5)	117 (49.8-357.5)	.134
Hospital length of stay, h	219.5 (76-470.8)	211 (75.5-459.8)	263 (80.5-538)	.443

DNI = do not intubate.

Circulatory support includes vasopressor, intraaortic balloon pump, or extracorporeal membrane oxygenation.

Descriptive statistics as n (%) or median (interquartile range). P values obtained by Fisher exact test.

*Hartog CS et al.
J Crit Care 2014*

Beratung

Patientenverfügung auf dem Prüfstand: Ärztliche Beratung ist unerlässlich

Living wills under close scrutiny: Medical consultation is indispensable

Autoren

M. Schöffner¹ K.W. Schmidt^{2,3} U. Benzenhöfer³ S. Sahn^{4,3}

*Schöffner M.
et al, DMW
2012*

- Ärztliche Beratungsseminare zu PV 2006-2010
- Befragung vor und nach Seminaren
- Jeder Vierte hatten PV, aber <10% von diesen waren ärztlich beraten worden (!)
- fast 100% äußerten danach Absicht zur PV-Korrektur



Informed-Consent-Standard nötig

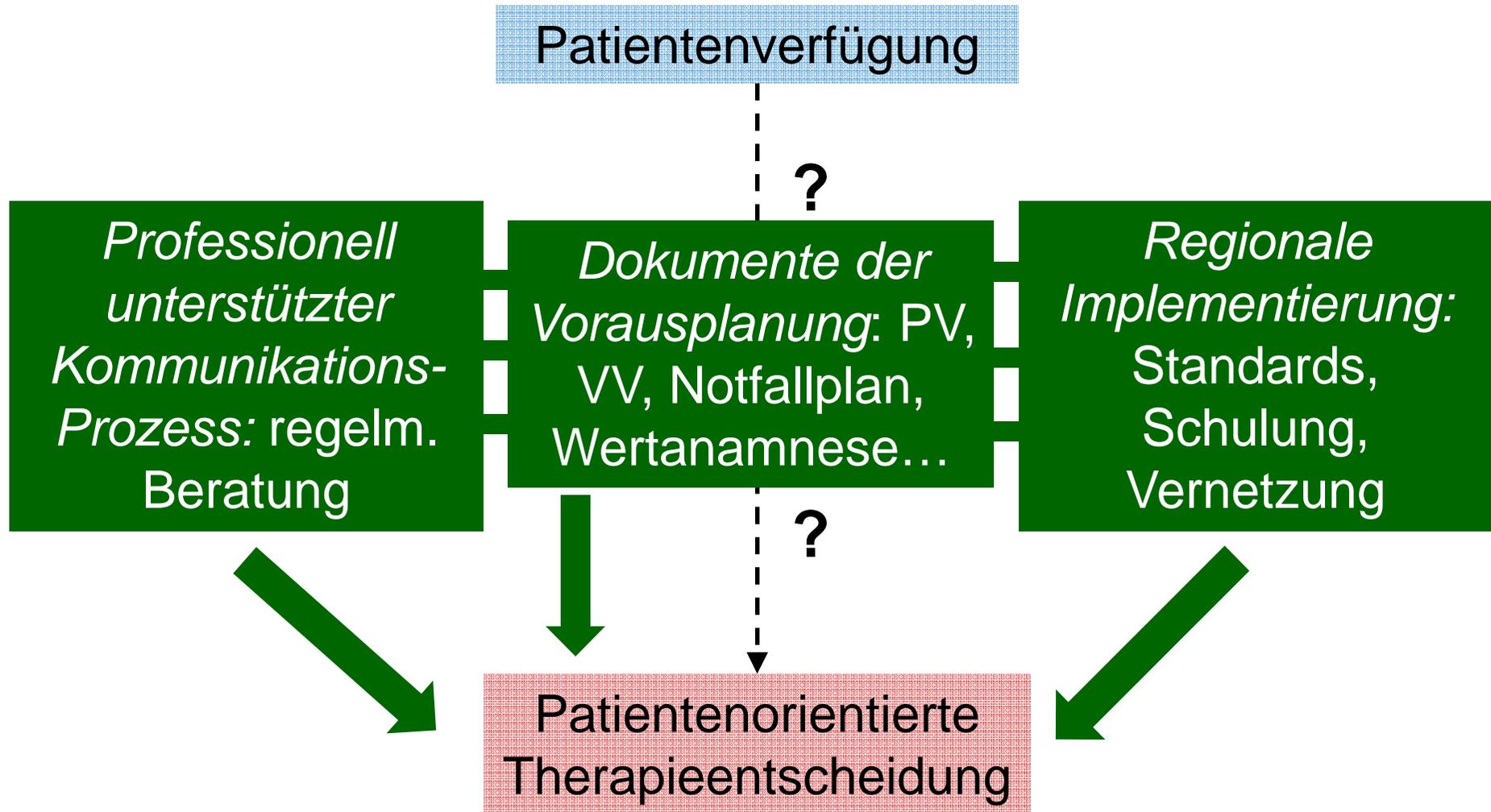
Fallbeispiel

- 81jährige Patientin, multimorbide, KHK, Z.n. 2 Myokardinfarkten, alleinlebend
- Patientin lebenssatt, letzte Dinge geregelt - PV: „keine Reanimation bei Herzstillstand“ (Kopie für Sohn)
- Beim Einkauf Herzstillstand, Laien- und Notarztreanimation, ICU, Sohn denkt nicht an PV
- Hypox. Hirnschädigung (minimalbewusster Zustand), PEG-Sonde, Unterbringung in Pflegeheim
- Sohn bringt PV, Aussage zum Wachkoma trifft nicht zu, Heim und Arzt weigern sich, Ernährung einzustellen

Gliederung

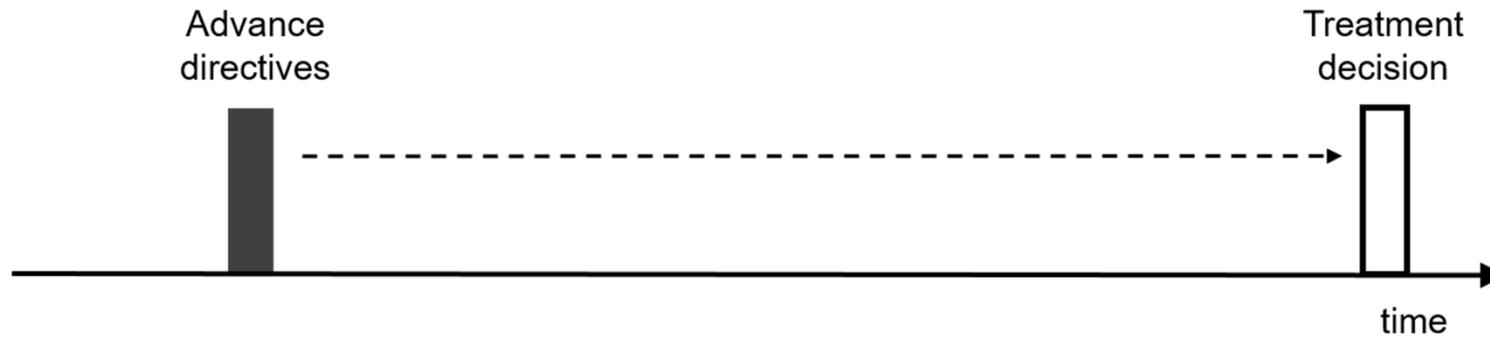
1. Grundlagen von Therapieentscheidungen
2. Unzulänglichkeit der Patientenverfügung
- 3. Advance Care Planning**
4. Notfallplanung

