

## PALLIATIVMEDIZINISCHE ENTSCHEIDUNGEN IN DER NOTFALLMEDIZIN ASPEKTE DER ETHIK IN DER NOTFALLMEDIZIN

Aus einer jüngeren Publikation<sup>1</sup> geht hervor, dass 13% aller Menschen, die Notfallambulanzen erreichen, einen Bedarf an palliativer Versorgung erkennen lassen – in der Literatur ist beschrieben, dass 2-10% aller Notarztberufungen zu Menschen führen, bei denen eine lebenszeitverkürzende und unheilbare Erkrankung vorliegt.

Einzelne Autoren sprechen nicht von „Notfällen“, sondern von „Krisen“, da aus streng medizinischer Perspektive der Tod das erwartete Outcome einer zugrunde liegenden Erkrankung ist. Bei genauer Betrachtung ist davon auszugehen, dass die meisten Krisensituationen existenzielle Bedrohungen entsprechen, die einen erkrankten Menschen oder sein soziales Umfeld betreffen, einem Missverhältnis von bestehenden Belastungen und den zur Verfügung stehenden Ressourcen. Damit ist auch ausgesagt, dass die medizinisch-pflegerisch-soziale-spirituelle Betreuung eines todkranken Menschen in vielen Fällen den grundlegenden Bedürfnissen unzureichend nachkommt und ein Betreuungsumfeld entsteht, das nicht als „tragend“ bezeichnet werden kann. Dazu tragen viele medizinische und außermedizinische Umstände bei.

Wenn die Stabilität bricht, wird in der Regel akute Hilfe vor Ort angefordert – in Ermangelung anderer Angebote führen diese „Systembrüche“ zur Berufung notärztlicher Mittel. NotärztInnen werden an medizinisch und sozial komplexe und herausfordernde Situationen herangeführt, in denen nicht immer die „medizinischen Mittel“ die „richtigen“ Mittel sind, stets jedoch die Mittel einer einfühlsamen und authentischen Kommunikation. Damit ist schon ausgesagt, dass der **Kommunikation** in solchen Situationen **das wichtigste ärztliche Instrument** ist – nichts kann mehr verletzen als Sätze, die Schuld, Vorwürfe, Kritik oder die eigene dysphorische Stimmung vermitteln.

Ehe man als Notarzt letztlich zu der Frage kommt, ob und welche medizinischen Mittel angemessen sind, um die erlebte Not lindern zu können, soll man sich einen gründlichen Überblick über die medizinischen Umstände verschaffen, die in diese Situation geführt haben (z.B. Frage nach einem aktuellen Arztbrief). Die Mitarbeiter des Rettungsdienstes müssen von uns hören, dass solche Einsätze weit über die übliche Zeiterfordernisse hinausgehen. Der Autor hat es sich zur Angewohnheit gemacht nach Einschätzung der Umstände sofort alle Anwesenden zu informieren, ob die Situation „akut vital bedrohlich“ ist oder dem nicht so ist (letzteres ist meistens der Fall) – mit dem Ziel sportlichen Actionattitüden zu begrenzen. Der Focus liegt stets auf ruhiger und konzentrierter Kommunikation. Durch gute Kommunikation vermittelt sich Führungsqualität.

Nach kurzer Einschätzung der Vitalparameter geht es daran, folgende Fragen zu klären:

Allgemeinzustand des Erkrankten (**Karnofsky-Index?**, bettlägrig?)  
Verlaufsstadium der Erkrankung, Hinweise auf die wahrscheinliche Prognose  
Verlauf der Erkrankung zuletzt - plötzliches oder allmählich herankommendes Ereignis  
Begleiterkrankungen und ihre Auswirkung auf Verlauf und Prognose  
Nutzens- und Schadenspotenzial einer Intervention (**Reversibilität** wahrscheinlich? Welche Auswirkung hat eine Intervention auf die **Lebensqualität** des Betroffenen? Kann aktive Behandlung die Lebensqualität aufrechterhalten oder verbessern?)  
**Wünsche/Erwartungen von PatientIn und Angehörigen** (Stand der Aufklärung? Lebensziele?  
Vorausverfügung? Erwachsenenvertretung?)  
Welche Maßnahmen sind im entsprechenden Zeitrahmen im konkreten regionalen, kulturellen und sozioökonomischen Kontext möglich?

