

# 14 Palliativmedizinische Kompetenz im Rettungsdienst

Christoph H.R. Wiese

## 14.1 Einleitung

Palliative Notfallsituationen stellen präklinische Notfallsituationen dar, die in den letzten Jahren zunehmend den Rettungsdienst (sowohl Notärzte als auch Rettungsassistenten bzw. Notfallsanitäter) betreffen. Aufgrund der demografischen Entwicklung, verbesserter ursächlicher Therapiemöglichkeiten und der oftmals stattfindenden häuslichen Versorgung von Palliativpatienten werden auch Therapieentscheidungen (Maximaltherapie bis Therapielimitierung) vermehrt in den Aufgabenbereich des Rettungsdienstes fallen. Somit werden Patienten im palliativen Krankheitsstadium national und international durch Notfallmediziner (innerklinisch und präklinisch) behandelt (Wiese et al. 2013; Mercadante et al. 2012; Ingleton et al. 2009). Ein großer Teil dieser notfallmedizinischen Kontakte wäre bei optimaler Vorbereitung und ambulanter Versorgung dieser Patientengruppe vermeidbar (Wiese et al. 2013; Mercadante et al. 2012; Tsai et al. 2010). In diesem Zusammenhang sind eine gute Patientenvorbereitung und Kommunikation sowie eine verbesserte Aus- und Weiterbildung notfallmedizinischen Personals von besonderer Bedeutung.

Generell ist der Notarztindikationskatalog der Bundesärztekammer aus dem Jahr 2012 ähnlich den Einsatzindikationen bei palliativen Notfallpatienten (Funktion: Bewusstsein, Atmung, Herz-Kreislauf, Schädigungen der Vitalfunktionen, Schmerz), sodass auf den ersten Blick bei der notfallmedizinischen Versorgung von Palliativpatienten keine Besonderheiten existent zu sein scheinen. Es fehlt allerdings hierbei die häufige psycho-soziale Komponente, die Einsatzindikationen für notfallmedizinisches Personal bei Palliativpatienten bedingen.

Primär gilt es zu bemerken, dass eine Grundvoraussetzung für notfallmedizinische Interventionen und Behandlungen das Vorliegen einer Zustimmung des einwilligungs- und entscheidungsfähigen Patienten bzw. beim nicht einwilligungs- und entscheidungsfähigen Patienten eine gültige Patientenverfügung sowie die medizinische Indikation für ein therapeutisches Vorgehen ist. Somit sind sowohl der autonome bzw. der mutmaßliche Patientenwille und die medizinische Indikation bedeutende Parameter für die notfallmedizinische Therapieentscheidung.

Es können sich für den Rettungsdienst und das Notfallteam bei der Versorgung palliativer Notfallpatienten folgende Probleme ergeben:

1. Erkennen des Palliativpatienten in der Notfallsituation
2. Klassifizierung des palliativen Notfalls
3. Therapie des palliativen Notfallpatienten als multidimensionales Geschehen
4. rechtliche Fragestellungen (z.B. Gültigkeit einer Patientenverfügung)
5. psychosoziale Fragestellungen (z.B. Überlastung der Angehörigen)
6. Weiterversorgung des Patienten (z.B. Palliativstation)

Somit können palliative Notfallsituationen bzw. die Therapie palliativer Notfallpatienten Probleme aus unterschiedlichen Gründen beinhalten, deren Darstellung in diesem Kapitel erfolgen soll.

## 14.2 Erkennen des Palliativpatienten in der Notfallsituation

Die Einsatzmeldung, die der Rettungsdienst über die Leitstellendisponenten erhält, weist oftmals die jeweiligen Krankheitssymptome bzw. z.T. bereits bestehende Verdachtsdiagnosen auf. Hierdurch ist es jedoch dem eingesetzten notfallmedizinischen Personal primär nicht möglich, einen eventuellen Palliativpatienten bereits im Vorfeld zu kennen bzw. zu erkennen. Insofern unterscheidet sich der palliative Notfall bereits zum Zeitpunkt der Alarmierung signifikant von z.B. pädiatrischen Notfällen, bei denen dem notfallmedizinischen Personal häufig bereits bei der Alarmierung über die Leitstelle mitgeteilt wird, dass es sich bei dem Notfallpatienten um ein Kind handeln wird. Somit hat das notfallmedizinische Personal in der Situation des palliativen Notfalls erst bei Eintreffen am Einsatzort bzw. beim Notfallpatienten die Möglichkeit, diesen entsprechend seiner Grunderkrankung ggf. als Palliativpatienten zu erkennen (Makowski et al. 2013).

