

Betreuung von Palliativpatienten in Akutsituationen durch Rettungsassistenten

Christoph H. R. Wiese¹, Utz Bartels², David Ruppert¹, Hartwig Marung³, Bernhard M. Graf¹, Gerd G. Hanekop¹

¹Zentrum Anaesthesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin der Georg-August-Universität Göttingen, Deutschland

²Klinikum der Stadt Nürnberg, Deutschland

³Rettungsdienst der Stadt Braunschweig, Deutschland

Eingegangen am 7. April 2008, angenommen nach Revision am 9. Juli 2008

Treatment of palliative emergencies by paramedics

Summary. Background: In recent years outpatient palliative care, even for patients in an advanced state of their disease, has gained importance. Therefore, also paramedics are more often confronted with palliative emergencies, advance directives, and ethical end-of-life issues. Presently in emergency medicine there is undoubtedly a lack of education on palliative medicine and ethical questions for paramedics.

Methods: In a period of six months we questioned 250 paramedics from two German regions (Göttingen and Braunschweig) about their experiences in palliative medicine, palliative emergencies and about their knowledge of advance directives. For these key questions we drew up a specific questionnaire.

Results: The response rate in the set period of time amounted to 64.8% (n = 162). Most of the interviewed paramedics (91.4%, n = 148) had been confronted with palliative emergency situations on duty. 47.6% felt uncertain about the correct psychosocial care of the patients. 84% of the paramedics were insecure concerning their knowledge about advance directives. 72.8% had already taken care of patients with advance directives. These advance directives had influenced their therapy decision in 42.8%.

Conclusion: The emergency treatment of palliative patients can present a particular challenge to paramedics. Most of the interviewed paramedics felt insecure both about the social care and the assessment of legal issues in dealing with advance directives and decisions at the end of life. Therefore emergency medical training apparently needs to be improved in these fields. Further information and training are necessary to guarantee adequate patient-oriented care of palliative patients and their relatives also in emergency situations.

Korrespondenz: Dr. med. Christoph Wiese, Zentrum Anaesthesiologie, Rettungs- und Intensivmedizin der Georg-August-Universität Göttingen, Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen, Deutschland, E-mail: cwiese@zari.de

Key words: Emergency medicine, palliative medicine, palliative emergency, paramedics, advance directive.

Zusammenfassung. Hintergrund: Die ambulante Versorgung von Palliativpatienten im fortgeschrittenen Stadium ihrer Erkrankung hat in den letzten Jahren an Bedeutung zugenommen. Hierbei kann es aber auch zu häuslichen Akutsituationen kommen, die durch den Rettungsdienst versorgt werden müssen. Rettungsassistenten werden somit auch zunehmend mit Patientenverfügungen, palliativen Notfallbögen und ethischen Fragen am Ende des Lebens konfrontiert. Bisher fehlen in der Ausbildung von Rettungsassistenten Inhalte zu palliativmedizinischen und ethischen Fragestellungen.

Methoden: Wir befragten 250 Rettungsassistenten aus zwei Einsatzbereichen (Göttingen und Braunschweig) bezüglich eigener palliativmedizinischer Aus- bzw. Fortbildungen, der Versorgung palliativmedizinischer Notfallpatienten und ihrer Kenntnisse zu speziellen Fragen bei Patientenverfügungen. Für diese Kernfragen entwickelten wir einen eigenen Interviewbogen.

Ergebnisse: Die Rücklaufquote der Befragung betrug 64,8% (n = 162). Der größte Teil der befragten Rettungsassistenten (91,4%, n = 148) wurde innerhalb der Einsatzfähigkeit schon mit palliativmedizinischen Notfallsituationen konfrontiert. In der Ausbildung wurden palliativmedizinische Fragestellungen bei 8% der Rettungsassistenten thematisiert, während insgesamt 38,9% der befragten Rettungsassistenten vorherige Teilnahme an palliativmedizinischen Fortbildungen angaben. Unsicherheiten bestanden insbesondere bei der psychosozialen Betreuung der Patienten (47,6%). 84% der befragten Rettungsassistenten schätzten sich in Bezug auf die rechtliche Gültigkeit von Patientenverfügungen als schlecht informiert ein. 72,8% der befragten Rettungsassistenten haben während ihrer Einsatzfähigkeit bereits Patienten mit Patientenverfügungen betreut. Eine solche beeinflusste bei 42,8% der Rettungsassistenten die Therapieentscheidung.

Schlussfolgerung: Die Notfallversorgung von Palliativpatienten kann für jeden Rettungsassistenten auf-

grund notfallmedizinischer Probleme sowie palliativmedizinischer und ethischer Prinzipien zu einer besonderen Herausforderung werden. Ein großer Teil der befragten Rettungsassistenten fühlt sich in der sozialen Betreuung und in der Bewertung rechtlicher Fragen im Umgang mit Patientenverfügungen und Entscheidungen am Ende des Lebens unsicher. Deshalb erscheinen Aufklärung, Fortbildung und Gesetzmäßigkeiten erforderlich, um eine adäquate Versorgung von Palliativpatienten durch Rettungsdienstpersonal in Notfallsituationen zu gewährleisten.

Schlüsselwörter: Notfallmedizin, Palliativmedizin, Palliativer Notfall, Rettungsdienstpersonal, Patientenverfügung.

