

**Aus der Klinik für Palliativmedizin
(Prof. Dr. med. F. Nauck)
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen**

**Palliativmedizinischer Notfall – Patientenverfügungen im Rettungsdienst
und Evaluation einer Schulungsmaßnahme von
Rettungsdienstmitarbeitern der Berufsfeuerwehr Essen**

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät der
Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von
Johannes Wocken
aus
Essen

Göttingen 2015

Dekan: Prof. Dr. rer. nat. H. K. Kroemer

I. Berichterstatter: Prof. Dr. med. F. Nauck

II. Berichterstatter: PD Dr. med. M. Roessler

III. Berichterstatter: Prof. Dr. med. T. Raupach

Tag der mündlichen Prüfung: 20.09.2016

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Palliativmedizin nach der Definition der World Health Organization (WHO)..	1
1.2	Grundsätze der Palliativmedizin	1
1.3	Definition Palliativpatient	3
1.4	Palliativmedizin in Deutschland	3
1.5	Patientenverfügungen	5
1.6	Palliativmedizinische Versorgung im Rahmen des Notarzt- und Rettungsdienstes	8
1.6.1	Rettungsdienstliche Versorgung eines inkurabel Erkrankten – ein Fallbeispiel	8
1.6.2	Rettungsdienstliche Versorgung von Palliativ- patienten – ein Gegensatz?.....	11
1.6.3	Patientenverfügungen im Rettungsdienst.....	14
1.6.4	Kooperation bei rettungsdienstlicher Versorgung von Palliativ- patienten mit den Einrichtungen der ambulanten Palliativversorgung	18
1.7	Rettungsdienstliche Versorgungsstrukturen der Stadt Essen.....	19
1.8	Fragestellungen der vorliegenden Arbeit.....	22
2	Material und Methoden	23
2.1	Erhebung, Erfassung und Verarbeitung der Daten.....	23
2.2	Befragung der Rettungsdienstmitarbeiter und Schulungsmaßnahme	23
2.3	Instrumente	24
2.3.1	Fragebogen Teil I – Vor der Schulungsmaßnahme	24
2.3.2	Fragebogen Teil II – Nach der erfolgten Schulungsmaßnahme	26
2.4	Statistische Datenanalyse	27
2.5	Software	28
2.6	Einschluss- und Ausschlusskriterien	28
3	Ergebnisse.....	29
3.1	Rücklauf	29
3.2	Studienteilnehmer.....	29
3.3	Einsatzhäufigkeit bei Patienten mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen...	32
4	Diskussion.....	46
4.1	Studienteilnehmer.....	46

4.2	Rettungsdienstliche Versorgung von Patienten in weit fortgeschrittenem Erkrankungsstadium.....	47
4.3	Patientenverfügungen im Rettungsdienst.....	50
4.4	Bedeutung der vorliegenden Arbeit für die Praxis	55
4.5	Limitation der Arbeit.....	56
5	Zusammenfassung	57
6	Literaturverzeichnis	59
7	Anhang.....	67
7.1	Abbildungsverzeichnis.....	67
7.2	Tabellenverzeichnis.....	69
7.3	Tabellarische Darstellung der Ergebnisse	70
7.4	Fragebogen vor Schulungsmaßnahme	74
7.5	Fragebogen nach der Schulungsmaßnahme	79
7.6	Folien Schulungsmaßnahme.....	82
7.7	Bestätigung der Ethikkommissionen.....	85

Abkürzungsverzeichnis

AAPV	Allgemeine ambulante Palliativversorgung
ACP	<i>Advance Care Planning</i>
BestG NRW	Bestattungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.
DNR	<i>do not resuscitate</i>
et al. (et alii)	und andere
HAnNo	Hausärztliche Anordnung für den Notfall
KTW	Krankentransportwagen
LRA	Lehrrettungsassistent
LRF	Löschrettungsfahrzeug
NA	Notararzt
NAW	Notarztwagen
NEF	Notarzteinsatzfahrzeug
NotSan-APrV	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter
p. a.	<i>per annum</i>
PALMA	Patienten-Anweisungen für lebenserhaltende Maßnahmen
PCT	<i>Palliative Care Team</i>
PV	Patientenverfügung
RA	Rettungsassistent
RettG NRW	Rettungsgesetz NRW
RH	Rettungshelfer
RS	Rettungssanitäter
RTW	Rettungswagen
RTW-N	Rettungswagen mit Notarzt
SAPV	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
StGB	Strafgesetzbuch
VormG	Vormundschaftsgesetz
WHO	<i>World Health Organization</i>

1 Einleitung

Das Einsatzspektrum im Rettungsdienst unterliegt seit Jahren einem Wandel. Es stehen nicht mehr Unfälle im Zentrum der rettungsdienstlichen Versorgung, sondern zunehmend sind Einsätze bei alten und inkurabel erkrankten Menschen am Lebensende Bestandteil des notfallmedizinischen Alltags (Wiese et al. 2012; Marung und Wiese 2013). Aktuelle Studien zufolge besitzen 3 bis 10 % der Gesamteinsätze einen palliativmedizinischen Hintergrund (Mercadante et al. 2012; Wiese et al. 2007b).

Hinzu kommt, dass nicht nur aufgrund der steigenden Anzahl an palliativmedizinischen Notfällen im Rettungsdienst Rettungsdienstmitarbeiter immer häufiger im Einsatzgeschehen auf Patienten treffen werden, die eine Patientenverfügung (PV) verfasst haben.

Im Rahmen dieser Arbeit soll durch eine Untersuchung anhand einer Schulungsmaßnahme von Mitarbeitern der Essener Berufsfeuerwehr ein Überblick über die rettungsdienstliche palliativmedizinische Versorgung und den Umgang mit Patientenverfügungen im Essener Rettungsdienst gegeben werden.

1.1 Palliativmedizin nach der Definition der World Health Organization (WHO)

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Palliativmedizin „ein Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Familien, die mit Problemen konfrontiert sind, welche mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung einhergehen. Dies geschieht durch Vorbeugen und Lindern von Leiden durch frühzeitige Erkennung, sorgfältige Einschätzung und Behandlung von Schmerzen sowie anderen Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art“ (WHO 2002, o. S.).

1.2 Grundsätze der Palliativmedizin

Die Palliativmedizin stellt ein fächerübergreifendes, multiprofessionelles Versorgungssystem für lebensbedrohlich, fortgeschritten bzw. inkurabel Erkrankte und

deren Angehörige dar. Nicht die Heilung steht im Zentrum palliativmedizinischen Handelns, sondern die Linderung des Leidens und damit die Symptomkontrolle. Die Linderung des Leidens soll zu einer möglichst langfristigen Verbesserung der Lebensqualität beitragen.

Die Grundsätze der stationären palliativmedizinischen Versorgung gehen auf Cicely Saunders, Ärztin und Krankenschwester, zurück. Sie gründete 1967 in London das St. Christopher's Hospice (Klaschik et al. 2001).

Folgende Grundsätze der Palliativmedizin stellte Saunders 1977 auf (Shephard 1977):

- Behandlung von Patienten in verschiedenen Umgebungen (stationär, ambulant, Pflegeheim etc.) mit einem *High-person-low-technology*-Ansatz
- Effektive Betreuung auch zu Hause
- Multidisziplinäres Team, individuelle Behandlung jedes Patienten und Koordination des Teams durch das im Einzelfall zuständige Teammitglied
- Symptomkontrolle und vor allem Schmerzbehandlung durch Spezialisten
- Ausgebildete und erfahrene Pflegekräfte
- Integration von ehrenamtlichen Mitarbeitern
- Leicht zugängliche zentrale Koordinationsstelle für das palliativmedizinische Team
- Verpflichtung zur kontinuierlichen Betreuung des Patienten und dessen Angehörigen, Unterstützung der Hinterbliebenen nach dem Tod des Patienten
- Forschung, systematische Dokumentation und statistische Ausarbeitung der Behandlungsergebnisse
- Unterricht und Ausbildung von Ärzten, Pflegepersonal, Sozialarbeitern und Seelsorgern

Seit den Anfängen der Palliativmedizin in den 1960er Jahren erlebt das junge Fach eine stetige Weiterentwicklung. Grundsätzliches Ziel der Palliativmedizin ist es, im ambulanten und stationären Bereich schwersterkranken und sterbenden Patienten durch eine intensive, multiprofessionelle Betreuung beizustehen. Im Zentrum der palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen steht die Optimierung der Lebensqualität des inkurabel erkrankten Patienten. Diese soll durch Symptom-

linderung so lange wie möglich aufrechterhalten werden. Dabei muss stets die Autonomie des Patienten bewahrt werden (Nauck et al. 2015).

Unklar bleibt oft, ab welchem Zeitpunkt ein Patient palliativmedizinischer Unterstützung bedarf. In neueren Definitionen zur Palliativmedizin wird versucht, dem Patienten eine bedürfnisorientierte Einbindung in palliativmedizinische Versorgungskonzepte zu ermöglichen (Radbruch und Payne 2009; Nauck et al. 2015). Aus der Entwicklung der palliativmedizinischen Strukturen lässt sich ableiten, dass palliativmedizinische Behandlung und Begleitung zunehmend bereits in frühen Phasen einer Erkrankung und nicht ausschließlich bei Tumorerkrankungen über einen längeren Zeitraum erfolgen (Nauck 2015).

Nach neuem Verständnis der palliativmedizinischen Versorgung besteht kein Widerspruch zwischen palliativmedizinischer Mitbehandlung und simultan durchgeführter onkologischer Tumorthherapie. Vielmehr wird die onkologische Therapie als Ergänzung zur Palliativversorgung gesehen. So geht es auch aus der im Mai 2015 veröffentlichten S3-Leitlinie Palliativmedizin hervor (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2015).

1.3 Definition Palliativpatient

Ein Palliativpatient ist ein Patient, der an einer unheilbaren fortschreitenden Erkrankung leidet und spezieller Versorgung bedarf, um die verbleibende Lebenszeit so angenehm wie möglich zu gestalten (Klaschik et al. 2001).

1.4 Palliativmedizin in Deutschland

Im deutschen Sprachgebrauch hat sich der Begriff der ‚Palliativmedizin‘ etabliert. Im englischen Sprachraum hingegen findet sich häufig der Begriff ‚*Palliative Care*‘. Beide Begriffe beinhalten neben dem ärztlichen auch den pflegerischen und psychosozialen Kompetenzbereich (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2004).

Da die ‚Palliativmedizin‘ als ein multiprofessionelles und interdisziplinäres medizinisches Fachgebiet zu sehen ist, beinhaltet sie neben der Schmerztherapie und Symptomkontrolle auch die psychische, soziale und seelsorgerische Betreuung des Patienten sowie der Angehörigen. Darüber hinaus ist die Angehörigenbetreuung über den Tod des Patienten hinaus Teil des multiprofessionellen Ansatzes. Von

einigen palliativmedizinischen Einrichtungen werden Trauercafés oder Gesprächsrunden für trauernde Angehörige angeboten, um eine weitere Betreuung der Angehörigen über den Tod des Patienten hinaus zu gewährleisten (Aulbert und Ruthmarijke 2011).

Der Sterbeprozess wird als Teil des Versorgungskonzeptes, als Teil des Lebens gesehen und als natürlicher Prozess erkannt. Nach Klaschik und Husebø ist Palliativmedizin eine eindeutige Absage an die aktive Sterbehilfe (Husebø und Klaschik 2006).

Die palliativmedizinische Versorgung gliedert sich in den ambulanten und stationären Bereich. 1983 wurde die erste Palliativstation Deutschlands in Köln eröffnet (Zech et al. 1994). Seitdem steigt die Zahl der Palliativstationen stetig. Im Jahr 2014 existieren deutlich mehr als 300 Palliativstationen (306 im Jahr 2012) (Nauck et al. 2015).

Im ambulanten Bereich wird zwischen allgemeiner und spezialisierter palliativmedizinischer Versorgung unterschieden. Bei der Allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) werden Palliativpatienten, die noch keine komplexe Symptomlast haben, in erster Linie von niedergelassenen Allgemein- und Fachärzten sowie ambulanten Pflegediensten mit dem Ziel versorgt, die Lebensqualität zu verbessern und die Selbstbestimmung der Patienten so weit wie möglich zu erhalten (Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin 2009). In Ergänzung zur AAPV steht die Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV). Sie beinhaltet die palliativärztliche und palliativpflegerische Beratung und/oder Versorgung. Ziel der SAPV ist es, den Patienten im häuslichen Umfeld durch eine umfassende Symptomlinderung zu betreuen. Durch diese spezifischen Versorgungsstrukturen sollen belastende und unnötige Krankenhauseinweisungen vermieden werden (SAPV Team Nürnberg 2015; Alt-Epping und Nauck 2015). SAPV-Teams arbeiten multiprofessionell und sollen die hausärztliche Primärversorgung und die ambulanten Pflegedienste ergänzen, ohne die Primärversorgung zu ersetzen (Nauck et al. 2015).

Im April 2007 wurde vom Gesetzgeber ein Rechtsanspruch auf eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung festgelegt. In § 37b des V. Sozialgesetzbuches heißt es: „Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt

zu verordnen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen; hierzu zählen beispielsweise Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe. Versicherte in stationären Hospizen haben einen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Dies gilt nur, wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind. Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen ...“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 2015, o. S.).

Sowohl im Rahmen der AAPV als auch der SAPV sind Rettungsdienste aktiv in die Versorgung von Palliativpatienten eingebunden. Im Falle eines Rettungsdienstes bei einem SAPV-betreuten Patienten ist eine frühzeitige Hinzuziehung des SAPV-Teams unabdingbar. Dies kann unter anderem durch eine 24-Stunden-Erreichbarkeit des SAPV-Teams gewährleistet werden (Nauck et al. 2015). Die Kooperation und Zusammenarbeit zwischen palliativmedizinischen und rettungsdienstlichen Versorgungsstrukturen ist Teil dieser Arbeit.

Die Aufnahme des Faches Palliativmedizin in die Approbationsordnung für Ärzte zeigt, dass das Fachgebiet zunehmend an Bedeutung gewinnt und somit auch der Gesetzgeber dem Fachbereich mit der Verankerung in die Approbationsordnung gerecht wurde. Für Studenten der Medizin muss seit August 2013 der Leistungsnachweis Palliativmedizin für die Zulassung zum Praktischen Jahr vorgelegt werden (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 2002).

1.5 Patientenverfügungen

Die Möglichkeit zur Selbstbestimmung ist das höchste Gebot und Symbol der Freiheit eines jeden Individuums. Das Selbstbestimmungsrecht des Menschen und das Recht auf körperliche Unversehrtheit sind gemäß den Artikeln 1 und 2 des Grundgesetzes

in der deutschen Verfassung verankert (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 2014).

Auch im Falle von Krankheit und am Lebensende soll und muss das größtmögliche Maß an Autonomie gewährleistet sein. Der Wunsch und damit die Autonomie des Patienten steht im Zentrum des medizinischen Handelns. Die Ablehnung einer medizinischen Maßnahme durch den Patienten ist juristisch und ethisch abgesichert. Die klinische Therapieentscheidung beruht in der Regel auf einer zugrunde liegenden ärztlichen Indikationsstellung einerseits und einer (nachgeschalteten) autonomen Zustimmung oder Ablehnung des Patienten zu der vorgeschlagenen Maßnahme andererseits (Neitzke 2008). Ein Patientenwunsch kann unter bestimmten definierten Umständen in einem gerechtfertigten Kontext, z. B. unter Berücksichtigung eines ausgeprägten psychischen Leidensdrucks, in den Indikationsbegriff mit seinem derzeitigen Verständnis subsumiert werden. Er kann in einer vertrauensgeprägten Autonomiekonzeption des *shared decision making* gerechtfertigt werden (Alt-Epping und Nauck 2012). Das Selbstbestimmungsrecht erlischt auch nicht bei Nichteinwilligungsfähigkeit des Patienten. In dieser Situation kann eine Patientenverfügung eine Form einer vorweggenommenen Einwilligung (bzw. Ablehnung) darstellen, eine Vorsorgevollmacht bzw. Betreuungsverfügung eine Form stellvertretender Einwilligung (bzw. Ablehnung).

Seit den 1960er Jahren finden Patientenverfügungen, genannt *advance directives*, in den USA in der klinischen Praxis Anwendung (Vollmann und Knöchel-Schiffer 1999). Eine Patientenverfügung dient dazu, dass ein Patient zu Zeiten, in denen er im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte ist, eine Handlungsanweisung gibt, wie verfahren werden soll, wenn er nicht mehr in der Lage ist, über seine medizinische Behandlung eigenständig zu entscheiden (Nichteinwilligungsfähigkeit). Patientenverfügungen dienen der Feststellung des mutmaßlichen Willens des Patienten und damit der Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes. Die Erstellung einer Patientenverfügung sollte in ärztlicher Absprache erfolgen (Nauck et al. 2014).

Im Rahmen der Gesetzesnovellierung der §§ 1901 ff. des BGB („Betreuungsrechtsänderungsgesetz“ bzw. „Patientenverfügungsgesetz“) wurde am 29. Juli 2009 durch den Bundestag eine Änderung und Überarbeitung der

entsprechenden Rechtsvorschriften beschlossen (Driehorst und Keller 2014). Mit dieser Änderung der gesetzlichen Grundlagen wurde der Status des Betreuers und des Vorsorgebevollmächtigten maßgeblich gestärkt.

Im Gesetzestext heißt es: „Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden“ (Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz 2009, o. S.).

Ergänzend zu einer Patientenverfügung kann eine sogenannte Vorsorgevollmacht erstellt werden. Darin bestimmt der Patient konkret eine Vertrauensperson, welche stellvertretend für ihn Entscheidungen fällt, wenn er sich wegen einer schweren Krankheit oder sonstiger Umstände nicht mehr um seine eigenen Anliegen kümmern kann.

Im Gesetz wird idealerweise die Beteiligung eines Patientenstellvertreters als Entscheidungspartner des Arztes empfohlen. Ist kein Bevollmächtigter benannt, darf in einer Notfallsituation nicht auf die Bestellung eines gerichtlichen Betreuers gewartet werden. In diesem Fall, einem ‚betreuungsfreien Intervall‘, ist der Arzt alleiniger Entscheidungsträger, der den Patientenwillen umsetzt (Brokmann et al. 2014; Schröder et al. 2002).

Laut Gesetz wird dem Patienten die aktive Selbstbestimmung in Vorsorgefragen ermöglicht. Damit können konkrete Maßnahmen bereits im Vorhinein durch den Verfügenden eingewilligt oder aber auch abgelehnt werden. Beispielsweise könnte eine Herz-Lungen-Wiederbelebung grundsätzlich abgelehnt werden. Eine eindeutige, unmissverständliche Formulierung der Verfügung erscheint unabdingbar, um dem Patientenwillen im Ernstfall so gut wie möglich nachzukommen.

Die Häufigkeit von Vorsorgevollmachten und deren Bekanntheitsgrad in Deutschland lässt sich schwer abschätzen. Es existiert ein zentrales Register für

Vorsorgevollmachten der Bundesnotarkammer (Bundesnotarkammer – Zentrales Vorsorgeregister 2015). Hier können privat und notariell erstellte Vorsorgevollmachten registriert werden. Die Bundesnotarkammer führt das Vorsorgeregister im gesetzlichen Auftrag und ist Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Sitz in Berlin. Die Zahl der registrierten Vorsorgevollmachten steigt stetig. 2015 betrug sie bereits rund 2,7 Millionen. Pro Jahr kann ein Zuwachs von rund 400.000 Registrierungen verzeichnet werden (Bundesnotarkammer – Zentrales Vorsorgeregister 2015). Eine Registrierung ist freiwillig und nicht verpflichtend.

Ältere Studien belegen, dass in Deutschland etwa 10 % der Bevölkerung und 12,4 % der Bewohner von Senioreneinrichtungen Patientenverfügungen haben (Sommer et al. 2012; van Oorschot 2008). Eine im September 2015 veröffentlichte Schätzung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern geht davon aus, dass ca. 28 % der Gesamtbevölkerung eine Patientenverfügung besitzen (Kassenärztliche Vereinigung Bayerns 2015). Für Krebskranke werden Zahlen in älteren Studien von 15 % bis 18 % angegeben (van Oorschot 2008).

1.6 Palliativmedizinische Versorgung im Rahmen des Notarzt- und Rettungsdienstes

1.6.1 Rettungsdienstliche Versorgung eines inkurabel Erkrankten – ein Fallbeispiel

Folgender Fallbericht, der bei einem Rettungsdiensteinsatz vom Verfasser der Dissertation selbst erlebt wurde, untermauert die Notwendigkeit einer Auseinandersetzung mit der Schnittstellenproblematik der Betreuung von Patienten am Lebensende und bei akutmedizinischer rettungsdienstlicher Versorgung:

Am 28. April 2011 erfolgt gegen fünf Uhr morgens die Alarmierung eines Rettungswagens und Notarztwagens mit dem Einsatzstichwort ‚Atemnot‘ zu einer Privatadresse. Weitere Informationen werden von der Rettungsleitstelle nicht weitergegeben.

Der Rettungswagen trifft zuerst an der Einsatzstelle ein. Vor Ort empfängt die Ehefrau des Patienten das Rettungsteam und führt es in das eheliche Schlafzimmer. Es wird ein 53-jähriger männlicher Patient im Pflegebett liegend vorgefunden. Der Patient zeigt ein gräulich livides Hautkolorit, ist pulslos und atmet nicht. Von den

Rettungsassistenten wird eine Reanimation eingeleitet. Das initial abgeleitete EKG zeigt eine Asystolie. Die Ehefrau berichtet, dass ihr Mann zunehmend schlecht Luft bekommen und wenige Minuten vor Eintreffen der Rettungskräfte regungslos auf dem Bett gelegen habe. Eine Patientenverfügung bestünde nicht. Zur Grunderkrankung kann fremdanamnestisch zu diesem Zeitpunkt keine Information eingeholt werden. Die Ehefrau ist sehr aufgewühlt und kann kaum zielgerichtet antworten.

Etwa zwei Minuten nach Eintreffen der Rettungswagenbesatzung trifft der Notarzt mit einem Rettungsassistenten und einem Rettungssanitäter an der Einsatzstelle ein. Der Notarzt übernimmt die Herzdruckmassage; ein Rettungsassistent der Rettungswagenbesatzung führt die Beatmung durch.

In der Zwischenzeit versucht der Rettungsassistent des Notarztwagens weitere Informationen von der Ehefrau des Patienten einzuholen. Ein Rettungsassistent des Rettungswagens schaut sich im Patientenzimmer um und findet einen Entlassungsbrief einer onkologischen Klinik in Wohnortnähe, datiert auf den 21. April 2011. Dem Brief ist zu entnehmen, dass der Patient in palliativer Absicht eine Chemotherapie bei Pankreaskarzinomleiden mit Peritonealkarzinose erhalten hat, diese jedoch aufgrund massiver Nebenwirkungen abgebrochen und der Patient wenige Tage zuvor zur palliativmedizinischen Weiterbehandlung auf eigenen Wunsch nach Hause entlassen wurde.

Der Notarzt konfrontiert die Ehefrau mit der ungünstigen Prognose; sie beteuert, dass ihr Mann keine ‚Gerätemedizin‘ gewollt habe. Nach eingehender Erläuterung durch den Notarzt und im Einvernehmen mit der Ehefrau werden die Wiederbelebungsmaßnahmen eingestellt. Der Ehefrau wird weitere Betreuung durch einen Notfallseelsorger angeboten, welche sie jedoch ablehnt. Der Einsatz wird daraufhin beendet und die eingesetzten Fahrzeuge des Rettungsdienstes melden sich gegen 6:20 Uhr wieder einsatzbereit.