Ein Problem in dieser Situation kann auch sein, dass der Patient vom notfallmedizinischen Personal als „palliativ“ eingestuft wird, dieses aber weder dem Patienten noch seinen Angehörigen bewusst ist, da möglicherweise eine derartige medizinische Einschätzung im Vorfeld nicht kommuniziert oder vom Patienten und seinen Angehörigen nicht wahrgenommen wurde. In einem solchen Fall gilt es, den Patienten primär wie jeden anderen Notfallpatienten zu therapieren und hiernach ggf. einer Klinik/Notaufnahme zur weiteren Versorgung zuzuführen und somit dem eindimensionalen notfallmedizinischen Auftrag nachzukommen.

Eine weitere Möglichkeit besteht darin, dass der Patient bereits palliativmedizinisch vorbehandelt wurde und/oder ambulant palliativmedizinisch betreut und behandelt wird. In einem derartigen Fall erkennt das Notfallteam an der Einsatzstelle, dass es sich um einen Menschen mit einer palliativmedizinischen Grunderkrankung handelt und ggf. besondere therapeutische notfallmedizinische Maßnahmen erforderlich

werden können. Aus der Einordnung als Palliativpatient dürfen aber keine voreiligen Schlüsse gezogen werden.



„Palliativ“ ist nicht gleichzusetzen mit „Lebensende“.

Allein die Klassifikation des Menschen als Palliativpatient ist nur ein einzelner Hinweis auf eine möglicherweise multidimensionale und ggf. komplexere notfallmedizinische Versorgung. So gilt es entsprechend, nach der Identifikation des Palliativpatienten die Art des palliativen Notfalls und ggf. auch das Erkrankungsstadium des Patienten zu klassifizieren und hiernach entsprechende erweiterte Behandlungsstrategien zu entwickeln (Wiese et al. 2013).

### 14.3 Klassifizierung des palliativen Notfalls

Palliative Notfälle stellen primär ebenso wie alle anderen Notfallsituationen Einsatzindikationen für den Rettungsdienst bzw. den Notarzt dar. Von besonderer Bedeutung ist es, dass der Palliativpatient nach entsprechender Identifikation nicht per se ein sterbender Patient ist, da sich das Krankheitsstadium und auch die Lebenserwartung von Palliativpatienten sehr unterscheiden kann. Generell werden palliative Notfälle national und international derzeit in vier Hauptkategorien eingeteilt, die jeweils unterschiedliche notfallmedizinische Behandlungsansätze zur Folge haben (Wiese et al. 2012; Quest et al. 2011; Quest et al. 2010; Quest et al. 2009) (s. Tab. 22). Die jeweiligen Hauptkategorien können zusätzlich durch psychosoziale Überlastungsfaktoren der betreuenden Angehörigen bzw. Pflegedienste getriggert bzw. ausgelöst werden. Zusätzlich ist vom Notfallteam unabhängig der Kategorie des palliativen Notfalls die therapeutische medizinische Option sowie die medizinische Indikation realistisch und sinnvoll nach dem Erkrankungsstadium des Patienten zu beurteilen.

Tab. 22 Einteilung palliativer Notfälle

Kategorie 1	Palliative Notfallsituation, die unabhängig von der Grunderkrankung (palliatives Krankheitsstadium) auftritt.
Kategorie 2	Palliative Notfallsituation, die in Zusammenhang mit der Therapie der Grunderkrankung (palliatives Krankheitsstadium) auftritt.
Kategorie 3	Palliative Notfallsituation, die aufgrund einer erstmaligen Symptomexazerbation der Grunderkrankung (palliatives Krankheitsstadium) auftritt.
Kategorie 4	Palliative Notfallsituation aufgrund der wiederholten Exazerbation bekannter Symptome, die durch die Grunderkrankung (palliatives Krankheitsstadium) begründbar sind.