Einleitung

Durch die zunehmende Verbesserung in der ambulanten Palliativversorgung wird es Patienten immer häufiger ermöglicht, ihrem Wunsch entsprechend, die letzte Lebensphase in häuslicher Umgebung zu verbringen [1]. Dieser Krankheitsabschnitt beinhaltet allerdings auch vermehrt akut und perakut auftretende Symptome, die trotz intensiver Vorbereitung des Patienten und seiner Angehörigen auf derartige Situationen in psychosozialen Überlastungen der Betroffenen münden können. Dieses geschieht besonders deshalb, weil körperliche Symptome häufiger und intensiver therapiert werden als psychosoziale [2]. Durch die Akutsituation und deren Folgen resultiert oftmals eine Alarmierung des Rettungsdienstes, die zu einer vom Patienten unter Umständen nicht erwünschten notfallmedizinischen Therapie bzw. Klinikeinweisung führen kann [3–6]. Notfallsituationen bei Patienten im weit fortgeschrittenen Stadium ihrer Erkrankung haben derzeit an einen Anteil von ungefähr 2,7% am gesamten notärztlichen Einsatzaufkommen [6]. Somit kann auch jeder Rettungsassistent mit Palliativpatienten im weit fortgeschrittenen Erkrankungsstadium und Entscheidungen am Ende des Lebens konfrontiert werden. Bei diesen Patienten ist sowohl in der Basis- als auch in der Notfalltherapie ein Handeln zum Wohle des Patienten mit Erhalt bzw. Wiederherstellung seiner persönlich definierten Lebensqualität, aber auch dem Unterlassen von Interventionen in Einklang mit dem Patientenwillen, von besonderer Bedeutung. Dieses kann auch ein „Nicht-Handeln“ (beispielsweise bei einem Herz-Kreislaufstillstand) zur Folge haben. Somit gilt das Selbstbestimmungsrecht des Patienten speziell für die Ablehnung medizinischer Maßnahmen.

Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten stellen gerade am Lebensende ein wichtiges Instrument zur Äußerung des individuellen Willens und zur Beteiligung von Patienten an weit reichenden Therapieentscheidungen dar. Jedoch ist eine wirkliche Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen gerade am Lebensende derzeit noch unzureichend umgesetzt [7].

In der vorliegenden Untersuchung wurden Rettungsassistenten zu ihren palliativmedizinischen Kenntnissen, Wünschen und Unsicherheiten im Notfalleinsatz befragt. In Abhängigkeit dieser Faktoren sollen

Unterschiede in der subjektiven Sicherheit der Rettungsassistenten dargestellt und verglichen werden. Weiterhin sollte die percipierte Rechtssicherheit und der Einfluss einer Patientenverfügung auf die jeweilige Therapieentscheidung seitens der befragten Rettungsassistenten benannt werden.

Methodik

Innerhalb von sechs Monaten wurden 250 Rettungsassistenten an zwei Rettungsdienststandorten (Göttingen und Braunschweig) mittels eines hierfür erstellten, standardisierten Interviewbogens befragt. Die Parameter der Interviewbögen wurden durch „ja/nein-Antworten“, Likert-Skalierungen und offene Antwortmöglichkeiten erfasst und quantitativ ausgewertet.

Die Befragung beinhaltete demografische Daten, Fort- und Ausbildung im Bereich der Palliativmedizin sowie Beteiligungen an eigenen palliativmedizinisch motivierten Notfalleinsätzen. Außerdem wurden allgemeine und spezielle Erfahrungen mit Patientenverfügungen und deren Einfluss auf ausstehende Therapieentscheidungen erfragt.

Es wurden folgende demografische Parameter erhoben:

- Geschlecht
- Alter
- Berufserfahrung als Rettungsassistent
- Ausbildungsstand/Qualifikation

Spezifische Fragen zum Thema Palliativmedizin:

- Vorkenntnisse in der Palliativmedizin
- bisherige Versorgung von Palliativpatienten im weit fortgeschrittenen Erkrankungsstadium im Notfalleinsatz
- subjektive Sicherheit in der medizinischen und psychosozialen Betreuung von Palliativpatienten in einer Notfallsituation
- Kenntnis ambulanter palliativmedizinischer Versorgungsstrukturen

Spezifische Fragen zum Bereich Patientenverfügungen:

- Kontakt mit Patientenverfügungen bei Notfalleinsätzen
- Einfluss dieser Dokumente auf eigene Therapieentscheidungen
- subjektive Sicht der Rechtsverbindlichkeit von Patientenverfügungen
- subjektive Einschätzung der Gültigkeit von Patientenverfügungen im Notfalleinsatz
- Notfallbögen

Als Palliativpatienten wurden Patienten im weit fortgeschrittenen Erkrankungsstadium und nicht mehr existenten kurativen Therapieansätzen definiert. Die Symptomkontrolle mit dem Erhalt einer durch den Patienten eigens definierten Lebensqualität steht somit im Vordergrund der therapeutischen Maßnahmen.

Der definierte Untersuchungszeitraum beinhaltete das Austeilen/Versenden der Fragebögen sowie eine entsprechende Zeitvorgabe für die Beantwortung und Rücksendung.

In die Untersuchung wurden alle Rettungsassistenten von Berufsfeuerwehren als hauptsächlich in den Rettungsdienst einbezogener Organisation in den ausgewählten Rettungsdienstbereichen eingeschlossen. Einschlusskriterium war eine zum Untersuchungszeitpunkt aktive Tätigkeit in der notfallmedizinischen Versorgung sowie das Einverständnis zur Teilnahme an der Untersuchung. Als Einverständnis wurde die Rücksendung des Fragebogens innerhalb des definierten Zeitraumes gewertet.

Die Datenerhebung erfolgte entsprechend der ethischen Bestimmungen der Deklaration von Helsinki anonym, so dass weder bei der Datenerfassung noch bei deren Auswertung Rückschlüsse auf einzelne Untersuchungsteilnehmer möglich waren [8].

Für die statistische Auswertung wurden die Rettungsassistenten in zwei Gruppen eingeteilt (*Gruppe 1*: Rettungsassistenten

ten, die bereits an palliativmedizinischen Aus- und Fortbildungen teilgenommen haben; *Gruppe 2*: Rettungsassistenten ohne entsprechende palliativmedizinische Aus- und Fortbildung).

Die Datenerfassung und -auswertung erfolgte mit dem Tabellenkalkulationsprogramm MS Excel 2003 (MS Excel Microsoft Inc.) und dem Statistikprogramm SPSS 12.0 (SPSS Inc. 2004).

Statistische Unterschiede zwischen den zwei den verschiedenen Gruppen wurden mit dem „Wilcoxon Signed Rank Test“ für nicht parametrische Stichproben untersucht. Das Signifikanzniveau wurde bei $p < 0,05$ festgelegt.

