



Interprofessionelles Handeln in Grenzsituationen

Fachpersonen im Gesundheitswesen tragen eine grosse Verantwortung, wenn Menschen nicht mehr in der Lage sind, in medizinisch-pflegerische Massnahmen einzuwilligen. Solche Situationen regelt das Anfang 2013 in Kraft getretene neue Erwachsenenschutzrecht. Für interprofessionelle Teams bietet es die Gelegenheit, über die Ethik der interprofessionellen Zusammenarbeit nachzudenken.



Prof. Settimio Monteverde
Dozent Studiengang Pflege
settimio.monteverde@bfh.ch

Im Berufsalltag treffen Fachpersonen im Gesundheitswesen laufend Entscheidungen: Wann soll auf der Kinder-Notfallstation das Beratungsgespräch mit den Eltern stattfinden? Welche Dosierung eines stark wirkenden Medikaments ist bei einer dementen Bewohnerin zu verordnen? Wie kann ein ängstlicher Patient nach einer grossen Operation am besten zum ersten Mal aus dem Bett mobilisiert werden? Wann ist der Zeitpunkt für das Übermitteln einer schlechten Nachricht günstig? Solche Entscheidungen gründen immer auf Fachwissen, Erfahrung, Routine, aber auch auf dem Bauchgefühl. Und letzteres ist dabei keineswegs «minderer» Natur. Die Pflegewissenschaftlerin Patricia Benner war es, die in ihrer Studien zum sog. Novizen- und Expertenstatus Pfleger belegt hat, dass sich gerade im

Bauchgefühl Expertise zeigt, wenn es in der Situation Fachwissen, Erfahrungswissen und Intuition vereinigt. Solche Entscheide führten dazu, dass für Patientinnen und Patienten lebensbedrohliche Zustände frühzeitig erkannt und fatale Folgen rechtzeitig abgewendet werden konnten.

Für andere entscheiden

Doch nebst Routine- und Notfallentscheiden gibt es Entscheide, die besonders schwer sein können: Erstens, weil sie aus der Routine fallen, zweitens, weil die Folgen für die Betroffenen oft ungewiss sind und drittens, weil die Beteiligten dabei durchaus unterschiedliche Bauchgefühle haben können. Es sind Entscheide, die Menschen in Stellvertretung für andere Menschen fällen, die wegen Krankheit oder Behinderung dazu

nicht (mehr) in der Lage sind. So zum Beispiel, wenn die Ehefrau der Anlage einer Ernährungssonde bei ihrem an Demenz erkrankten Mann zustimmt.

Seit dem 1.1.2013 sind solche Situationen in der Schweiz einheitlich (d.h. in Ablösung bisheriger kantonalen Regelungen) im neuen Erwachsenenschutzrecht geregelt (Teil des Zivilgesetzbuches, ZGB). Dieses verfolgt das übergeordnete Ziel, gerade auch in Grenzsituationen der Urteilsunfähigkeit Selbstbestimmung zu gewährleisten. Dies geschieht z.B. durch die sog. Rechtsinstitute der Patientenverfügung und des Vorsorgeauftrags, aber auch durch die Regelung des Heimvertrags oder der fürsorgerischen Unterbringung. Eine solche Patientenorientierung stärkt die Rechte von Patientinnen und Patienten, was dem «Geist» dieses neuen Gesetzes entspricht. Bedingung dabei ist allerdings, dass Patientenverfügungen aussagekräftig und möglichst aktuell sind, aber auch, dass Vertretungspersonen in der Lage sind, den Willen der urteilsunfähigen Person authentisch zu vertreten. Darüber hinaus aber entlastet das Gesetz auch interprofessionelle Teams in der Übernahme von Verantwortung für Entscheidungen zu Gunsten von Menschen, die urteilsunfähig sind. Es verpflichtet aber die unterschiedlichen Professionen und die Institutionen der Gesundheitsversorgung dazu, für Rahmenbedingungen zu sorgen, in denen im Kontext medizinisch-pflegerischer Entscheidungen der Patientenwille zum Tragen kommt.