#### Kategorie 1

Die Einsatzindikation für den Rettungsdienst (z.B. akutes Koronarsyndrom) hat ursächlich nichts mit der Grunderkrankung zu tun. Die Lebenserwartung des Patienten ist in dieser Kategorie oftmals sehr variabel und kann Wochen bis zu Jahren beinhalten. Prinzipiell sollte zuerst eine notfallmedizinische Behandlung der akuten Sym-

ptome bzw. der aktuellen Erkrankungssituation erfolgen. Sekundär bleibt sowohl prä- als auch innerklinisch abzuklären, welche therapeutischen Maßnahmen in welcher Ausprägung noch bei dem individuellen Patienten ergriffen werden sollen bzw. welchen Therapiewunsch der Patient bezüglich der neuen, von der Grunderkrankung unabhängigen Symptome, hat und welche medizinische Behandlungsindikation bei dem individuellen Patienten besteht. Wichtig sind aus notfallmedizinischer Sicht in dieser Situation folgende Parameter:

- Identifikation des Palliativpatienten
- primäre notfallmedizinische Therapie des neu aufgetretenen Symptoms
- Beurteilung des Erkrankungsstadiums
- Therapiewunsch des Patienten bezüglich des neu aufgetretenen Symptoms
- Transportvorbereitung und ggf. Transportbegleitung des Patienten in eine geeignete Klinik

## Kategorie 2

Hier können z.B. Probleme der Therapie der palliativen Grunderkrankung den Notfall auslösen, so z.B. Folgesymptome einer Strahlen- und/oder Chemotherapie. Auch bei Auftreten derartiger, durch Nebenwirkungen getriggelter palliativer Notfallsituationen kann die Lebenserwartung des Patienten sehr variieren. So gilt es, notfallmedizinisch primär eine symptomkontrollierte Therapie zu beginnen und den Patienten dann im weiteren Verlauf in die Klinik zu transportieren, die den Patienten bezüglich seiner Grunderkrankung behandelt. An dieser Stelle kann und muss dann gemeinsam mit dem Patienten unter Berücksichtigung aller Faktoren das weitere Prozedere besprochen werden. Bei Symptomen, die durch das Notfallteam gut ambulant therapierbar sind, ist ein Verbleiben des Patienten im häuslichen Umfeld anzudenken. Ein derartiges Vorgehen ist auch von Bedeutung, wenn die Notfallsituation zusätzlich durch eine psychosoziale Überlastung der Angehörigen oder des Patienten mitverursacht ist. Wichtig sind aus notfallmedizinischer Sicht in dieser Situation folgende Parameter:

- Identifikation des Palliativpatienten
- primäre notfallmedizinische Therapie des durch die Therapie verursachten Symptoms
- Beurteilung des Erkrankungsstadiums
- Klärung der Vorbehandlung des Patienten
- Transport bzw. Transportbegleitung des Patienten in die den Patienten behandelnde Klinik (hierbei ggf. Abklärung der Situation mit der aufnehmenden Klinik)

## Kategorie 3

Die erstmalige Symptomexazerbation der palliativen Grunderkrankung, z.B. erstmalige Dyspnoe bei Bronchialkarzinom, führt zum Notfall. Ein derartiges erstmalig auftretendes Symptom kann insbesondere bei Patient und betreuenden Angehörigen psychosoziale Reaktionen hervorrufen. Durch das Notfallteam gilt es primär, das Symptom zu therapieren aber auch sekundär die psychosozialen Probleme, die ggf. auch zu einer Alarmierung beigetragen haben, zu beachten und in die Therapie mit einzubeziehen. In diesem Krankheitsstadium, in dem palliative Notfälle der Kategorie 3 auftreten, ist die Lebenserwartung des Patienten oftmals limitiert. Häufig

sind derartige Symptome u.a. Ausdruck einer Progredienz der Grunderkrankung. Eine ambulante Therapie ist insofern nur bedingt sinnvoll, da die Symptome mit hoher Wahrscheinlichkeit in Zukunft vermehrt/wiederholt auftreten können. Aus diesem Grund ist es empfehlenswert, den Patienten in eine geeignete Klinik mit ggf. vorhandener Palliativabteilung zu transportieren, um dort

1. eine symptomorientierte Therapie zu beginnen, die bei erneutem Auftreten auch in häuslicher Umgebung durch die betreuenden Angehörigen bzw. Pflegedienst durchgeführt werden kann und
2. ggf. die Integration eines ambulanten Palliativdienstes zu erwägen, um für den Patienten in häuslicher Umgebung eine optimale und an seine Bedürfnisse adaptierte Betreuung zu gewährleisten.