Ergebnisse

Im Untersuchungszeitraum von sechs Monaten beantworteten $N = 162$ der befragten Rettungsassistenten den ausgeteilten Fragebogen. Dieses entsprach einer Rücklaufquote von 64,8%. Die Ergebnisse beider untersuchter Rettungsdienstbereiche unterschieden sich nicht signifikant voneinander ($p > 0,05$), so dass im Folgenden eine gemeinsame Darstellung erfolgt. Die demografischen Daten sind in Tabelle 1 wiedergegeben. Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen demografischen Daten aller Rettungsassistenten der in die Untersuchung integrierten Bereiche und den Rettungsassistenten, die den Interviewbogen beantworteten. Aus diesem Grund wurde das vorliegende Ergebnis als repräsentativ für die untersuchten Rettungsdienstbereiche gewertet.

Palliativpatienten im Rettungsdienst

Aus- und Fortbildung, Einsatzerfahrung

63 Rettungsassistenten (38,9% der Gesamtgruppe) gaben zum Befragungszeitpunkt an, spezielle palliativmedizinische Fortbildungen (u. a. Kongresse und Vorträge) besucht zu haben (*Gruppe 1*). In die Ausbildung zum Rettungsassistenten waren lediglich bei 8% der befragten Personen palliativmedizinische Inhalte integriert, während dieses bei 92% nicht der Fall war.

99 der befragten Rettungsassistenten (61,1% der Gesamtgruppe) hatten keine palliativmedizinischen Fort- und Weiterbildungen zum Befragungszeitpunkt besucht und galten somit als palliativmedizinisch nicht vorgebildet (*Gruppe 2*).

Patienten im weit fortgeschrittenen Stadium einer progredienten lebensbedrohlichen Erkrankung wurden von 148 Rettungsassistenten (91,4%) mindestens einmal während eines Einsatzes betreut. 14 der befragten Ret-

tungsassistenten (8,6%) hatten keine eigenen Erfahrungen mit der Versorgung von Palliativpatienten im Notfalleinsatz.

Einsatzcharakteristika, Entscheidungen, subjektive Behandlungssicherheit, Weiterbildungsinteresse

Bei 143 Rettungsassistenten war während der Versorgung der palliativmedizinischen Patienten wenigstens einmal ein Notarzt beteiligt, so dass eine Entscheidung bezüglich des Therapieverlaufs nicht aktiv getroffen werden musste. Alle Rettungsassistenten hatten aber auch schon Einsätze dieser Art ohne notärztliche Unterstützung erlebt und mussten somit selbst therapeutische Entscheidungen treffen.

Insgesamt 34 Rettungsassistenten (21%) war bekannt, dass im jeweiligen Rettungsdienstbereich ein ambulanter Palliativdienst mit in die häusliche Versorgung von Palliativpatienten einbezogen werden kann und damit als 24-Stunden Ansprechpartner für die Patienten und deren Angehörige aber auch für notfallmedizinisches Personal während einer Einsatzsituation zumindest telefonisch verfügbar ist. Die Tätigkeit eines solchen ambulanten Palliativdienstes war nur Rettungsassistenten aus dem Einsatzbereich Göttingen bekannt (100% dieser Untergruppe; Braunschweig: 0% dieser Untergruppe). Hilfreich ist die Kenntnis solcher professioneller Hilfestellungen und Unterstützungsangebote für Rettungsassistenten, um insbesondere bei Abwesenheit eines Notarztes Therapieentscheidungen im Sinne des Patienten und seiner Angehörigen treffen zu können.

Von den 148 Rettungsassistenten, die mindestens einmal palliativmedizinische Patienten während eines Notfalleinsatzes betreut hatten, fühlten sich 57 (38,5% dieser Gruppe) in der medizinischen Versorgung unsicher bzw. sehr unsicher. Weit mehr Rettungsassistenten (49,3%; $p < 0,05$) gaben Unsicherheiten bei der psychosozialen Betreuung dieser Patienten an (Tabelle 2).

Interesse an palliativmedizinischen Fragestellungen bzw. weiteren Fortbildungen sowohl mit präklinischem als auch innerklinischem Bezug äußerten 73 der befragten Rettungsassistenten (45,1%).

Patientenverfügungen/rechtliche Aspekte

118 (72,8%) Rettungsassistenten hatten mindestens einmal während ihrer Tätigkeit im Rettungsdienst Kontakt

Tabelle 1. Demografische Daten

Geschlecht	Männlich	Weiblich				
	150 (92,6%)	12 (7,4%)				
Berufsqualifikation	Lehrrettungsassistent	Rettungsassistent	Rettungsassistent im Praktikum	Rettungsassistent		
	10 (6,2%)	101 (62,4%)	6 (3,6%)	45 (27,8%)		
Alter (Jahre)	≤20	20–25	26–30	31–35	36–40	> 40
	2 (1,3%)	18 (11,1%)	36 (22,2%)	37 (22,8%)	30 (18,5%)	39 (24,1%)
Berufserfahrung (Jahre)	< 1	1–5	6–10	> 10		
	8 (4,9%)	42 (25,9%)	49 (30,3%)	63 (38,9%)		

Tabelle 2. Sicherheit in der medizinischen und psychosozialen Versorgung von Palliativpatienten im Einsatz

Subjektive Sicherheit; n = 148 (Rettungsassistenten, die schon mindestens einmal Palliativpatienten im Einsatz betreut haben)	Vorherige Teilnahme an palliativmedizinischen Fortbildungen; n = 63	Keine vorherige Teilnahme an palliativmedizinischen Fortbildungen; n = 85	p-Wert	Gesamt
Sicherheit in der medizinischen Patientenversorgung	53 (84,1%)	38 (44,7%)	<0,01	91 (61,5%)
Unsicherheit in der medizinischen Patientenversorgung	10 (15,9%)	47 (53,3%)	<0,01	57 (38,5%)
Sicherheit in der psychosozialen Patientenversorgung	46 (73,1%)	29 (34,1%)	<0,01	75 (50,7%)
Unsicherheit in der psychosozialen Patientenversorgung	17 (26,9%)	56 (75,9%)	<0,01	73 (49,3%)

mit Patientenverfügungen. Hiervon haben die vorab formulierten Bestimmungen bei 51 Rettungsassistenten (43,2% dieser Untergruppe) die Therapieentscheidung mit beeinflusst, sofern eine solche durch die befragten Rettungsassistenten ohne notärztliche Unterstützung getroffen werden konnte. 67 Rettungsassistenten (55,9% dieser Untergruppe) verneinten Änderungen in therapeutischen Entscheidungen aufgrund von Patientenverfügungen (Tabelle 3).