In dem Fallbericht wurde das Rettungsteam mit einem inkurabel erkrankten Patienten konfrontiert, welcher in palliativmedizinischem Setting auf eigenen Wunsch nach Hause entlassen worden war. Bei Auftreten der oben beschriebenen Atemnot alarmierte die Ehefrau über den Notruf den Rettungsdienst. Symptomexazerbationen wie beispielsweise Atemnot sind klassische palliativmedizinische Notfallbilder (Schrijvers und van Fraeyenhove 2010). In dem vorliegenden Fall kann davon

ausgegangen werden, dass der Patient im Rahmen der sich dramatisch entwickelnden Situation rasche Unterstützung benötigte, weshalb die Ehefrau des Patienten den Rettungsdienst anforderte. Im hier vorliegenden Fall war eine palliativmedizinische Unterstützung im Sinne einer raschen Symptomlinderung bei dem Patienten nicht mehr erforderlich. Für die Angehörigen eines Patienten besteht in solch einer dramatischen Situation jedoch nicht immer der Wunsch nach notärztlicher Maximaltherapie oder Klinikeinweisung, sondern der Bedarf an Hilfe und Unterstützung in der Sterbesituation bei einer absehbar inkurablen Erkrankung (Wiese et al. 2009a; Wiese et al. 2012; Mercadante et al. 2012; Nauck und Alt-Epping 2008).

Der Leitstellendisponent entschied aufgrund der lebensbedrohlichen Situation gemäß Indikationskatalog, einen Rettungs- und Notarztwagen zur Einsatzstelle zu entsenden (Bundesärztekammer 2013). Da die Rettungswagenbesatzung kurz vor dem Notarzt eintraf und eine leblose Person vorfand, wurde gemäß den aktuellen Reanimationsrichtlinien umgehend eine Herz-Lungen-Wiederbelebung eingeleitet (Deakin et al. 2010; Koster et al. 2010). Eine Patientenverfügung lag nicht vor und der mutmaßliche Wille des Patienten konnte initial nicht festgestellt werden, da die Ehefrau in dieser Extremsituation zunächst keine Angaben machen konnte. Somit musste zunächst davon ausgegangen werden, dass der Patientenwille der Maximaltherapie entsprach. Im Verlauf des Geschehens sowie nach Eintreffen des Notarztes an der Einsatzstelle konnte durch ein intensives Gespräch mit der Ehefrau und anhand eines Entlassungsberichtes einer onkologischen Klinik der Sachverhalt schlussendlich geklärt werden. Die Reanimationsbemühungen wurden folgerichtig, dem ermittelten mutmaßlichen Willen des Patienten entsprechend, nach Rücksprache mit der Angehörigen und intensiver Aufklärung über das akute Krankheitsbild und die damit verbundene Prognose durch den Notarzt sowie in Abstimmung mit dem Rettungsteam eingestellt. Eine Rücksprache und Besprechung im Team werden allgemein als Entlastung für den Arzt im Entscheidungsprozess bei einer Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung gesehen (Joppich et al. 2006). Nach Einstellen der Therapie wurden, wie im Rettungsdienstbereich Essen üblich, der Tod des Patienten festgestellt und die Polizei hinzugezogen. Die Ordnungsbehörde veranlasst üblicherweise im weiteren Verlauf die Leichenschau

und, sofern keine natürliche Todesursache festgestellt werden kann, weitere Ermittlungen.

1.6.2 Rettungsdienstliche Versorgung von Palliativpatienten – ein Gegensatz?

Im Gegensatz zur Palliativmedizin steht häufig die unbedingte Einleitung lebensverlängernder Maßnahmen im Behandlungsfokus rettungsdienstlichen Arbeitens. Leben zu retten, ist ein zentrales Element im Rettungsdienstalltag (Adams und Salomon 2000). Im Rettungsdienst werden in der Regel bei einem kurativen Behandlungsansatz – mit allen ärztlich und technisch verfügbaren Maßnahmen – die Patientenversorgung und der anschließende Transport in eine Klinik durchgeführt. Hier sind die wichtigsten Anliegen, Leben zu retten und schwerwiegende gesundheitliche Schäden abzuwenden.

In der Notfallmedizin werden eher maximaltherapeutische Ansätze wie Reanimation oder Lebensrettung mit dem Ziel, eine kritische Krankheitsphase zu überbrücken, verfolgt. Es wird so gehandelt, da davon ausgegangen wird, dass der Patient die kritische Phase übersteht und die eingeleiteten Maßnahmen zu einer *restitutio ad integrum* führen (Nauck 2011). Palliativmedizin ist der Weg zur Verbesserung der Lebensqualität bei unabwendbarem oder zugelassenem Sterben. Somit scheinen sich Notfall- und Palliativmedizin nach Salomon wechselseitig auszuschließen (Salomon 2005).

Das Zusammenwirken der beiden Disziplinen Palliativmedizin und Notfallmedizin scheint zunächst schwierig, findet jedoch in der Realität regelmäßig statt. Bei der Versorgung von Palliativpatienten durch den Rettungsdienst steht jedoch eben nicht die apparative und invasive Therapie und Diagnostik, sondern vielmehr die Symptomlinderung im Zentrum. Rettungsdienste werden jedoch häufig mit schwer kranken und sterbenden Patienten konfrontiert und müssen innerhalb kürzester Zeit die in dieser Situation angepasste, korrekte und juristisch adäquate Behandlung einleiten (Wiese et al. 2007a; Gutzeit 2012).

Auch aufgrund des demografischen Wandels wird der Rettungsdienst immer häufiger mit alten, multimorbiden und schwer erkrankten Patienten am Lebensende konfrontiert (Schmidbauer et al. 2008). Aus einer Bremer Untersuchung aus dem Jahre 2005 geht hervor, dass der Anteil über 65-Jähriger am Gesamtkollektiv der

rettungsdienstlich zu versorgenden Patienten bei über 50 % liegt (Mohr 2007). Eine Befragung von Rettungsassistenten zur Thematik der palliativmedizinischen Notfallversorgung von Wiese et al. im Göttinger Raum ergab, dass 91,4 % der befragten Rettungsdienstmitarbeiter bereits im Rahmen der rettungsdienstlichen Tätigkeit mit palliativmedizinischen Notfällen konfrontiert worden waren (Wiese et al. 2008c).

Wegen der Häufung palliativmedizinisch geprägter Rettungsdiensteinsätze hat sich in den letzten Jahren der Begriff des ‚palliativen Notfalls‘ entwickelt. Dieser palliativmedizinische Notfall wird seit einiger Zeit in vier Kategorien unterteilt (Beemath und Zalenski 2009; Marung und Wiese 2013; Quest et al. 2009; Wiese et al. 2012):

Palliativer Notfall der Kategorie 1:

- Hier tritt das akute Notfallbild ohne ersichtlichen Zusammenhang zur Grunderkrankung auf. Angestrebt wird die adäquate Therapie und Wiederherstellung der Ausgangssituation. Beispielsweise ist im Rahmen dieser Kategorie 1 folgendes Notfallbild denkbar: Eine Patientin mit einem metastasierten Mammakarzinom erleidet einen Herzinfarkt. In Absprache mit der Patientin ist eine unverzügliche Zuführung in eine kardiologische Klinik mit entsprechender Versorgung und Weiterbehandlung anzustreben. Die weitere Therapieentscheidung muss dann innerklinisch in Abhängigkeit vom Gesamtsetting erfolgen.

Palliativer Notfall der Kategorie 2:

- Bei einem Notfall dieser Kategorie tritt die Notfallsituation aufgrund von Nebenwirkungen der Palliativtherapie auf. Hier ist eine Behandlung der schwerwiegenden oder anhaltenden Nebenwirkungen, z. B. aufgrund einer Chemotherapie, durch Spezialisten erforderlich. In der Regel wird dies mit einer Krankenhauseinweisung für den Patienten verbunden sein. Bei leichter Symptomausprägung ist auch ein ambulantes Therapieregime denkbar.

Palliativer Notfall der Kategorie 3:

- Ein im Rahmen der palliativen Grunderkrankung erstmalig auftretendes Symptom, welches ein akutes Notfallbild, z. B. mit starker Dyspnoe, darstellt. Hier ist in der Regel eine Krankenhauseinweisung zur Diagnostik und Therapieeinleitung anzustreben. Eine ambulante Symptomkontrolle ist in der Regel wenig erfolgversprechend.

Palliativer Notfall der Kategorie 4:

- Hier stehen wiederholte Exazerbationen bereits bekannter Symptome der palliativen Grunderkrankung im Vordergrund. Nicht selten kommt es vor, dass in diesem Fall der Rettungsdienst hinzugerufen wird. In diesem Setting kann keine grundsätzliche Handlungsempfehlung gegeben werden. Oft ist eine Rücksprache mit dem behandelnden Palliativmediziner oder Hausarzt sinnvoll, um eine Krankenhauseinweisung zu vermeiden. Sollte ein Patient zu Hause verbleiben können, so ist jedoch die weitere Betreuung sicherzustellen (Wiese 2014b).

Aus dem Einsatzgeschehen können sich aus rettungsdienstlicher Sicht multiple Probleme ergeben. In Notfalleinsätzen müssen innerhalb kürzester Zeit Handlungsentscheidungen getroffen werden. Zu dieser Problematik tritt hinzu, dass Rettungsdienstmitarbeiter den Patienten, dessen Leidensgeschichte und dessen Umfeld nicht kennen. Dies ist besonders bei Entscheidungen, beispielsweise der Frage, ob eine Reanimation eingeleitet werden soll oder nicht, von hoher Brisanz (Valentin 2010).

Wie im oben dargestellten Fall sind besonders belastende Situationen denkbar, wenn ein inkurabel schwerst erkrankter Patient nach Hause entlassen wird, um noch einmal die häusliche Umgebung zu erfahren, und sich der Zustand akut verschlechtert, sodass die Angehörigen in einer Krisensituation den Rettungsdienst hinzurufen (Nauck und Alt-Epping 2008). Es entspricht dem Wunsch vieler Schwerkranker und Sterbender, die letzten Lebenstage nicht in einer Klinik, sondern zu Hause zu verbringen (Valentin 2010). Hier können sich dann palliativmedizinische Notfallsituationen oder Krisen mit hoher Symptomlast ereignen.

Medizinische Laien fühlen sich in so einer Notsituation oft überfordert und wählen die Notrufnummer. Das hinzukommende ärztliche und nichtärztliche Rettungsdienstpersonal muss sich schnell einen Überblick über die aktuelle Situation und Befundkonstellation sowie das Notfallbild verschaffen und geeignete und adäquate Maßnahmen bei dem ihnen unbekanntem Patienten einleiten. Auch wenn dabei die Symptomlinderung und Stabilisierung der Situation meist im Vordergrund steht, ist es für das Rettungsdienstpersonal nicht immer einfach, sich gegen die Einleitung invasiver Maßnahmen zu entscheiden.

Hilfreich können bei dieser Art von Notfällen spezielle Arten von Patientenverfügungen für den Rettungsdienst sein. Aufgrund der oft nur geringen Zeit, die für die notwendige Therapieentscheidung zur Verfügung steht, ist es dem Team aus Notarzt und Rettungsdienstmitarbeitern in einer solchen Notfallsituation nicht immer möglich, eine ausführliche und detaillierte Patientenverfügung, in welcher der Patient seinen Willen zum Ausdruck bringt, und/oder ausführliche Arztbriefe zu lesen und hieraus den Wunsch des Patienten abzuleiten, sodass eine Entscheidung hinsichtlich der einzuleitenden Maßnahmen rasch getroffen werden kann. Dennoch müssen innerhalb kürzester Zeit und mit beschränkten Mitteln entsprechende Behandlungen eingeleitet werden (Burghofer und Lackner 2006; Mohr und Kettler 1997).

1.6.3 Patientenverfügungen im Rettungsdienst

Falls im Einsatzgeschehen eine Patientenverfügung vorhanden sein sollte, besteht in der Praxis das Problem, dass der erklärte Wille häufig nur schwer feststellbar ist, da die Verfügung häufig unklar bzw. nicht situationsbezogen formuliert und somit im medizinischen Alltag als unbrauchbar einzustufen ist (Rüddel und Zenz 2011). Ein weiteres Problem kann die Auffindbarkeit der Verfügung sein (Brokmann et al. 2014). Als Entscheidungshilfe für den Notfall haben sich spezielle Patientenverfügungen für den Rettungsdienst, der sogenannte Palliativkrisenbogen oder auch Palliativnotfallbogen (Abbildung 1), etabliert (Wiese et al. 2008b; Wiese 2014a). Der Palliativnotfallbogen wurde vor einigen Jahren durch das Palliativteam in Göttingen entwickelt und ist in teilweise veränderter Form in verschiedenen Rettungsdienstbereichen in Verwendung, beispielsweise in abgewandelter Form in Regensburg und Essen (Taghavi et al. 2012; Wiese 2014a; Wiese et al. 2008b; Kloke 2011).

Mit Hilfe einer solchen einseitigen Patientenkurzverfügung ist es dem Rettungsdienst deutlich leichter möglich, sich rasch einen Überblick über das Erkrankungsbild sowie über die Wünsche des Patienten zu verschaffen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten oder aber selbige zu unterlassen. Diese Patientenkurzverfügung soll damit als Entscheidungshilfe bei Vorliegen einer palliativmedizinischen Notfallsituation dienen (Wiese 2014a).

PALLIATIVNOTFALLBOGEN

Name: _____ Geb.Datum: _____ Adresse: _____ Diagnosen: _____ Aktuelle Probleme: _____ Besonderheiten: _____	WICHTIGE Kontaktpersonen / Telefonnummern: Nächster Angehöriger: _____ Bevollmächtigter: _____ <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Name/Geb.Datum: _____ Adresse: _____ <small>(o.g. Bevollmächtigter gem. §1906 Abs. 2 BGB bei Einwilligungsunfähigkeit ist zur Umsetzung meines in dieser Verfügung bestimmten Willens ernannt)</small> <input type="checkbox"/> Palliativteam: _____ <input type="checkbox"/> Hausarzt: _____ <input type="checkbox"/> Pflegedienst: _____ <input type="checkbox"/> Kassenärztl. Notdienst: _____ <input type="checkbox"/> Notarzt: _____ 112 <input type="checkbox"/> Seelsorge: _____ <input type="checkbox"/> Hospiz: _____
--	---

Herz-Lungen-Wiederbelebung gewünscht?
 Ja Nein

Krankenhauseinweisung gewünscht?
 Ja (Erläuterung Rückseite) Nein

Aufklärung Prognose/Diagnose?
 Patient: Ja Nein
 Angehörige: Ja Nein
 Patientenverfügung: Ja Nein
 Vorsorgevollmacht: Ja Nein
 Hinterlegung der Dokumente: _____

Ablehnung weiterer Maßnahmen:

Letzter Klinikaufenthalt: _____

Klinik/Einrichtung: _____

Aufklärung bei Erstellung des Bogens durch:

Datum	Name	Unterschrift Patient/Bevollmächtigter
<small>(Aktualisierungen siehe Rückseite, der Notfallbogen entspricht der gültigen Gesetzgebung zu Patientenverfügungen §1901a Abs. 1-5 BGB)</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>		

Abbildung 1: Palliativnotfallbogen, Wiese et al. 2010

(Genehmigung der Verwendung der Abb.: PD Dr. med. C. Wiese)

Neben dem abgebildeten Palliativnotfallbogen gibt es einige weitere Ansätze für spezielle Patientenverfügungen im Notfall. Als Alternative existiert beispielsweise die Patientenverfügung ‚PALMA – Patienten-Anweisungen für lebenserhaltende Maßnahmen‘ (Laufenberg-Feldmann et al. 2012) und der von in der Schmitt et al. entwickelte Bogen mit der Bezeichnung ‚Hausärztliche Anordnung für den Notfall‘ (HANNo). Letzterer ist in ein umfassendes *Advance-Care-Planning* (ACP)-Programm eingebettet (in der Schmitt 2014). Dieses Formular soll vom potenziellen Patienten bzw. vom Pflegeheimbewohner gemeinsam mit dem Hausarzt frühzeitig besprochen und ausgefüllt werden und gleich dem Palliativnotfallbogen den notfallmedizinisch

relevanten Teil einer Patientenverfügung darstellen. Diese knappe Form der Patientenverfügung ermöglicht gerade beim Notarzteinsatz, sich neben der klinischen Situation auch rasch einen Überblick über den geäußerten Behandlungswillen des Patienten zu verschaffen. Somit können zeitnah Behandlungsentscheidungen getroffen sowie Behandlungsgrenzen im Sinne des Patientenwillens definiert werden (in der Schmitten et al. 2011b).

Als juristisch problematisch stellt sich in der Praxis häufig dar, dass oftmals der Rettungswagen mit den Rettungsassistenten vor dem Notarzt am Einsatzort eintrifft und die nichtärztlichen Rettungsdienstmitarbeiter bereits eine erste Entscheidung bezüglich der akuten Behandlung treffen müssen (Marung und Wiese 2013). Kritisch zu hinterfragen ist, ob diese spezielle Art der Patientenverfügung für den Rettungsdienst das nichtärztliche Personal von der Verpflichtung befreit, lebensverlängernde Maßnahmen, wie beispielsweise Reanimationsmaßnahmen, bis zum Eintreffen und Entscheiden des alarmierten Notarztes zu beginnen (Wiese 2014a; in der Schmitten et al. 2011a). Derzeit scheint die Rechtslage nicht eindeutig zu sein und auch in der Literatur wird diese Frage kontrovers diskutiert, sodass das Rettungsdienstpersonal in der Regel zunächst Erstmaßnahmen im Notfall zu ergreifen hat. In der Schmitten et al. sehen Patientenverfügungen nach geltendem Recht für ärztliches und nichtärztliches Personal gleichermaßen als bindend an (in der Schmitten et al. 2011b). Wiese stuft es als unabdingbar ein, dass das nichtärztliche Personal mit der Reanimation beginnt (Wiese 2014a). Auch Valentin geht davon aus, dass „Rettungsassistenten oder Notfallsanitäter, die in Rendezvous-Systemen häufig als Erste am Einsatzort eintreffen, in der Regel nicht die Kompetenz haben, zu entscheiden, eine Reanimation nicht zu beginnen oder abubrechen“ (Valentin 2010, S. 30).

Die oben erwähnten speziellen Patientenverfügungen für den Notfall, HAnNo und der Palliativnotfallbogen enthalten jeweils ein Feld für die Patientenunterschrift und für die Unterschrift und den Stempel des behandelnden Arztes. Diese Formulare stellen somit sowohl eine Patientenverfügung als auch eine ärztliche Anweisung dar. Mit diesem ‚Trick‘ der ärztlichen Anweisung kann unter Umständen nichtärztlichem Personal in einer Konfliktsituation die Entscheidung, dem zuvor geäußerten Willen des Patienten nachzukommen, erleichtert werden. Zu jedem Zeitpunkt muss jedoch die Authentizität der Verfügung sicher festgestellt werden können.

Eine durch das nichtärztliche Rettungsdienstpersonal begonnene Reanimation kann im Rahmen der Einschätzung der medizinischen Indikation und bei dem Entschluss zu einer Therapiezieländerung beendet werden. Insbesondere wenn im Verlauf neue Erkenntnisse über den mutmaßlichen Willen des Patienten vorliegen, muss ein Therapieabbruch in Betracht gezogen werden. Hier gilt es, die getroffenen Entscheidungen immer wieder kritisch zu überprüfen und das Handeln gegebenenfalls gemäß medizinischer Indikation anzupassen.

Ist der mutmaßliche Wille des Patienten nicht eruiert, so muss das Rettungsteam – ganz gleich ob mit oder ohne Notarzt – davon ausgehen, dass alle möglichen Maßnahmen vom Patienten gewünscht sind, und es muss nach dem Grundsatz *in dubio pro vita* handeln (Bleyer und Pawlik 2013). In der Akutsituation müssen somit die indizierten lebenserhaltenden Maßnahmen und alle Maßnahmen zur Verhinderung eines schweren oder irreversiblen gesundheitlichen Schadens durchgeführt werden (Janssens et al. 2013). Ist der Wunsch des Patienten, z. B. aufgrund anhaltender Bewusstlosigkeit, nicht zu ermitteln, kein Betreuer definiert und liegt keine Patientenverfügung vor, muss ein gerichtliches Betreuungsverfahren beantragt werden. In einer akuten und lebensbedrohlichen Notfallsituation muss jedoch umgehend eine Entscheidung getroffen werden. Das Einleiten eines Betreuungsverfahrens kann nicht abgewartet werden. Dies stellt eine besondere Herausforderung für das notfallmedizinische Rettungsteam dar.

Lipp äußert sich zur Entscheidungsfindung des Arztes in der Notfallsituation wie folgt: „[W]enn in einem Notfall noch nicht einmal eine Eilentscheidung des an Stelle eines Betreuers tretenden VormG nach § 1846 BGB herbeigeführt werden kann, darf und muss der Arzt, zusätzlich zu seiner Aufgabe als behandelnder Arzt und ohne vom Patienten dazu berufen zu sein, auch die Rolle des Wahrers des Patienteninteresses übernehmen. Sein Handeln ist dann nach den Grundsätzen der Geschäftsführung ohne Auftrag (§§ 677 ff. BGB) bzw., soweit es um den Eingriff in die körperliche Integrität geht, aufgrund einer mutmaßlichen Einwilligung des Patienten gerechtfertigt“ (Lipp 2006, S. 99). Hier wird klar, dass das Rettungsteam trotz der drängenden Zeit stets versuchen muss, sich über den mutmaßlichen Willen des Patienten zu informieren und entsprechend zu handeln.

In den Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Patientenverfügungen heißt es zum Notfall unter Punkt 11: „In Notfallsituationen, in denen der

Wille des Patienten nicht bekannt ist und für die Ermittlung individueller Umstände keine Zeit bleibt, ist die medizinisch indizierte Behandlung einzuleiten, die im Zweifel auf die Erhaltung des Lebens gerichtet ist. Hier darf der Arzt davon ausgehen, dass es dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht, den ärztlich indizierten Maßnahmen zuzustimmen“ (Bundesärztekammer 2010, S. 882). Auch hier wird unmissverständlich klargestellt, dass bei Nichtfeststellbarkeit des Patientenwillens im Zweifel sämtliche medizinisch indizierten Maßnahmen einzuleiten sind.

1.6.4 Kooperation bei rettungsdienstlicher Versorgung von Palliativpatienten mit den Einrichtungen der ambulanten Palliativversorgung

Neben stationären Palliativeinrichtungen etabliert sich ein immer dichteres Netzwerk von ambulanten spezialisierten palliativmedizinischen Versorgungsstrukturen, wie beispielsweise den SAPV-Teams, aber auch spezialisierten Palliativpflegediensten oder palliativmedizinischen Ambulanzen. Diese Einrichtungen kommen dem Bedarf nach einer multiprofessionellen Palliativversorgung der Palliativpatienten nach. Eine Einbindung dieser Strukturen in die rettungsdienstliche Organisation ist unabdingbar. Ergänzend zu oben beschriebenen Palliativnotfallbögen gibt es in einigen Regionen telefonische Beratungsangebote von Mitarbeitern von *Palliative Care Teams* in Kliniken. Der Telefonsupport stellt damit ein Kooperationsangebot für die hausärztliche, aber auch die notärztliche Versorgung dar.

In Essen kann der Notarzt über die Einsatzleitstelle der Berufsfeuerwehr Kontakt zu einem erfahrenen Palliativmediziner aufnehmen und sich entsprechend mit ihm beraten (Kloke 2011). Dadurch können Krankenhauseinweisungen verhindert werden. Die Patienten haben so oftmals die Möglichkeit im häuslichen Umfeld zu verbleiben. Sie können mit Hilfe weiterer medizinischer und pflegerischer Versorgung der Primärbehandler, ergänzt durch SAPV-Teams, durch spezielle Palliativpflegedienste oder einen palliativmedizinischen Notdienst, häuslich betreut werden. Das Essener Modell ist Bestandteil der örtlichen spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). In früheren Studien, unter anderem von der Göttinger Arbeitsgruppe SUPPORT, konnte gezeigt werden, dass ambulante palliativmedizinische Versorgungsstrukturen, wie ein *Palliative Care Team* (PCT), Konsultationen des Rettungsdienstes verringern und Krankenhauseinweisungen reduzieren sowie Notfallmedizinern eine Unterstützung vor Ort bieten können (Schindler und Ewald 2005; Wiese et al. 2007a).

Das hier vorgestellte Modell erfordert jedoch ein Höchstmaß an Kommunikation und Kooperation der verschiedenen Einrichtungen miteinander.