Die Organisation derartiger komplexer ambulanter Versorgungsstrukturen kann jedoch nicht in der Notfallsituation durch das Notfallteam gewährleistet werden. Sollte es sich bei dem Symptom um eine Verschlechterung der Situation im finalen Krankheitsstadium handeln, ist jedoch eine ambulante Therapie unter Einbezug der Angehörigen, des Hausarztes, des Pflegedienstes sowie ggf. eines ambulanten Palliativdienstes denkbar und anzustreben. In diesem Zusammenhang sind die sozialen Strukturen sowie der Wunsch/Wille des Patienten bezüglich erweiterter therapeutischer Maßnahmen zu eruieren. Wichtig sind aus notfallmedizinischer Sicht in dieser Situation folgende Parameter:

- Identifikation des Palliativpatienten
- primäre notfallmedizinische Therapie des, in Zusammenhang mit der Grunderkrankung stehenden, Symptoms
- Beurteilung des Erkrankungsstadiums
- Therapiewunsch und weitere Versorgung des Patienten bezüglich des neu aufgetretenen Symptoms
- Transport bzw. Transportbegleitung des Patienten in eine zur Versorgung des Patienten geeignete Klinik (hierbei ggf. Abklärung der Situation mit der aufnehmenden Klinik sowie optimalerweise Therapie und Betreuung auf einer Palliativstation)
- ggf. notfallmedizinische Organisation einer ambulanten weiteren Betreuung durch bereits in die Betreuung des Patienten integrierte Versorger (z.B. ambulante Palliativteams)

#### Kategorie 4

Wiederholte Exazerbationen bekannter Symptome, die durch die Grunderkrankung (palliatives Krankheitsstadium) begründbar sind, treten v.a. in gehäufte Form in einem weit fortgeschrittenen Krankheitsstadium auf. Somit wären diese palliativen Notfälle antizipierend mithilfe ambulanter palliativmedizinischer Versorger vorbereitbar und oftmals auch durch betreuende Personen/Pflegedienste beherrschbar. Eine adäquate ambulante Weiterversorgung des Patienten muss allerdings gewährleistet sein, da es sonst in den meisten Fällen bei Wiederauftreten der Symptome zu einer erneuten Alarmierung des Rettungsdienstes kommen wird. Sollte eine innerklinische Versorgung des Patienten notwendig sein, ist zu eruieren, ob der Patient bereits auf einer Palliativstation behandelt worden ist. In einem solchen Fall ist es empfehlenswert, den Patienten auch erneut in die ihm bekannte Klinik zu transpor-

tieren. Bei Transport des Patienten in eine zentrale Notaufnahme empfiehlt es sich, dem Notaufnahmeteam die besondere Situation des Patienten zu erläutern und ggf. entsprechende Verordnungen und Arztbriefe mitzunehmen. Wichtig sind aus notfallmedizinischer Sicht in dieser Situation folgende Parameter:

- Identifikation des Palliativpatienten
- primäre notfallmedizinische Therapie des, in Zusammenhang mit der Grunderkrankung stehenden, Symptoms
- Beurteilung des Erkrankungsstadiums
- Therapiewunsch und weitere Versorgung des Patienten bezüglich Symptomexazerbation
- primär ambulante Versorgung des Patienten durch das Notfallteam
- Hinzuziehen eines geeigneten bzw. bereits in die Versorgung des Patienten integrierten ambulanten Palliativteams
- ggf. Transport bzw. Transportbegleitung des Patienten in eine zur Versorgung des Patienten geeignete Klinik (hierbei ggf. Abklärung der Situation mit der aufnehmenden Klinik sowie optimalerweise Therapie und Betreuung auf einer Palliativstation)

#### 14.4 Besonderheiten der Kategorien palliativer Notfälle

Palliative Notfallsituationen werden insbesondere in der Kategorie 3 und 4 oftmals durch psychosoziale und spirituelle Aspekte beeinflusst oder verstärkt. Diese gilt es während der notfallmedizinischen Versorgung zu berücksichtigen (Wiese et al. 2012; Mercadante et al. 2012).



*Notfallsituationen in fortgeschrittenem Stadium einer palliativen Krankheitssituation sind oftmals ein Ruf nach Unterstützung und Hilfe, seltener ein Ruf nach maximaler medizinischer Versorgung (vgl. Fall 1).*

Bei palliativen Notfällen der Kategorie 1 hängt das therapeutische Vorgehen wie bei Notfällen ohne palliativen Zusammenhang vom aktuellen Zustand des Patienten ab.



*Notfälle, die unabhängig von der palliativen Grunderkrankung auftreten, sind wie allgemeine Notfälle zu versorgen.*

Im Gegensatz hierzu stellen palliative Notfälle der Kategorie 1 eher allgemeine Notfallsituationen dar, deren therapeutische Verfahren im Unterschied hierzu von dem Krankheitsstadium des Patienten abhängig sind.