In den allermeisten Fällen sind keine juristischen Institute (Patientenverfügung, Erwachsenenvertretung, Vorsorgedialog etc.) wirksam, es finden sich jedoch mit Sicherheit wohlmeinende Personen am Set, die zu wissen glauben, was getan werden muss. Auf diese Aspekte

---

<sup>1</sup> Köstenberger M et al. 2019

kann man reagieren, in dem man kommunikativ rückmeldet, dass man sie gehört und verstanden hat und in seine weiteren Entscheidungen einbeziehen wird. Ganz wesentlich ist es, in alle Entscheidungen die/den Betroffenen/n einzubeziehen. Im wesentliche geht es um die Fragen:

- a) Ist meine vorgeschlagene Therapie vom Betroffenen akzeptiert?
- b) Ist der nach meiner Einschätzung geeignete Ort der Unterbringung akzeptiert?

Die Frage b) hat die Einschätzung des Notarztes zur Vorbedingung, ob er die aktuelle Situation durch kommunikative und medizinische Mittel so stabilisieren kann, bis die Regelversorgung wieder greift – das Rettungspersonal geht regelhaft davon aus, dass transportiert wird („Können wir schon mal die Trage vorbereiten?“) – dem ist mitunter entgegenzuwirken. Die Anwesenden bringen zu Frage b) ebenfalls regelhaft ihre Position und Wünsche ein. Da eben Rechtsinstitute beinahe regelhaft nicht vorhanden sind, können wir uns als Notärzte beinahe immer auf die Rechtsgrundlage zurückziehen, die uns ermächtigt bei Gefahr in Verzug die notwendigen medizinischen Entscheidungen zu treffen.

Es ist hier unmöglich, sämtliche palliativmedizinischen Akutmaßnahmen abzuhandeln – im wesentlichen steht stets die Frage im Vordergrund, welche Maßnahmen medizinisch **INDIZIERT** sind und für welche eine **EINWILLIGUNG** herzustellen ist (s.o. notärztliches Privileg bei Gefahr in Verzug). Zu beachten und kritisch zu hinterfragen sind allfällige freiheitsbeschränkende Maßnahmen, die man als Notarzt zur Entfaltung bringen kann (z.B. Transport gegen den Willen des Betroffenen, pharmakologische Freiheitsbeschränkung durch Sedativa).

Ehe man einen Transport in das nächste geeignete Krankenhaus in Erwägung zieht, sollte man sich auch mit der Frage beschäftigen, ob eine stationäre Unterbringung den Betroffenen wirklich die an die geeignete medizinische Therapie heranführt oder ob man zeitökonomisch ein „Problem verlagert“.

Eine medizinische Therapie erfordert stets eine **Indikation**.

Die Frage nach der medizinischen Indikation entspricht einem Fachurteil wie einem Werturteil, ob eine medizinische Therapie im konkreten Zeitrahmen ein **Therapieziel** erreichen kann.

Nicht indizierte Therapien dürfen aus rechtlicher wie ethischer Perspektive nicht ausgeführt werden.

Dabei ist es rechtlich und ethisch unerheblich, ob eine nicht zielführende Therapie nicht begonnen wird oder nicht fortgeführt wird – mit anderen Worten: nicht zielführende Therapien dürfen zu jeder Zeit abgebrochen werden, unabhängig davon welche Art von Therapie es ist (Antibiotikatherapie, Flüssigkeitstherapie, Ernährungstherapie, Beatmungstherapie etc.).

Aus dem oben genannten ist es augenscheinlich, dass Notärztinnen und Notärzte in schwierige Situationen geführt werden, wenn nicht in vorausschauender Weise Entscheidungs- und Unterstützungshilfen für die Betroffenen errichtet werden.

Die Palliativversorgung sieht demnach vor, dass für bestehende oder zu erwartende Situationen folgende Mittel eingerichtet werden:

- die vorsorgliche Ausstattung mit geeigneter anlassbezogener Medikation und anderen (z.B. edukativen Mitteln) wie z.B. rasch wirksame Opiode bei Atemnot oder z.B. das Erlernen von Atemtechniken bei COPD oder Bronchuscarzinom
- die Vorbereitung einer häuslich verfügbaren Emergency-box
- das Anregen von Gesprächen zu end-of-life-decisions und die dazu geeigneten Mittel (Vorsorgedialog, advance care planning (ACP), Patientenverfügung, Erwachsenenvertretung, Vorsorgevollmacht, Krisenblatt für die notärztliche Versorgung) v.a. mit dem Hintergrund, welche medizinischen Mittel akzeptabel sind oder abgewehrt werden bzw. welcher Ort der geeignete Ort für die Betreuung am Lebensende angesehen wird
- Kommunikation der Palliativmedizin und den regionalen Notärzten bei besonders kompliziert gelagerten Fällen (schriftlich durch Palliativmediziner!)
- Verfügbarkeit von umfangreichen Informationen über geeignete webbasierte Portale (z.B. ACP-NOPA-Projekt in Zürich) mit dem Einverständnis der PatientInnen, welche auch für sämtliche Akuteinrichtungen zugänglich sind