Therapieeinflüsse bezogen sich insbesondere auf eine mögliche Klinikeinweisung/einen Kliniktransport, auf die Weiterführung von Reanimationsmaßnahmen (in Zusammenarbeit mit einem Notarzt), sowie erweiterte medizinische Maßnahmen, die eine Therapie auf einer Intensivstation zur Folge gehabt hätten (in Zusammenarbeit mit einem Notarzt).

Der größte Teil der befragten Rettungsassistenten war sich bezüglich der rechtlichen Fragen im Hinblick auf Gültigkeit und Verbindlichkeit von Patientenverfügungen und des Einflusses auf mögliche Therapieänderungen unsicher (n = 136, 83,9%). Interesse an Fortbildungen bezüglich rechtlicher Aspekte zur Gültigkeit und Verbindlichkeit von Patientenverfügungen nannten hiervon insgesamt 113 Rettungsassistenten (69,8% der Gesamtgruppe).

Eigene Patientenverfügungen besaßen elf Rettungsassistenten (6,8%), während 151 Rettungsassistenten bisher keine eigene Verfügung erstellt hatten; eine solche aber von 93,8% Rettungsassistenten als sinnvoll erachtet wurde.

Für den Rettungsdienst wünschten sich 116 der befragten Rettungsassistenten (71,6%) verkürzte Notfallbögen, die entweder als eigenständige Patientenverfügung gelten bzw. einen verbindlichen Zusatz zu bestehenden Patientenverfügungen darstellen (beispielsweise Göttinger Palliativkrisenbogen®; Abb. 1 [9]). Die restlichen Rettungsassistenten (46, 28,4%) erachteten eine solche verkürzte Patientenverfügung als nicht sinnvoll,

da sie Entscheidungen zu Therapieeinschränkungen nur in Kooperation mit einem Notarzt oder dem zuständigen Arzt eines ambulanten Palliativdienstes treffen würden.

Korrelationen

Die Dauer der Berufstätigkeit und die Einsatzhäufigkeit der Rettungsassistenten korrelierten mit der Einsatzdauer bei palliativmedizinisch motivierten Notfallsituationen. So bezeichneten sich Rettungsassistenten mit mehr als fünf Jahren Berufserfahrung insgesamt als vertrauter mit der Betreuung von Palliativpatienten als das weniger berufserfahrene Rettungsdienstpersonal.

Die Behandlungssicherheit korrelierte ebenfalls positiv mit der Berufserfahrung im Rettungsdienst. Rettungsassistenten mit mehr als 5 Jahren Berufserfahrung fühlten sich in der medizinischen Betreuung von Palliativpatienten im Trend sicherer als Rettungsdienstpersonal mit weniger als fünf Jahren Berufserfahrung.

Rettungsassistenten mit vorheriger Aus- und Fortbildung in palliativmedizinischen Fragestellungen fühlten sich in der medizinischen und auch in der psychosozialen Versorgung von Palliativpatienten im weit fortgeschrittenen Erkrankungsstadium signifikant sicherer als Rettungsassistenten ohne entsprechende Aus- und Fortbildung. Die Daten zur Korrelation zwischen diesen beiden Gruppen und der subjektiven Sicherheit im Umgang mit Palliativpatienten in Notfallsituationen ist in den Tabelle 2 wiedergegeben.

Im Trend wurde die Therapieentscheidung bei Vorliegen einer Patientenverfügung häufiger durch Rettungsassistenten mit vorheriger Aus- bzw. Fortbildung in palliativmedizinischen Aspekten beeinflusst und somit eher dem Willen bzw. mutmaßlichen Willen des Patienten entsprochen.

Das Empfinden der Rechtssicherheit bezüglich des Umgangs mit einer Patientenverfügung korrelierte mit dem Vorhandensein einer eigenen Verfügung. Alle elf

Tabelle 3. Beeinflussung von Therapieentscheidungen im Umgang mit Patientenverfügungen

	Vorherige Teilnahme an palliativmedizinischen Fortbildungen; n = 63	Keine vorherige Teilnahme an palliativmedizinischen Fortbildungen; n = 55	Gesamt n = 118	p-Wert
Beeinflussung der Therapieentscheidung	52 (82,5%)	10 (18,2%)	62 (52,5%)	p < 0,01
Keine Beeinflussung der Therapieentscheidung	11 (17,5%)	45 (81,8%)	56 (47,5%)	p < 0,01

GÖTTINGER PALLIATIVKRISEBOGEN	
Name: _____	WICHTIGE KONTAKTPERSONEN:
Geburtsdatum: _____	Nächster Angehöriger: _____
Adresse: _____	Betreuer: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Telefon: _____	() Palliativteam: _____
Diagnose: _____	() Hausarzt: _____
Aktuelle Probleme: _____	() Pflegedienst: _____
Besonderheiten (z.B. Allergien): _____	() Kassenärztl. Notdienst: _____
	() Notarzt: 112
	() Seelsorger: _____
	() _____
Herz-Lungen-Wiederbelebung gewünscht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Rihterfolge der Kontakte individuell eintragen
Krankenhauseinweisung gewünscht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Ablehnung weiterer Maßnahmen: _____
Aufklärung Prognose/Diagnose? Patient: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Letzter Klinikaufenthalt: _____
Angehöriger: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Klinik/Einrichtung: _____
Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Aufklärung bei Erstellung des Bogens durch: _____
Vorsorgevollmacht: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hinterlegung: _____	
Datum Name Unterschrift Patient/Betreuer	Datum Name des Arztes Unterschrift

Abb. 1. Göttinger Palliativkrisenbogen (© Wiese/Geyer 2007, ZARI; [9])

Rettungsassistenten, die eine eigene Patientenverfügung erstellt hatten, fühlten sich in rechtlichen Fragen zur Patientenverfügung sicherer als die übrigen Rettungsassistenten.