1.7 Rettungsdienstliche Versorgungsstrukturen der Stadt Essen

Die Organisationsform des heutigen Rettungswesens in Deutschland basiert auf einem in den 1950er Jahren entstandenen notarztgestützten Rettungssystem. Die in den 1950er Jahren zunehmende Zahl an Unfallverletzten lieferte die Motivation zur Implementierung des organisierten Rettungswesens (Ahnefeld und Brandt 2002). Wie bereits zuvor erläutert, hat sich das Einsatzspektrum des Rettungsdienstes in den letzten Jahren gewandelt. Die Einsatzkräfte werden immer häufiger mit internistischen und geriatrischen Erkrankungsbildern konfrontiert (Burghofer und Lackner 2006).

Die Organisation des Rettungsdienstes ist länderrechtlich geregelt. In Nordrhein-Westfalen (NRW) ist das Gesetz über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmer, auch Rettungsgesetz NRW (RettG NRW), vom 24. November 1992, zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 8. Dezember 2009, bindend. Es regelt, dass die Kreise und kreisfreien Städte Träger des Rettungsdienstes sind. Um den Bedarf an bereitzustellenden Rettungsmitteln festzustellen, regelt das Gesetz gemäß § 12, dass entsprechende Rettungsdienstbedarfspläne zu erstellen und diese mindestens alle vier Jahre zu prüfen sind (Land NRW 1992).

Alle nachfolgenden Angaben zur Geografie, Lage und Bevölkerung der Stadt Essen beziehen sich auf den zuletzt 2012 überarbeiteten Rettungsdienstbedarfsplan der Stadt (Stadt Essen 2012).

Die Stadt Essen hatte zum Untersuchungszeitpunkt rund 571.000 Einwohner auf einer Gesamtfläche des Stadtgebietes von rund 210,33 km². Sie befindet sich im Ballungszentrum Ruhrgebiet mit rund 5,1 Mio. Einwohnern und ist von zehn Großstädten umgeben.

In Essen gibt es aktuell 15 Akutkliniken, das Universitätsklinikum und eine Rehabilitationsklinik. Im Universitätsklinikum und in den Kliniken Essen-Mitte am Standort Huttrop gibt es jeweils eine Palliativstation.

Das dichte Kliniknetzwerk ermöglicht es, dass beim Rettungsdiensteinsatz von nahezu jedem Standort in der Stadt innerhalb von wenigen Minuten eine Akutklinik erreicht werden kann.

Als nichtärztliches Personal werden Rettungshelfer (RH), Rettungssanitäter (RS), Rettungsassistenten (RA) und Lehrrettungsassistenten (LRA) im Rettungsdienst eingesetzt.

Ärzte, die im Notarztdienst eingesetzt werden, müssen in Nordrhein-Westfalen mindestens den ‚Fachkundenachweis Rettungsdienst‘ vorweisen. In vielen Bereichen wird bereits die Fachzusatzbezeichnung ‚Notfallmedizin‘ als Qualifikationsvoraussetzung für die Teilnahme am Rettungsdienst gefordert. Die jeweiligen Regelungen liegen im Kompetenzbereich der zuständigen Ärztekammern und Kommunen.

Der Rettungsdienst der Stadt Essen wird zentral von der Berufsfeuerwehr, Stadtamt 37, organisiert. Es sind folgende Hilfsorganisationen am Rettungsdienst beteiligt: Arbeiter-Samariter-Bund e. V., Deutsches Rotes Kreuz Essen e. V., Johanniter-Unfall-Hilfe e. V. und Malteser Hilfsdienst e. V.

Der Notarzt-, Rettungs- und qualifizierte Krankentransportdienst der Stadt Essen wird über die integrierte Leitstelle der Berufsfeuerwehr gemäß § 7 RettG NRW zentral disponiert. Die Bezeichnung ‚Leitstelle für den Brandschutz und den Rettungsdienst‘ macht deutlich, dass es sich um eine einheitliche Leitstelle für zwei getrennt zu betrachtende Aufgaben handelt, die aber von demselben Personal wahrgenommen werden. Die diensthabenden Beamten erfüllen durchgehend den Mindeststand der rettungsdienstlichen Ausbildung ‚Rettungsassistent‘. Sämtliche Notrufe gehen über die zentrale Notrufnummer ‚112‘ bei der Feuer- und Rettungsleitstelle ein.

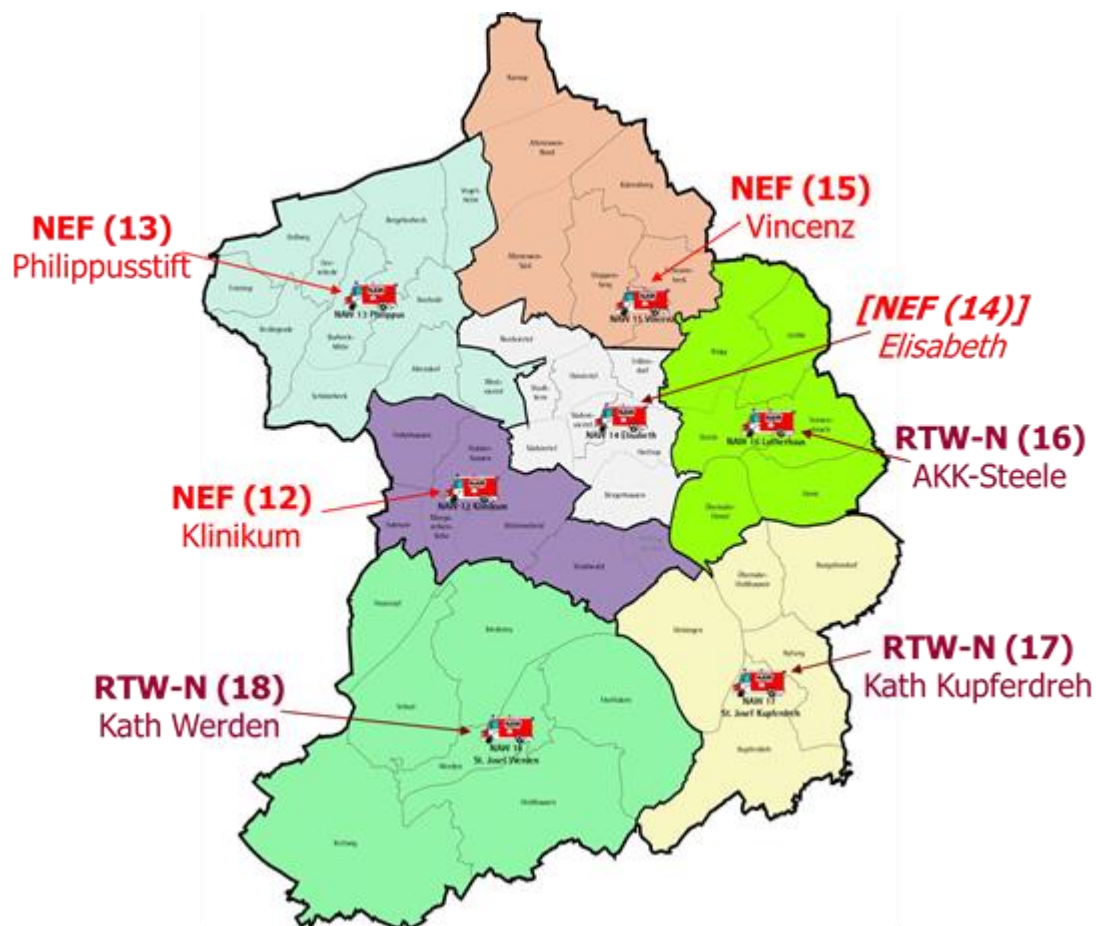


Abbildung 2: Übersicht der Notarztstandorte in Essen

(Abb. aus: Bedarfsplan Rettungsdienst Stadt Essen 2012, Genehmigung der Verwendung der Abb.: Branddirektor K. Wever)

Im Stadtgebiet werden vier NEFs und drei Notarztwagen (NAW) vorgehalten. Insgesamt stehen somit sieben ärztlich besetzte Rettungsmittel zur Verfügung. Aufgrund der hohen Dichte an arztbesetzten Rettungsmitteln ist eine kurzfristige Verfügbarkeit eines Arztes am Notfallort auf dem gesamten Stadtgebiet sichergestellt.

In Essen werden derzeit insgesamt zehn Rettungswagen (RTW) rund um die Uhr eingesetzt. Darüber hinaus stehen sechs Löschrettungsfahrzeuge (LRF) zur Verfügung, um eine weitere Steigerung der Einhaltung des Zielerreichungsgrades der Hilfsfristen, insbesondere in den Randgebieten, zu erreichen. Es sind somit sechzehn nichtärztlich besetzte Rettungswagen vorhanden. Für den Krankentransport stehen 36 Krankentransportwagen (KTW) zur Verfügung. 31 Krankentransportwagen werden von den Hilfsorganisationen und fünf von der Berufsfeuerwehr besetzt.

Sämtliche Fahrzeuge im Rettungsdienst der Stadt Essen sind mit fachlich geeignetem Personal gemäß § 4 RettG NRW besetzt.

1.8 Fragestellungen der vorliegenden Arbeit

Ziel dieser Dissertation ist die Untersuchung, inwieweit sich das nichtärztliche Personal auf die rettungsdienstliche Versorgung von Palliativpatienten ausreichend vorbereitet fühlt. Unter anderem soll die vorliegende Arbeit dazu beitragen, mehr über den Wissensstand des nichtärztlichen Rettungsdienstpersonals zu erfahren und dieses Wissen im Rahmen einer Fortbildungsmaßnahme zu erweitern, spezielle Patientenverfügungen für den Rettungsdienst, insbesondere den Essener Palliativausweis, zu diskutieren, den Themenbereich der notfallmedizinischen Versorgung von inkurabel erkrankten Menschen zu beleuchten und für das weitreichende Feld der Palliativmedizin zu sensibilisieren.

Konkret sollen folgende Fragen beantwortet werden:

- Welchen Anteil hat die palliativmedizinische Versorgung an der Gesamteinsatzzahl der rettungsdienstlichen Einsätze im Stadtgebiet der Stadt Essen?
- War Palliativmedizin Ausbildungs- oder Fortbildungsinhalt in der rettungsdienstlichen Ausbildung der Rettungsdienstmitarbeiter der Stadt Essen?
- Welcher Wissensstand der Rettungsdienstmitarbeiter besteht hinsichtlich der Thematik der Versorgung inkurabel Erkrankter?
- Sind spezielle Patientenverfügungen für den Rettungsdienst auch den Rettungsdienstmitarbeitern bekannt?
- Gelingt ein Wissenszuwachs durch eine einzelne Schulungsmaßnahme zur Thematik der Palliativmedizin?
- Konnten durch die Schulungsmaßnahme Wissen und eine höhere Sicherheit im Umgang mit Palliativpatienten im Rettungsdienst erzielt werden?
- Besteht der Wunsch nach einer weiteren Fortbildung der Rettungsdienstmitarbeiter auf dem Gebiet der Palliativmedizin?

2 Material und Methoden

2.1 Erhebung, Erfassung und Verarbeitung der Daten

Für die vorliegende Untersuchung wurden Rettungsdienstmitarbeiter der Berufsfeuerwehr Essen im Rahmen ihrer jährlichen 30-stündigen Rettungsdienstfortbildung gemäß § 5 Abs. 5 RettG NRW im Zeitraum von Januar bis Dezember 2011 mit einem 26 Fragen umfassenden Fragebogen in schriftlicher Form vor und nach einer Schulungsmaßnahme zur Thematik Palliativmedizin und Patientenverfügungen im Rettungsdienst befragt.

Die Inhalte und Konzeption des verwendeten Fragebogens beziehen sich auf eine vergleichbare (nicht schulungsbezogene) Umfrage von Wiese et al. aus dem Jahr 2006. Die Fragen wurden hinsichtlich der spezifischen schulungsbezogenen Fragestellung dieser Arbeit modifiziert und im Rahmen eines Pretests an zehn Rettungsdienstmitarbeitern der Johanniter-Unfall-Hilfe pilotiert. Anhand des erfolgten Pretests ergaben sich keine weiteren Abänderungsnotwendigkeiten.

Die Datenerhebung vor und nach der Schulungsmaßnahme erfolgte pseudonymisiert (Codierung bestehend aus dem Anfangsbuchstaben des Vornamens der Mutter und des Vaters und dem Geburtsjahr der Mutter). An persönlichen Daten wurden Alter, Geschlecht und Ausbildungsstand abgefragt.

Das Vorhaben wurde den Ethikkommissionen der Universitäten Göttingen und Regensburg vorgestellt. Ein formales Ethikvotum wurde von den Ethikkommissionen als nicht notwendig erachtet (Ausführungen siehe Anhang).

2.2 Befragung der Rettungsdienstmitarbeiter und Schulungsmaßnahme

Die Beamten der Berufsfeuerwehr werden jährlich zentral für eine Woche an die Rettungsassistentenschule der Berufsfeuerwehr Essen abgeordnet, um ihre jährliche Rettungsdienstfortbildung gemäß § 5, Abs. 5 RettG NRW zu absolvieren.

Im Rahmen der Einführung der wöchentlich stattfindenden Fortbildungsveranstaltungen im Jahr 2011 wurden die Teilnehmer gebeten, an der Studie teilzunehmen. Im Anschluss an die Verteilung und Bearbeitung des Fragebogens wurde vom Schulleiter der Rettungsassistentenschule, Carsten Stock, ein vom Verfasser dieser Arbeit erstellter standardisierter Powerpoint-Vortrag als Fortbildungsmaßnahme zur Thematik der Patientenverfügungen im Rettungsdienst und zur besonderen Problematik fortgeschritten und schwer kranker Palliativpatienten in rettungsdienstlichen Situationen (s. Anlage) gehalten. Nach der Schulungsmaßnahme bestand die Möglichkeit einer Gruppendiskussion und eines Erfahrungsaustauschs. Im Verlauf der jeweiligen Fortbildungswoche wurde die Nachbefragung am zweiten Tag nach der Schulung durchgeführt. Die Beantwortung der Fragebögen erfolgte ohne ein fixes Zeitlimit und jederzeit freiwillig.

2.3 Instrumente

2.3.1 Fragebogen Teil I – Vor der Schulungsmaßnahme

Folgende Bereiche wurden mit Hilfe des Fragebogens erfasst:

1.) Angaben zur Person:

- Codierung zur Pseudonymisierung des Fragebogens
- Alter
- Geschlecht
- Ausbildungsstand
- Aktive Zeit als Rettungsdienstmitarbeiter
- Einsatzbereich

2.) Angaben zur Versorgung von Personen im weit fortgeschrittenen

Erkrankungsstadium:

- Anzahl der Notfalleinsätze p. a.
- Anzahl der Notfalleinsätze mit Patienten im weit fortgeschrittenen Erkrankungsstadium
- Einsatzbeteiligung an Einsätzen mit Patientenverfügung
- Anzahl der Reanimationen p. a.
- Persönliche Einschätzung des Probanden, ob Reanimation bei Palliativpatienten sinnvoll ist

- Potenzielle Entscheidung zum Therapieabbruch
- Sicherheit im rechtlichen Umgang mit Patientenverfügungen
- Angaben, ob Konsequenzen bei Befolgen des Patientenwillens befürchtet werden
- Angaben, ob Konsequenzen bei Nichtbefolgen des Patientenwillens befürchtet werden
- Handeln bei Vorliegen einer Patientenverfügung
- Beeinflussung in der Handlungsweise durch eine Patientenverfügung
- Ausbildungsinhalt Palliativmedizin
- Fortbildungsinhalt Palliativmedizin
- Fachliche Sicherheit im Umgang mit Palliativpatienten
- Fachliche Sicherheit im Umgang mit Angehörigen
- Sicherheit im Umgang mit Inhalten und Grundlagen der Palliativmedizin
- Sicherheit im Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden
- Sicherheit in der Begleitung eines Sterbenden
- Wunsch nach spezieller Fortbildung im Umgang mit Patientenverfügungen
- Wunsch nach mehr Kompetenzen im Umgang mit Patientenverfügungen
- Bekanntheitsgrad von Palliativnotfallbögen bzw. von speziellen Verfügungen für den Rettungsdienst
- Subjektive Einschätzung der Sinnhaftigkeit von speziellen Patientenverfügungen im Rettungsdienst
- Wunsch nach Patientenverfügungen für den notfallmedizinischen Einsatzbereich

Der Essener Palliativausweis wurde als Beispiel einer speziellen Patientenverfügung für den Rettungsdienst als Anhang (siehe 7.4) an den Fragebogen geheftet.

2.3.2 Fragebogen Teil II – Nach der erfolgten Schulungsmaßnahme

1.) Angaben zur Person:

- Codierung zur Pseudonymisierung des Fragebogens

2.) Angaben zur Versorgung von Patienten im weit fortgeschrittenen

Erkrankungsstadium:

- Anzahl der Notfalleinsätze p. a.
- Anzahl der Notfalleinsätze mit Patienten im weit fortgeschrittenen Erkrankungsstadium
- Einsatzbeteiligung an Einsätzen mit Patientenverfügung
- Anzahl der Reanimationen p. a.
- Persönliche Einschätzung des Probanden, ob Reanimation bei Palliativpatienten sinnvoll ist
- Potenzielle Entscheidung zum Therapieabbruch
- Sicherheit im rechtlichen Umgang mit Patientenverfügungen
- Angaben, ob Konsequenzen bei Befolgen des Patientenwillens befürchtet werden
- Angaben, ob Konsequenzen bei Nichtbefolgen des Patientenwillens befürchtet werden
- Handeln bei Vorliegen einer Patientenverfügung
- Beeinflussung in der Handlungsweise durch eine Patientenverfügung
- Ausbildungsinhalt Palliativmedizin
- Fortbildungsinhalt Palliativmedizin
- Fachliche Sicherheit im Umgang mit Palliativpatienten
- Fachliche Sicherheit im Umgang mit Angehörigen
- Sicherheit im Umgang mit Inhalten und Grundlagen der Palliativmedizin
- Sicherheit im Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden
- Sicherheit in der Begleitung eines Sterbenden
- Wunsch nach spezieller Fortbildung im Umgang mit Patientenverfügungen
- Wunsch nach mehr Kompetenzen im Umgang mit Patientenverfügungen

- Bekanntheitsgrad von Palliativnotfallbögen bzw. von speziellen Verfügungen für den Rettungsdienst
- Subjektive Einschätzung der Sinnhaftigkeit von speziellen Patientenverfügungen im Rettungsdienst
- Wunsch nach Patientenverfügungen für den notfallmedizinischen Einsatzbereich

2.4 Statistische Datenanalyse

Nach der Datenerhebung wurden die Daten mit Hilfe des Tabellenkalkulationsprogramms Microsoft Excel[®] (Version 2010) in einer Tabelle zusammengeführt und für die statistische Analyse in STATISTICA[®] (Version 10.0, StatSoft) importiert und ausgewertet. Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine deskriptive Studie mit Vorher-nachher-Vergleich im Sinne einer Evaluation der erfolgten Schulungsmaßnahme. Die Verteilung der einzelnen Fragebogenantworten wurde getrennt für die Vorher-nachher-Untersuchungen beschrieben. Dabei wurden metrische Parameter als Mittelwert (+/- Standardabweichung) sowie der Median (Minimum, Maximum) berechnet. Kategorielle Parameter wurden durch absolute und relative Häufigkeiten dargestellt. Zur grafischen Illustration wurden die Daten mit Hilfe von Boxplots, Histogrammen für metrische Daten, Kuchen- und Balkendiagrammen für kategorielle Daten aufbereitet. Es wurde die Gesamtgruppe bezüglich der Vorher-nachher-Angaben ausgewertet.

Die Aufdeckung signifikanter Unterschiede mittels Vorher-nachher-Vergleich wurde entweder mit dem t-Test (normalverteilte Daten), dem Mann-Whitney-U-Test (MWU-Test) bei nicht normal verteilten Daten oder dem Chi²-Test bei kategoriellen Daten vorgenommen (Gaus und Muche 2014). Die Normalverteilung wurde durch Quantil-Quantil-Plots überprüft.

Das Signifikanzniveau wurde auf Alpha = 5 % festgelegt. Daraus folgt, dass p-Werte < 0,05 als signifikant betrachtet wurden.

2.5 Software

Die dargestellten Diagramme und Tabellen wurden mit den Programmen STATISTICA® (Version 10,0, StatSoft) und Microsoft Excel® (MS Office 2010®) erstellt. Als Textverarbeitungsprogramm fand MS Word® (MS Office 2010®) Verwendung. Als Literaturverwaltungssoftware wurde Citavi® (Version 4.3.01.5) eingesetzt.

2.6 Einschluss- und Ausschlusskriterien

Für die Auswertung wurden alle gesammelten Fragebögen eingeschlossen. Wurden von den Probanden einzelne Fragen nicht oder nicht eindeutig beantwortet, so wurden diese einzelnen Fragen nicht ausgewertet.

3 Ergebnisse

3.1 Rücklauf

Im Studienzeitraum von Januar 2011 bis Dezember 2011 nahmen insgesamt 375 Rettungsdienstmitarbeiter an der Erstumfrage teil. An der Zweitbefragung nahmen 285 Probanden (76 %) teil. Eine absolute Rücklaufquote lässt sich nicht bestimmen, da nicht bekannt ist, wie viele Mitarbeiter tatsächlich an der Rettungsdienstschulung teilnahmen.

3.2 Studienteilnehmer

Das mittlere Alter der teilnehmenden Probanden lag bei 37,6 Jahren.

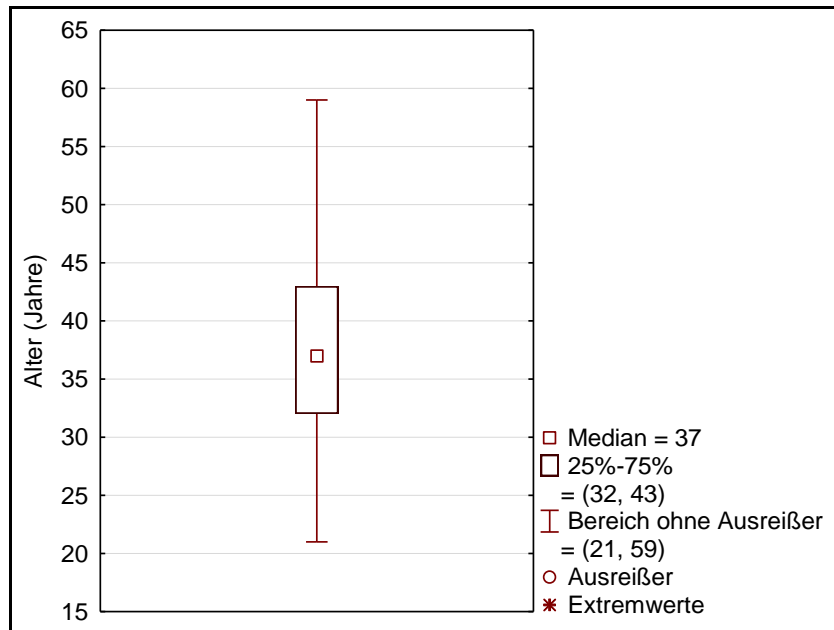


Abbildung 3: Altersverteilung der Studienteilnehmer (n = 374)

Es nahmen 370 (99 %) männliche und vier (1 %) weibliche Personen an der Umfrage teil.

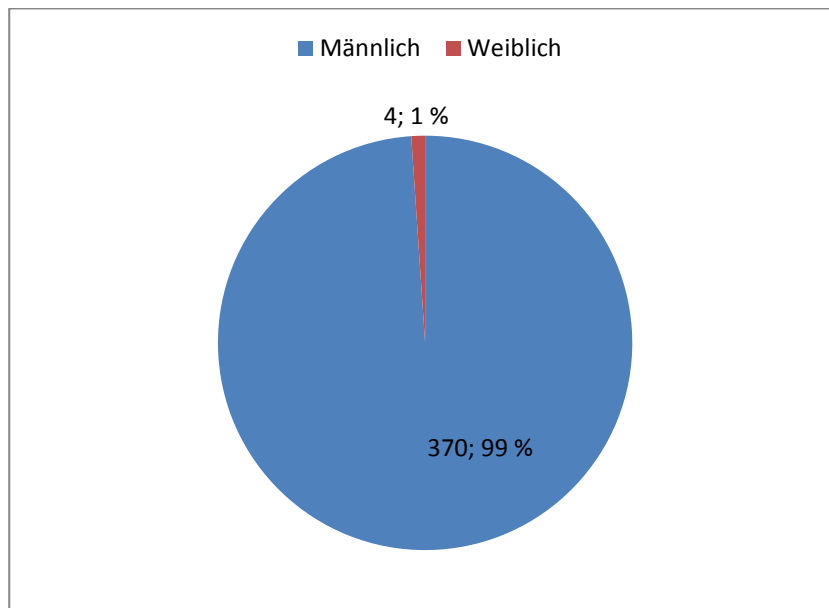


Abbildung 4: Geschlechterverteilung

Die überwiegende Mehrheit der Personen, 231 (62 %), gab als Ausbildungsstand Rettungsassistent an, 80 Schulungsteilnehmer (21 %) bezeichneten sich selbst als Lehrrettungsassistent. 64 (17 %) waren Rettungsassistenten.

