

ACP: entstehende Interessenkonflikte beachten

Gerald Neitzke^a

a Medizinische Hochschule Hannover

Die Entwicklung von konkreten Programmen zum Advance Care Planning (ACP) kann nur verstanden werden vor dem Hintergrund der Entwicklungen in Medizin und Medizinethik, die zu einer Aufwertung der Patientenautonomie geführt haben. So unstrittig es heute ist, dass die informierte Zustimmung einer Patientin oder eines Patienten zu medizinischen und pflegerischen Massnahmen erforderlich ist, so unstrittig ist ebenfalls das Recht, eine solche Entscheidung bereits im Vorfeld, also vor Eintreten der konkreten Gesundheitsschädigung, zu treffen und zu dokumentieren. Auf diese Weise wurde die Patientenverfügung (PV) als ein Vorsorgedokument etabliert. Zunächst war die Akzeptanz von PVen in der medizinischen Praxis eher gering. Für Menschen, die konkrete Behandlungswünsche äussern wollten, stellte dies eine dramatische Beschränkung ihres Selbstbestimmungsrechtes dar. In den meisten europäischen Ländern wurde daher ein medizinethischer Diskurs angestossen, um die Akzeptanz von PVen zu erhöhen und vor allem ihre Wirksamkeit durchzusetzen. In Deutschland hatte der Bundesgerichtshof bereits 2003 die Wirksamkeit von PVen bestätigt (BGH, 17.3.2003 – XII ZB 2/03), aber eine gesetzliche Regelung stand noch aus und wurde deshalb von unterschiedlichen Seiten vehement eingefordert [1]. Das sogenannte Patientenverfügungsgesetz folgte dann 2009, drei Jahre später als das entsprechende Gesetz in Österreich.

Damit sind wichtige Eckpunkte für die Behandlung von Menschen, die durch Unfall oder Krankheit aktuell nicht einwilligungsfähig sind, festgelegt: Jeder Mensch hat das Recht, sich im Vorhinein zu entscheiden, ob er bei konkreten Behandlungsanlässen in die dann erforderlichen Behandlungsmassnahmen einwilligt oder diese ablehnt. Bis hierher hat sich auch die medizinethische Diskussion vor allem auf die Interessen der verfügungswilligen Personen erstreckt. Wo lassen sich heute Spannungslinien zwischen unterschiedlichen Interessen der Beteiligten bei der Anwendung und Umsetzung von ACP erkennen? Dies lässt sich anhand von konkreten Konflikten illustrieren, die etwa in der Ethikberatung durch Klinische Ethikkomitees auftreten: Im Idealfall wird die PV, die von einem wohlinformierten Patienten verfasst wurde, von Ärzten umgesetzt, die auf diese Weise ihr moralisches Bedürfnis zur Geltung bringen, bei der Behandlung so weit wie möglich den individuellen Patientenwillen zu respektieren (selbst, wenn dies möglicherweise den Tod des Patienten zur Folge hat). Konflikte entstehen, wenn das Behand-

lungsteam die PV ablehnt, weil es etwa annimmt, dass eine Entscheidung nicht valide und also auch nicht bindend sei, solange die Situation, über die zu entscheiden ist, noch nicht eingetreten und diese daher noch nicht erlebt worden sei. In diesen Fällen werden Fürsorgeargumente gegen den geäusserten Patientenwillen geltend gemacht. Ethikberatung wird im Einzelfall helfen, diese Bedenken zu überwinden und so dem Recht auf Selbstbestimmung angemessene Geltung zu verschaffen.

Was aber, wenn in Bezug auf Vorsorge die Interessen der Behandelnden im Vordergrund stehen? An das Klinische Ethik-Komitee der MHH werden immer wieder Wünsche von Ärzten herangetragen, bei schwer kranken oder sterbenden Patienten eine ACP-Beratung durchzuführen. In vielen Fällen wurde im Behandlungsverlauf versäumt, rechtzeitig über Behandlungspferenzen, Therapiebegrenzung oder den Umfang von palliativen Massnahmen zu sprechen. Der Wunsch nach einer PV entspringt also dem moralisch bedenklichen Interesse, einem frühzeitigen Gespräch auszuweichen und dennoch eine Entlastung des ärztlichen Gewissens bei Entscheidungen am Lebensende zu erreichen. Selbst wenn hinter der ärztlichen Anfrage der Wunsch stehen mag, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten im Sterben zu achten, stimmt es dennoch bedenklich, dass die (medico-legale) Fixierung auf unterschriebene Dokumente den Blick davon ablenkt, dass die normale ärztliche Dokumentation des Aufklärungsgesprächs und der Entscheidungen des Patienten bezüglich der Behandlung am Lebensende vollkommen ausreicht und dass ein langwieriger ACP-Prozess bei Sterbenden möglicherweise sogar mit erheblichen Belastungen für den Patienten verbunden ist.