Diskussion

Grundsatz medizinischen Handelns ist der Respekt vor dem Willen des Menschen und vor den Grenzen menschlichen Lebens [10]. Insbesondere bei Palliativpatienten im weit fortgeschrittenen Stadium ihrer Erkrankung sollte die Wiederherstellung bzw. der Erhalt der für den Patienten besten Lebensqualität, aber auch das Unterlassen von Interventionen in Einklang mit dem Patientenwillen, das oberste Gebot medizinischen Handelns darstellen [6, 11–15]. Diese Maxime ist ebenfalls bei der notfallmedizinischen Versorgung palliativmedizinisch motivierter Notfälle zu berücksichtigen, um so den ethischen Prinzipien medizinischen Handelns am Lebensende entsprechen zu können [16].

Für notärztlich betreute palliativmedizinisch motivierte Einsätze errechnet sich ein Einsatzaufkommen von 150 (Göttingen) bzw. 180 Einsätzen (Braunschweig) pro Jahr. Diese Zahlen basieren auf den notärztlichen Gesamteinsatzzahlen des Jahres 2007 für die beiden Bereiche (Göttingen: 5000, Braunschweig 6000; [6]). Jeder Mitarbeiter im Rettungsdienst kann daher mit der Versorgung von Palliativpatienten und den sich daraus ergebenden Besonderheiten bezüglich diagnostischer und therapeutischer Entscheidungen am Lebensende konfrontiert werden [3, 6, 17]. Es ergibt sich die Tatsache, dass Rettungsassistenten zunehmend in die notfall-

medizinische Versorgung von Patienten am Ende des Lebens einbezogen werden können. Daher sind Schulungen in diesem Bereich für eine kompetente Patientenversorgung im Sinne palliativmedizinischer und ethischer Prinzipien unbedingt erforderlich.

Der größte Teil (91,4%) der in der vorliegenden Untersuchung befragten Rettungsassistenten betreute mindestens einmal während eines Notfalleinsatzes Palliativpatienten im weit fortgeschrittenen Stadium ihrer Erkrankung. Allerdings verfügten lediglich 38,9% der Rettungsassistenten über Vorkenntnisse (durch Aus- bzw. Fortbildungen) in der Palliativmedizin. In der vorliegenden Untersuchung wird deutlich, dass die meisten Rettungsdienstmitarbeiter zwar mit palliativmedizinisch motivierten Einsätzen konfrontiert wurden, aber nur ein geringer Teil über Kenntnisse in diesem Bereich verfügt und somit Verbesserungen in der Aus- und Weiterbildung gefordert werden sollten. Palliativmedizinische Inhalte in der Rettungsassistentenausbildung sind ebenfalls nicht regelhaft. Eine spezielle palliativmedizinische Weiterbildung wie für Ärzte (Zusatzbezeichnung Palliativmedizin nach den Empfehlungen der Bundesärztekammer [18]) ist für Rettungsassistenten nicht vorgesehen (bei lediglich 8% der befragten Rettungsassistenten wurden palliativmedizinische Themen in die Ausbildung integriert), so dass derzeit Fortbildungen in Eigeninitiative besucht werden müssen. Gerade aber die Aus- und Weiterbildung ist ein essentieller Faktor für den Kompetenzzugewinn und ein daraus resultierendes Handeln im Sinne des Patienten [11].

Unsicherheiten in der Behandlung von Palliativpatienten im Notfalleinsatz betrafen nicht nur Ret-

tungsassistenten mit einer tendenziell geringeren notfallmedizinischen Berufserfahrung, sondern auch solche mit einer Berufserfahrung von mehr als 5 Jahren. Aus diesem Grund kann postuliert werden, dass sich bei Rettungsdienstmitarbeitern allgemein relativ häufig Unsicherheiten insbesondere in der psychosozialen Versorgung von Patienten am Lebensende finden. Signifikant weniger Unsicherheiten bestanden bei Rettungsassistenten mit vorheriger palliativmedizinischer Aus- bzw. Fortbildung. Trotzdem ist es auch nicht überraschend, dass gerade psychosoziale Probleme bei der Akutversorgung von Palliativpatienten signifikant mehr Unsicherheiten beinhalteten, da in den Fortbildungen zu palliativmedizinischen Themen vor allem symptomorientierte medizinische Probleme zur Diskussion stehen. Aus diesem Grund könnte es sinnvoll sein, schon in der Ausbildung von Rettungsassistenten bzw. in Fortbildungen gezielt psychosoziale Fragestellungen zu thematisieren, um damit Kompetenz in diesem Kontext zu schulen bzw. zu erhalten.

Die Therapieziele einer notfallmedizinischen Behandlung decken sich gerade bei Patienten am Lebensende nicht immer mit ihren Wünschen und Zielen. Gerade in Fällen, bei denen eine kurative Therapie der Grunderkrankung des Patienten nicht mehr möglich ist und eine Patientenverfügung vorliegt, die lebensverlängernde Maßnahmen ablehnt/verbietet, kann eine fehlende Umsetzung der Patientenwünsche zu für den Patienten nicht akzeptablen Situationen führen. So werden Patienten möglicherweise reanimiert und intubiert sowie beatmet auf eine Intensivstation eingewiesen, um dort nach mehr oder weniger langer Therapiedauer zu versterben. Dieses beinhaltet eine Situation, die mit einem „Sterben in Würde“ wie es von den Verfassern von Patientenverfügungen gewünscht war, nicht in Einklang zu bringen ist. Der Begriff „Sterben in Würde“ ist ein sehr heterogenes Konstrukt, dem vor allem im angloamerikanischen Bereich sehr viel Aufmerksamkeit gewidmet wird. In zahlreichen Publikationen sind Faktoren und Kategorien (beispielsweise Abhängigkeit, Lebensqualität, limitierte medizinische Interventionen, Selbstbestimmung, Akzeptanz des eigenen Willens) extrahiert worden, die mit diesem Begriff in Verbindung stehen [19–23]. Gerade diese Faktoren sollten auch in Notfallsituationen bei Patienten mit einer progredienten lebensbedrohenden Erkrankung beachtet werden.