Advance Care Planning

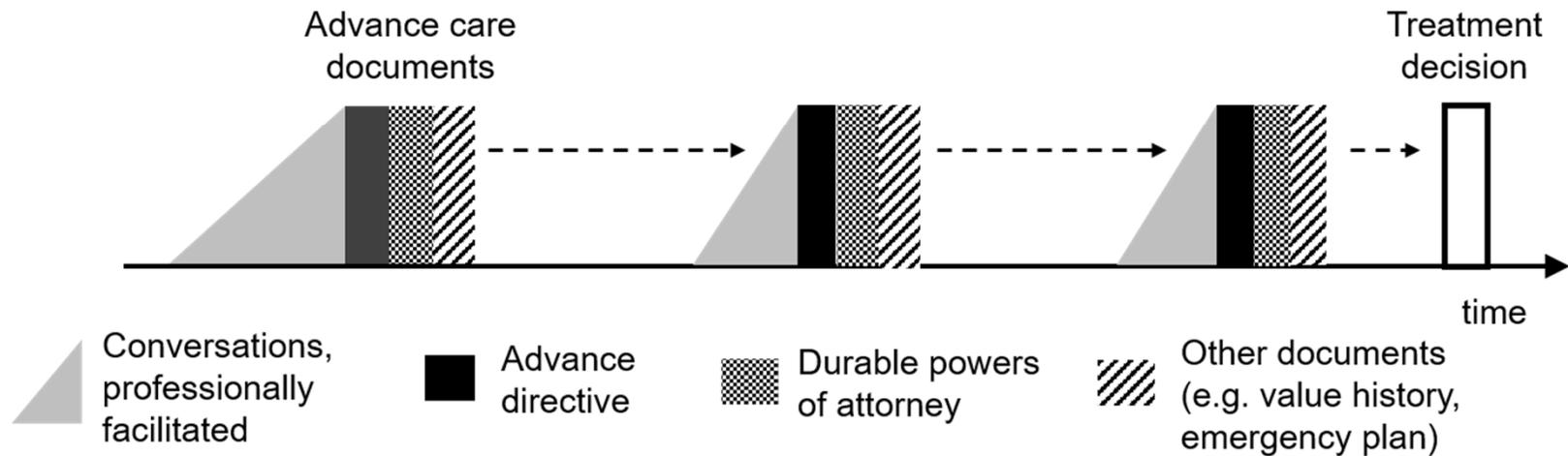


Advance Care Planning

ADVANCE DIRECTIVE (LIVING WILL)

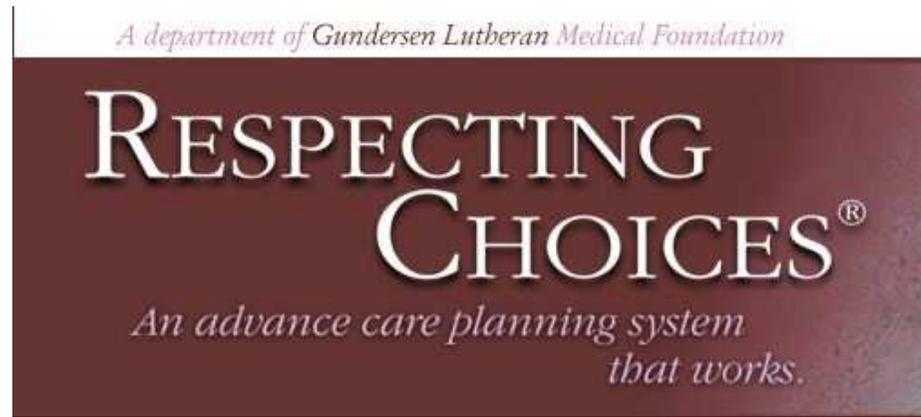


ADVANCE CARE PLANNING



*Jox RJ
im Druck*

Beispiele & Effekte



- Randomisierte Studie, n = 309 Patienten > 80 J.
- Nach 6 Monaten 56 †: Präferenzen respektiert bei 86% (ACP) vs. 30% (kein ACP)
- Angehörige (ACP): ↓ Stress, Angst, Depression