Bei palliativen Notfällen aller Kategorien ist es wichtig,

1. die medizinische Indikation für eine medizinische Handlungsweise zu stellen,
2. eine schriftliche Verfügung in die Therapieentscheidung mit einzubeziehen,
3. die Handlungsweise mit Angehörigen bei bestehender Vorsorgevollmacht zu besprechen,
4. die Handlungsweise im Team zu besprechen.

## 14.5 Therapie des palliativen Notfalls als multidimensionales Geschehen

Die primäre Aufgabe des Notfallmediziners besteht in der Versorgung akut erkrankter oder verletzter Menschen mit oder ohne gestörte Vitalfunktionen am Einsatzort ([www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de)). Hierbei sollen

1. lebenswichtige Funktionen des Patienten wiederhergestellt bzw. erhalten werden,
2. Folgeschäden vermieden werden,
3. die Transportfähigkeit des Patienten hergestellt werden und
4. der Transport des Patienten in eine geeignete Klinik zur weiteren Versorgung erfolgen.

Bei Betrachtung des Notarztindikationskatalogs im Vergleich zu den notfallmedizinischen Indikationen palliativer Notfälle wird deutlich, dass beide im Wesentlichen identisch sind. Die medizinischen Indikationen des palliativen Notfalls umfassen oftmals:

1. Atmungsprobleme,
2. Herz-Kreislauf-Beschwerden inklusive Reanimation,
3. Bewusstseinsstörungen,
4. Schmerzexazerbationen und
5. sonstige Beschwerden mit Einfluss auf die Vitalfunktionen.

Unterschied zum Notarztindikationskatalog ist v.a., dass bei palliativen Notfallsituationen die kurative Heilung nicht im Mittelpunkt des notfallmedizinischen Handelns steht. Somit gilt es, bei allen Patienten im palliativen Krankheitsstadium die 6 Dimensionen palliativer Notfälle im Sinne des multidimensionalen Geschehens zu betrachten und die Patienten auch unter diesen Aspekten zu therapieren (vgl. Abb. 9).

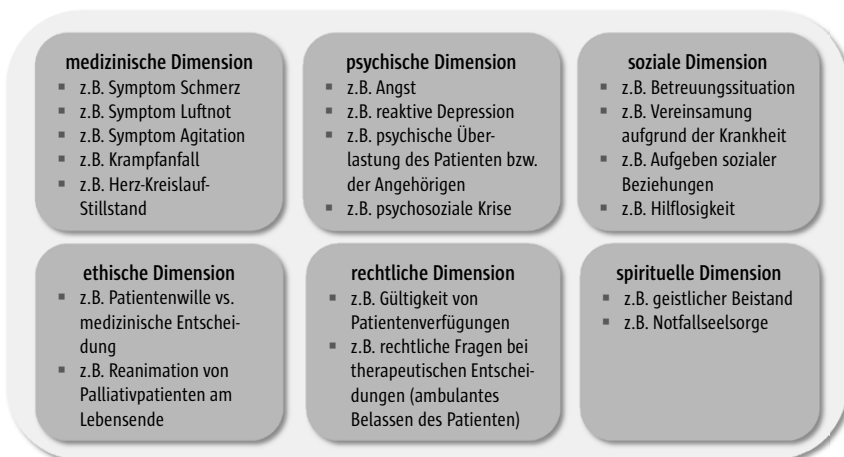


Abb. 9 Dimensionen, die den „Palliativen Notfall“ als Ereignis beeinflussen (sog. „Total Palliative Care Emergency Concept“ nach Wiese et al. 2011 in Anlehnung an C. Saunders' Total Pain Konzept)

### 14.5.1 Besonderheiten palliativer Notfälle

Ein besonderer Aspekt dieser multidimensionalen Sichtweise ist v.a. die rechtliche Dimension, die gerade in der Diskussion über Patientenautonomie und Darstellung dieser oftmals zu Handlungsunsicherheiten bei Notfallmedizinern und Rettungsdienstpersonal führt. Hier stellen sich insbesondere Fragen bezüglich Beginn und Beenden von Reanimationsmaßnahmen, medizinische Indikation, Behandlungssinnhaftigkeit, Ablehnen von Therapiemaßnahmen und natürlich Gültigkeiten von Patientenverfügungen.