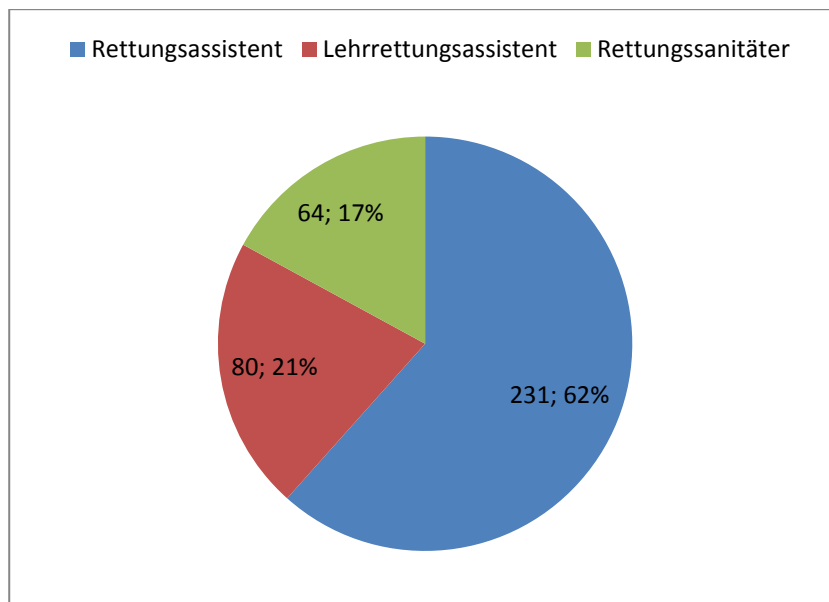


Abbildung 5: Ausbildungsstand

Die Rettungsdienstmitarbeiter haben im Durchschnitt eine Einsatzerfahrung von 12,7 Jahren im aktiven Rettungsdienst.

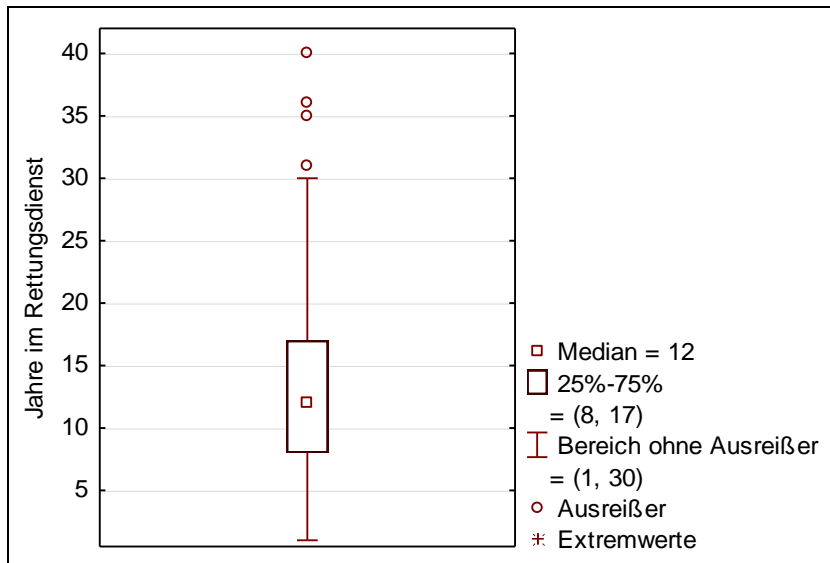


Abbildung 6: Berufserfahrung der Rettungsdienstmitarbeiter

330 (88 %) der Befragten gaben an, zum Untersuchungszeitpunkt im Wechselschichtdienst im Wachbetrieb eingesetzt zu sein. 22 (6 %) waren in der Einsatzleitstelle eingesetzt und 23 (6 %) im Tagesdienst.

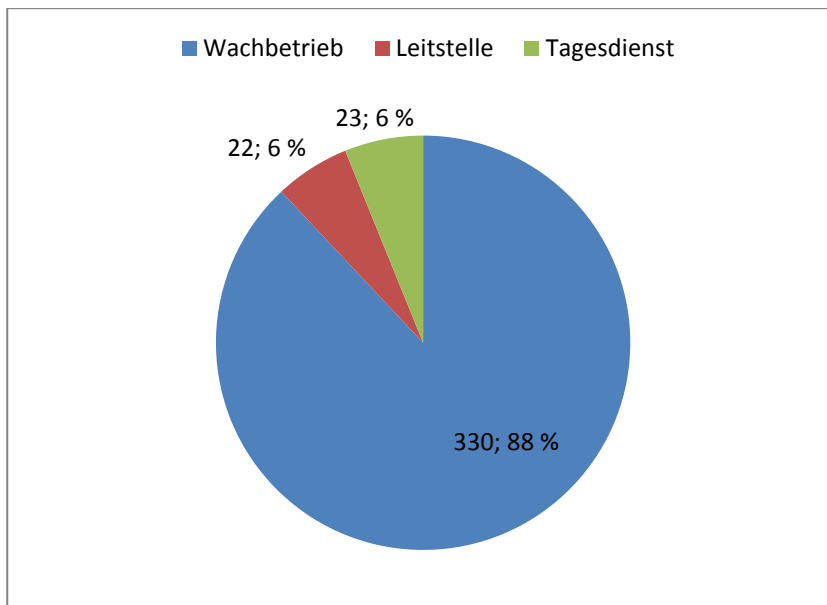


Abbildung 7: Einsatzbereich der Rettungsdienstmitarbeiter

3.3 Einsatzhäufigkeit bei Patienten mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen

Die Angabe zur durchschnittlichen Anzahl an Notfalleinsätzen pro Jahr (geschätzte Angaben der Teilnehmer) lag im Mittelwert bei 326,2 Einsätzen vor der Schulung. Nach der Schulung wurde der Mittelwert mit 290,0 Einsätzen pro Umfrageteilnehmer angegeben. Der p-Wert wurde mit $p = 0,2450$ bestimmt.

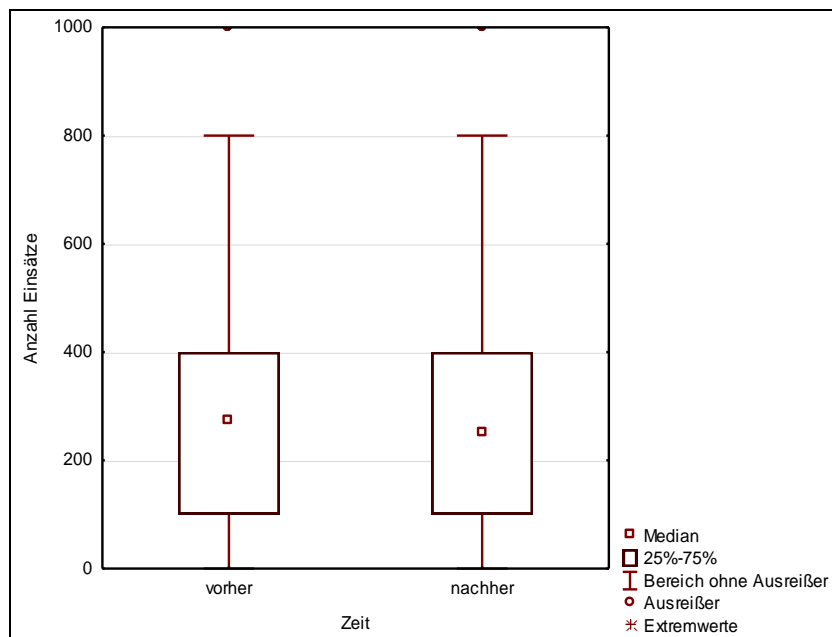


Abbildung 8: Anzahl der Notfalleinsätze pro Jahr

Von den angegebenen geschätzten Einsatzzahlen gaben die Teilnehmer der Befragung vor der Schulungsmaßnahme im Durchschnitt an, dass etwa 61,3 Einsätze pro Jahr bei Patienten mit weit fortgeschrittenen Erkrankungen stattfanden. Dies entspricht einem prozentualen Umfang von 19 %. Nach der Schulungsmaßnahme wurde der Wert mit durchschnittlich 56,3 angegeben. Bezogen auf die Gesamteinsatzzahl entspricht dies ebenfalls einem Wert von 19 % in Bezug auf die geschätzte Gesamteinsatzzahl.

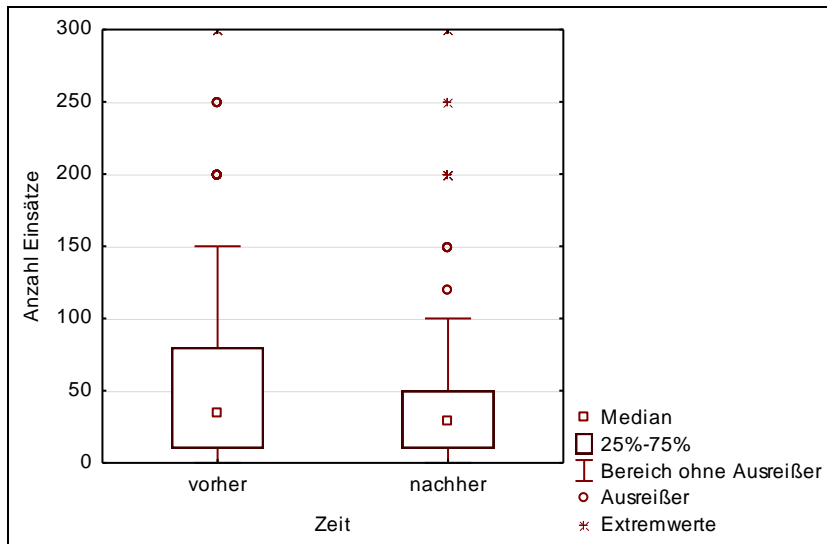


Abbildung 9: Anzahl an Rettungseinsätzen bei Patienten im weit fortgeschrittenen Erkrankungsstadium

298 (81 %) der Rettungsdienstmitarbeiter gaben an, dass sie bereits an Einsätzen teilgenommen haben, bei denen aufgrund der vorliegenden Patientenverfügung die medizinischen Maßnahmen eingeschränkt worden seien.

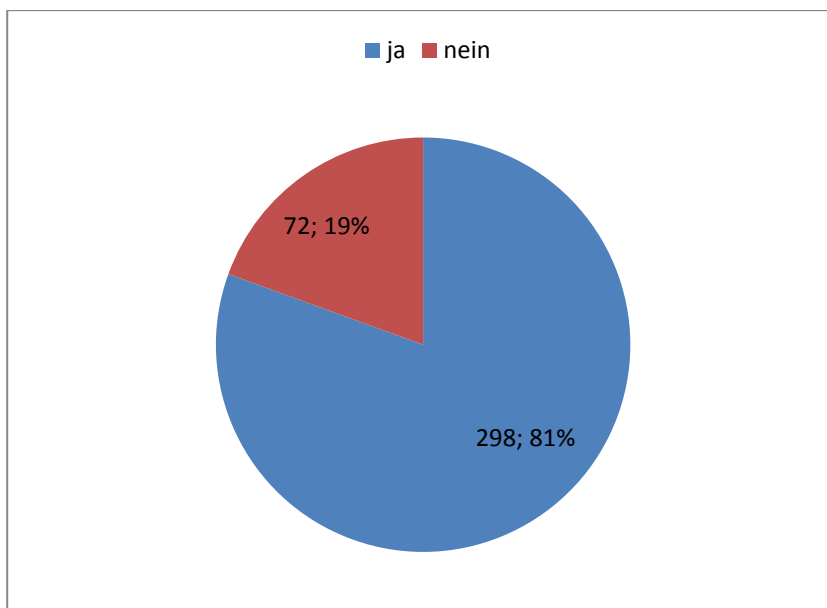


Abbildung 10: Vorliegen einer Patientenverfügung mit der Folge einer Therapieeinschränkung

Die Anzahl an Einsätzen pro Jahr mit dem Vorliegen solcher Verfügungen wird mit einem Mittelwert von 16,3 berechnet.

Auf die Frage, an wie vielen Reanimationen die Umfrageteilnehmer durchschnittlich beteiligt sind, wurde bei der Erstbefragung ein Mittelwert von 15,2 Reanimationen pro Jahr und Person ermittelt. Bei der Zweitbefragung ergab sich ein Mittelwert von 15,6 Reanimationen pro Jahr. Der p-Wert wurde mit 0,9392 berechnet.

Neben der Anzahl der geschätzten Reanimationen pro Jahr wurde ermittelt, inwieweit der einzelne Mitarbeiter eine Reanimation bei einem Patienten im weit fortgeschrittenen Erkrankungsstadium für sinnvoll hält. Der Wert 10 auf einer Likert-Skala wurde im Fragebogen als ‚überhaupt nicht sinnvoll‘ und der Wert 1 als ‚sehr sinnvoll‘ definiert. Es wurde ein Mittelwert von jeweils 7,9 in der Erst- und in der Zweitbefragung ermittelt ($p = 0,9340$).

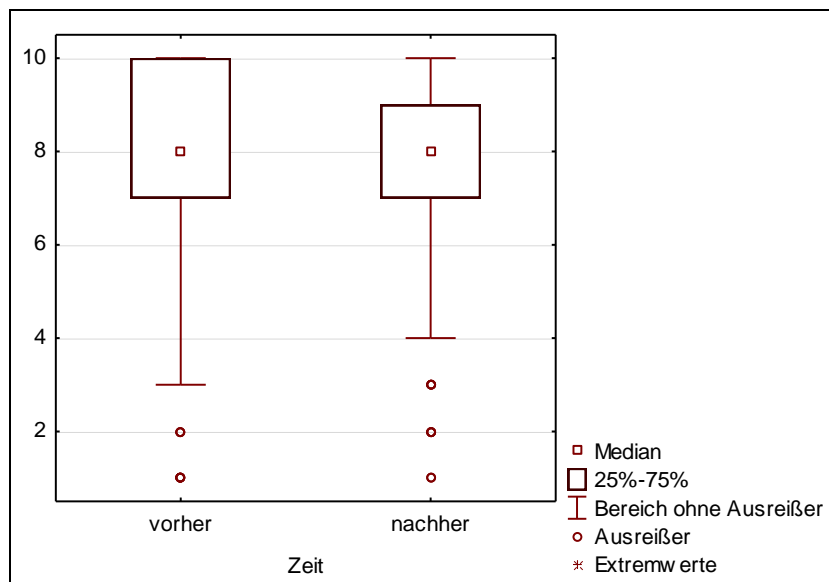


Abbildung 11: Für wie sinnvoll halten Sie eine Reanimation bei einem Patienten bei weit fortgeschrittener Erkrankung?

Auf die hypothetische Frage, ob ein Reanimationsabbruch durch den Probanden eigenverantwortlich ohne (Not-)Arzt bei entsprechender rechtlicher Sicherheit entschieden werden würde, gaben vor der Schulung 284 (76 %) Probanden an, dass sie von der Abbruchentscheidung Gebrauch machen würden. Nach der Schulung würden 217 (76 %) Umfrageteilnehmer die Möglichkeit wählen, die Reanimation bei einem Palliativpatienten abubrechen ($p = 1,0$).

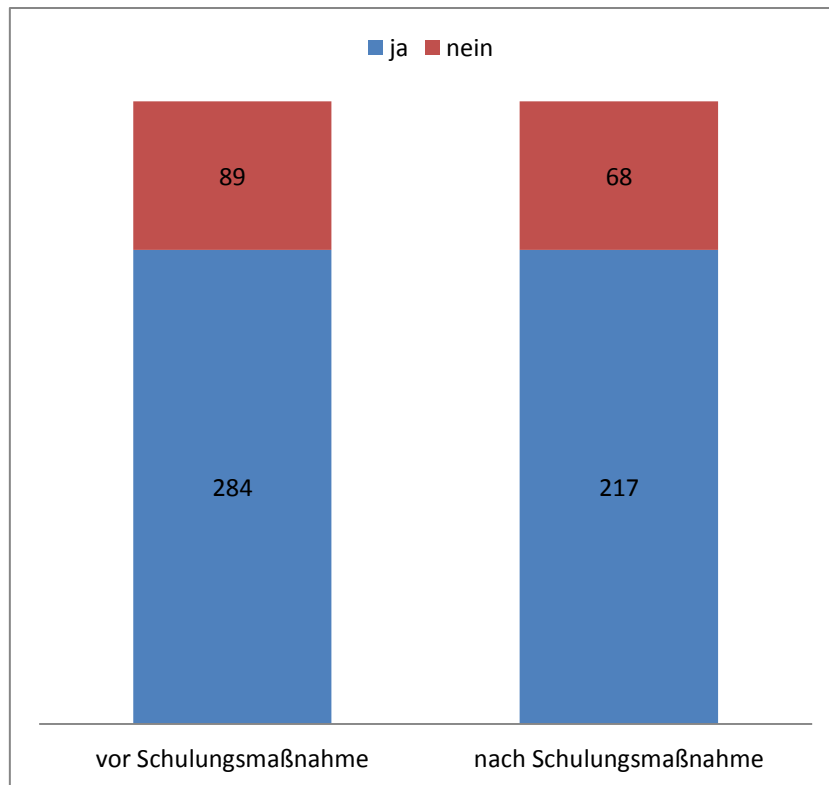


Abbildung 12: Entscheidung zum Abbruch einer Reanimation

Des Weiteren wurde untersucht, inwieweit sich die Rettungsdienstmitarbeiter in Bezug auf die rechtlichen Rahmenbedingungen zu Patientenverfügungen gut informiert fühlen. Mit Hilfe der Likert-Skala (1 = sehr gut; 10 = sehr schlecht) wurden die Einschätzungen der Teilnehmer erfasst. Vor der Interventionsmaßnahme ergab die Auswertung der Untersuchungsergebnisse einen Mittelwert von 6,5 und nach der Schulung einen Mittelwert von 5,5 ($p < 0,0001$).

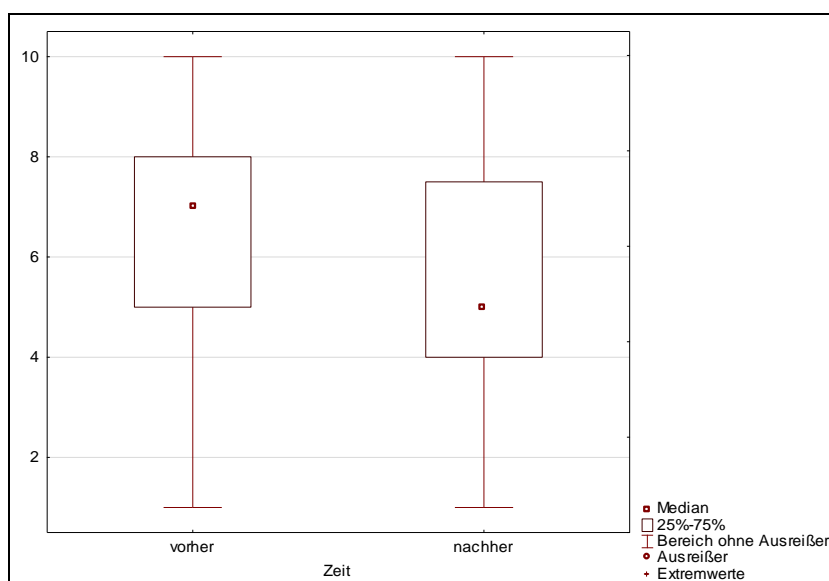


Abbildung 13: Informationsstand zu rechtlichen Fragen bei der Patientenverfügung

Nach den befürchteten negativen Konsequenzen für nichtärztliches Rettungsdienstpersonal befragt, wurden folgende Angaben gemacht: Vor der Schulung gaben 106 Probanden (28 %) an, dass sie keine Konsequenzen fürchten würden, wenn der schriftlich fixierte Patientenwille befolgt würde. 183 (49 %) würden Konsequenzen befürchten und 85 (23 %) der Teilnehmer gaben an, dass sie sich bisher keine Gedanken zu der Thematik gemacht hätten. Nach der Schulungsmaßnahme gaben 80 Teilnehmer (28 %) an, keine Konsequenzen zu fürchten, 169 (59 %) würden Konsequenzen befürchten und 36 (13 %) gaben an, sich keine Gedanken gemacht zu haben ($p = 0,0022$).

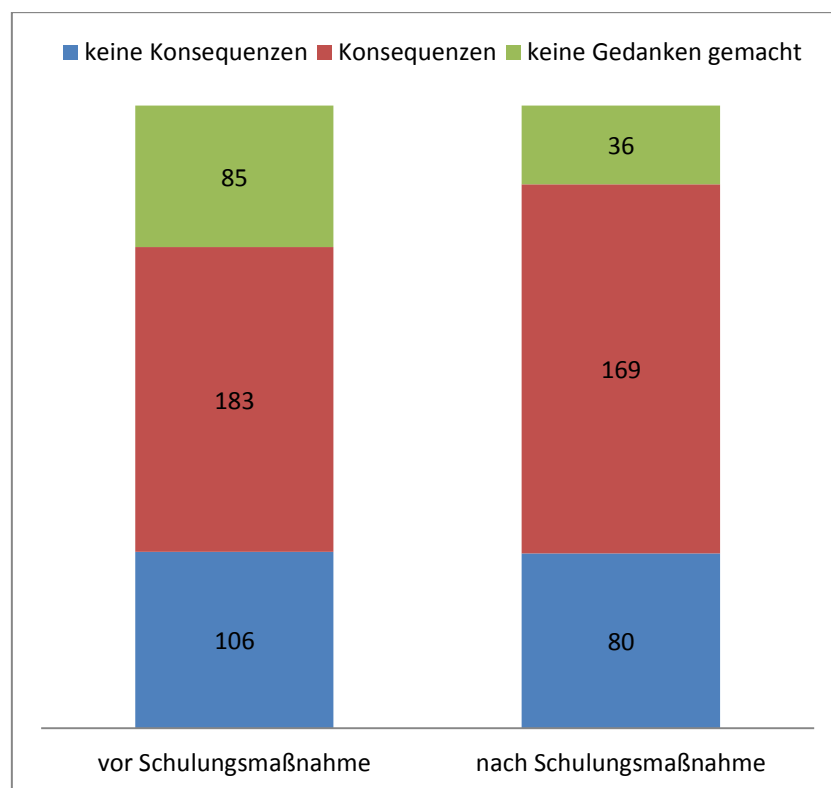


Abbildung 14: Befürchtete negative Konsequenzen bei Befolgen des Patientenwillens

Auf die Frage, ob negative Konsequenzen bei Nichtbefolgen des Patientenwillens erwartet werden, gaben vor der Schulung 127 (34 %) Personen an, keine Konsequenzen zu erwarten. 160 (43 %) erwarteten Konsequenzen und 87 (23 %) der Teilnehmer gaben an, sich keine Gedanken gemacht zu haben. Nach der Schulung befürchteten 141 (49 %) keine Konsequenzen, 111 (39 %) rechneten mit Konsequenzen und 33 (12 %) gaben an, sich keine Gedanken gemacht zu haben ($p < 0,0001$).