Detering KM et al. BMJ 2010

Pilotprojekt

ORIGINALARBEIT

Patientenverfügungsprogramm: Implementierung in Senioreneinrichtungen

Eine inter-regional kontrollierte Interventionsstudie

Jürgen in der Schmitt, Katharina Lex, Christine Mellert, Sonja Rothärmel,
Karl Wegscheider, Georg Marckmann

Ergebnisse: Die Daten von 136 Bewohnern aus drei Interventionseinrichtungen wurden mit 439 Bewohnern aus zehn Kontrolleinrichtungen verglichen. Im 16,5-monatigen Beobachtungszeitraum entstanden in der Interventionsregion bei 49 (36,0 %) der teilnehmenden Bewohner neue Vorausverfügungen versus 18 (4,1 %) in der Kontrollregion, davon 30 versus 10 Vertreterverfügungen. Vertreter wurden in 94,7 % versus 50,0 % der Fälle benannt, die Verfügungen trugen in 93,9 % versus 16,7 % eine Arztunterschrift, ein Notfallbogen fand sich in 98,0 % versus 44,4 %. Die Frage eines Reanimationsversuchs wurde in 95,9 % versus 38,9 % geklärt (p für alle Angaben $< 0,01$). Neuen Vorausverfügungen gingen in der Interventionsregion pro Bewohner 2,5 (2–5) Gesprächsbegleitungen von 100 (60–240) Minuten voraus.



In der Schmitt J et al., Dtsch Ärztebl 2014;11(4):50ff.

Gliederung

1. Grundlagen von Therapieentscheidungen
2. Unzulänglichkeit der Patientenverfügung
3. Advance Care Planning
- 4. Notfallplanung**

Notfall

- Definiert durch perakute Entscheidungs- und Handlungsnot (unabhängig von Setting)
- Lektüre und Auslegung einer PV unmöglich
- Ethische Prinzipien bleiben jedoch unberührt
- Meist kennen Rettungskräfte den Patienten nicht
→ *keine individuelle Fürsorge möglich*
→ *Respekt der Autonomie nicht möglich*
- Instrumente: DNAR-Order/VaW (Klinik),
Notfallbögen (Palliative Care)

Notfallplan

	Notfallplan	Patientenverfügung
Ziel	Notfallentscheidung	Therapieentscheidung bei stabiler Situation
Wesen	Ärztlich-kollegiale Anordnung	(Nicht-)Einwilligung des Patienten
Form	Handlung ja/nein (ohne Bed) Knapp, visuell, instruktiv	Bedingungen → Handlungen Möglichst erläuternd
Rechtfertigung	Indikation u./o. Pat.autonomie	Patientenautonomie
Autorität	Arztunterschrift	Patientenunterschrift
Prozess	Vertrauen in vorherigen Gesprächsprozess	Sorgfältige Auslegung

Hausärztliche Anordnung für den Notfall

nur Notfallbehandlung
⇒ einfach anzuwenden

Name:

Modellprojekt in Grevenbroich:

Albert-Schweitzer-Haus
Jenhof
Arbara
Josef Gustorf

Nur eine Option zu wählen ⇒ reduziert Gefahr inkonsistenter Anordnungen

Für den Fall einer lebensbedrohlichen Krise oder Erkrankung gilt bei o.g. Patienten, sofern er/sie nicht selbst einwilligungsfähig ist: *Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!*

A Uneingeschränkte Notfall- und Intensivtherapie mit dem Ziel der Lebensverlängerung einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung

Eingeschränkte lebensverlängernde Therapie (B0 bis B3):

B0 Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung

B1 Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive Therapie

B2 Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive (T)herapie, keine intensivmedizinische Maßnahmen