Allerdings werden selbst bei einer optimalen ambulanten palliativmedizinischen Versorgung 25% aller Patienten mit Tumorerkrankungen im weit fortgeschrittenen Krankheitsstadium aufgrund psychosozialer Krisensituationen in eine Klinik eingewiesen [24]. Davon abweichende Zahlenangaben (Betreuung von mehr als 90% der Patienten in häuslicher Umgebung bei optimaler ambulanter Palliativversorgung) wurden 1996 aus Italien berichtet [25]. Es wurde aber ersichtlich, dass ein Versterben zu Hause mit einem hohen Grad an Unterstützung durch Angehörige und professionelle Hilfen verbunden ist und dass psychosoziale Probleme sehr häufig unabhängig von der Qualität der Symptomkontrolle auftraten [25]. Unter derartigen Umständen ist es leicht vorstellbar, dass bereits geringe Verschlechterun-

gen im physischen Zustand des terminal Erkrankten zu einer Dekompensation der psychosozialen Balance (Zunahme des „Leidens“ und des „Leidensdrucks“ bei allen Betroffenen) führen kann, die oftmals nur durch professionelle Hilfe im Sinne von „respite care“ wieder zu stabilisieren sein dürfte. Ein solches Angebot ist aber nicht nur für die Vermeidung von Rettungsdienstesätzen bzw. Klinikeinweisungen, sondern auch für die Unterstützung in der Handlungskompetenz und -sicherheit in einer notfallmedizinisch betreuten ambulanten Palliativsituation von besonderer Bedeutung [24–26]. So sollte ambulante Palliativdienste ein integrativer Bestandteil in den Einsatzstrukturen der Rettungsleitstellen werden, um eine patientenorientierte Versorgung zu gewährleisten [26–28]. Der bisher publizierte Forschungsanteil zu dieser Thematik und den Unterstützungsmöglichkeiten des Rettungsdienstes bei palliativmedizinisch motivierten Notfällen ist derzeit noch gering, so dass weitere Untersuchungen sinnvoll erscheinen [29].

Diese Überlegungen finden zudem ihre Entsprechung in der Äußerung von mehr als 45% der antwortenden Rettungsassistenten, Fortbildungsinteresse an palliativmedizinischen Themen mit prä- und innerklinischem Bezug zu haben. Die besondere Betonung psychosozialer Fragestellungen bei derartigen Aktivitäten wurde bereits weiter oben dargelegt.

Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

In Deutschland und Österreich werden in Palliativsituationen zunehmend Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten genutzt, um gewünschte medizinische Maßnahmen und Therapiegrenzen zu formulieren, die dem Patientenwillen entsprechen [13, 14, 30, 31]. 72,8% der befragten Rettungsassistenten wurden im Rahmen ihrer notfallmedizinischen Tätigkeit bereits mit Patientenverfügungen und dem zumeist damit verbundenen Wunsch nach Therapiebegrenzung konfrontiert. Die besondere Bedeutung von Patientenverfügungen in präklinischen Notfallsituationen konnte schon in einer Umfrage bei Notärzten gezeigt werden [32]. Gerade für palliative Notfallsituationen wurde seitens der befragten Rettungsassistenten eine verkürzte Form einer Patientenverfügung im Sinne eines Notfallbogens gewünscht. Hierzu wurde unter anderem der so genannte „Göttlinger Palliativkrisenbogen“[©] vorgestellt (Abb. 1, [9]). Dieser Bogen versteht sich in seiner aktuellen Form nicht nur als Zusatz zu einer bestehenden Patientenverfügung, sondern als eigene verkürzte und speziell für den ambulanten Palliativpatienten gedachte schriftliche Darlegung des Patientenwillens. Dieser „Palliativkrisenbogen“ stellt ein probates Instrument dar, um die zunehmend geforderte Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen umzusetzen, da seine Erstellung eine intensive Diskussion und umfangreiche Aufklärungsgespräche mit dem Patienten und seinen Angehörigen voraussetzt [7, 9]. Dieses würde auch ein oftmals in der Auseinandersetzung mit Patientenverfügungen vorgetragenes Argument entkräften, dass auf das unterschiedliche Verständnis von Patienten und Rettungsdienstmitarbeitern bei der Verwendung be-

stimmter Begrifflichkeiten (beispielsweise medikamentöse oder mechanische Reanimation) zielt [33].

Die seitens der in der vorliegenden Untersuchung befragten Rettungsassistenten geäußerten Unsicherheiten bezüglich der Rechtsverbindlichkeit von Patientenverfügungen (83,9% der befragten Rettungsassistenten), könnten durch einen solchen Palliativkrisenbogen und entsprechende Fortbildungen gemindert werden. Hierzu werden aktuell weitere Untersuchungen durchgeführt.

In früheren Publikationen wird bezüglich ethischer Aspekte während einer Reanimation ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die aktuelle Gültigkeit des Patientenwillens entsprechend einer Patientenverfügung stets hinterfragt werden sollte [34]. Auch wird in diesem Zusammenhang empfohlen, durch eine Befragung von Angehörigen bzw. Bekannten oder Betreuenden des Patienten seinen aktuellen mutmaßlichen Willen zu eruieren und demgemäß zu handeln. Dieses kann beispielsweise auch den Abbruch von Reanimationsmaßnahmen nach Kenntniserlangung des mutmaßlichen Patientenwillens zur Folge haben. Der Abbruch von Reanimationsmaßnahmen und die Todesfeststellung sind an die Entscheidung bzw. Anwesenheit eines Notarztes gebunden, so dass ein Rettungsassistent in dieser entscheidenden Frage derzeit keine therapeutischen Beschränkungen vornehmen kann. So mag es auch nicht verwundern, dass sich 55% der befragten Rettungsassistenten bezüglich der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen auf die Entscheidungskompetenz eines Arztes berufen.

