



Rettungsdienst und Palliativmedizin

**Missverständnisse, Probleme,
Lösungsansätze**

Dr. Andreas Rickauer
Straubing



Ein Hinweis zu Beginn

Gerne stelle ich Ihnen die Folien meines Vortrages zu Ihrer persönlichen Information zur Verfügung. Respektieren Sie bitte die Regelungen des Urheberrechts und verwenden Sie diese Unterlage oder Teile davon nicht anderweitig!



Die Segnungen der modernen Medizin...

- Drastische Steigerung der Heilungschancen und der Überlebensdauer bei einer Vielzahl von Krankheiten
- flächendeckende rund-um-die-Uhr-Versorgung



...verursachen auch Ängste

- „seelenlose Apparatemedizin“
- Ausgeliefertsein, Fremdbestimmung
- unnötige Verlängerung des Leidens, Nicht-Sterben-Dürfen
- Diese Ängste kumulieren letztendlich in der Sterbehilfe-Debatte



Ängste in der palliativen Situation

Akute Verschlechterung, der Notarzt wird alarmiert!

- ...wird der Wille des Kranken respektiert?
- ...muss der Notarzt Leben retten – um jeden Preis?
- ...werden unnötige Maßnahmen ergriffen?
- ...wird der Patient ins Krankenhaus gebracht, obwohl er das nicht will?
- ...wird unnötiges Leid verursacht, das Leiden unnötig verlängert?



Agenda

1. Rettungsdienst und Palliativmedizin – Hintergründe
2. Wie trifft der Arzt Entscheidungen?
3. Wie wird Willen des Patienten berücksichtigt?
4. Welche Probleme gibt es dabei in der Notfallsituation?
5. Wie lassen sich diese Probleme lösen?



Ziele der Palliativmedizin

- Situation: schwere Erkrankung, keine Heilung mehr möglich, begrenzte Lebenserwartung
- Beschwerden beseitigen oder zumindest lindern
- Lebensqualität erhalten
- Selbstbestimmtes Leben ermöglichen
- „Sterben in Würde“



Strukturen der Palliativmedizin

- Ursprung: Hospizbewegung (C. Saunders, E. Kübler-Ross)
- Sterbebegleitung, Trauerbegleitung
- Stationäre Hospize
- Palliativstationen
- Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)
- viel ehrenamtliches Engagement
- menschliche Zuwendung spielt eine große Rolle



Ziele des Rettungsdienstes

- Abwendung von Lebensgefahr und schweren gesundheitlichen Schäden
- „Herstellung der Transportfähigkeit“
- Transport unter medizinischer Betreuung in ein geeignetes Krankenhaus
- Ausnahmefall: Ambulante Versorgung, Patient bleibt vor Ort



Strukturen im Rettungsdienst

- Ursprung: Unfallrettung
- Rettungs-/Notarztwagen, Luftrettung, Berg-/Wasserrettung
- hauptamtliches Personal
- technische und medikamentöse Interventionen im Mittelpunkt
- ausgerichtet auf akut lebensbedrohliche Erkrankungen
- palliative Situationen spielen bei Ausstattung und Ausbildung kaum eine Rolle



Abläufe im Rettungsdienst: Alarmierung

- Notruf 112
- Die Integrierte Leitstelle entsendet das geeignete Rettungsmittel: KTW, RTW, Notarzt, Feuerwehr
- „Notarztindikationskatalog“: z.B. Schmerzen, Atemnot, Bewusstseinstörung
- nicht zeitkritische Fälle,
Hausarzt nicht erreichbar (Wochenende):
Kassenärztlicher Notdienst
116 117



Abläufe im Rettungsdienst: Behandlung

- Diagnose und Therapie erfolgt durch den Notarzt
- Rettungsassistenten und -sanitäter assistieren dem Notarzt
- Rettungsassistenten dürfen bestimmte lebensrettende Maßnahmen vor Eintreffen des Notarztes durchführen („Notkompetenz“)



Rechtliche Grundlagen ärztlichen Handelns

- Früher: Paternalistische Medizin
- *Salus aegroti suprema lex*
- Was für den Patienten gut ist, weiß der Arzt am besten (und trifft deshalb die Entscheidungen für ihn)



Rechtliche Situation heute – auch im RD

- Grundsatz allen ärztlichen Handelns:
Voluntas aegroti suprema lex
- Allein der Patient bestimmt Art und Umfang der Behandlung – nicht der Arzt!
- Voraussetzung: umfassende Aufklärung des Patienten –
informed consent/shared decision making
- Keine Maßnahmen ohne
(mutmaßliche) Einwilligung!
- Dies gilt auch für nichtärztliches Personal im Rettungsdienst!



Problem: fehlende Einwilligungsfähigkeit

- Ziel: Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens
- Betreuer vorhanden?
- Patientenverfügung? Passt zur vorliegenden Situation? Aktuell?
- Was wissen die Angehörigen?
- auch zu beachten:
Garantenstellung des Notarztes!
(§ 13 StGB/OWiG)



Palliative Notfälle

- Durchbruchsschmerzen
- Atemnot
- Angst, Unruhe, Verwirrung
- Übelkeit, Erbrechen
- Stuhlverhalt, Ileus („Darmverschluss“)



Die beste Lösung: SAPV

- spezialisierte ambulante Palliativversorgung
- Pflegepersonal oder Arzt ständig erreichbar
- Begleitung, Steuerung der Therapie
- Hilfe auch bei palliativen Notfällen



Der Notarzt kann...

- ...Schmerzen oder Atemnot lindern, sofern nicht schon größere Opiatmengen eingenommen werden.
- ... den Transport auf eine Palliativstation veranlassen.
- ...lebenserhaltende Maßnahmen oder eine Reanimation beginnen, wenn der Patient dies möchte.