B3 Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive (T)herapie, keine intensivmedizinischen Maßnahmen, keine Aufnahme ins Krankenhaus (aber ambulante Therapie)

C Keine lebensverlängernde Therapie, weder stationär noch ambulant – ausschließlich palliative (lindernde) Maßnahmen

6 klar definierte Stufen lebensverläng. Therapie
⇒ Klare Abbildung der Präferenzen, berücksichtigt Belastung der Behandlung

Nur verfügbar innerhalb eines umfassenden, qualifizierten ACP-Prozesses ⇒ sichert **Verlässlichkeit** der Festlegungen, 4-Augen-Prinzip

Unterschrift und Stempel des **beizeitenbegleitenden** Hausarztes

Unterschrift und NAME des **Vertreters**/Angehörigen

„Ich habe den Entscheidungsprozess begleitet.“

Unterschrift und NAME des **beizeitenbegleitenden** qualifizierten **Begleiters**

Diese HANo ist der **notfallmedizinisch relevante** Teil der Patientenverfügung / Vertreterverfügung (*Nichtzutreffendes streichen*) vom __. __. 20__, der ein qualifizierter Beratungsprozess zugrundeliegt. Die vorliegende HANo reflektiert den Willen des Bewohners bzw. seines Vertreters und ist – wenn vollständig und eindeutig ausgefüllt – für jedermann ethisch und rechtlich verbindlich, **sofern der Bewohner nicht selbst einwilligungsfähig ist**. Zur Klärung anderer Behandlungsfragen ist die ausführliche Verfügung heranzuziehen und ggf. der Vertreter (Bevollmächtigte bzw. Betreuer) zu konsultieren. *Weitere Hinweise zur HANo siehe Rückseite.*

HANo: Hinweise zum Ausfüllen

Für den Betroffenen und / oder seinen Stellvertreter:

Diese Anordnung ist ein ärztliches Dokument und verwendet Fachsprache. Bitte lassen Sie sich von Ihrem Begleiter und / oder Ihrem Hausarzt erklären, was mit den einzelnen Punkten gemeint ist, und lassen Sie diese das Dokument gemäß Ihren Festlegungen ausfüllen. Das allseits unterschriebene Original dieses Dokuments wird im Bewohnerordner des Wohnbereichs abgelegt.

Für den Begleiter:

Diese HANo ist Teil der Patientenverfügung bzw. Vertreterverfügung. Damit sie im Notfall Wirkung entfalten kann, hat sie die Form einer ärztlichen Anordnung. Die HANo wird vom unterzeichnenden Hausarzt verantwortet; Ihre Unterschrift dokumentiert den Prozess der Begleitung. Klären Sie stets zunächst das Therapieziel, bevor einzelne Behandlungsmaßnahmen erörtert werden. Ziel ist es, die HANo so auszufüllen, dass darin der aktuelle oder – bei fehlender Einwilligungsfähigkeit – der zuvor erklärte bzw. mutmaßliche Behandlungswille des Bewohners bestmöglich zum Ausdruck kommt.

Achten Sie darauf, dass nur solche Ausschlüsse vorgenommen werden, bei denen sich Bewohner und / oder Vertreter ganz sicher sind. Im Zweifel die betreffende Therapieoption nicht ausschließen!

Für den Hausarzt:

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass der Betroffene bzw. sein Vertreter zum gegebenen Zeitpunkt in den hier relevanten Fragen (a) **einwilligungsfähig** ist und (b) **verstanden hat**, welche therapeutischen Konsequenzen mit den gewählten Festlegungen verbunden sind. Bitte nehmen Sie eine Kopie der HANo zu Ihrer Akte.