In der vorliegenden Untersuchung wurde ein signifikanter Unterschied zwischen den palliativmedizinisch vorgebildeten Rettungsassistenten im Verhältnis zu denjenigen ohne vorherige Aus- und Fortbildungen deutlich, so dass vermutlich Aus- und Fortbildung zu einem adäquateren Umgang mit Patientenverfügungen und deren empfundener Verbindlichkeit führen können.

Eine Klärung bzw. Umsetzung bestehender, landesgültiger Rechtsnormen erscheint im Zusammenhang mit den in der vorliegenden Untersuchung geäußerten Unsicherheiten der befragten Rettungsassistenten dringend notwendig. Hierbei gilt es, entsprechend des verfügbaren Patientenwillens zu handeln und diesen nicht aufgrund von Unsicherheiten primär außer Kraft zu setzen. Allerdings darf auch im Rahmen dieser rechtlichen Frage die Garantenpflicht des Rettungsdienstes nicht außer Acht gelassen werden. Somit muss durch Rettungsassistenten in der Akutsituation immer primär für den Erhalt des Lebens entschieden werden. Eine Ausnahme dieser Regelung ergibt sich, wenn eindeutige Zeichen für einen bereits begonnenen Sterbeprozess bzw. eine Vorerkrankung im terminalen Stadium mit infauster Prognose vorliegen und diese ärztlicherseits bestätigt worden sind [6, 35]. Es erscheint trotzdem wünschenswert, wenn sich Rettungsdienstpersonal (sowohl Rettungsassistenten als auch Notärzte) bei palliativmedizinisch motivierten Einsätzen von den Grundgedanken der Palliativmedizin und der medizinischen Ethik leiten lassen. Gerade letzteres ist aber nicht immer der Fall [16]. Positive Aspekte ethischer Überlegungen ergeben sich aus der Auseinandersetzung mit ethischen Fragen im Notfallteam nach entsprechenden Einsätzen.

So kann durch die Betrachtung unterschiedlicher Perspektiven der kritischen Situation das Teamgefühl gestärkt und gemeinsam ein an überprüfbaren Kriterien gebundenes Handeln entwickelt werden.

Limitationen

Die vorliegende Untersuchung basiert auf Interviewergebnissen, die deskriptiv Unterschiede zwischen Rettungsassistenten mit Vorbildung in palliativmedizinischen Themen und solchen ohne Vorbildungen darstellen. Tatsächliche Häufigkeiten palliativmedizinischer Notfallsituationen betragen in Deutschland für Kombinationseinsätze mit Notärzten 2,7% [6]. Die Zahl der Notfalleinsätze, die bei palliativmedizinisch motivierten Einsätzen alleine Rettungsassistenten betrifft, ist für die untersuchten Bereiche nicht bekannt. Hierfür sind weitere Untersuchungen erforderlich. Die Arbeit stellt somit Unsicherheiten und Wünsche betroffener Rettungsassistenten in der Versorgung von palliativmedizinisch motivierten Notfalleinsätzen dar. Ein Bezug zu den Gesamteinsätzen des Rettungsdienstpersonals wird nicht hergestellt.

Die vorliegenden Daten können für die beiden in die Untersuchung einbezogenen Rettungsdienstbereiche nicht aber als bundesweit repräsentativ betrachtet werden. Hierfür sind in Zukunft auf Basis der vorliegenden Daten weitere Untersuchungen notwendig.

Fazit

Palliativmedizinische Notfallsituationen können jeden Rettungsdienstmitarbeiter betreffen. In der vorliegenden Untersuchung wurde deutlich, dass sowohl in der medizinischen als auch psychosozialen Versorgung von Palliativpatienten im weit fortgeschrittenen Krankheitsstadium zu Unsicherheiten bei Rettungsassistenten führt. Aus diesem Grund werden von den Rettungsassistenten Fortbildungen im Bereich Palliativmedizin gewünscht. Außerdem herrscht in der Berücksichtigung von Patientenverfügungen rechtliche Unsicherheit. Diese beiden Faktoren können zu einer nicht sachgerechten Versorgung von ambulanten Palliativpatienten führen und damit folgenschwere Konsequenzen für die Patienten und deren Angehörige nach sich ziehen. Palliativmedizinisch vorgebildete Rettungsassistenten fühlen sich sowohl in der medizinischen als auch psychosozialen Versorgung und auch im Rechtsumfang mit Patientenverfügungen deutlich sicherer als Rettungsassistenten ohne vorherige palliativmedizinische Aus- bzw. Fortbildungen. Aus diesem Grund sollten palliativmedizinische Weiterbildungsinhalte in die notfallmedizinische Ausbildung vermehrt integriert werden. Zusätzlich muss auch der Einsatz ambulanter Palliativdienste zur Unterstützung in Notfallsituationen (sowohl der Patienten als auch der Rettungsdienstmitarbeiter) gefördert werden, um eine patientenorientierte, sich an palliativmedizinischen Grundsätzen orientierende Versorgung auch in der Akutsituation zu gewährleisten.

Interessenkonflikt

Der korrespondierende Autor und die Koautoren versichern, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die vorliegenden Daten sind Teil einer Inauguraldissertation von David Ruppert.