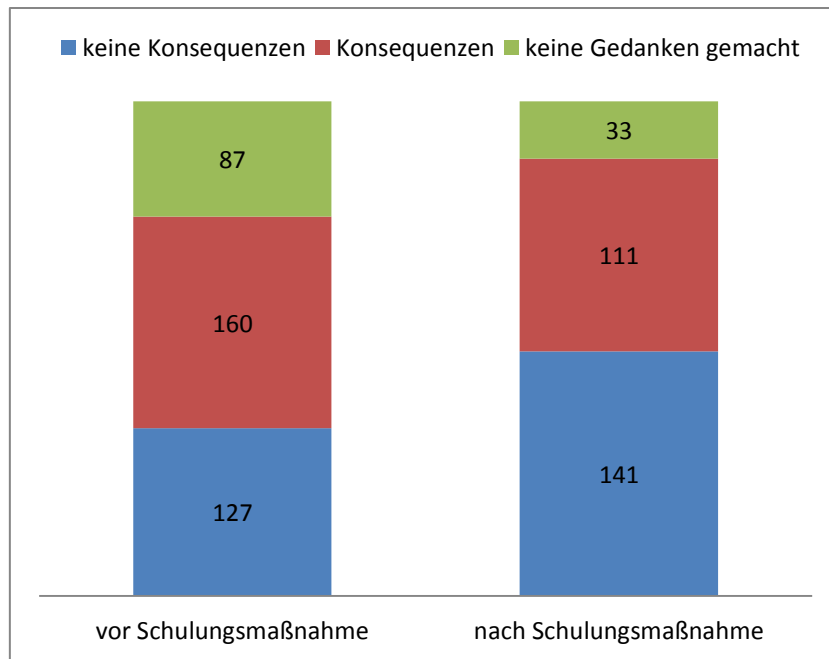


Abbildung 15: Befürchtete Konsequenzen bei Nichtbefolgen des Patientenwillens

Auf die Frage, wie gehandelt werden würde, wenn eine Patientenverfügung am Einsatzort vorläge, aus der hervorgehe, dass der Patient keine Reanimationsmaßnahmen wünsche, ohne dass ein Notarzt zugegen sei, äußerten 50 (13 %) Teilnehmer bei der Erstbefragung, dass sie dem geäußerten Willen des Patienten grundsätzlich nachkommen würden. Nach der Fortbildungsmaßnahme gaben 23 (8 %) der Rettungsdienstmitarbeiter an, dass sie dem Willen des Patienten grundsätzlich nachkommen würden ($p = 0,0327$). 320 (85 %) Rettungsdienstmitarbeiter gaben im Fragebogen I an, dass sie zunächst sämtliche Maßnahmen einleiten und auf die Entscheidung des Notarztes warten würden. Nach der Schulung würden 262 (92 %) der Befragten Maßnahmen ergreifen und die notärztliche Entscheidung abwarten ($p = 0,0122$). 70 (19 %) Rettungsdienstmitarbeiter gaben zu dieser Frage vor der Schulung an, dass aus ihrer Sicht das Vorliegen einer Patientenverfügung keine Bedeutung für sie als nichtärztliche Rettungsdienstmitarbeiter habe. Nach der Schulung waren 56 (20 %) der Befragten der Meinung, dass eine Patientenverfügung keinerlei Relevanz besitze ($p = 0,7504$).

Zur Einschätzung, inwieweit die Teilnehmer sich durch das Vorliegen einer Patientenverfügung in der Sicherheit ihrer Handlungsweise beeinflusst fühlen, gaben bei Erstbefragung 17 (5 %) an, sich sehr sicher zu fühlen, 171 (47 %) fühlten sich sicher, 176 (48 %) unsicher und zwei (1 %) Befragte fühlten sich sehr unsicher. Nach

der Schulungsmaßnahme gaben 20 (7 %) Befragte an, sich sehr sicher zu fühlen. 138 (50 %) sicher, 115 (41 %) unsicher und fünf (2 %) fühlten sich sehr unsicher ($p = 0,1153$).

	vor Schulung (n = 366)	nach Schulung (n = 278)
sehr sicher	17 (5 %)	20 (7 %)
sicher	171 (47 %)	138 (50 %)
unsicher	176 (48 %)	115 (41 %)
sehr unsicher	2 (1 %)	5 (2 %)

Tabelle 1: Beeinflussung der Handlungssicherheit durch im Einsatz vorliegende Patientenverfügung

Die Frage, ob Palliativmedizin Ausbildungsinhalt in der rettungsdienstlichen Ausbildung war, wurde von 19 (6 %) Mitarbeitern bejaht. Bei 325 (94 %) Teilnehmern war das Thema in ihrer Ausbildung nicht beleuchtet worden.

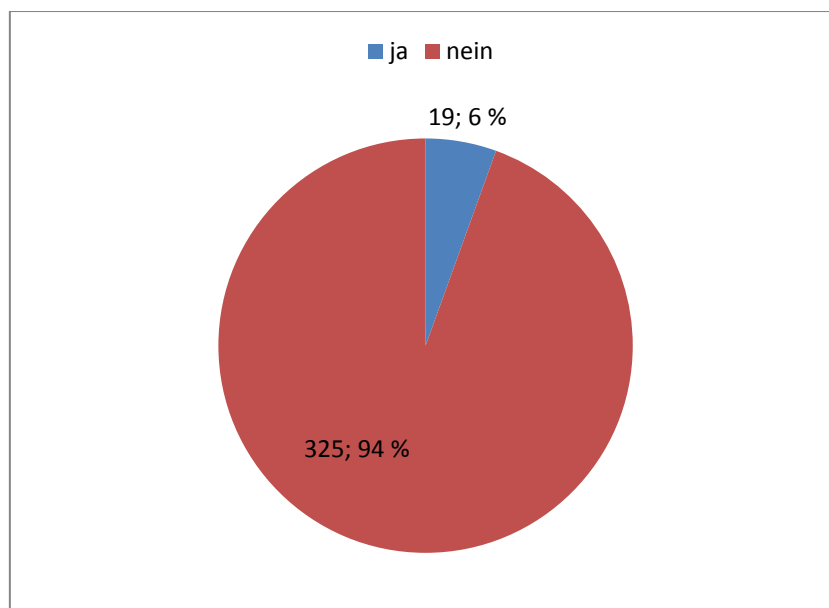


Abbildung 16: Ausbildungsinhalt Thema Palliativmedizin

Zu besuchten Fortbildungen mit palliativmedizinischem Inhalt befragt, gaben 31 (8 %) der Befragten an, bereits an einer Fortbildung zur Thematik gehört zu haben. 342 (92 %) gaben an, an keiner Fortbildung mit dem Themenschwerpunkt Palliativmedizin teilgenommen zu haben.

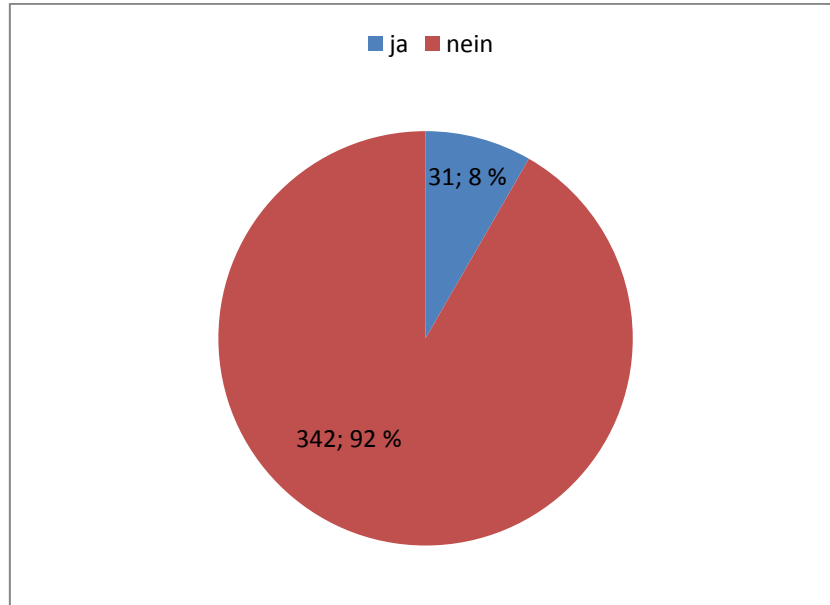


Abbildung 17: Fortbildung mit Themenschwerpunkt Palliativmedizin besucht

Nach der fachlichen Sicherheit im Umgang mit Palliativpatienten befragt, kann vor der Schulungsmaßnahme ein Mittelwert von 6,5 und nach der Schulung von 5,6 auf der Likert-Skalierung mit Zahlenwerten von 1 bis 10 (1 = sehr sicher, 10 = sehr unsicher) berechnet werden ($p < 0,0001$).

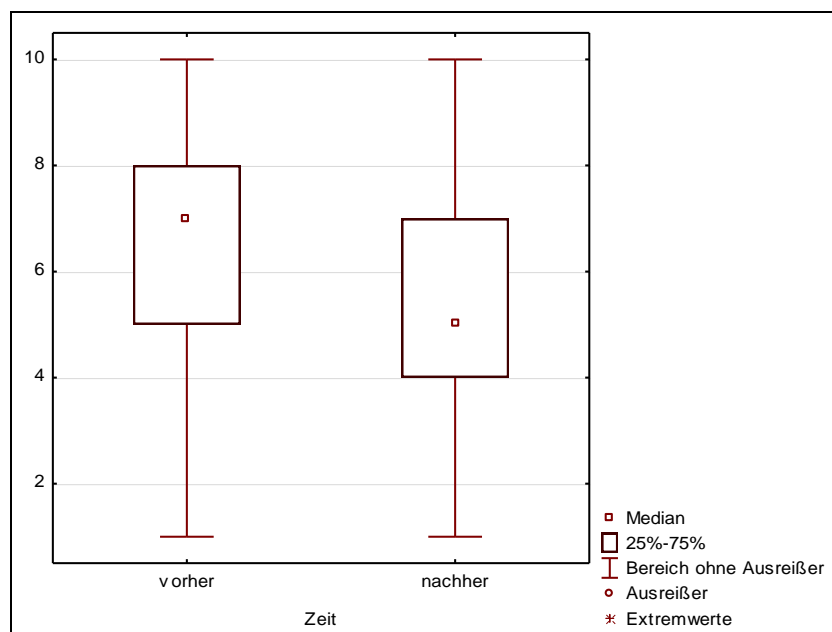


Abbildung 18: Fachliche Sicherheit im Umgang mit Palliativpatienten

Zur Sicherheit im Umgang mit Angehörigen von Palliativpatienten befragt, wurde vor der Schulung anhand der Likert-Skala ein Mittelwert von 6,3 und nach der Schulung von 5,7 berechnet ($p = 0,0009$).

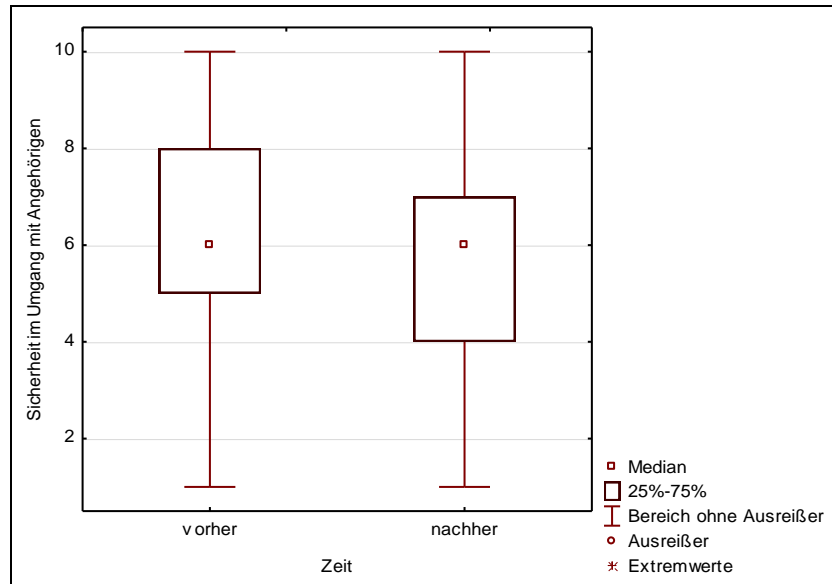


Abbildung 19: Sicherheit im Umgang mit Angehörigen von Palliativpatienten

Zur Sicherheit im Umgang mit Inhalten und Grundlagen der Palliativmedizin anhand der Likert-Skala befragt, ergab sich ein Mittelwert von 6,8 vor und 5,4 nach der Schulung ($p < 0,0001$).

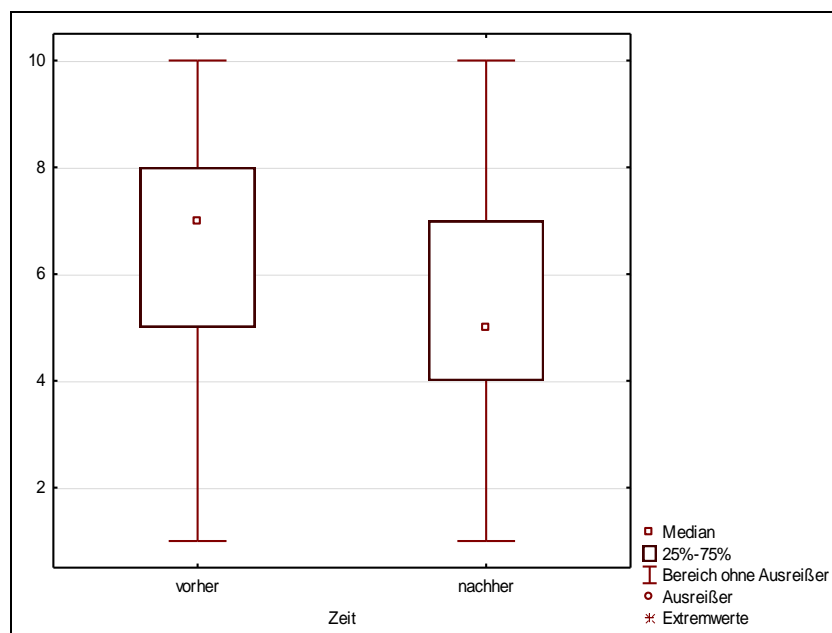


Abbildung 20: Sicherheit im Umgang mit Inhalten und Grundlagen der Palliativmedizin

Zur Sicherheit in der Kommunikation mit Schwerstkranken und Sterbenden auf der Likert-Skala befragt, ergab sich ein Mittelwert von 5,7 vor der Schulungsmaßnahme und nach der Maßnahme ein Mittelwert von 5,3 ($p = 0,0462$).

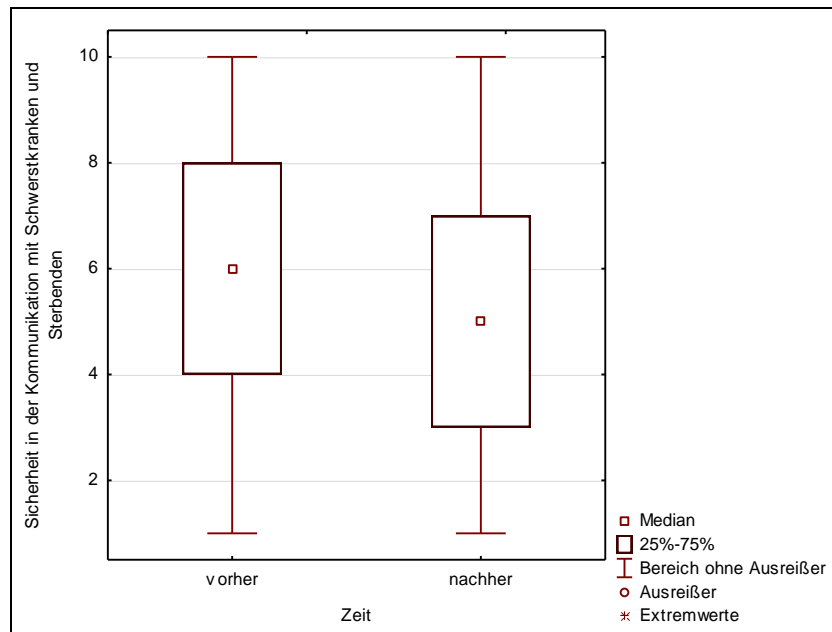


Abbildung 21: Sicherheit in der Kommunikation mit Schwerstkranken und Sterbenden

Die Frage, wie sicher sich die Rettungsdienstmitarbeiter bei der Begleitung eines Sterbenden fühlen, ergab anhand der Likert-Skala vor der Bildungsmaßnahme einen Mittelwert von 6,3 und nach der Schulung einen Mittelwert von 5,8 ($p = 0,0075$).

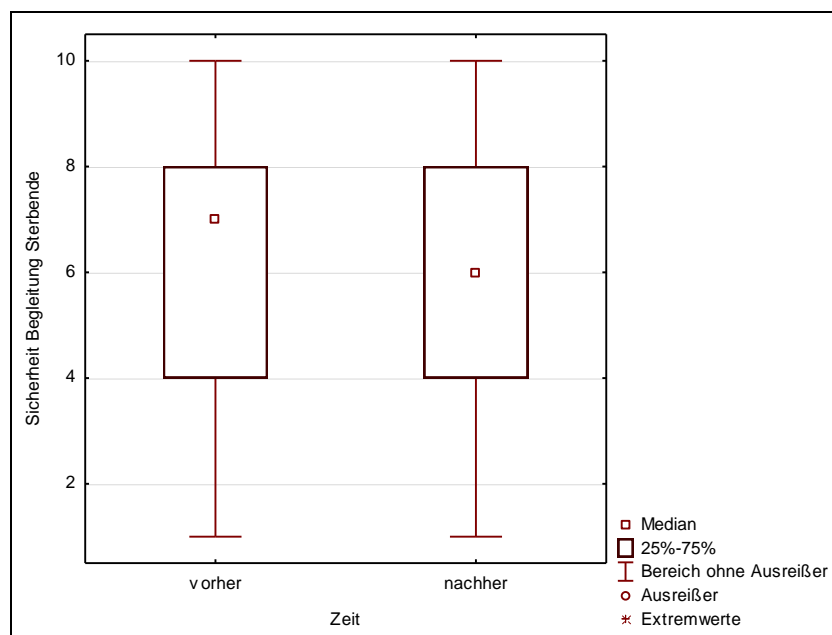


Abbildung 22: Sicherheit bei der Begleitung eines Sterbenden

Auf die Frage, ob weitere Fortbildungen zur Thematik der Patientenverfügung gewünscht seien, gaben vor der Schulung 354 (94 %) der Befragten an, dass sie sich Fortbildungen wünschten. 21 (6 %) Probanden kreuzten hier ‚Nein‘ an. Von diesen 21, die sich keine Fortbildung wünschten, gaben 17 (81 %) an, dass sie keine Fortbildung wünschten, da Patientenverfügungen für sie als nichtärztliches Personal keine Relevanz hätten. Zwei Befragte gaben an, dass Patientenverfügungen aus ihrer Sicht in Notfallsituationen grundsätzlich keine Bedeutung besäßen. Nach der Schulung gaben 241 (85 %) Befragte an, sich weitere Fortbildungen zum Thema Patientenverfügung zu wünschen. 44 (15 %) Personen sahen keinen weiteren Fortbildungsbedarf.

Von den 44 Probanden, die nach der Schulung keine weitere Fortbildung wünschten, gaben 36 an, dass sie keine weiteren Fortbildungsbedarf hätten, da Patientenverfügungen für Rettungsassistenten am Einsatzort keine Relevanz besäßen. Elf Rettungsdienstmitarbeiter waren bei der Zweitbefragung nach der Weiterbildung der Meinung, dass Patientenverfügungen in Notfallsituationen keine Bedeutung zukäme. Vergleicht man das Verlangen nach einer Fortbildung vor und nach der Befragung lässt sich ein p-Wert von $p < 0,0001$ berechnen.

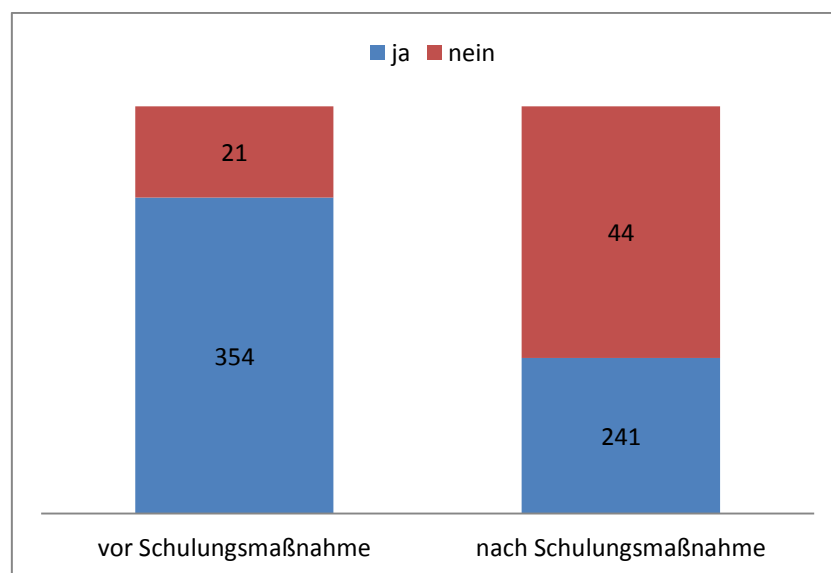


Abbildung 23: Wunsch nach weiterer Fortbildung

Auf die Frage, ob sich die Rettungsdienstmitarbeiter mehr Entscheidungskompetenzen im Umgang mit Patientenverfügungen wünschten, gaben vor der Intervention 236 (63 %) der Befragten an, dass sie sich mehr Kompetenzen wünschten. 139 (37 %) Teilnehmer wollten keine weitere Entscheidungskompetenz

zugesprochen bekommen. Von diesen 139 gaben 125 (90 %) an, dass sie die Entscheidung lieber dem Notarzt überließen und 30 (22 %) Probanden verneinten eine weitergehende Entscheidungskompetenz, da sie die rechtlichen Konsequenzen fürchteten. Nach der Fortbildungsmaßnahme gaben 173 (61 %) Umfrageteilnehmer an, sich mehr Kompetenz zu wünschen. 112 (39 %) wollten hingegen auf ein höheres Maß an Kompetenz verzichten. Von diesen 112 gaben 104 (93 %) Personen an, dass sie die Entscheidung dem Notarzt überlassen wollten, 16 (14 %) fürchteten rechtliche Konsequenzen.

Für die Frage nach dem Wunsch nach mehr Entscheidungskompetenz wurde im Vorher-nachher-Vergleich ein p-Wert von 0,5586 berechnet.

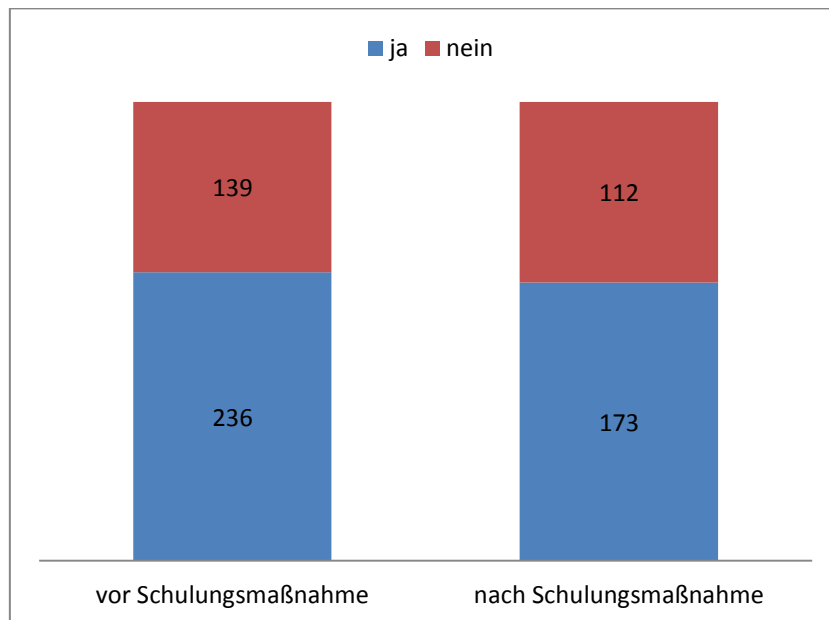


Abbildung 24: Wunsch der Rettungsdienstmitarbeiter nach mehr Entscheidungskompetenz beim Umgang mit Patientenverfügungen

Auf die Frage, ob spezielle Patientenverfügungen für den Rettungsdienst (Palliativnotfallbögen) den Teilnehmern bekannt seien, antworteten 109 (29 %) mit einem Ja, dass ihnen die Verfügungen bekannt seien. 263 (71 %) Probanden waren spezielle Patientenverfügungen für den Rettungseinsatz unbekannt.