HANo: Hinweise zur Umsetzung

Stationäre Behandlung mit palliativem (linderndem) Therapieziel:

Der umseitige Ausschluss einer stationären Behandlung in den Optionen B3 und C bezieht sich nur auf Behandlungen mit dem Ziel der Lebensverlängerung. Fälle, in denen der behandelnde Arzt die Indikation zur stationären Einweisung mit dem Behandlungsziel der Palliation (Linderung) stellt, sind hiervon unberührt! Beispiele hierfür können bestimmte Knochenbrüche oder auch im Heim nicht behandelbare Schmerzzustände sein.

Allgemein gilt: Ob eine bestimmte Therapiemaßnahme als »palliativ« oder »lebensverlängernd« zu bewerten ist, leitet sich im Einzelfall vom jeweiligen Therapieziel ab. So könnte z.B. bei einer Lungenentzündung ein Antibiotikum mit dem Ziel der Lebensverlängerung oder aber mit dem Ziel der Beschwerdelinderung eingesetzt werden.

Für den Betroffenen und / oder seinen Stellvertreter:

Heimleitung und -personal sowie Ihr Hausarzt tun ihr Mögliches, damit die Behandlung in den hier festgelegten Grenzen verbleibt. Eine **Garantie** kann jedoch **nicht gegeben** werden: In dem unglücklichen Fall, dass diese HANo im Notfall nicht verfügbar ist und keiner der Umstehenden Bescheid weiß, kann es geschehen, dass Behandlungen vorübergehend zur Anwendung kommen, die Sie ausschließen wollten.

Für das Heim- und Rettungsdienstpersonal sowie Bereitschafts-, Not- und Krankenhausärzte:

Bitte überprüfen Sie vor der Befolgung dieser Anordnung:

1. ob es sich tatsächlich um den hier bezeichneten Patienten handelt,
2. ob die Anordnung korrekt ausgefüllt ist (= nur eine der Optionen A, B0, B1, B2, B3 oder C ist angekreuzt),
3. ob die Anordnung von Hausarzt und Betroffenen bzw. Vertreter unterschrieben ist.

Fehlerhaft oder unvollständig ausgefüllte HANos sind ungültig!

HANo: Aktualisierung

Wenn Änderungen des Willens oder des Zustands / der Prognose eine Aktualisierung der HANo erforderlich machen, ist eine neue HANo auszufüllen und die bisherige HANo durch **ganzzseitige diagonale Striche** (mit Datumsangabe und Unterschrift) zu entwerten. Die entwertete HANo bleibt als **Teil der Bewohnerakte**.

© G. Marckmann

Hausärztliche Anordnung für den Notfall (HANo)



HANo: Hinweise zum Ausfüllen

Für den Betroffenen und / oder seinen Stellvertreter:
 Diese Anordnung ist ein ärztliches Dokument und verwendet Fachsprache. Bitte lassen Sie sich von Ihrem Begleiter und / oder Ihrem Hausarzt erklären, was mit den einzelnen Punkten gemeint ist, und lassen Sie diese das Dokument gemäß Ihren Festlegungen ausfüllen.
 Das allseits unterschriebene Original dieses Dokuments wird im Bewohnerrönder des Wohnbereichs abgelegt.

Name: _____

Vorna
geboren

Modellprojekt in Grevenbroich:
 Seniorenzentrum Albert-Schweitzer-Haus

Für d
nicht

Für den Fall einer lebensbedrohlichen Krise oder Erkrankung gilt bei o.g. Patienten, sofern er/sie nicht selbst einwilligungsfähig ist: *Nur eine Antwort möglich (A, B0, B1, B2, B3 oder C) – sonst ungültig!*

A

Uneingeschränkte Notfall- und Intensivtherapie mit dem Ziel der Lebensverlängerung einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung

B0

Eingeschränkte lebensverlängernde Therapie (B0 bis B3):

Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung

B1

Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive (Tubus-) Beatmung

B2

Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive (Tubus-) Beatmung, keine intensivmedizinische Behandlung

