

Entscheidungsfindung für alte Menschen

Version 1, August 2007

Dr. med. Birgit Schwenk

Einleitung

Sowohl die Geriatrie, wie auch die Palliativmedizin zeichnen sich unter anderem durch die Suche nach massgeschneiderten diagnostischen und therapeutischen Lösungen aus. Obwohl individuelle Entscheidungen getroffen werden müssen und dabei häufig Ermessensentscheide resultieren, ist es ratsam bei der Entscheidungsfindung systematisch vorzugehen. Es geht darum, einen Mittelweg zu finden zwischen einer zu aggressiven intensiven Behandlung mit eventuell schweren Nebenwirkungen einerseits und dem Verzicht auf einer kausalen Behandlungen, die zu einer mit dem Ziel der Symptomlinderung führen, andererseits.

Allgemeine Aspekte

Grundsatz

Jeder Patient hat das Recht auf Selbstbestimmung. Die frühzeitige, umfassende und verständliche Aufklärung des Patienten oder seiner Vertreter über die medizinische Situation ist Voraussetzung für die Willensbildung und Entscheidungsfindung (informed consent). Dies bedingt eine einfühlsame und offene Kommunikation und die Bereitschaft aller verantwortlichen Medizinalpersonen, die Möglichkeiten und Grenzen sowohl der kurativen als auch der palliativen Behandlung und Betreuung zu thematisieren. Dem Recht auf Selbstbestimmung sind jedoch auch Grenzen durch das Selbstbestimmungsrecht Dritter gesetzt: Dem Willen des Patienten oder seiner Vertreter auf eine bestimmte Behandlung und Betreuung muss nur entsprochen werden, wenn diese Behandlung den allgemein anerkannten Regeln entspricht und in dieser Situation Sinn macht; hingegen ist eine Verweigerung einer Behandlung oder der Betreuung durch den urteilsfähigen Patient verbindlich. Der Anspruch auf Respektierung der Menschenwürde und Autonomie gilt uneingeschränkt für alle Menschen.

Eingeschränkte Autonomiefähigkeiten, welche mit zunehmendem Alter häufiger werden und das Gleichgewicht zwischen den abhängigen und unabhängigen Seiten bei einem Menschen stören, heben den Anspruch auf Respektierung seiner Würde und Autonomie nicht auf. Deshalb sind verbindliche Entscheidungsverfahren und Strukturen erforderlich, die einen Entscheidungsprozess unter Berücksichtigung der Selbstbestimmung und Würde des älteren alten Menschen ermöglichen. Dabei soll besonders darauf geachtet werden, dass die ältere Person ihren Willen äussern kann, dass sie den Umständen entsprechend ausreichend Zeit für wichtige Entscheidungen hat und dass sie Entscheidungen ohne Druck fällen kann.

Patientenverfügung

Jede Person kann im Voraus Bestimmungen verfassen im Hinblick auf die medizinische Behandlung und Pflege, die sie zu erhalten wünscht oder ablehnt, falls sie nicht mehr urteilsfähig wäre. Falls die Voraussetzungen der Urteilsfähigkeit gegeben sind, können solche Patientenverfügungen von ihrem Verfasser jederzeit geändert oder aufgehoben werden. Ärzte und Pflegende machen ältere und alte Personen auf die Möglichkeit einer Patientenverfügung und deren regelmässig notwendige Aktualisierung aufmerksam; sie sprechen untereinander ab, wer diese Aufgabe übernimmt.

Bevollmächtigte Vertretungsperson in medizinischen Angelegenheiten

Jede Person kann im Voraus eine bevollmächtigte Vertretungsperson in medizinischen Angelegenheiten festlegen, die an ihrer Stelle die Zustimmung zu medizinischen, pflegerischen und/oder therapeutischen Massnahmen erteilen soll, falls sie selbst nicht mehr in der Lage wäre.

Erarbeiten von Entscheidungsgrundlagen im Team

Verschiedene Massnahmen wie die Behandlung einer Pneumonie bei schwer dementen Patienten, oder die Einlage einer Ernährungssonde erfordern oft einen interprofessionellen Entscheidungsprozess. Bevor der behandelnde Arzt der älteren Person eine solche Massnahme vorschlägt, und diese danach bei deren Einverständnis verordnet, bespricht er sie diese mit den zuständigen Ansprechpersonen der Pflege und Therapie anderen Mitbetreuern und berücksichtigt deren Meinung. Ebenso verlangt die Lösung komplexer Situationen (z.B. Fragen der Zukunftsplanung, Beratung von Angehörigen, Probleme des Zusammenlebens in einem Heim) oft einen interprofessionellen Entscheidungsprozess, der sich am Willen der älteren betagten Person orientiert und dabei deren Vorstellungen, Ziele, Wünsche und Bedürfnisse mit einbezieht. Solche Situationen sind von mit den Beteiligten gemeinsam zu besprechen; Lösungsmöglichkeiten und korrigierende Massnahmen sind gemeinsam zu vereinbaren, bevor man sie mit der älteren betroffenen Person durch die zuständige Fachperson bespricht. Die Notwendigkeit der interprofessionellen Zusammenarbeit entbindet die behandelnden Ärzte, Pflegenden und Therapeuten nicht von ihrer Verantwortung in Bezug auf Entscheidungen und Massnahmen in ihrem beruflichen Zuständigkeitsbereich.