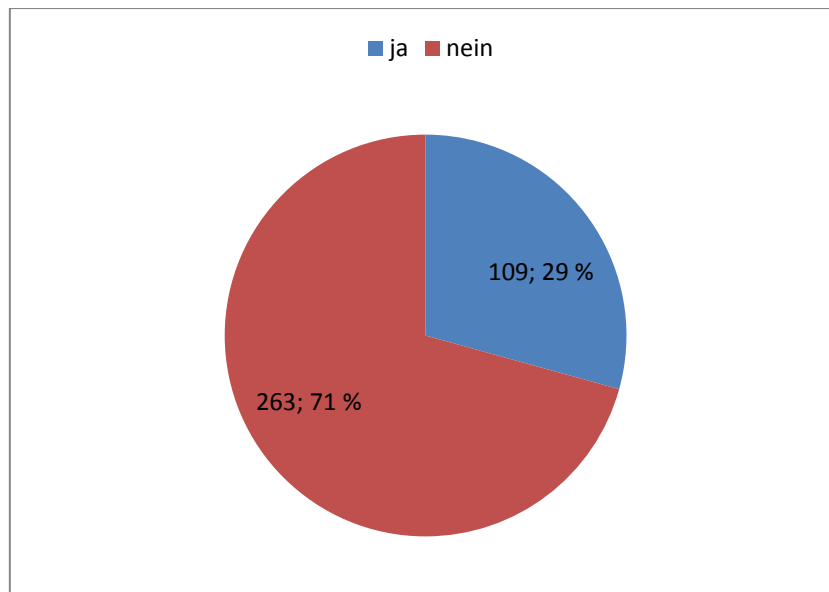


Abbildung 25: Bekanntheit Palliativnotfallbogen in der präklinischen Notfallmedizin

Zur Einschätzung, ob die Probanden den Palliativnotfallbogen als sinnvoll erachteten, gaben bei der Erstbefragung 328 (88 %) Teilnehmer an, den Bogen sinnvoll zu finden, 44 (12 %) hielten hingegen den Bogen für nicht sinnvoll. Nach der Schulung gaben 268 (94 %) Befragte an, dass sie den Bogen sinnvoll fänden, 17 (6 %) hielten den Bogen nach erfolgter Fortbildung für nicht sinnvoll ($p = 0,0102$).

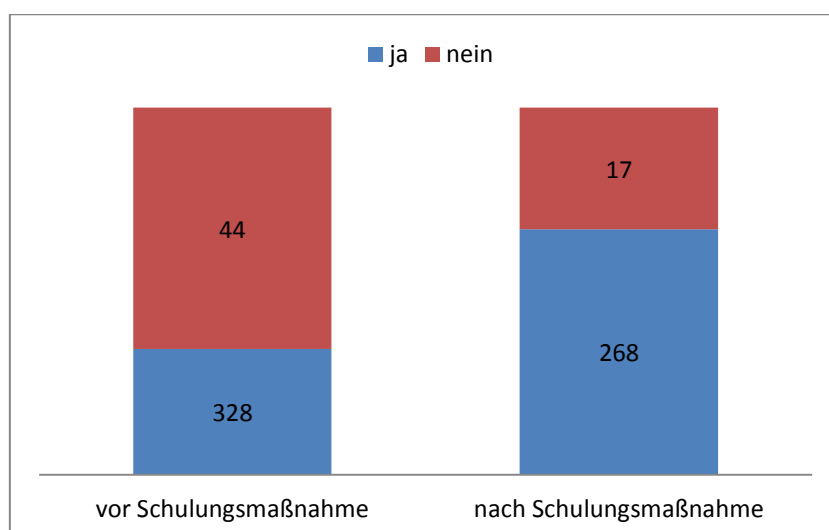


Abbildung 26: Palliativnotfallbogen sinnvoll

Nach dem Wunsch befragt, ob sich die Teilnehmer spezielle Patientenverfügungsformulare für den Rettungsdienst wünschten, gaben vor der Schulung 333 (90 %) an, ein spezielles Formular zu wünschen. 39 (10 %) wünschten sich kein spezielles Formular. Nach der Schulungsmaßnahme gaben 261 (92 %) an, sich eine spezielle Patientenverfügung für den Rettungsdienst zu wünschen. 23 (8 %) wollten keine spezifische Patientenverfügung für den Rettungsdienst ($p = 0,3008$).

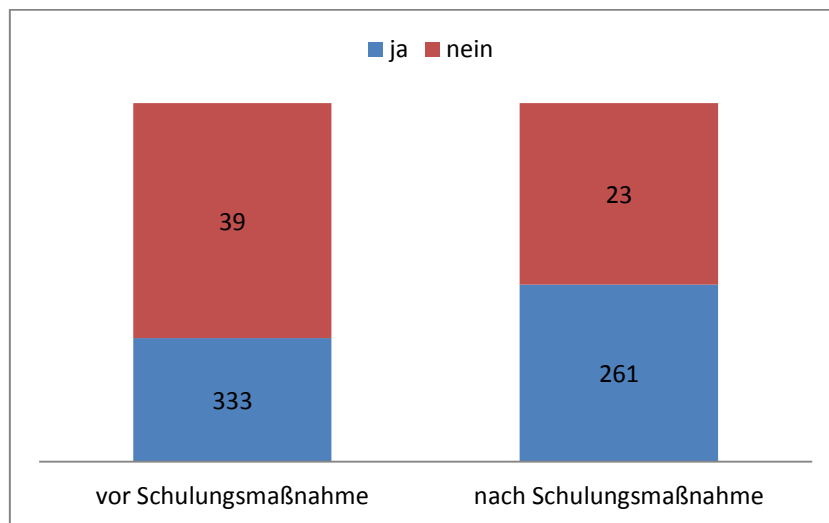


Abbildung 27: Wunsch nach speziellem Palliativnotfallbogen für den präklinischen Notfalleinsatz

4 Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurden die im Essener Rettungsdienst tätigen nichtärztlichen Rettungsdienstmitarbeiter umfassend vor und nach einer Schulung zum Thema Palliativmedizin mittels eines Fragebogens befragt, um die mit palliativmedizinischen Notfällen verbundenen Probleme aus ihrer Sicht zu erfassen und festzustellen, inwieweit sich das Rettungsdienstpersonal auf die Notfallversorgung von Palliativpatienten ausreichend vorbereitet fühlt.

Die erhobenen und wissenschaftlich ausgewerteten Daten werden in der Diskussion zusammenfassend dargestellt, mit der aktuellen Literatur verglichen und diskutiert.

4.1 Studienteilnehmer

An der Studie nahmen insgesamt 375 Mitarbeiter des nichtärztlichen Rettungsdienstes der Stadt Essen teil. Das Alter der an dieser Erhebung teilnehmenden Probanden lag bei 37,6 Jahren (Mittelwert), wobei deren Erfahrung im Rettungsdienst im Durchschnitt 12,7 Jahre betrug. Daraus lässt sich ableiten, dass die Rettungsdienstmitarbeiter, die an der Studie teilgenommen haben, bereits über einen weitreichenden Erfahrungsschatz im Berufsfeld des Rettungsdienstes verfügten.

Die Geschlechterverteilung wurde mit 99 % Männern zu 1 % Frauen ermittelt. Das Untersuchungsergebnis deckt sich mit einer Umfrage von Taghavi et al. zu Erfahrungen von rettungsdienstlichem Personal im Umgang mit Patientenverfügungen. Bei dieser Umfrage waren 98,5 % der Teilnehmer männlichen Geschlechts (Taghavi et al. 2012). Bei der Berufsfeuerwehr Essen liegt der Frauenanteil bei 0,8 % (sechs Frauen bei 750 Mitarbeitern). Insofern kann anhand der vorhandenen Daten keine auf geschlechtsspezifische Zuordnung basierte Diskussion geführt werden.

Der große Anteil von Lehrrettungsassistenten lässt sich dadurch erklären, dass die Berufsfeuerwehr Essen eine eigene Rettungsassistentenschule betreibt (Stadt Essen 2014) und das Ziel verfolgt, jeden Beamten im Einsatzdienst mittelfristig zum Rettungsassistenten auszubilden. Jeder Beamte in der Laufbahn des mittleren Dienstes wird im Rahmen der feuerwehrtechnischen Grundausbildung zum Rettungssanitäter ausgebildet (Stadt Essen 2014).

Zum Zeitpunkt der Befragung waren 88 % der Teilnehmer im Einsatzdienst eingesetzt. Je 6 % gaben an, hauptsächlich in der Leitstelle bzw. im Tagesdienst eingesetzt zu sein. Der Großteil der Teilnehmer war somit im täglichen Einsatzgeschehen mit rettungsdienstlichen Aufgaben betraut. Einige Teilnehmer waren vornehmlich mit Aufgaben im Innendienst betraut, wurden jedoch in der Regel dennoch für einige Wochen im Jahr im Einsatzdienst eingesetzt und nahmen somit zumindest gelegentlich an der rettungsdienstlichen Versorgung der Bevölkerung teil. Der Untersuchung zur Folge wurden pro Jahr von jedem Rettungsdienstmitarbeiter durchschnittlich 326 Einsätze durchgeführt. Diese hohe Zahl ist am ehesten auf die tägliche Einsatzbelastung im Großstadtrettungsdienst zurückzuführen.

4.2 Rettungsdienstliche Versorgung von Patienten in weit fortgeschrittenem Erkrankungsstadium

Für die an dieser Untersuchung teilnehmenden Rettungsdienstmitarbeiter konnte ein Mittelwert von 61 Einsätzen mit Patienten in weit fortgeschrittenem Erkrankungsstadium errechnet werden. Dies entspricht einem prozentualen Anteil von 19 % – bezogen auf die von den Umfrageteilnehmern angegebenen 326 Notfalleinsätze im Jahr. Verglichen mit vorhandenen Studien, die in anderen Rettungsdienstbereichen mit ähnlicher Fragestellung durchgeführt wurden, erscheint der prozentuale Anteil hoch. In der Literatur finden sich Angaben zur Einsatzrate mit palliativmedizinischem Hintergrund zwischen 3 % und 10 % (Marung und Wiese 2013; Makowski et al. 2013).

Nach der Schulungsmaßnahme ist in dieser Untersuchung das Prozentverhältnis zwischen geschätzten Einsatzzahlen und geschätzten Einsätzen mit palliativmedizinischem Hintergrund unverändert geblieben. Daraus lässt sich schließen, dass sich die Einschätzung, ob es sich um einen palliativmedizinisch motivierten Einsatz handelt, durch die Schulungsmaßnahme nicht geändert hat. Ein Grund dafür, dass eine sehr hohe Zahl palliativmedizinisch motivierter Einsätze angegeben wurde, ist am ehesten darauf zurückzuführen, dass in der vorliegenden Untersuchung ein Palliativpatient als ein Patient in weit fortgeschrittenem Erkrankungsstadium definiert wurde. Die Häufigkeit des Vorkommens von palliativmedizinisch motivierten Einsätzen lässt die Schlussfolgerung zu, dass jeder Rettungsdienstmitarbeiter, der in seinen Einsätzen im Rettungsdienst auf Palliativ-

patienten trifft, mit den daraus resultierenden Problemen tagtäglich konfrontiert wird und unter Umständen an wegweisenden Therapieentscheidungen beteiligt ist (Wiese et al. 2007b; Hanson et al. 1999).

Bei nur 19 (6 %) der Essener Rettungsdienstmitarbeiter war Palliativmedizin Ausbildungsinhalt und 31 (8 %) der Befragten haben bereits eine Fortbildung mit dem Themenbereich Palliativmedizin besucht. In einer Göttinger Vergleichsstudie gaben 8 % der Rettungsdienstmitarbeiter an, dass Palliativmedizin in ihrer Ausbildung gelehrt worden sei, und 38,9 % hatten bereits eine Fortbildung mit palliativmedizinischen Inhalten besucht (Wiese et al. 2008c).

Bei der vorliegenden Untersuchung konnte gezeigt werden, dass die durchgeführte Schulungsmaßnahme einen signifikanten Zuwachs an Handlungssicherheit im Sinne eines Sicherheitszuwachses bewirken konnte. Es kann somit geschlussfolgert werden, dass eine Unterrichtseinheit mit einer Dauer von 45 Minuten als Schulungsmaßnahme bereits helfen kann, Rettungsdienstpersonal für die Thematik zu sensibilisieren und einen Wissenszuwachs zu erzielen.

Erfahrungsgemäß ist jedoch von einer einzelnen Schulungseinheit kein nachhaltiger, tiefgreifender Effekt zu erwarten.

Auf die Frage, für wie sinnvoll die Rettungsdienstmitarbeiter eine Reanimation im weit fortgeschrittenen Erkrankungsstadium hielten, wurde auf einer Likert-Skala von 1 bis 10 (1 = sehr sinnvoll; 10 = wenig sinnvoll) ein Mittelwert von 7,9 vor und auch nach der Schulungsmaßnahme ermittelt. Dies zeigt, dass die einzelnen Rettungsdienstmitarbeiter eine Reanimation bei inkurabel Erkrankten als wenig sinnvoll einstufen und die Auseinandersetzung mit dem Thema im Rahmen der Schulung ihre Sichtweise nicht verändert hat.

Ergänzend wurde die hypothetische Frage gestellt, ob die jeweiligen nichtärztlichen Mitarbeiter von einer Abbruchentscheidung in einer Reanimationssituation Gebrauch machen würden, wenn sie entsprechend rechtlich abgesichert wären. Sowohl in der Erst- als auch in der Zweit- und damit Nachbefragung gab ein Großteil der Befragten an, von der Möglichkeit, eine Abbruchentscheidung zu treffen, keinen Gebrauch zu machen. Dieses Ergebnis untermauert, dass die Schulungsmaßnahme kaum einen

Einfluss auf eine mögliche Handlungsänderung der Teilnehmer dieser Untersuchung zu haben scheint.

Die Frage, ob und unter welchen Bedingungen Rettungsdienstmitarbeiter eine Entscheidung hinsichtlich eines Nichtbeginns einer Rettungsmaßnahme oder gar Behandlungsabbruches treffen können und dürfen, stellt ein komplexes medizinisches, juristisches und ethisches Problem dar. In der Notfallmedizin werden die Rettungsdienstmitarbeiter häufig mit ethischen Fragestellungen zu Entscheidungen am Lebensende konfrontiert (Trzeciak 2013). Besonders schwerwiegend ist die Entscheidungsfindung im Rettungsdienst im Hinblick auf den Abbruch von begonnenen Maßnahmen, insbesondere bei Abbruch von Reanimationsbemühungen. Nach Wiese muss eine Entscheidung zum Behandlungsabbruch in einer Reanimationssituation dem Arzt vorbehalten sein, da nur der Arzt den Tod eines Patienten feststellen darf und damit auch die Indikation bezüglich der Einstellung einer Reanimationsmaßnahme bzw. des Verzichts eines Beginns einer Wiederbelebung stellen kann (Wiese 2014a). Die Todesfeststellung und die damit verbundene ärztliche Leichenschau ist die letzte ärztliche Handlung, die ein Arzt am Patienten durchführt, zu der er zudem gesetzlich verpflichtet ist. An die Todesfeststellung schließt sich in der Regel die ärztliche Leichenschau an. Im rettungsdienstlichen Einsatzalltag gestaltet sich dies jedoch häufig schwierig und es existieren je nach örtlicher Gegebenheit unterschiedliche Regelungen. In einigen Bundesländern werden Ärzte im Notarztdienst von der Verpflichtung der Durchführung einer Leichenschau freigestellt. Dies regelt in Nordrhein-Westfalen das Gesetz über das Friedhofs- und Bestattungswesen, auch Bestattungsgesetz (BestG NRW). Aus § 9, Absatz 3 BestG NRW geht eindeutig hervor, dass Notärzte im öffentlichen Rettungsdienst während der Einsatzbereitschaft und während des Einsatzes, sobald sie den Tod festgestellt haben, weder zur Leichenschau noch zur Ausstellung der Todesbescheinigung verpflichtet sind (Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen 2015; Wolcke 2005). Nichtärztliches Rettungsdienstpersonal wird in den jeweiligen Landesgesetzen nicht erwähnt. Auch Valentin geht davon aus, dass Rettungsassistenten oder Notfallsanitäter Entscheidungen zum Behandlungsabbruch nicht autark treffen können (Valentin 2010).

In der Schmitt et al. interpretieren die Rechtslage, zumindest bei vorliegender Patientenverfügung, derart, dass jegliches medizinisches Personal, also auch

Rettungsdienstmitarbeiter, sich an die zu Lebzeiten des Patienten verfassten Anweisungen zu halten haben und somit eine fragliche Wiederbelebung nicht einleiten sollten (in der Schmitt et al. 2011a).

Es muss die Frage gestellt werden, ob Rettungsdienstmitarbeiter einerseits umfassend genug aus- und weitergebildet sind und andererseits über ausreichende Erfahrung verfügen, um eine Todesfeststellung sicher treffen zu können. Gelegentlich gibt es Berichterstattungen, aus denen hervorgeht, dass nichtärztliches Rettungsdienstpersonal nicht ausreichend ausgebildet scheint und Maßnahmen fahrlässig unterlässt bzw. Fehlentscheidungen trifft (Ärzte Zeitung 2014). Ergänzend bleibt festzustellen, dass Reanimationssituationen und eine Einstellung der Maximaltherapie sowie damit verbundene Entscheidungen äußerst belastend für das Rettungsteam sind und können zu Konfliktsituationen im Rettungsteam führen (Salomon 2000, Wiese et al. 2008b).

Im kanadischen Raum wurde 1999 von Guru et al. eine Studie publiziert, aus der hervorgeht, dass 23,6 % der *Paramedics* (Rettungsassistenten) entgegen ihren beruflichen Vorschriften eine Reanimation bei herzkranken Patienten mit entsprechender Patientenverfügung, einem sogenannten *Do-not-resuscitate*-Bogen (DNR request), unterlassen würden und somit dem zuvor schriftlich fixierten Patientenwillen nachkämen (Guru et al. 1999).

4.3 Patientenverfügungen im Rettungsdienst

Seit einigen Jahren gibt es in verschiedenen Regionen Deutschlands, unter anderem in Göttingen, Regensburg und Essen, spezielle Patientenverfügungen für den Rettungsdienst (Kloke 2011; Wiese et al. 2009b; Wiese et al. 2008b).

International sind Patientenverfügungen für Notfallsituationen bereits seit vielen Jahren etabliert. Hier ist ein seit 1991 etabliertes System namens ‚POLST‘ (*Physician Orders for Life-Sustaining Treatment*) zu erwähnen. Initial wurde dieser Notfallverfügungsbogen in Oregon, USA entwickelt, implementiert und in den Folgejahren national veröffentlicht (Schmidt et al. 2004; Hickman et al. 2008; National POLST 2012). Er besteht aus einem einseitigen Formular, das die Diagnosen, Therapieziele, den Wunsch und Umfang der gewünschten medizinischen Maßnahmen und das aktuelle Therapieschema enthält. Der Bogen wird gemeinsam

vom behandelnden Arzt und dem Patienten ausgefüllt und von beiden Parteien unterschrieben. Er soll immer vom Patienten mitgeführt werden und in sämtlichen medizinischen Einrichtungen, wie beispielsweise Krankenhaus, Pflegeeinrichtung, Hospiz und häuslicher Pflege, sicherstellen, dass der Patientenwille stets berücksichtigt wird.

In der vorliegenden Studie gaben 298 (81 %) der Essener Berufsfeuerwehrleute an, dass sie bei Einsätzen mit palliativmedizinischem Hintergrund bereits beteiligt waren, bei denen eine Patientenverfügung vorlag, die zu einer Therapiebegrenzung geführt hat.

Befragt zu Einsätzen, bei denen Patientenverfügungen vorlagen, durch die die Therapie eingeschränkt wurde, wurde ein Mittelwert von 16,3 Einsätzen pro Rettungsdienstmitarbeiter ermittelt. Dieser Wert untermauert, dass das Rettungsdienstpersonal häufig mit Einsätzen konfrontiert wird, bei denen konkrete Patientenverfügungen vorliegen, die auch die weitere Behandlung des Patienten beeinflussen. Gleichzeitig wird deutlich, dass Mitarbeiter im Rettungsdienst nicht selten mit dem Problem einer Entscheidungsfindung in Notfallsituationen bei nur geringen Informationen unter Zeitdruck entscheiden und handeln müssen.

Auf die Frage, wie gut sich die Rettungsdienstmitarbeiter zu den rechtlichen Rahmenbedingungen der Patientenverfügung informiert fühlen, ergab die vorliegende Untersuchung eine signifikante Änderung im Hinblick auf den Zuwachs an Wissen zu den rechtlichen Rahmenbedingungen. Hieraus kann geschlossen werden, dass die Schulungsmaßnahme Erfolg hatte und die Studienteilnehmer sich nach der Maßnahme besser informiert fühlten.

Im Hinblick auf die Frage, ob die Rettungsdienstmitarbeiter negative Konsequenzen fürchten, wenn sie den zuvor schriftlich fixierten Patientenwillen in einer Notfallsituation nicht befolgen würden, wurde festgestellt, dass Rettungsdienstmitarbeiter vor und nach der Schulungsmaßnahme sehr unsicher im Umgang mit Patientenverfügungen sind. Dies deutet auf einen dringend gebotenen weiteren Schulungsbedarf hin.

Auf die Frage, wie die Rettungsdienstmitarbeiter generell im Einsatzgeschehen agieren würden, wenn eine Patientenverfügung vorläge, die erweiterte Maßnahmen

ausschlosse, gaben 87 % der Befragten vor der Schulung und 92 % nach der Schulung an, dass sie grundsätzlich den geäußerten Patientenwillen beachten würden. Demgegenüber gaben 85 % der Probanden vor der Schulung und sogar 92 % nach der Schulung an, dass sie initial sämtliche möglichen Maßnahmen einleiten und die Entscheidung des hinzugerufenen Notarztes abwarten würden. Dieser Widerspruch macht deutlich, in welcher starker Unsicherheit sich das nichtärztliche Rettungsdienstpersonal befindet, insbesondere, wenn es um das Nichtbeginnen oder Beenden einer Behandlung in der Notfallsituation geht.

Palliativmedizinische Notfälle – und damit auch Rettungsdiensteinsätze – basieren häufig auf Symptomkonstellationen wie Atemnot, Schmerzzuständen oder Krampfanfällen (Nauck und Alt-Epping 2008; Wiese et al. 2007a; Vagts et al. 2013; Schrijvers und van Fraeyenhove 2010). Solche Einsatzindikationen gehen gemäß Indikationskatalog für den Notarzteinsatz der Bundesärztekammer fast immer mit einer Notarztaalarmierung einher (Bundesärztekammer 2013). Also stellt sich für das nichtärztliche Rettungsdienstpersonal nicht selten die Frage, wie sie verfahren sollen, wenn die Rettungswagenbesatzung zuerst eintrifft, aber das Notarzteinsatzfahrzeug sich noch auf der Anfahrt befindet und eine Maßnahme unmittelbar einzuleiten oder zu unterlassen ist. Dabei geht es für das nichtärztliche Rettungsdienstpersonal nicht nur um die juristische Frage, was dessen Aufgabe und rechtliche Absicherung angeht, sondern auch um eine ethische Herausforderung, die zu Unsicherheit beim Rettungsdienstpersonal über die korrekte Verfahrensweise führt (Wiese et al. 2008c). In der vorliegenden Untersuchung wurden zahlreiche Ergebnisse zur Einschätzung der Handlungssicherheit der Rettungsdienstmitarbeiter bei vorliegender Patientenverfügung vor und nach der Schulungsmaßnahme erhoben.