B3

Keine Herz-Lungen-Wiederbelebung, keine invasive (Tubus-) Beatmung, keine intensivmedizinische Behandlung, keine Mitnahme ins Krankenhaus (aber ambulante Therapie)

C

Keine lebensverlängernde Therapie, weder stationär noch ambulant – ausschließlich palliative (lindernde) Maßnahmen

Diese
chen)

Die vorliegende HANo reflektiert den Willen des Bewohners bzw. seines Vertreters und ist – wenn vollständig und eindeutig ausgefüllt – für jedermann ethisch und rechtlich verbindlich, sofern der Bewohner nicht selbst einwilligungsfähig ist. Zur Klärung anderer Behandlungsfragen ist die ausführliche Verfügung heranzuziehen und ggf. der Vertreter (Bevollmächtigte bzw. Betreuer) zu konsultieren. Weitere Hinweise zur HANo siehe Rückseite.

© G. Marckmann

Wenn Änderungen des Willens oder des Zustands / der Prognose eine Aktualisierung der HANo erforderlich machen, ist eine neue HANo auszufüllen und die bisherige HANo durch ganzseitige diagonale Striche (mit Datumsangabe und Unterschrift) zu entwerfen. Die entwertete HANo bleibt als solche Teil der Bewohnerakte.

RESPEKT-Studie

Präferenzen in HAnNo

	HAnNo-Abschnitt	RESPEKT n= 114	Hickman et al. (2011) n=718	Hammes et al. (2012) n=255
A	 Uneingeschränkte Therapie	8.8%	11.6%	4%
B0	 Keine Reanimation	11.4%	POLST Limited additional interventions 46,7%	31%
B1	 + keine Intubation	17.5%		
B2	 + keine Verlegung auf ITS	23.7%		
B3	 + keine stat. Einweisung	9.6%		
C	 nur palliativ	24.6%	41.8%	62%

© G. Marckmann

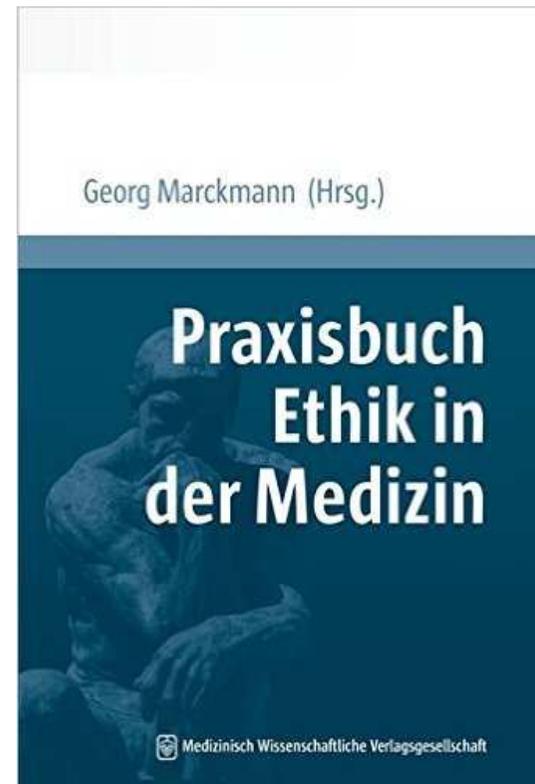
Fazit

- Ethische Grundlagen der Therapieentscheidungen gelten auch für Notfälle
- Notfallplan ermöglicht fürsorgliche und autonomiegerechte Behandlung
- Notfallplan entlastet alle Beteiligten
- Unabdingbar ist das Systemvertrauen auf Grundlage eines kompetenten Gesprächsprozesses
- Nur im Kontext einer umfassenden Versorgungsplanung (Advance Care Planning)

Literatur



Kohlhammer 2015



Medizinisch Wissenschaftliche
Verlagsgesellschaft 2015



**Danke für Ihre
Aufmerksamkeit!**

ralf.jox@med.lmu.de