Information

Patienten haben den Anspruch, durch den Arzt, die zuständige Person der Pflege, den Therapeuten, oder durch den Sozialarbeiter die zuständige Fachperson über alle vorgesehenen diagnostische, präventive, pflegerische, therapeutische, oder soziale Massnahmen informiert zu werden, damit sie den Massnahmen diesen frei und aufgeklärt zustimmen kann können. Die Information muss in geeigneter Weise gegeben werden, d.h. verständlich, differenziert – mit allfälligen Entscheidvarianten – und der Situation angepasst. Zu jeder Variante sind Nutzen und Risiken zu formulieren. Nach Möglichkeit und falls die ältere betroffene Person damit einverstanden ist, soll auch ihre Vertrauensperson oder eine ihr nahe stehende Person informiert werden, damit sie die ältere betagte Person in ihrem Entscheidprozess unterstützen kann.

Falls die ältere betagte Person urteilsunfähig ist, erhält ihre Vertrauensperson bzw. ihr gesetzlicher Vertreter diese Informationen; selbstverständlich soll die betroffene Person die Informationen in angemessener Form ebenfalls erhalten.

Einwilligung der urteilsfähigen, älteren und alten Person

Das Betreuungsteam darf eine Massnahme nur mit der freien Einwilligung der urteilsfähigen, informierten älteren Person durchführen.

Lehnt eine urteilsfähige, ältere betagte Person die ihr vorgeschlagenen Massnahmen ab, nachdem sie über diese und die möglichen Folgen der Ablehnung informiert worden ist, so haben der Arzt und das Pflegepersonal diesen Entscheid zu respektieren und zu dokumentieren.

Falls dieser ablehnende Entscheid aus Sicht der verantwortlichen Fachpersonen nicht

im besten Interesse der älteren betroffenen Person liegt, so suchen sie nach einer anderen, für die betreffende Person voraussichtlich akzeptablen Behandlungsmöglichkeit.

Einwilligungsverfahren bei Urteilsunfähigkeit der betagten älteren Person

Bei Urteilsunfähigkeit der älteren betagten Person im Hinblick auf eine Entscheidung klärt der Arzt oder das Pflegepersonal ab, ob sie eine Patientenverfügung verfasst hat, ob sie eine Vertrauensperson bevollmächtigt hat und/oder ob ein gesetzlicher Vertreter bezeichnet ist. Patientenverfügungen sind zu befolgen, solange keine konkreten Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie dem derzeitigen Willen der betreffenden Person nicht mehr entsprechen. Falls keine Patientenverfügung vorliegt oder wenn ein begründeter Zweifel darüber besteht, ob die Willensäusserung noch gültig ist, muss der Arzt in jedem Fall die Zustimmung der von der älteren betagten Person bezeichneten Vertrauensperson bzw. des (allenfalls neu zu bestimmenden) gesetzlichen Vertreters einholen. Jeder Entscheid soll sich am mutmasslichen Willen der urteilsunfähigen, älteren betagten Person orientieren und in ihrem besten Interesse getroffen werden. Falls der Entscheid der Vertrauensperson bzw. des gesetzlichen Vertreters dem mutmasslichen Willen der älteren betagten Person zu widersprechen scheint, hat der Arzt die Vormundschaftsbehörde zu kontaktieren. Gibt es bei fehlender Patientenverfügung weder eine Vertrauensperson (oder lehnt diese den Vorsorgeauftrag ab bzw. ist nicht in der Lage, diesen wahrzunehmen) noch einen gesetzlichen Vertreter, oder ist in einer Notfallsituation eine Rückfrage nicht möglich, haben der Arzt, die Pflegenden und Therapeuten ihre Entscheide im interprofessionellen Austausch, gemäss den objektiven Interessen und dem mutmasslichen Willen der betroffenen Person zu treffen. Das soziale Umfeld (Lebenspartner, Verwandte und enge Bezugspersonen) ist wenn immer möglich in diesen Entscheidungsprozess mit einzubeziehen.

Ablauf der Entscheidungsfindung

Entscheidungen werden unter Berücksichtigung der drei wichtigen Prinzipien der medizinischen Bioethik getroffen:

- Prinzip des **Wohl-Tuns** und des **Nicht-Schadens** (Benefizienz, Nonmalefizienz)
- Prinzip des Respektes der Person (**Autonomieprinzip**), ihrer Rechte (Arztgeheimnis, Vertraulichkeit, informierte Zustimmung), aber auch ihrer Bedürfnisse, Wünsche, Hoffnungen, Entscheidungen und besonderer Umstände
- Prinzip der **sozialen Gerechtigkeit**: gerechte Verteilung der bestehenden Ressourcen und Zugang zu gleichwertiger Behandlung für alle

Bewährt hat sich ein Modell der **Entscheidungsfindung in sechs Schritten**:

- **Schritt 1:**
Ermittlung der Auswirkungen der Anomalie auf die Lebensqualität und Beurteilung der möglichen Komplikationen
Beispiele:
 - Anämie: Dyspnoe, Schwäche, Thoraxschmerzen, Tachykardie
 - Dehydratation: Schwäche, Verwirrtheit, Niereninsuffizienz
 - Fraktur: Schmerzen, Immobilität, Thrombose

- **Schritt 2:**
Ermittlung der krankheitsbedingten Belastung in Bezug auf die Gesamtsituation des Patienten und auf die anderen Symptome
Beispiel:
Ein schwer dementer Patient, der im Pflegeheim lebt und bettlägerig ist wird nicht unbedingt von einer Transfusion bei Anämie profitieren (ausser als Versuch[TM1] bei UnruheThoraxschmerzen oder Dyspnoe). Hingegen wird eine rüstige Patientin mit Schenkelhalsfraktur, wo das Ziel die Rückkehr nach Hause ist, sehr wohl von einer Anämiebehandlung profitieren.
- **Schritt 3:**
Auflisten und Gewichten Ggewichten der diagnostischen und therapeutischen Optionen
Welche diagnostischen und therapeutischen Massnahmen wären zur Klärung und zur Kontrolle des aktuellen Symptoms theoretisch und praktisch verfügbar?
- **Schritt 4:**
Beurteilung aller Optionen in Bezug auf Vor- und Nachteile für den Patienten, unter Berücksichtigung der Patientenressourcen (Risiko versus zu erwartender Gewinn an Lebensqualität)
Dieser Schritt ist in der heutigen modernen Medizin am schwierigsten. Da man in vielen Fällen diagnostisch und therapeutisch häufig mehr machen kann als sinnvoll ist, besteht die Herausforderung in der Wahl des aktiven Verzichtes. Nicht: "Was kann ich noch tun?", sondern: „Was kann und sollte ich noch besser lassen?“
- **Schritt 5:**
Zunächst mit dem Team, dann mit dem Patienten, der Familie oder anderen nahe stehenden Personen einen Konsens über die optimale Lösung erarbeiten
Als Instrument hierfür bietet sich ein sog. „Runder-Tisch“ (hier evtl. Link zu Dokumenten Runder Tisch??Link Dokumente Runder Tisch) an.
- **Schritt 6:**
Regelmässige Beurteilung der getroffenen Massnahmen auf ihre Wirksamkeit und Angemessenheit
Dieser wichtige Schritt ist nur umsetzbar, wenn zuvor ein Assessment (Beurteilung der Situation) durchgeführt wurde:
 - Formulieren des Problems
 - Erfassen der Ressourcen
 - Festlegen von realistischen Behandlungszielen

Spezielle Aspekte bei Patienten mit Demenz

Bei Dementen dementen Patienten sind vorgefasste Willenserklärungen allein wenig hilfreich, da sie lediglich einen Hinweis auf ihre Werte und ihre Lebensphilosophie geben.

Die Willenserklärung beantwortet jedoch nicht, wie Betroffene ihre Erkrankung erleben und wie ihr aktueller Lebenswille ist.

- Bei Entscheidungen wie z.B.:
 - „Wie intensiv soll versucht werden, einem Alzheimerpatienten die objektiv notwendige Nahrung und Flüssigkeit einzugeben?“
 - „Welches Medikament soll verordnet werden?“
- „Soll ihm im Falle einer Bradykardie ein Herzschrittmacher eingesetzt werden?“
- „Soll im Falle eines Nierenversagens eine Dialyse durchgeführt werden?“

empfiehlt sich die Entscheidungsfindung nach der Frage: „Wie kann subjektiv Leiden möglichst verhindert oder minimiert werden?“ oder „Wie kann die Lebensqualität des Patienten erhalten oder verbessert werden?“

Praktische Ratschläge

- Gelegentlich ist eine probatorische Behandlung notwendig, um die Wirkung auf die Symptome bei einem bestimmten Patienten beurteilen zu können (z.B. probatorische Infektbehandlung für ein paar Tage)
- Gelegentlich verschlechtert sich ein bis anhin stabiler Zustand sehr rasch und ein aktives Eingreifen wird nötig (z.B. plötzliches Delir bei Demenz und Infekt, welches eine antibiotische Behandlung zur Ursachenbehebung des Delirs notwendig macht)
- In komplexen Situationen und bei Unerfahrenheit des Arztes empfiehlt es sich, jemand Erfahrenen beizuziehen

Quellen

Wettstein A, Conzelmann M, Heiss HW. Checkliste Geriatrie, Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York 1997, 2. Auflage 2001.

Neuenschwander Hans et al. Palliativmedizin. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte. Krebsliga Schweiz, Bern, 2. Auflage 2006.

Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW, 2004.

Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW, 2004.

Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW, 2005.

Dank

Die Empfehlungen wurden freundlicherweise durch Frau Herrn Dr. med. St. Eychmüller, Leiter Palliativzentrum St. Gallen gelesen und ergänzt.