Es konnte gezeigt werden, dass durch die Schulungsmaßnahme ein gewisser Sicherheitszuwachs erzielt wird. Selbst diese einzelne Schulungsmaßnahme führte bereits zu einem geringen Zuwachs an Handlungssicherheit im Umgang mit einer Patientenverfügung. Das Ergebnis der Umfrage, dass weiterhin Unsicherheit in Entscheidungssituationen während eines Notfalleinsatzes bei Palliativpatienten besteht. Bei der bezüglich des Umfangs sehr begrenzten Schulung war ein signifikanter Sicherheitszuwachs nicht zu verzeichnen. Es ließ sich eher feststellen, dass die Rettungsdienstmitarbeiter bei Vorliegen einer Patientenverfügung generell handlungsunsicher sind.

In Studien von Taghavi et al. konnte ebenfalls bei einer Befragung von Rettungsassistenten aus Hamburg und Göttingen auf die Frage hin, wie gut sich die Rettungsdienstmitarbeiter im Umgang mit Patientenverfügungen informiert fühlten, gezeigt werden, dass die Befragten nicht sicher im Umgang mit Patientenverfügungen bei medizinischen Notfallsituationen sind (Taghavi et al. 2012).

Aus der Selbsteinschätzung der Handlungssicherheit bei vorliegender Patientenverfügung lässt sich schließen, dass ein weitergehender Schulungs- und Regelungsbedarf besteht, um den Rettungsdienstmitarbeitern mehr Sicherheit im Umgang mit Patientenverfügungen im Rahmen des Einsatzalltags zu vermitteln. Sowohl die dieser Arbeit zugrunde liegende Studie als auch die oben erwähnten früheren Studien zu einer ähnlichen Fragestellung untermauern den dringlichen Schulungsbedarf der Rettungsdienstmitarbeiter. Selbst nach erfolgter Schulungsmaßnahme wünschten sich noch 241 (85 %) der Teilnehmer weitere Fortbildungseinheiten zu ethischen und rechtlichen Fragen in der Notfallmedizin und zum Thema Umgang mit Palliativpatienten in der Notfallsituation.

Ergänzend ist festzustellen, dass es unabdingbar ist, dass Patientenverfügungen für den Rettungsdienst klar formuliert und verständlich sind (Gerth et al. 2005). Diese Tatsache würde sicher maßgeblich zur Handlungssicherheit im Rettungsdienst und in der Notfallmedizin beitragen.

Fast alle (94 %) Teilnehmer wünschten sich vor der Schulungsmaßnahme eine spezielle Fortbildung zur Thematik Patientenverfügungen für den Rettungsdienst. Nur 21 (6 %) Rettungsdienstmitarbeiter sahen keine Notwendigkeit für eine Fortbildung zur genannten Fragestellung. In der oben bereits erwähnten Veröffentlichung von Taghavi et al. wünschten sich 68 % der befragten Rettungsdienstmitarbeiter ebenfalls Schulungen im Bereich der Palliativmedizin (Taghavi et al. 2012).

Wie notwendig rettungsdienstliche Aus- und Fortbildung zum Thema Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht ist, zeigt das Umfrageergebnis. So war nur 109 (29 %) von 372 Rettungsdienstmitarbeitern die vorliegende spezielle Form der Patientenverfügung für den Rettungsdienst, der Palliativnotfallbogen (Essener Palliativausweis), vor der Schulungsmaßnahme überhaupt bekannt. Es hielten jedoch 328 (88 %) der Befragten eine spezielle Patientenverfügung für Notfallsituationen für sinnvoll. Auch aus der Vergleichsstudie von Taghavi et al. geht

hervor, dass 77 % der befragten Rettungsdienstmitarbeiter den Palliativnotfallbogen als sinnvoll erachteten (Taghavi et al. 2012).

Die Rechtsverbindlichkeit der Handlungsempfehlung für nichtärztliches Personal bei Vorliegen einer Patientenverfügung am Einsatzort geht aus der aktuellen Fassung des Patientenverfügungsgesetzes nicht hervor. Es ist nochmals anzumerken, dass im Rahmen dieser Dissertation für jenes nichtärztliche Rettungsdienstpersonal, das im Einsatzgeschehen mit therapiebegrenzenden Patientenverfügungen in Kontakt kommt, keine grundsätzliche Handlungsempfehlung ausgesprochen werden kann. Es sollte stets frühzeitig ein Notarzt in das Einsatzgeschehen eingebunden werden. In städtischen Rettungsdienstbezirken wie der Stadt Essen stellt bei der eingangs erläuterten Notarztstandortdichte die Verfügbarkeit eines Arztes an der Einsatzstelle in der Regel kein Problem dar. In ländlichen Regionen ist eine kurzfristige Verfügbarkeit eines Notarztes nicht immer sichergestellt.

Wünschenswert wäre eine klare, bundesweite Regelung mit entsprechender Rechtssicherheit für das nichtärztliche Rettungsdienstpersonal im Umgang mit Patientenverfügungen. Ein überregionales Curriculum ‚Umgang mit Palliativpatienten und ethische und rechtliche Fragen am Lebensende‘ sollte in die Ausbildung zum Rettungsassistenten bzw. in die Ausbildungscurricula der neu entstehenden Notfallsanitäter-Ausbildung aufgenommen werden. So könnte in Zukunft mehr Sicherheit im rettungsdienstlichen Umgang mit einer steigenden Anzahl von Menschen am Lebensende ermöglicht werden und auch dem Wunsch und Willen des Patienten entsprochen werden.

Um für nichtärztliches Personal einen rechtssicheren Rahmen zu schaffen, ist es aufgrund der derzeit rechtlich nicht eindeutig geklärten und von verschiedenen Seiten unterschiedlich bewerteten Situation unabdingbar, dass die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen für nichtärztliches Personal im Gesetzestext erwähnt wird. Ergänzend ist anzumerken, dass die Aufnahme von palliativmedizinischen Inhalten sowie ethischen und rechtlichen Fragestellungen am Lebensende in die Ausbildungsvorschriften der notärztlichen Ausbildung als sinnvoll zu erachten ist. Bisher gibt es in der notärztlichen Ausbildungsordnung keine ausreichende Vorschrift zur Ausbildung im Bereich der palliativmedizinischen Notfallversorgung (Bundesärztekammer 2011).

4.4 Bedeutung der vorliegenden Arbeit für die Praxis

Rettungsdienstmitarbeiter werden im dienstlichen Alltag häufig mit Patienten mit inkurablen Erkrankungen und deren Leiden konfrontiert. Die vorliegende Untersuchung konnte zeigen, dass bei nichtärztlichen Rettungsdienstmitarbeitern ein hohes Maß an Schulungs- und Informationsbedarf besteht. Durch die durchgeführte Schulungsmaßnahme konnte in einigen Bereichen ein Wissenszuwachs erreicht werden.

Aufgrund der in dieser Untersuchung erhobenen Daten wird darüber hinaus deutlich, dass eine spezifische, überregionale ‚Patientenverfügung für den Rettungsdienst‘ eine hilfreiche Ergänzung darstellen würde, um den Willen des Patienten auch in Notfallsituationen respektieren und umsetzen zu können. Diese spezielle Verfügung müsste Rechts- und Handlungssicherheit sowohl für ärztliches als auch für nichtärztliches Personal im Rettungsdienst bieten. Die entsprechenden rechtlichen Rahmenbedingungen wären zu prüfen und klar zu definieren.

Zum jetzigen Zeitpunkt und vor dem Hintergrund der Gesetzeslage des § 1901a zur Patientenverfügung gelten die Patientenverfügungen als Hinweis für den behandelnden Arzt. Im Rettungsdienst kann nichtärztlichen Rettungsdienstmitarbeitern, die im Einsatzgeschehen ohne Notarztbegleitung auf einen Patienten mit Patientenverfügung treffen, in dem Moment, in dem über eine Therapielimitation entschieden werden muss, nur nachdrücklich empfohlen werden, frühzeitig einen Notarzt hinzuzuziehen, um einen rechtssicheren Rahmen zu schaffen.

Die Forderungen nationaler und internationaler Studien zur besseren rettungsdienstlichen Ausbildung mit dem Ziel einer bestmöglichen, ganzheitlichen und selbstbestimmten Versorgung von Patienten am Lebensende konnten anhand der vorliegenden Studie bekräftigt werden. Eine bessere Aus- und Weiterbildung zu diesem Thema könnte durch die Aufnahme des Themas ‚Umgang mit Palliativpatienten und ethische und rechtliche Fragen am Lebensende‘ in die Ausbildungscurricula der rettungsdienstlichen und notärztlichen Ausbildung erreicht werden.

4.5 Limitation der Arbeit

Die vorliegende Arbeit basiert auf einer Befragung von Beamten der Berufsfeuerwehr Essen, die im Rahmen ihrer jährlichen Pflichtfortbildung an einer Schulungsmaßnahme zur Thematik der Palliativmedizin freiwillig an einer Umfrage (siehe Anhang) teilgenommen haben. Bei freiwilliger Teilnahme kann sich ein Trend zur Positivbeantwortung der Fragen zeigen. So ist es möglich, dass Teilnehmer, die einer Thematik bereits grundsätzlich offen gegenüberstehen, eine Positivselektion betreiben.

Die Fragebögen beinhalteten teilweise sehr subjektive und persönlich gestellte Fragen, deren Beantwortung aufgrund von persönlichen Lebensumständen beeinflusst gewesen sein und zu einer subjektiven Beantwortung geführt haben könnte.

Aufgrund der regionalen Einschränkung und der örtlichen Gegebenheiten sind die Ergebnisse möglicherweise nicht auf das gesamte Bundesgebiet übertragbar. Auch ist eine Übertragung auf ausländische Rettungsdienste nur schwer möglich, und dies nicht zuletzt, da im Ausland oft ein ganz anderes Rettungsdienstsystem Anwendung findet, wie zum Beispiel in den Niederlanden. Hier sind *Paramedics* (Rettungsassistenten) vornehmlich ohne notärztliche Unterstützung im Einsatz.

Ein weiteres Problem bei der Auswertung der Untersuchung ist in der Vergleichbarkeit der Vorher-nachher-Befragung zu sehen: Am zweiten Befragungsteil nahmen weniger Probanden als am ersten teil. Die Gründe hierfür lassen sich nachträglich nicht feststellen.

Im Rahmen der Auswertung wurden einige Signifikanzen berechnet. Der Fehler des multiplen Testens kann nicht ausgeschlossen werden. Auf eine Bonferroni-Adjustierung wurde verzichtet. Die in dieser Untersuchung verwendeten statistischen Tests legen eine Reihenfolge fest. Damit wird die Tendenz untersucht, welche Fragebogenitems sich am meisten, bzw. am wenigsten verändert haben.

5 Zusammenfassung

Der prozentuale Anteil an rettungsdienstlichen Einsätzen mit Patienten, die inkurabel erkrankt sind und bei denen keine Chance mehr auf Heilung besteht, wurde in der vorliegenden Untersuchung auf etwa 19 % der gesamten Einsätze geschätzt. Hier liegt der Anteil damit deutlich höher als in vorangegangenen Studien, in denen die Einsatzhäufigkeit von palliativmedizinisch motivierten Einsätzen in Bezug auf die Gesamteinsatzzahl zwischen 3 % und 10 % angegeben wurde (Brokmann et al. 2014; Marung und Wiese 2013). Das hier vorliegende Untersuchungsergebnis macht deutlich, dass *end-of-life-care* einen hohen Stellenwert im Tätigkeitsfeld der rettungsdienstlichen Berufe hat. Im Rahmen dieser Arbeit wird ein Überblick über den Informationsstand der Rettungsdienstmitarbeiter gegeben. Die vorliegende Untersuchung beschäftigt sich mit dem Umgang mit Patientenverfügungen im Rettungsdienst und den Erfahrungen der Rettungsdienstmitarbeiter der Berufsfeuerwehr Essen im Rahmen von palliativen Notfällen. Es wurde im Zusammenhang mit der jährlichen Pflichtfortbildung eine Schulungsmaßnahme zur Thematik Palliativmedizin und Patientenverfügungen im Rettungsdienst durchgeführt. Vor dieser und im Anschluss an die Schulungsmaßnahme erfolgte jeweils eine fragebogengestützte Umfrage, um unter anderem den Wissenszuwachs, der durch die Fortbildung zu verzeichnen war, zu beurteilen. Die Datenerhebung im Rahmen der Fortbildungswochen für Rettungsdienstmitarbeiter an der Rettungsassistentenschule der Berufsfeuerwehr Essen erstreckte sich über ein Jahr. Mit Hilfe der Vor- und Nachumfrage konnte gezeigt werden, dass eine Fortbildung in eingeschränktem Maße zur Handlungssicherheit von Rettungsassistenten in Bezug auf den Umgang mit inkurabel Erkrankten beitragen kann.

Bei der Erstbefragung gab es eine Teilnahme mit einem Rücklauf von insgesamt 375 Fragebögen. An der Zweitbefragung nahmen 285 (76 %) Probanden teil.

In der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, dass bereits 81 % der Essener Umfrageteilnehmer an Einsätzen beteiligt waren, bei denen Patientenverfügungen vorlagen, welche die therapeutischen Maßnahmen einschränkten. Taghavi et al. ermittelten bei einer Studie mit ähnlicher Fragestellung, dass 71,7 % der befragten Rettungsassistenten an Einsätzen mit vorliegenden Patientenverfügungen und daraus resultierender Therapielimitierung beteiligt waren (Taghavi et al. 2012).

Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse belegen, dass es für Einsatzdienstmitarbeiter zum Berufsalltag gehört, zu Einsätzen gerufen zu werden, bei denen über Therapieeinschränkungen aufgrund von vorliegenden Patientenverfügungen entschieden werden muss.

Zum Informationsstand im Hinblick auf die rechtliche Stellung von Patientenverfügungen befragt, konnte ein Mittelwert von 6,5 und in der Zweitbefragung von 5,5 ermittelt werden; wobei die Zahl 1 für ‚sehr gut informiert‘ und die Zahl 10 für ‚sehr schlecht informiert‘ steht. Es handelt sich hierbei um einen signifikanten Informationszuwachs. Auch bei der Frage nach der Sicherheit im Umgang mit Palliativpatienten konnte ein Wissenszuwachs durch die Schulungsmaßnahme ermittelt werden. Nach der Schulungsmaßnahme wünschten 85 % (n = 241) der Rettungsdienstmitarbeiter weitere Fortbildungen zur rechtlichen Situation im Umgang mit Patientenverfügungen.

Sowohl die notärztlichen als auch die nichtärztlichen, rettungsdienstlichen Ausbildungscurricula enthalten bisher keine oder nur rudimentäre Inhalte aus dem Fachgebiet der Palliativmedizin. Da Handlungsunsicherheit bei der Versorgung palliativmedizinischer Patienten besteht, ist dringender Handlungsbedarf hinsichtlich einer Vermittlung palliativmedizinischer Basiskenntnisse in den oben aufgeführten Berufsfeldern vorhanden.

Zusätzlich konnte in dieser Studie gezeigt werden, dass Unsicherheit hinsichtlich des Umganges mit Patientenverfügungen besteht. Hier sollten die rechtlichen Rahmenbedingungen geprüft und entsprechend angepasst werden; eine weitergehende juristische Beurteilung der Gesetzesgrundlagen erscheint aufgrund einer nicht eindeutigen Gesetzesformulierung zur Gültigkeit von Patientenverfügungen für nichtärztliches Rettungsdienstpersonal aktuell nicht möglich.

Eine bundesweit einheitliche Regelung sowie ein vereinheitlichtes Formular für eine Patientenverfügung für rettungsdienstliche Belange, beispielsweise auf Grundlage des ‚Essener Palliativausweises‘ oder des ‚Göttinger Palliativnotfallbogens‘, sind wünschenswert. Die eindeutige Klärung der rechtlichen Rahmenbedingungen, ein fundiertes Schulungskonzept und der Ausbau der Integration der präklinischen Notfallversorgung in bestehende ambulante palliativmedizinische Versorgungsstrukturen scheinen geboten.

6 Literaturverzeichnis

Adams H, Salomon F (2000): Entscheidungskonflikte am Notfallort. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzthe* 35, 319–325

Ärzte Zeitung (2014): Irrtum: Sanitäter erklären lebende Rentnerin für tot. URL: http://www.aerztezeitung.de/panorama/default.aspx?sid=864955&cm_mmc=Newsletter_-_Telegramm-C_-_20140709_-_Panorama, abgerufen am: 09.07.2014

Ahnefeld F, Brandt L (2002): Die historischen Fundamente der Notfallmedizin. *Notfall Rettungsmed* 5, 607–612

Alt-Epping B, Nauck F (2012): Der Wunsch des Patienten – ein eigenständiger normativer Faktor in der klinischen Therapieentscheidung? *Ethik Med* 24, 19–28

Alt-Epping B, Nauck F (2015): Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV): Vernetzung von Sektoren, Disziplinen und Professionen. *Bundesgesundhbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 58, 430–435

Aulbert E und Ruthmarijke S: Trauer in der Palliativmedizin. Trauer und Trauerbegleitung. In: Aulbert E, Nauck F, Radbruch L (Hrsg.): *Lehrbuch der Palliativmedizin*. 3. Auflage; Schattauer, Stuttgart 2011, 1173–1194

Beemath A, Zalenski RJ (2009): Palliative Emergency Medicine: Resuscitating Comfort Care? *Ann Emerg Med* 54, 103–105

Bleyer B, Pawlik M (2013): In dubio pro vita – oder doch nicht? *Bayer Arztebl* 12, 664–666

Brokmann J, Grützmann T, Pidun A, Groß D, Rossaint R, Beckers S, May A (2014): Vorsorgedokumente in der präklinischen Notfallmedizin. *Anaesthesist* 63, 23–31

Bundesärztekammer (2010): Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. *Dtsch Arztebl* 107, 877–882

Bundesärztekammer (2011): Logbuch Zusatz-Weiterbildung Notfallmedizin. URL: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/ZWB_Notfallmedizin.pdf, abgerufen am: 08.11.2015

Bundesärztekammer (2013): Indikationskatalog für den Notarzteinsatz. URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/notfallmedizin/notarzt/indikationskatalog-fuer-den-notarzteinsatz/>, abgerufen am: 08.11.2015

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2002): Approbationsordnung für Ärzte, zuletzt geändert durch Art. 2 V v. 2013 I 3005. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/_appro_2002/gesamt.pdf, abgerufen am: 22.11.2015

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2009): BGB – § 1901a. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/bgb/___1901a.html, abgerufen am: 24.07.2014

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2014): Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG). URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/gg/gesamt.pdf>, abgerufen am: 22.11.2015

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2015): Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V). URL: http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___37b.html, abgerufen am: 14.09.2015

Bundesnotarkammer – Zentrales Vorsorgeregister (2015): Zentrales Vorsorgeregister feiert seinen 10. Geburtstag. http://www.vorsorgeregister.de/1:112/Meldungen/150302_ZVR-10_Jahre.html, abgerufen am: 14.09.2015

Burghofer K, Lackner CK (2006): Tun und Lassen in der Notfallmedizin. Notfall Rettungsmed 9, 685–690

Deakin C, Nolan J, Soar J, Sunde K, Koster R, Smith G, Perkins G (2010): Erweiterte Reanimationsmaßnahmen für Erwachsene („advanced life support“). Notfall Rettungsmed 13, 559–620

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2004): Definitionen der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin. URL: <http://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/pdf/sn/SN%2031031%20DGP-Definitionen.pdf>, abgerufen am: 01.10.2012

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2009): Allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV). URL:

<http://www.dgpalliativmedizin.de/allgemein/allgemeine-ambulante-palliativversorgung-aapv.html>, abgerufen am: 08.02.2015

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2015): S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. URL:

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128-001OLk_S3_Palliativmedizin_2015-07.pdf, abgerufen am: 15.09.2015

Driehorst F, Keller F (2014): Patientenverfügung bei Patienten mit Nierenerkrankungen im Vergleich zu allgemein-internistischen Patienten. *Dtsch Med Wochenschr* 139, 633–637

Gaus W, Muche R: Medizinische Statistik. Angewandte Biometrie für Ärzte und Gesundheitsberufe. Schattauer, Stuttgart 2014

Gerth M, Kettler D, Mohr M (2005): Patientenverfügungen in der präklinischen Notfallmedizin: Eine Befragung von Notärzten. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 40, 743–749

Guru V, Verbeek P, Morrison L (1999): Response of paramedics to terminally ill patients with cardiac arrest: An ethical dilemma. *CMAJ* 161, 1251–1254

Gutzeit O: End of Life - Notfallmedizin am Lebensende. In: Scholz J, Sefrin P, Böttiger B, Döriges V (Hrsg.): *Notfallmedizin*. 3. Auflage; Thieme, Stuttgart 2012, 345–349

Hanson L, Earp J, Garrett J, Menon M, Danis M (1999): Community physicians who provide terminal care. *Arch Intern Med* 159, 1133–1138

Hickman S, Sabatino C, Moss A, Nester J (2008): The POLST (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment) paradigm to improve end-of-life care: Potential state legal barriers to implementation. *J Law Med Ethics* 36, 119–140

Husebø S, Klaschik E: *Palliativmedizin: Grundlagen und Praxis*. 4. Auflage; Springer, Berlin 2006

in der Schmitt J (2014): Patientenverfügungsprogramm: Implementierung in Senioreneinrichtungen. *Dtsch Arztebl* 111, 50–57

in der Schmitt J, Rixen S, Marckmann G (2011a): Patientenverfügungen im Rettungsdienst (Teil 1). Notfall Rettungsmed 14, 448–458

in der Schmitt J, Rothärmel S, Rixen S, Mortsiefer A, Marckmann G (2011b): Patientenverfügungen im Rettungsdienst (Teil 2). Notfall Rettungsmed 14, 465–474

Janssens U, Burchardi H, Duttge G, Erchinger R, Gretenkort P, Mohr M, Nauck F, Rothärmel S, Salomon F, Schmucker P (2013): Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. Positionspapier der Sektion Ethik der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin. Anaesthesist 62, 47–52

Joppich R, Elsner F, Radbruch L (2006): Behandlungsabbruch und Behandlungspflicht am Ende des Lebens: Ein erweitertes Modell zur Entscheidungsfindung. Anaesthesist 55, 502–514

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (2015): Die Patientenverfügung – Selbstbestimmung beim Sterben. URL:

<https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/Presse/Publication/KVB-FORUM/FORUM-2015-09/FORUM/KVB-FORUM-9-2015-Recht-interessant-Patientenverfuegung.pdf>, abgerufen am: 14.09.2015

Klaschik E, Nauck F, Radbruch L, Sabatowski R (2001): Palliativmedizin – Definitionen und Grundzüge. Urologe 41, 222–227

Kloke M (2011): Notfallpalliation statt Notarzt. Notfall Rettungsmed 14, 459–464

Koster R, Baubin MA, Bossaert LL, Caballero A, Cassan P, Castrén M, Granja C, Handley A, Monsieurs K, Perkins G (2010): Basismaßnahmen zur Wiederbelebung Erwachsener und Verwendung automatisierter externer Defibrillatoren. Notfall Rettungsmed 13, 523–542

Land NRW (1992): Gesetz über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmer (Rettungsgesetz NRW – RettG NRW). URL: https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=100000000000000000325, abgerufen am: 12.11.2015

Laufenberg-Feldmann R, Weber M, Mohr M, Gerth M (2012): P A L M A (Patientenanweisung für lebenserhaltende Maßnahmen) – hilfreiches Kurzinstrument für die Notfallsituation. Z Palliativmed 13, KT_18

Lipp, V: Rechtliche Grundlagen der Entscheidung über den Einsatz lebenserhaltender Maßnahmen. In: Kettler D, Simon A, Anselm R, Lipp V, Duttge G (Hrsg.): Selbstbestimmung am Lebensende: Ringvorlesung im Wintersemester 2005/06. Universitätsverlag Göttingen, Göttingen 2006, 89–114

Makowski C, Marung H, Callies A, Knacke P, Kerner T (2013): Notarzteinsätze bei Palliativpatienten – Ein Algorithmus zur Entscheidungsfindung. Notarzt 29, A8

Marung H, Wiese C (2013): Palliativmedizin im Notarztdienst. Notfmed up2date 8, 193–204