## 14.6 Rechtliche Fragestellungen bei palliativen Notfällen

Das deutsche Recht beinhaltet, dass Patienten jede medizinische Maßnahme, entsprechend ihrer Autonomie, zu jeder Zeit ablehnen können, wenn die volle Einsichtsfähigkeit in ihr Handeln vorausgesetzt werden kann. Die Einforderung jeder medizinischen Maßnahme (z.B. entgegen einer nicht vorhandenen medizinischen Indikationsstellung) ist allerdings nicht möglich. Gerade bei palliativen Notfällen bzw. in der Palliativsituation sind sowohl Ablehnung als auch Einfordern bestimmter medizinischer Maßnahmen sehr gut antizipierend planbar. Hierzu sind dann auch Kenntnisse des Notfallteams zu Patientenverfügungen, Notfallplänen (Beispiel s. Abb. 10), Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen unabdingbar. Weiterhin sollte dem Notfallteam auch bekannt sein, welche Aspekte die aktive Sterbehilfe, die passive Sterbehilfe sowie die sogenannte direkte resp. indirekte Sterbehilfe umfassen, um hier in der Notfallsituation nicht von Fehlannahmen rechtlicher Besonderheiten geleitet zu werden.

PALLIATIVNOTFALLBOGEN	
Name: _____	<u>WICHTIGE Kontaktpersonen / Telefonnummern:</u>
Geb.Datum: _____	Nächster Angehöriger: _____
Adresse: _____	Bevollmächtigter: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Diagnosen: _____	Name/Geb.Datum: _____
_____	Adresse: _____
_____	(o.g. Bevollmächtigter gem. §1896 Abs. 2 BGB bei Einwilligungsunfähigkeit ist zur Umsetzung meines in dieser Verfügung bestimmten Willens ernannt)
Aktuelle Probleme: _____	( ) Palliativteam: _____
_____	( ) Hausarzt: _____
Besonderheiten: _____	( ) Notarzt: _____ 112
_____	( ) Seelsorge: _____
<u>Herz-Lungen-Wiederbelebung gewünscht?</u>	Ablehnung weiterer medizinischer Maßnahmen:
<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	_____
<u>Krankenhauseinweisung gewünscht?</u>	_____
<input type="radio"/> Ja (siehe Erläuterung) <input type="radio"/> Nein	_____
<u>Aufklärung Prognose/Diagnose?</u>	_____
Patient: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	_____
Angehörige: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	_____
Patientenverfügung (PV) vorhanden <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Letzter Klinikaufenthalt: _____
Vorsorgevollmacht vorhanden <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Aufklärung bei Erstellung des Bogens durch:
(Inhalt Notfallbogen steht <u>NICHT</u> im Widerspruch zur PV/Vorsorgevollmacht)	_____
Hinterlegung der Dokumente: _____	_____
Datum _____ Name _____ Unterschrift Patient/Bevollmächtigter _____ <small>(Aktualisierungen ggf. Abweichungen PV siehe Rückseite. Der Notfallbogen ist an die gültige Gesetzgebung §1901a Abs. 1-5 BGB adaptiert und hat auch für Rettungsassistenten / Notfallsanitäter Gültigkeit. Ich erkläre jede Person, unabhängig ihrer medizinischen Qualifikation, von ihrer Verpflichtung, eine Reanimation bei mir durchführen zu müssen und bin mir möglicher Konsequenzen vollkommen bewusst).</small>	Datum _____ Name des Arztes _____ Unterschrift _____ <small>(Mögliche Konsequenzen, die sich aus der Ablehnung medizinischer Maßnahmen ergeben, wurden dem Patienten erläutert. Die volle Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit des Patienten lag zum Zeitpunkt der Erstellung vor)</small>

Abb. 10 Palliativnotfallbogen (Regensburger Modell, Vs. 2014; mod. nach Wiese 2008)



Weiterhin steht das Notfallteam in der Versorgung palliativer Notfallpatienten oftmals in einem Konflikt zwischen einer häufig zeit- und zuwendungsintensiven Behandlung des Patienten mit ggf. auch nachfolgender Organisation der weiteren patientenorientierten Versorgung (sowohl innerklinisch als auch ambulant) und der in der Notfallmedizin immer wieder postulierten Garantenpflicht im Sinne einer zügigen Wiederherstellung der Einsatzbereitschaft. Juristisch ist allerdings ein Notfalleinsatz erst nach einer für den individuellen Patienten hinreichenden Versorgung abgeschlossen. Diese gestaltet sich sowohl in der primären Therapie des Patienten als auch in der Organisation der Folgetherapie. Probleme bezüglich der Wiederherstellung der Garantenpflicht können sich nicht aus der Versorgungsdauer eines Patienten ergeben.