Literatur

1. Ensink FB, Bautz MT, Hanekop GG (2001) Improvement of palliative outpatient treatment of terminally ill cancer patients – SUPPORT as example – The ethically preferable alternative to euthanasia. *Anaesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 36: 530–537
2. Georges JJ, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, van der Wal G, van der Maas PJ (2005) Symptoms, treatment and “dying peacefully” in terminally ill cancer patients: a prospective study. *Support Care Cancer* 13: 160–168
3. Barbera L, Paszat L, Chartier C (2006) Indicators of poor quality end-of-life care in Ontario. *J Palliat Care* 22: 12–17
4. Evans WG, Cutson TM, Steinhauser KE, Tulsy JA (2006) Is there no place like home? Caregivers recall reasons for and experience upon transfer from home hospice into inpatient facilities. *J Palliat Med* 9: 100–110
5. Wiese CHR, Bartels U, Seidel N, Vossen-Wellmann A, Graf BM, Hanekop GG (2006) Der finale Tumorpatient in der notfallmedizinischen Versorgung. *Anästhesist* 55: 955–957
6. Wiese C, Bartels U, Ruppert D, Quintel M, Graf BM, Hanekop GG (2007) Notärztliche Betreuung von Patienten in der finalen Phase ihrer Erkrankung. *Anästhesist* 56: 133–140
7. Loh A, Simon D, Kriston L, Härter M (2007) Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. *Dtsch Ä Blatt* 104: A1483–1488
8. Salako SE (2006) The declaration of Helsinki 2000: Ethical principles and the dignity of difference. *Med Law* 25: 341–354
9. Wiese CHR, Bartels U, Geyer A, Duttge G, Graf BM, Hanekop GG (2008) „Göttinger Palliativkrisenbogen“ – die gelbe Karte für den Rettungsdienst. *Dtsch Med Wschr* 133: 972–976
10. Klein M (2002) Assisted dying and the principle of double effect. *Wien Klin Wochenschr* 114: 415–421
11. Becker G, Momm F, Gigl A, Wagner B, Baumgartner J (2007) Kompetenz und Fortbildungsbedarf in Palliative Care. *Wien Klin Wochenschr* 119: 112–116
12. Joppich R, Elsner F, Radbruch L (2006) Behandlungsabbruch und Behandlungspflicht am Ende des Lebens. *Anästhesist* 55: 502–514
13. Salomon F (2000) Entscheidungskonflikte am Notfallort. *Anaesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 35: 319–325
14. Salomon F (2005) Palliativmedizinische Kompetenz im Rettungsdienst? Der alleingelassene Notarzt. *Notfall Rettungsmed* 8: 542–547
15. Valentin A (2006) Therapiebegrenzung oder -abbruch: Das Prinzip des “primum nihil nocere”. *Wien Klin Wochenschr* 118: 309–311
16. Lindner K, Ummerhofer W, Reiter-Theil S (2007) Ethische Kompetenz im Rettungsdienst. *Notfall Rettungsmed* 10: 211–215
17. Hanson LC, Earp JA, Garrett J, Menon M, Danis M (1999) Community physicians who provide terminal care. *Arch Intern Med* 159: 1133–1138
18. Bundesärztekammer (2007) Musterweiterbildungsordnung für Notfallmedizin und Palliativmedizin. S163 und S165
19. Enes SP (2003) An exploration of dignity in palliative care. *Palliat Med* 17: 263–269
20. Chochinov HM (2006a) Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA Cancer J Clin* 56: 84–103
21. Chochinov HM, Kristjanson LJ, Hack TF, Hassard T, McClement S, Harlos M (2006b) Dignity in the terminally ill: revisited. *J Palliat Med* 9: 666–672
22. Hack TF, Chochinov HM, Hassard T, Kristjanson LJ, McClement S, Harlos M (2004) Defining dignity in terminally ill cancer patients. *Psychooncology* 13: 700–708
23. OGIAM, OGARI, OGNIM, OGC (2004) Consensus document of the Austrian Intensive Care Medicine Societies. Recommendations on therapy limit and withholding therapy on intensive care units. *Wien Klin Wochenschr* 116: 763–767
24. Schindler T, Ewald H (2005) Ambulante und stationäre Organisationsstrukturen in der Palliativmedizin. *Onkologie* 11: 376–383
25. De Conno F, Caraceni A, Groff L, Brunelli C, Donati I, Tamburini M, Ventafridda V (1996) Effect of home care on the place of death of advanced cancer patients. *Eur J Cancer* 32A: 1142–1147
26. Wiese CHR, Bartels U, Vossen-Wellmann A, Morgenthal H, Krieglner M, Bautz M, Schultens A, Nauck F, Graf BM, Hanekop GG (2007c) The role of an ambulatory Palliative Care Team (PCT) during exacerbations in the final stage of life of terminally ill cancer patients. 10th Congress of the European Association for Palliative Care, Budapest, Hungary, 7–9 June 2007. *Eur J Palliat Care [Suppl]* 156/571
27. Ciais JF, Ciais C, Pradier C, Marchand P, Lenoble C, Raucoules-Aime M (2002) Emergencies in patients undergoing palliative care at home. A qualitative study of telephone calls to Center 15. *Presse Med* 31: 970–972
28. Ciais JF, Pradier C, Ciais C, Berthier F, Vallageas M, Raucoules-Aime M (2007) Impact of a hospice home visit team on unwanted hospitalization of terminally-ill patients at home in acute medical emergencies. *Presse Med* 36: 404–409
29. Mason A, Weatherley H, Spilsburg K, Arksey H, Golder S, Adamson J, Drummond M, Glemmending C (2007) A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of different models of community-based respite care for frail older people and their carers. *Health Technol Assess* 11: 1–157
30. Bockenheimer-Lucius G (2003) Verwirrung und Unsicherheiten im Umgang mit Patientenverfügungen. *Ethik Med* 15: 302–306
31. Ufer MR (1999) Grenzen der präklinischen Notfallmedizin aus juristischer Sicht. *Anaesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 34: 3–9
32. Gerth MA, Kettler D, Mohr M (2005) Patientenverfügungen in der präklinischen Notfallmedizin. Eine Befragung von Notärzten. *Anaesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 40: 743–749
33. Thorevska N, Tilluckdharry L, Tickoo S, Havasi A, Amoteng-Adjepong Y, Manthous CA (2005) Patients’ understanding of advance directives and cardiopulmonary resuscitation. *J Crit Care* 20: 26–34
34. European Resuscitation Council (2005) European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005. *Resuscitation* 67, S1: S1–S189
35. Duttge G (2005) Zur rechtlichen Problematik von Patientenverfügungen. *Intensiv- und Notfallbehandlung* 30: 171–178