Da aus der Literatur hervorgeht, dass Atemnot das häufigste Anlasssymptom zur Berufung von NotärztInnen im Rahmen von lebenszeitverkürzenden Erkrankungen ist, wird an dieser Stelle noch

die first-line medikamentöse Therapie kurz skizziert, da noch immer Unsicherheit und Ängste existieren:

**Notärztliche Maßnahmen bei Atemnot bei PalliativpatientInnen:**

- Sauerstoffsättigung < 90%: Sauerstofftherapie erwägen: 2l/min
- Reversible Gründe für Atemnot? (Lungenödem, bronchiale Obstruktion etc. behandeln)
- Optimierung der Lagerung, Zuführen frischer bewegter Luft (Fenster öffnen)
- bei Angst: menschlicher Beistand ist das Mittel der 1. Wahl!
- Symptomatische medikamentöse Therapie: 10mg Morphin (Vendal®) mit 9ml NaCl 0,9% verdünnen – davon 2mg i.v. (bei sehr alten und sehr geschwächten Menschen 1mg) – 10 Minuten warten unter Zählen der Atemfrequenz – Erstdosis alle 10 Minuten wiederholen, wenn weiter Atemnot großer Intensität besteht – Beendigung der Therapie wenn der Patient angibt, dass es „deutlich besser“ geworden ist oder die Atemfrequenz unter 12/Minute fällt.

- Abb.1: Krisenbogen

**Krisenbogen für Notärzte**

Geburtsdatum:  Seite 1 von 2

---

**PATIENTENDATEN**

Name:  SVNr./Geb.-Datum:  /

Adresse:

Diagnosen:

Karnofsky-Performance-Scale:  Datum:

Aktuelle Probleme:

Besonderheiten:

Letzter Klinikaufenthalt:  Klinik:

Vertretung eingerichtet?  ja, Angehörigenvertretung  ist ident mit nächstem Angehörigen  
 ja, Sachwalter  ja, Vorsorgebevollmächtigter  nein, keine Vertretung

**WICHTIGE KONTAKTPERSONEN/TELEFONNUMMERN**

Nächster Angehöriger:  Tel.:

Sachwalter:  Tel.:

Hausarzt:  Tel.:

Palliativteam:  Tel.:

Pflegedienst:  Tel.:

**WILLENSEKLÄRUNG**

Patientenverfügung Formular hinterlegt?  nein  ja

Hinterlegung des Formulars (Ort):

Symptomatische Therapie erwünscht?  nein  ja (siehe Rückseite)

Herz-Lungen-Wiederbelebung (Reanimation) gewünscht?  nein  ja

Krankenhausaufweisung erwünscht?  nein  ja

Aufklärung/Prognose Diagnose Patient?  nein  ja

Aufklärung/Prognose Diagnose Angehöriger?  nein  ja

Ort, Datum  Name Patientin/Patient  Unterschrift Patientin bzw. Bevollmächtigte

Ort, Datum  Name Arztin/Arzt  Unterschrift Arztin/Arzt

Mögliche Konsequenzen, die sich aus der Ablehnung medizinischer Maßnahmen ergeben, wurden dem Patienten erklärt; die volle Einwilligung und Unabwendigkeit des Patienten lag zum Zeitpunkt der Erstellung vor.

**Krisenbogen für Notärzte**

**ERWÜNSCHTE SYMPTOMATISCHE THERAPIE**

Symptom	Medikamentöse Therapie				Sonstige Maßnahmen
	Medikament / Verabreichungsform	Dosis (mg)	Verabreichungszeitpunkt	Max. Tagesdosis	
Schmerzen					
Unruhe/Angst					
Atemnot					
Wahnvorstellungen / Delir					
Übelkeit/Erbrechen					
Andere: (z.B. Fieber, <del>schlechte</del> Anfall)					

Ort, Datum  Name Arztin/Arzt  Unterschrift Arztin/Arzt

Weiterführende Literatur und Informationen können gerne beim Autor per mail angefragt werden: dietmar.weixler@horn.lknoe.at

**Herausragende Referenz:**

European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 11. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions.

Bossaert LL, Perkins GD, Askitopoulou H, Raffay VI, Greif R, Haywood KL, Mentzelopoulos SD, Nolan JP, Van de Voorde P, Xanthos TT; **ethics** of resuscitation and end-of-life decisions section Collaborators. Resuscitation. 2015 Oct;95:302-11. doi: 10.1016/j.resuscitation.2015.07.033.