So berechtigt und nachvollziehbar der Wunsch von Ärzten nach Entscheidungssicherheit am Lebensende ist, so wenig darf daraus ein *Anspruch* an den Patienten werden, durch Teilnahme am ACP für Gesundheitskrisen vorzusorgen. Hier kehrt sich der Respekt vor der Patientenautonomie um in einen neuen Paternalismus, der mehr oder weniger Druck auf Menschen ausübt, sich zu drohenden Behandlungsszenarien verbindlich zu äussern. Erste Ergebnisse einer eigenen ACP-Studie bei Patienten mit fortgeschrittener Herzinsuffizienz [2] legen den Schluss nahe, dass Patienten aus diversen Gründen diese Vorsorge ablehnen. Dies gilt offenbar selbst dann, wenn die prognostizierte Lebenserwartung des Beratenen gering und damit die Erwartungen des ACP-Beraters an den Vorsorgebedarf hoch ist. Im

Namen des Selbstbestimmungsrechts sind auch solche Präferenzen unbedingt schützenswert. Bereits das Angebot von ACP, also der explizite Hinweis, sich in konkreter Weise mit dem eigenen Sterben und den daraus möglicherweise resultierenden Gesundheitskrisen auseinanderzusetzen, schafft seelisches Leid. Durch das bloße Angebot wird bereits eine Entscheidung erzwungen, sich nämlich für oder gegen ACP zu entscheiden. Der Patient gerät also aufgrund (nachvollziehbarer) ärztlicher Interessen in Zugzwang und möglicherweise in (existenzielle) Entscheidungsnot.

Damit wird der Blick gelenkt auf Kriterien des Gelingens von ACP [3]: Eine erfolgreich durchgeführte Vorsorge ist dadurch gekennzeichnet, dass sie vorrangig Patientenbedürfnisse aufgreift und keine anderen Interessen verfolgt. Daher besteht der Erfolg von ACP auch weniger in der Anzahl von ausgefüllten PVen oder Notfallbögen [4, 5], sondern in dem individuellen Grad der Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten, persönliche Vorsorge zu ergreifen oder abzulehnen. Nach dem Jahrzehnte währenden Kampf für Patientenrechte und die Anerkennung von Vorsorgedokumenten scheint es an der Zeit zu sein innezuhalten, damit wir nicht unsere eigenen hohen Erwartungen an Selbstbestimmtheit zum Massstab für andere machen. Insbesondere um die Rechte von Verfügungswilligen stärken und schützen zu können, darf kein impliziter Druck entstehen, dass alle Menschen Vorsorgedokumente nutzen. Der Prozess von ACP umfasst eine dezidierte Aufklärung über schlechte Prognosen und denkbare Todesarten, sodass die durch diese Auseinandersetzung entstehende Belastung nur für den Personenkreis gerechtfertigt erscheint, der tatsächlich dezidierte Wünsche bezüglich des eigenen Lebensendes hat und deshalb die Möglichkeiten von ACP als Chance zur Vorsorge und Entlastung (etwa der juristischen Stellvertreter) versteht.

Ein letzter Interessenkonflikt soll nur angedeutet werden: Zu Recht wird in vielen Gesundheitssystemen das gleichzeitige Vorhandensein von medizinischer Über-, Fehl- und Unterversorgung kritisiert. ACP kann als ein gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument einge-

setzt werden, um ungewollte Überbehandlung (etwa am Lebensende) zu verhindern. Das ist ethisch einwandfrei, wenn damit tatsächlich vorhandene Patientenpräferenzen gestärkt werden. Dieses Instrument kann gleichwohl missbraucht werden, wenn etwa Krankenversicherer ihren Versicherten nahelegen oder darauf drängen, sich mit ACP auseinanderzusetzen. Es besteht ein offensichtlicher Interessenkonflikt, da der im Rahmen von Vorsorge ausgesprochene Verzicht auf Behandlungsmassnahmen in vielen Fällen die Behandlungskosten drastisch senken wird. Als Arzt, als Pflegekraft, als Ethikberater müssen wir uns darauf verlassen können, dass der vom Patienten verfügte Verzicht auf Behandlung seinen originären Interessen entspricht und nicht durch fremde Interessen gelenkt ist. Damit ist der Rahmen einer gelingenden und ethisch zulässigen ACP skizziert.

Korrespondenz

Dr. med. Gerald Neitzke
 Institut für Geschichte, Ethik und Philosophie der Medizin
 Medizinische Hochschule Hannover
 Carl-Neuberg-Straße 1
 D-30625 Hannover

E-Mail: [neitzke.gerald\[at\]mh-hannover.de](mailto:neitzke.gerald[at]mh-hannover.de)

Referenzen

1. Neitzke G, Charbonnier R, Diemer W, May AT, Wernstedt T. Göttinger Thesen zur gesetzlichen Regelung des Umgangs mit Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht. *Ethik Med.* 2006;18(2):192–4.
2. Werdecker L. Krankheitsspezifische Vorausplanung am Beispiel der Herzinsuffizienz. In: Coors M, Jox RJ, in der Schmitten J (Hg.). *Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung.* Stuttgart: Kohlhammer; 2015, p. 342–353.
3. Neitzke G. Gesellschaftliche und ethische Herausforderungen des Advance Care Plannings. In: Coors M, Jox RJ, in der Schmitten J (Hg.). *Advance Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung.* Stuttgart: Kohlhammer; 2015, p. 152–163.
4. Hammes BJ, Rooney BL, Gundrum JD. A comparative, retrospective, observational study of the prevalence, availability, and specificity of advance care plans in a county that implemented an advance care planning microsystem. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58:1249–55.
5. In der Schmitten J, Lex K, Mellert C, Rothärmel S, Wegscheider K, Marckmann G. Implementing an advance care planning program in German nursing homes: results of an inter-regionally controlled intervention trial. *Dtsch Arztebl Int.* 2014;111:50–7.