Aufgrund der Lebenslimitierung der Erkrankung ist es v. a. bei Palliativpatienten anzuraten, zeitnah entsprechende eindeutige Notfallverfügungen zu erstellen bzw. sich als Patient und betreuender Angehöriger Gedanken über gewünschte oder nicht gewünschte therapeutische Maßnahmen gemacht zu haben. Hierdurch kann auch die Rechtsunsicherheit in der Notfallsituation für das Notfallteam reduziert werden (vgl. Fall 2). Es ist somit die Optimierung einer patientenorientierten und der Patientenautonomie entsprechenden therapeutischen Maßnahme vereinfacht möglich.

Eine schriftlich verfasste Therapiezieläußerung des Palliativpatienten entbindet das Notfallteam im Rahmen der notfallmedizinischen Therapie des palliativen Notfallpatienten nicht davon, weitere mögliche Willensäußerungen des kontaktierbaren Patienten zu berücksichtigen bzw. nach einer solchen zu handeln. Wichtig ist ebenfalls die Kenntnis, dass die Angehörigen eines nicht mehr kontaktierbaren Patienten kein „natürliches Stellvertretungsrecht“ haben (Wiese 2008).

## 14.7 Zusammenfassung

Palliative Notfälle stellen oftmals eine Stresssituation für das Notfallteam dar. Es handelt sich bei derartigen Notfällen nicht um regelhaft bekannte eindimensionale Geschehen, sondern häufig um multidimensionale Ereignisse, bei denen es primär gilt, den Palliativpatienten als solchen zu identifizieren, die Notfallsituation als solche zu kategorisieren und hiernach entsprechend im Sinne des Patienten zu handeln (sowohl primäre notfallmedizinische Therapie als auch Organisation einer weiteren Versorgung des Patienten). Probleme können bei der Versorgung palliativer Notfallpatienten entstehend durch

1. medizinisch fachliche Unsicherheiten/Unwissenheit,
2. rechtliche Unsicherheiten/Unwissenheit,
3. fehlende Routine in der Versorgung palliativer Notfälle,
4. hohen Handlungsdruck/Erwartungshaltung bei Patient und Angehörigen,
5. Beeinflussung der Therapie durch eigene ethische und moralische sowie therapeutische Einstellungen,
6. unzureichende adäquate Weiterversorgungsmöglichkeiten und
7. nicht ausreichende notfallmedizinische Ausrüstung.

Aus diesen Problemen ergeben sich aber auch die entsprechenden Lösungsmöglichkeiten, die es gilt aktuell und in Zukunft zu nutzen, um auch dieser speziellen Patientengruppe in der notfallmedizinischen Versorgung jederzeit gerecht werden zu können.

## 14.8 Zwei Fallbeispiele

### Fall 1: Kooperation zwischen Rettungsdienst und SAPV Team

Notfallmedizinische Versorgung einer 50-jährigen Patientin mit einem multipel metastasiertem Larynx Karzinom. Symptome der Patientin waren Dyspnoe, Agitiertheit und Schmerzen multilokulär (NRS 8/10). Eine Klinikeinweisung lehnte die wache, kontaktierbare und einsichtsfähige Patientin ab. Telefonische Rücksprache zwischen Notarzt und betreuendem Palliativarzt des ortsansässigen SAPV Teams. Hiernach durch den Notarzt symptomadaptierte Therapie der Beschwerden sowie weitere ambulante Versorgung durch das SAPV Team im Anschluss an die notfallmedizinische Therapie. Somit konnte die Patientin in häuslicher Umgebung belassen werden. Die Alarmierung des Rettungsdienstes erfolgte retrospektiv betrachtet aufgrund einer psychosozialen Überlastung der Angehörigen, welche sich in der Dramatik des palliativen Notfalls (Kategorie 4) eine schnelle Unterstützung durch das schnellst verfügbare medizinische System wünschten.