Professionen als Partner von Patienten und Angehörigen

Zu diesen Rahmenbedingungen gehört eine Kommunikationskultur, die alle an der medizinisch-pflegerischen Betreuung beteiligten Professionen als gleichwertige Partner anerkennt: Mit ihrem Fachwissen, ihrem Können, ihren ethischen Grundwerten und ihren Wahrnehmungen trägt jede Profession dazu bei, dem Anspruch der Patientenorientierung auch bei nicht gegebener Urteilsfähigkeit des Patienten oder Bewohners näher zu kommen. So stehen z.B. Pflegende in der Regel in einem engen Kontakt mit den Angehörigen, die wichtige Angaben über den mutmasslichen Willen machen können, wenn keine Patientenverfügung vorliegt. Ärztinnen und Ärzte tragen ihrerseits mit ihrem Fachwissen dazu bei, den Inhalt einer Patientenverfügung auf seine «Passgenauigkeit» in der aktuellen Situation zu überprüfen oder Vertretungspersonen in Bezug auf Prognose oder Diagnose zu beraten. Gerade wenn Differenzen in der Auslegung einer Patientenverfügung bestehen (z.B. wegen schwammiger Aussagen wie «Ich will nicht an Schläuchen hängen»), bedarf es einer interprofessionellen Verständigung und

eines offenen Gesprächs mit Angehörigen und der Vertretungsperson über die Art und Weise, wie diese Aussage in der Situation verstanden werden kann. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) schlägt in ihren medizinisch-ethischen Richtlinien auch vor, in solchen sensiblen Situationen ethische Fallbesprechungen, Ethikkonsilien oder den Zuzug einer klinischen Ethikkommission zu erwägen. Diese Instrumente der klinischen Ethik tragen nicht nur dazu bei, «das Problem» zu lösen, sondern sie machen auch einen Lernprozess innerhalb des interprofessionellen Teams sichtbar, der sich positiv auf spätere ähnliche Situationen auswirkt.

Drei Szenarien

Was bedeutet das neue Gesetz nun im Blick auf das oben erwähnte Beispiel mit der Ernährungssonde?

1. Der Ehemann hätte noch im Zustand der Urteilsfähigkeit eine Patientenverfügung erstellen können. Liegt eine solche vor, bestimmt nun das neue Gesetz, dass diese mit Eintritt der Urteilsunfähigkeit verbindlich wird (Art. 370 ff. ZGB). Der behandelnde Arzt, die behandelnde Ärztin, und mit ihnen das behandelnde Team, halten sich daran, ausser es liegen triftige Gründe vor, die dagegen sprechen. Darunter zählen z.B. konkrete Anhaltspunkte, dass sich der Wille zwischenzeitlich geändert hat, eine unklare medizinische Situation oder ein unklarer Inhalt der Patientenverfügung. Diese Gründe müssen aber transparent gemacht und im Patientendossier festgehalten werden.
2. Der Ehemann hätte auch (anstelle der Patientenverfügung oder in ihr) eine Vertretungsperson für medizinisch-pflegerische Massnahmen bestimmen können, die bei späterer Urteilsunfähigkeit stellvertretend in diese Massnahmen (oder in andere erforderliche Massnahmen) einwilligt.

3. Hat der Ehemann weder eine Patientenverfügung erstellt noch eine Vertretungsperson bestimmt, sieht das Gesetz neu eine klar definierte «Vertretungskaskade» vor, in der Angehörige von Gesetzes wegen ermächtigt sind, stellvertretend und nach dem mutmasslichen Willen des Urteilsunfähigen in medizinisch-pflegerische Massnahmen einzuwilligen.

Neu gibt es in jedem Kanton eine Erwachsenenschutzbehörde, die für Fragen der konkreten Umsetzung des Erwachsenenschutzrechts kontaktiert werden kann. Wie auch immer das Szenario aussieht: In jedem Setting bedarf es sorgfältiger Kommunikation innerhalb der Professionen und mit den Betroffenen, damit der Entscheid (z.B. Verzicht auf Ernährungssonde unter Inkaufnahme der Folgen) gemeinsam getragen und implementiert werden kann und die Ehefrau die nötige Unterstützung erfährt.

Lernende Organisation

Das neue Gesetz zeigt, dass Interprofessionalität, jenseits der Modeerscheinung oder leeren Worthülse, in Zukunft an Bedeutung gewinnen wird. Daten belegen, dass gelebte Interprofessionalität die Versorgungsqualität, die Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit steigert, aber auch Prozesse effizienter gestaltet. Entscheide in Grenzsituationen werden darin nicht dem Zufall oder dem individuellen Heldenstum überlassen, sondern in «Gefässe» der transparenten Organisation kanalisiert. Dadurch machen sie die Ethik einer lernenden Organisation sichtbar. Dies ist die einzig mögliche Antwort auf die steigende Komplexität des Wissens, des Könnens und der immer spezifischeren beruflichen Kompetenzen von Gesundheitsfachpersonen, in einem sozialen Umfeld, das vom zentralen Stellenwert der Selbstbestimmung ausgeht. ■