Der Notarzt kann nicht...

- ...den Therapieplan ändern und entsprechende Medikamente rezeptieren.
- ...viele palliativen Probleme mangels medikamentöser Ausstattung behandeln.
- ...eine längere ambulante Begleitung oder Wiederholungsbesuche sicherstellen.
- Lösung: ambulante Versorgung organisieren oder vorübergehende Einweisung auf Palliativstation



Wie können Sie dem Notarzt helfen?

- Wichtig: Patientenwille muss klar erkennbar sein!
- „Vorteil“ der palliativen Situation: der Verlauf ist weitgehend vorhersehbar
- Auseinandersetzung mit der Situation
- Beratung mit behandelndem Arzt
- Entscheidung „Was will ich?“
- Dokumentation dieser Entscheidung, Kommunikation mit Angehörigen



Tipp Nr. 1: Vorbereitet sein!

- Palliative Notfälle sind normalerweise vorhersehbar
- Mögliche Verläufe mit behandelndem Arzt besprechen
- Patient, Angehörige und Pflegepersonal sollten entsprechend informiert sein
- Bedarfsmedikation rezeptieren lassen (Schmerzen, Übelkeit, Atemnot, Angst, ...)
- Damit lassen sich viele palliativen Notfälle ohne fremde Hilfe beherrschen!



Tipp Nr. 2: Wer kann helfen?

- Rechtzeitig klären, wer wann und wie zur Verfügung steht!
- SAPV, Palliativteam?
- Hausarzt?
- Ärztlicher Notfalldienst – Tel. 116 117
- Notarzt – Tel. 112



Tipp Nr. 3: Festlegen, was geschehen soll!

- Der Wille des Patienten muss bekannt sein!
- Was soll noch gemacht werden, was nicht mehr?
- Entweder: Vorsorgevollmacht, Betreuer kennt den Willen des Patienten gut
- Oder: detaillierte, aktuelle Patientenverfügung (schnell überblickbar, schnell auffindbar!)
- Wichtig für den Notarzt: Informationen über Erkrankung, Medikamente, etc.
- Ideal für den Notfall: Palliativnotfallbogen



Tipp Nr. 4: Im Notfall Erste Hilfe leisten!

- Um die Zeit bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes zu überbrücken!



Vier Tipps für die palliative Situation

1. Vorbereitet sein!
2. Wer kann helfen?
3. Festlegen, was geschehen kann!
4. Im Notfall Erste Hilfe leisten!

→ Problem gelöst!



Problem gelöst? Leider nein!

- Ein häufiges Problem im Rettungsdienst: Patient kann seine Willen nicht äußern (Bewusstseinsstrübung, Schlaganfall, Demenz,...), insbesondere Bewohner von Alten-/Pflegeheimen
- Was soll der Notarzt tun?
- Wie lässt sich der Wille des Patienten herausfinden?
- Vor allem: wie lässt sich der Wille des Patienten schnell herausfinden?



Der Wille der Patienten in der Notfallsituation

- Betreuer? Oft nicht schnell erreichbar...
- Patientenverfügung? Oft nicht schnell auffindbar, nicht aktuell, zu allgemein, zu umfangreich, ...
- Grundproblem: Gibt die Patientenverfügung wirklich den aktuellen Willen des Patienten in der konkreten Situation wider?
- ...und das alles unter immensem Zeitdruck in der Notfallsituation!



Die Lösung: Advanced Care Planning

- „erfunden“ in den USA
- deutscher Formulierungsvorschlag:
„Gesundheitliche Vorausplanung“
- Der Wille des Patienten soll für den (Not-)Arzt
leichter erkennbar sein
- Kernelement: umfassender,
professionell begleiteter Gesprächsprozess
- Ergebnis: Patientenverfügung, Bevollmächtigung
- Studien: Patientenwille wird
besser erkennbar und besser befolgt



Advanced Care Planing in Deutschland

- Modellprojekt „beizeiten begleiten“
Universität Düsseldorf, Projektleiter Dr. in der Schmitten
- BEIZEITEN: Sich rechtzeitig Gedanken machen und den Patientenwillen dokumentieren!
- BEGLEITEN: Professionelle Hilfe dabei ist essentiell!



1. Säule: Begleiteter Gesprächsprozess

- beteiligte Ärzte: Unterstützung und Überprüfung des Prozesses
- flächendeckender Einsatz von nichtärztlichem Personal (*facilitators*, „Begleiter“)
- Begleitung und Unterstützung des Patienten bei der Entscheidungsfindung



2. Säule: Regionale Implementierung

- *Advanced care planing* sollte systematisch in einer Region eingeführt werden
- Fortbildungsmaßnahmen sind notwendig
- Formulare müssen eingesetzt und bekannt gemacht werden
- Qualitätssicherung sollte etabliert werden



Ergebnis: Dokumentation

- Am besten: Ärztliche Anordnung für den Notfall
- Die Unterschrift des Arztes bestätigt:
 - Einwilligungsfähigkeit des Patienten
 - Durchgeführte Aufklärung, Verständnis des Patienten
 - Gültigkeit der Verfügung
- Ärztliche Anordnung entlastet das nichtärztliche Personal (Pflege, Rettungsdienst)
- Rechtlich entscheidend ist jedoch allein die Unterschrift des Patienten!



Was können wir jetzt schon tun?

- Erstellen Sie eine Patientenverfügung!
- Füllen Sie dabei nicht ohne Unterstützung irgendwelche Standardformulare aus!
- Lassen Sie sich ärztlich beraten!
- Verwenden Sie z.B. einen Palliativ-Notfallbogen!
- Engagieren Sie sich für die Einführung von *Advanced Care Planing*!