### Fall 2: Reanimation bei einem Palliativpatienten im weit fortgeschrittenen Erkrankungsstadium

Versorgung eines 82-jährigen Patienten mit multipel metastasiertem Prostata-Karzinom. Die Alarmierung des Rettungsdienstes erfolgte durch die Angehörigen. Eine Kontaktierbarkeit des Patienten war bei Eintreffen des Notfallteams nicht gegeben. Primär zeigten sich Bewusstlosigkeit (GCS 3), im EKG eine pulslose elektrische Aktivität (PEA), ein nicht messbarer Blutdruck, eine nicht messbare periphere Sauerstoffsättigung sowie Schnappatmung. Der Ernährungs- und Allgemeinzustand des Patienten war deutlich reduziert. Aufgrund der nicht eindeutigen Situation wurden durch die Rettungsassistenten Reanimationsmaßnahmen entsprechend der Leitlinien des ERC begonnen. Während der Reanimation konnte der Notarzt mithilfe der Angehörigen den Willen des Patienten mittels Patientenverfügung (auch bekräftigt durch die Tochter des Patienten als Vorsorgebevollmächtigte) und Palliativnotfallbogen eruieren (vgl. Abb. 10). Zusätzlich waren in mehreren Arztbriefen die infauste Diagnose und die ungünstige Prognose dokumentiert. Somit wurden die Reanimationsmaßnahmen aufgrund fehlender medizinischer Indikation sowie eindeutig dargestelltem Patientenwillen eingestellt. Der Patient verstarb in häuslicher Umgebung. Ein Notfallseelsorger übernahm nach Versterben des Patienten die Betreuung der Angehörigen in der Akutphase.

## Literatur

- Ingleton C, Payne S, Sargeant A, Seymour J (2009) Barriers to achieving care at home at the end of life: transferring patients between care settings using patient transport services. *Palliat Med.* 23: 723–30
- Makowski C, Marung H, Callies A, Knacke P, Kerner T (2013) Notarzteeinsätze bei Palliativpatienten – Algorithmus zur Entscheidungsfindung und Behandlungsempfehlungen. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 48: 90–96
- Mercadante S, Porzio G, Valle A, Aielli F, Costanzo V, Adile C, Spedale V, Casuccio A; Home Care Italy Group (HOCAL) (2012) Emergencies in patients with advanced cancer followed at home. *J Pain Symptom Manage.* 44: 295–300

- Quest TE, Asplin BR, Cairns CB, Hwang U, Pines JM (2011) Research priorities for palliative and end-of-life care in the emergency setting. *Acad Emerg Med* 18: e70–e76
- Quest TE, Emanuel LL, Gisondi M, Engel K, Osgood K (2010) Impact of the education in palliative and end-of-life care project on emergency medicine education and practice. *J Emerg Nurs* 39: 334–335
- Quest TE, Marco CA, Derse AR (2009) Hospice and palliative medicine: new subspecialty, new opportunities. *Ann Emerg Med* 54: 94–102
- Salomon F (2000) Entscheidungskonflikte am Notfallort. *Anaesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 35: 319–325
- Salomon F (2005) Palliativmedizinische Kompetenz im Rettungsdienst? Der alleingelassene Notarzt. *Notfall Rettungsmed* 8: 542–547
- Tsai SC, Liu LN, Tang ST, Chen JC, Chen ML (2010) Cancer pain as the presenting problem in emergency departments: incidence and related factors. *Support Care Cancer* 18: 57–65
- Wiese CH, Bartels U, Duttge G, Graf BM, Hanekop GG (2008) Palliativpatienten im weit fortgeschrittenen Krankheitsstadium – Notärztliche Reanimation und Todesfeststellung. *Anästhesist* 57: 873–881
- Wiese CH, Ittner KP, Graf BM, Lassen CL (2012) Präklinische palliative Notfälle – Besonderheiten in der therapeutischen Entscheidung. *Z Palliativmed* 13: 75–90
- Wiese CH, Lassen CL, Bartels UE, Taghavi M, Elhabash S, Graf BM, Hanekop GG (2013) International recommendations for outpatient palliative care and prehospital palliative emergencies – a prospective questionnaire-based investigation. *BMC Palliat Care*. 12: 10
- Wiese CH, Vagts DA, Kampa U, Pfeiffer G, Grom IU, Gerth MA, Graf BM, Zausig YA; Expertengruppe Palliativ- und Notfallmedizin Akademie für Palliativmedizin und Hospizarbeit Dresden (2011) Palliativpatienten und Patienten am Lebensende in Notfallsituationen – Empfehlungen zur ambulanten Versorgungsoptimierung. *Anaesthesist* 60: 161–171



PD Dr. med. Christoph H.R. Wiese, MHBA

Nach dem Medizinstudium in Göttingen Facharztausbildung Anästhesie und Intensivmedizin; Zusatzweiterbildungen in Notfallmedizin, Palliativmedizin, spezieller Intensivmedizin und spezieller Schmerzmedizin. Seit 2009 Funktionsbereichsleiter Schmerzmedizin der Klinik für Anästhesiologie am Universitätsklinikum Regensburg. Seit 01.08.2015 Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin am Herzogin-Elisabeth-Hospital Braunschweig. Habilitation und zahlreiche wissenschaftliche Artikel sowie Buchbeiträge zum Thema „Palliative Notfälle“.