Mercadante S, Porzio G, Valle A, Aielli F, Costanzo V, Adile C, Spedale V, Casuccio A (2012): Emergencies in patients with advanced cancer followed at home. J Pain Symptom Manage 44, 295–300

Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen (2015): Gesetz über das Friedhofs- und Bestattungswesen (Bestattungsgesetz – BestG NRW). URL: https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_text_anzeigen?v_id=5320141007092133713, abgerufen am: 14.09.2015

Mohr M (2007): Auf der Grenze: präklinische Wiederbelebung im hohen Alter. Notfall Rettungsmed 10, 182–188

Mohr M, Kettler D (1997): Ethische Konflikte in der Notfallmedizin. Notfall 0, 39–44

National POLST (2012): National POLST. URL: <http://www.polst.org/>, abgerufen am: 29.07.2014

Nauck F (2011): Abstracts der 6. Jahrestagung Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfallaufnahme (DGINA) e. V: Palliative Konzepte in der Notfallmedizin. Notfall Rettungsmed 14, 1–48

Nauck F: Palliativmedizin in der Intensivmedizin. In: Marx G, Muhl E, Zacharowski K, Zeuzem S (Hrsg.): Die Intensivmedizin. Springer, Berlin/Heidelberg 2015, 161–168

Nauck F, Alt-Epping B (2008): Crises in palliative care – a comprehensive approach. Lancet Oncol 9, 1086–1091

Nauck F, Becker M, King C, Radbruch L, Voltz R, Jaspers B (2014): To what extent are the wishes of a signatory reflected in their advance directive: A qualitative analysis. BMC Med Ethics 15, 52

- Nauck F, Alt-Epping B, Benze G (2015): Palliativmedizin – Aktueller Stand in Klinik, Forschung und Lehre. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 50, 36–46
- Neitzke G: Unterscheidung zwischen medizinischer und ärztlicher Indikation. In: Charbonnier R, Dörner K, Simon S (Hrsg.) *Medizinische Indikation und Patientenwille (Palliativmedizin)*. Schattauer, Stuttgart/New York 2008, 53–66
- Quest T, Marco C, Derse A (2009): Hospice and Palliative Medicine: New Subspecialty, New Opportunities. *Ann Emerg Med* 54, 94–102
- Radbruch L, Payne S (2009): White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1. *EJPC* 16, 278–289
- Rüddel H, Zenz M (2011): Validierung einer Patientenverfügung. *Anaesthesist* 60, 325–333
- Salomon F (2000): Entscheidungskonflikte am Notfallort. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 35, 319–325
- Salomon F (2005): Palliativmedizinische Kompetenz im Rettungsdienst? *Notfall Rettungsmed* 8, 542–547
- SAPV Team Nürnberg (2015): Abgrenzung AAPV – SAPV. URL: <http://www.sapv-team-nuernberg.de/sapv-team-nuernberg/spezialisierte-ambulante-palliative-versorgung/abgrenzung-aapv---sapv/index.html>, abgerufen am: 08.02.2015
- Schindler T, Ewald H (2005): Ambulante und stationäre Organisationsstrukturen in der Palliativmedizin. *Onkologie* 11, 376–383
- Schmidbauer W, Hasper D, Kerner T (2008): Prehospital management of geriatric patients. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther* 43, 196–202
- Schmidt T, Hickman S, Tolle S, Brooks H (2004): The Physician Orders for Life-Sustaining Treatment program: Oregon emergency medical technicians' practical experiences and attitudes. *J Am Geriatr Soc* 52, 1430–1434
- Schrijvers D, van Fraeyenhove F (2010): Emergencies in palliative care. *Cancer J* 16, 514–520
- Schröder C, Schmutzer G, Brähler E (2002): Repräsentativbefragung der deutschen Bevölkerung zu Aufklärungswunsch und Patientenverfügung bei unheilbarer Krankheit. *Psychother Psychosom Med Psychol* 52, 236–243
- Shephard DA (1977): Principles and practice of palliative care. *CMAJ* 116, 522–526

- Sommer S, Marckmann G, Pentzek M, Wegscheider K, Abholz H, in der Schmitt J (2012): Advance directives in nursing homes: Prevalence, validity, significance, and nursing staff adherence. *Dtsch Arztebl* 109, 577–583
- Stadt Essen (2012): Rettungsdienstbedarfsplan, o. Verl.
- Stadt Essen (2014): Berufsfeuerwehr Essen. URL: <http://www.feuerwehr-essen.com/index.php?typ=1&id=20&l1=16>, abgerufen am: 25.06.2014
- Taghavi M, Simon A, Kappus S, Meyer N, Lassen C, Klier T, Ruppert D, Graf B, Hanekop G, Wiese C (2012): Paramedics experiences and expectations concerning advance directives: A prospective, questionnaire-based, bi-centre study. *J Palliat Med* 26, 908–916
- Trzeciak S (2013): Notfallmedizin: Ethische Kompetenz und praktische Erfahrung. *Dtsch Arztebl* 110, 706–707
- Vagts DA, Mutz CW, Gerth M: Kontrolle häufiger Symptome am Lebensende. In: v. Michalsen A, Hartog CS (Hrsg.): *End-of-Life Care in der Intensivmedizin*. Springer, Berlin/Heidelberg 2013, 95–100
- Valentin A (2010): Palliativmedizin. *Intensivmed* 47, 29–34
- van Oorschot B (2008): Patient advance directives from the population and the patient point of view – A review on empirical studies from German-speaking countries. *Bull Soc Sci Med Grand Duche Luxemb* 3, 443–454
- Vollmann J, Knöchel-Schiffer I (1999): Patientenverfügungen in der klinischen Praxis. *Med Klin* 94, 398–405
- WHO (2002): WHO Definition of Palliative Care 2002, Deutsche Übersetzung, Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. URL: https://www.dgpalliativmedizin.de/images/stories/WHO_Definition_2002_Palliative_Care_englisch-deutsch.pdf, abgerufen am: 22.11.2015
- Wiese C (2014a): Gelbe Karte für den Rettungsdienst: Der Palliativnotfallbogen. *Rettungsdienst* 37, 340–344
- Wiese C (2014b): Palliativpatienten in der präklinischen Notfallmedizin: Rettungsdienst und ambulante Palliativteams als Partner. *Rettungsdienst* 37, 334–338

- Wiese C, Bartels U, Geyer A, Graf B, Hanekop G (2007a): Palliativ- und Notfallmedizin: Teamarbeit durch Kommunikation. Notarzt 23, 90–94
- Wiese C, Bartels U, Ruppert D, Quintel M, Graf B, Hanekop G (2007b): Notärztliche Betreuung von Tumorpatienten in der finalen Krankheitsphase. Anaesthesist 56, 133–140
- Wiese C, Bartels U, Duttge G, Graf B, Hanekop G (2008a): Palliativpatienten im weit fortgeschrittenen Krankheitsstadium. Anaesthesist 57, 873–881
- Wiese C, Bartels U, Geyer A, Duttge G, Graf B, Hanekop G (2008b): Göttinger Palliativkrisenbogen: Verbesserung der notfallmedizinischen Versorgung von ambulanten Palliativpatienten. Dtsch Med Wochenschr 133, 972–976
- Wiese C, Bartels U, Ruppert D, Marung H, Graf B, Hanekop G (2008c): Betreuung von Palliativpatienten in Akutsituationen durch Rettungsassistenten. Wien Klin Wochenschr 120, 539–546
- Wiese C, Bartels U, Marczyńska K, Ruppert D, Graf B, Hanekop G (2009a): Quality of out-of-hospital palliative emergency care depends on the expertise of the emergency medical team – A prospective multi-centre analysis. Support Care Cancer 17, 1499–1506
- Wiese C, Duttge G, Weber A, Zausig Y, Ruppert D, Hanekop G, Graf B (2009b): Notfallmedizinische Betreuung von Palliativpatienten am Lebensende: Juristische Beurteilung notfallmedizinischer Handlungsweisen – retrospektive Fallbetrachtung zur medizinischen Indikation und zum Patientenwillen. Anaesthesist 58, 1097–1106
- Wiese C, Ittner K, Graf B, Lassen C (2012): Präklinische palliative Notfälle – Besonderheiten bei der therapeutischen Entscheidung. Z Palliativmedizin 13, 77–90
- Wolcke B (2005): Notarzt im Rettungsdiensteinsatz: Leichenschau oder „vorläufige Todesbescheinigung“? Notfall Rettungsmed 8, 524–527
- Zech D, Sabatowski R, Radbruch L (1994): Intensive Patienten und Angehörigenbetreuung. Dtsch Arztebl 91, 814–818

7 Anhang

7.1 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Palliativnotfallbogen, Wiese et al. 2010	15
Abbildung 2: Übersicht der Notarztstandorte in Essen	21
Abbildung 3: Altersverteilung der Studienteilnehmer (n = 374).....	29
Abbildung 4: Geschlechterverteilung	30
Abbildung 5: Ausbildungsstand	30
Abbildung 6: Berufserfahrung der Rettungsdienstmitarbeiter	31
Abbildung 7: Einsatzbereich der Rettungsdienstmitarbeiter	31
Abbildung 8: Anzahl der Notfalleinsätze pro Jahr	32
Abbildung 9: Anzahl an Rettungseinsätzen bei Patienten im weit fortgeschrittenen Erkrankungsstadium	33
Abbildung 10: Vorliegen einer Patientenverfügung mit der Folge einer Therapieeinschränkung	33
Abbildung 11: Für wie sinnvoll halten Sie eine Reanimation bei einem Patienten bei weit fortgeschrittener Erkrankung?	34
Abbildung 12: Entscheidung zum Abbruch einer Reanimation	35
Abbildung 13: Informationsstand zu rechtlichen Fragen bei der Patientenverfügung	35
Abbildung 14: Befürchtete negative Konsequenzen bei Befolgen des Patientenwillens.....	36
Abbildung 15: Befürchtete Konsequenzen bei Nichtbefolgen des Patientenwillens .	37
Abbildung 16: Ausbildungsinhalt Thema Palliativmedizin	38
Abbildung 17: Fortbildung mit Themenschwerpunkt Palliativmedizin besucht.....	39
Abbildung 18: Fachliche Sicherheit im Umgang mit Palliativpatienten	39
Abbildung 19: Sicherheit im Umgang mit Angehörigen von Palliativpatienten.....	40
Abbildung 20: Sicherheit im Umgang mit Inhalten und Grundlagen der Palliativmedizin.....	40
Abbildung 21: Sicherheit in der Kommunikation mit Schwerstkranken und Sterbenden.....	41
Abbildung 22: Sicherheit bei der Begleitung eines Sterbenden	41
Abbildung 23: Wunsch nach weiterer Fortbildung	42

Abbildung 24: Wunsch der Rettungsdienstmitarbeiter nach mehr Entscheidungskompetenz beim Umgang mit Patientenverfügungen.....	43
Abbildung 25: Bekanntheit Palliativnotfallbogen in der präklinischen Notfallmedizin	44
Abbildung 26: Palliativnotfallbogen sinnvoll	44
Abbildung 27: Wunsch nach speziellem Palliativnotfallbogen für den präklinischen Notfalleinsatz	45
Abbildung 28: Fragebogen I	74
Abbildung 29: Fragebogen II	79
Abbildung 30: Folien Schulungsmaßnahme	82
Abbildung 31: Bestätigung Ethikkommission Regensburg	85
Abbildung 32: Bestätigung Ethikkommission Göttingen	89

7.2 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beeinflussung der Handlungssicherheit durch im Einsatz vorliegende Patientenverfügung	38
Tabelle 2: Tabellarische Darstellung der Ergebnisse	70

7.3 Tabellarische Darstellung der Ergebnisse

	vor Schulungsmaßnahme	nach Schulungsmaßnahme	p - Wert
Alter (Jahre)	37.6 +/- 7.7 37.0 (21, 59)		
Geschlecht			
Männlich	370 (99 %)		
Weiblich	4 (1 %)		
Ausbildungsstand			
Rettungsassistent	231 (62 %)		
Lehrrettungsassistent	80 (21 %)		
Rettungsanitäter	64 (17 %)		
Einsatzerfahrung (Jahre)	12.7 +/- 7.1 12 (1, 40)		
Einsatzbereich			
Wachbetrieb	330 (88 %)		
Leitstelle	22 (6 %)		
Tagesdienst	23 (6 %)		
Geschätzte Anzahl an Notfalleinsätzen pro Jahr	326.2 +/- 434.7 275 (0, 5000)	290 +/- 313.6 250 (0, 3000)	p = 0.2450
Geschätzte Anzahl an Palliativeinsätzen pro Jahr	61.3 +/- 79.0 35 (0, 500)	56.3 +/- 136.2 30 (0, 2000)	p = 0.0359
Patientenverfügung mit Therapielimitation lag vor			
Ja	298 (81 %)	204 (72 %)	p = 0.0137
Nein	72 (19 %)	78 (28 %)	
Patientenverfügung mit Therapielimitation lag vor (Anzahl)	16.3 +/- 31.5 10 (1, 400)	11.2 +/- 15.6 5 (1, 100)	p = 0.0628
Geschätzte Anzahl Reanimationen pro Jahr	15.2 +/- 14.6 10 (0, 150)	15.6 +/- 14.7 10 (0, 100)	p = 0.9392
Einschätzung wie sinnvoll Reanimation bei Palliativpatienten ist	7.9 +/- 2.0 8 (1,10)	7.9 +/- 2.0 8 (1, 10)	p = 0.9340
Würden Sie vom Recht einer Abbruchentscheidung bei einer Reanimation Gebrauch machen?			
Ja	284 (76 %)	217 (76 %)	
Nein	89 (24 %)	68 (24 %)	p = 1.00

Informationsstand zur rechtlichen Stellung von PV	6.5 +/- 2.3 7 (1, 10)	5.5 +/- 2.4 5 (1, 10)	p < 0.0001
Befürchten Sie Konsequenzen, wenn Sie dem in einer PV geäußerten Patientenwillen nachkommen?			
Keine Konsequenzen	106 (28 %)	80 (28 %)	p = 0.0022
Konsequenzen	183 (49 %)	169 (59 %)	
Keine Gedanken	85 (23 %)	36 (13 %)	
Befürchten Sie Konsequenzen, wenn Sie dem in einer PV geäußerten Patientenwillen nicht nachkommen?			
Keine Konsequenzen	127 (34 %)	141 (49 %)	p = < 0.0001
Konsequenzen	160 (43 %)	111 (39 %)	
Keine Gedanken	87 (23 %)	33 (12 %)	
Wie würden Sie handeln, wenn Sie im Einsatz in einer Reanimations-situation auf eine PV mit entsprechender Therapieeinschränkung treffen würden			
Grundsätzliches Befolgen des Patientenwillens			
Ja	50 (13 %)	23 (8 %)	p = 0.0327
Nein	325 (87 %)	262 (92 %)	
Beginn aller Maßnahmen und Abwarten der Entscheidung durch den NA			
Ja	320 (85 %)	262 (92 %)	p = 0.0122
Nein	55 (15 %)	22 (8 %)	
PV haben grundsätzlich keine Bedeutung als RA			
Ja	70 (19 %)	56 (20 %)	p = 0.7504
Nein	305 (81 %)	229 (80 %)	

Beeinflussung durch PV				
Sehr sicher	17 (5 %)	20 (7 %)		
Sicher	171 (47 %)	138 (50 %)		
Unsicher	176 (48 %)	115 (41 %)	p = 0.1153	
Sehr unsicher	2 (1 %)	5 (2 %)		
Ausbildungsinhalt Palliativmedizin				
Ja	19 (6 %)	110 (39 %)		
Nein	325 (94 %)	175 (61 %)	p < 0.0001	
Fortbildung Palliativmedizin				
Ja	31 (8 %)	162 (57 %)		
Nein	342 (92 %)	123 (43 %)	p < 0.0001	
Sicherheit im Umgang mit Palliativpatienten	6.5 +/- 2,3 7 (1, 10)	5.6 +/- 2.2 5 (1, 10)	p < 0.0001	
Sicherheit im Angehörigenumgang	6.3 +/- 2.3 6 (1, 10)	5.7 +/- 2.2 6 (1, 10)	p = 0.0009	
Sicherheit Inhalt und Grundlagen der Palliativmedizin	6.8 +/- 2.1 7 (1, 10)	5.4 +/- 2.0 6 (1, 10)	p < 0.0001	
Sicherheit in der Kommunikation mit Schwerstkranken	5.7 +/- 2.5 6 (1, 10)	5.3 +/- 2.3 5 (1, 10)	p = 0.0462	
Sicherheit im Umgang mit Sterbenden	6.3 +/- 2.5 7 (1, 10)	5.8 +/- 2.4 6 (1, 10)	p = 0.0057	
Wunsch nach Fortbildung zur rechtlichen Situation im Umgang mit PV				
Ja	354 (94 %)	241 (85 %)	p < 0.0001	
Nein	21 (6 %)	44 (15 %)		
Nein, weil: PV keine Bedeutung als RA				
Ja	17 (81 %)	36 (82 %)	p = 0.9330	
Nein	4 (19 %)	8 (18 %)		
PV haben in Notfallsituationen keine Bedeutung				
Ja	2 (10 %)	11 (25 %)	p = 0.1446	
Nein	19 (90 %)	33 (75 %)		

Wunsch nach mehr Kompetenz beim Umgang mit PV				
	Ja	236 (63 %)	173 (61 %)	p = 0.5586
	Nein	139 (37 %)	112 (39 %)	
Nein, weil: NA-Entscheidung				
	Ja	125 (90 %)	104 (93 %)	p = 0.4146
	Nein	14 (10 %)	8 (7 %)	
Rechtliche Gefahren				
	Ja	30 (22 %)	16 (14 %)	p = 0.1439
	Nein	109 (78 %)	96 (86 %)	
Palliativausweis bekannt				
	Ja	109 (29 %)	163 (57 %)	p < 0.0001
	Nein	263 (71 %)	122 (43 %)	
Palliativausweis sinnvoll				
	Ja	328 (88 %)	268 (94 %)	p = 0.0102
	Nein	44 (12 %)	17 (6 %)	
Wunsch nach Palliativausweis				
	Ja	333 (90 %)	261 (92 %)	p = 0.3008
	Nein	39 (10 %)	23 (8 %)	

Vergleich der Antworten vor und nach der Schulung. Die deskriptiven Werte sind entweder Mittelwert +/- Standardabweichung, Median (Minimum, Maximum) oder absolute und relative Häufigkeiten.

Tabelle 2: Tabellarische Darstellung der Ergebnisse

7.4 Fragebogen vor Schulungsmaßnahme

UNIVERSITÄTSMEDIZIN : UMG
GÖTTINGEN

ZENTRUM ANAESTHESIOLOGIE, RETTUNGS- UND INTENSIVMEDIZIN

Geschäftsführender Leiter Zentrum Anaesthesiologie,
Rettungs- und Intensivmedizin
Direktor der Abt. Palliativmedizin: Prof. Dr. med. F. Nauck

Sehr geehrte Teilnehmer,

der palliative Notfall ist eine besondere Situation für Rettungsdienstmitarbeiter. Um dieses wichtige Feld genauer zu untersuchen, führt die Abteilung Palliativmedizin der Universitätsmedizin Göttingen diese Umfrage durch. Solche Studien sind wichtig, um künftige Rettungsassistenten noch besser auf palliative Notfälle vorbereiten zu können. Ihre Teilnahme an der Studie dient somit Ihren Berufskollegen genauso wie den Patienten. „Palliativpatient“ ist definiert als Patient mit fortgeschrittener und fortschreitender, inkurabler Grunderkrankung. Für Ihre Teilnahme sind wir daher sehr dankbar. Ihre Angaben werden pseudonymisiert und anschließend nur für diese Studie verwendet. Eine Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Friedemann Nauck

Johannes Wocken

FRAGEBOGEN I:

„Palliativer Notfall - Patientenverfügungen im Rettungsdienst und Evaluation einer Sensibilisierungsmaßnahme von Rettungsassistenten der Berufsfeuerwehr Essen“

I.: Angaben zur Person:

1. Kodierung:

erster Buchstabe Vorname der Mutter

erster Buchstabe Vorname des Vaters

Geburtsjahr Mutter

2. Alter in Jahren:

Geschlecht:

männlich weiblich

3. Ausbildungsstand:

Lehrrettungsassistent Rettungsassistent

Rettungsassistent im Praktikum

Rettungssanitäter

4. Wie viele Jahre arbeiten Sie im Rettungsdienst?

5. Wo arbeiten Sie derzeit?

Einsatz im Wachbetrieb/Einsatzdienst

Tagesdienst

Leitstelle

II.: Angaben zur Versorgung von Patienten im weit fortgeschrittenen Erkrankungsstadium:

6. An wie vielen Notfalleinsätzen (incl. Einsätze mit Notarztbeteiligung) sind Sie in etwa pro Jahr beteiligt?

[] Anzahl

7. Wie viele Einsätze finden davon ungefähr bei Patienten im weit fortgeschrittenen Erkrankungsstadium pro Jahr statt?

[] Anzahl

8. Waren Sie schon an notfallmedizinischen Einsätzen beteiligt, bei denen Patienten mit weit fortgeschrittenem Erkrankungsstadium betreut werden mussten und bei denen eine Patientenverfügung vorlag, die therapeutische Maßnahmen eingeschränkt hat?

nein

ja

Wenn ja, wie oft waren Sie an derartigen Einsätzen beteiligt?

[] Anzahl

9. Wie viele Reanimationen führen Sie pro Jahr während Ihrer Tätigkeit als Rettungsassistent durch?

[] Anzahl

10. Halten Sie Reanimationen bei Patienten im weit fortgeschrittenen Stadium einer Erkrankung für sinnvoll?

[1]

[2]

[3]

[4]

[5]

[6]

[7]

[8]

[9]

[10]

Sehr sinnvoll

überhaupt nicht sinnvoll

11. Wenn Sie rechtlich die Möglichkeit hätten, über den Abbruch einer Reanimation zu entscheiden, würden Sie diese nutzen?

ja

nein

12. Wie fühlen Sie sich bezüglich der rechtlichen Stellung über Patientenverfügungen informiert?

[1]

[2]

[3]

[4]

[5]

[6]

[7]

[8]

[9]

[10]

Sehr gut

sehr schlecht

13. Befürchten Sie während Ihrer Tätigkeit als Rettungsassistent Konsequenzen, wenn Sie den verfügbaren Patientenwillen befolgen?

fürchte keine Konsequenzen gemacht

fürchte Konsequenzen

habe ich mir keine Gedanken gemacht

14. Befürchten Sie während Ihrer Tätigkeit als Rettungsassistent Konsequenzen, wenn Sie den verfügbaren Patientenwillen nicht befolgen?

fürchte keine Konsequenzen gemacht

fürchte Konsequenzen

habe ich mir keine Gedanken gemacht

15. Wie handeln Sie im Einsatz bei Vorliegen einer Patientenverfügung, in der Reanimationsmaßnahmen durch den Patienten explizit abgelehnt werden?
(Mehrfachnennung möglich)

- grundsätzliches Befolgen des schriftlich geäußerten Patientenwillens
 ich beginne mit Reanimationsmaßnahmen und warte die Entscheidung des Notarztes ab
 Patientenverfügungen sind für mich als Rettungsassistent grundsätzlich ohne Bedeutung für mein Handeln
 sonstiges:

16. Beeinflusst eine Patientenverfügung die Sicherheit Ihrer Handlungsweise im notfallmedizinischen Einsatz?

- fühle mich dadurch sehr sicher fühle mich dadurch sicher fühle mich dadurch unsicher
 fühle mich dadurch sehr unsicher

17. War „Palliativmedizin“ Ausbildungsinhalt in Ihrer rettungsdienstlichen Ausbildung?

- ja nein

18. Haben Sie bereits eine Fortbildung/Weiterbildung zum Thema „Palliativmedizin“ besucht?

- ja nein

19. Fühlen Sie sich fachlich sicher im Umgang mit Palliativpatienten?

- | | | | | | | | | | |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------|
| [1] | [2] | [3] | [4] | [5] | [6] | [7] | [8] | [9] | [10] |
| sicher | | | | | | | | | unsicher |

20. Fühlen Sie sich im Umgang mit Angehörigen von Palliativpatienten sicher?

- | | | | | | | | | | |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------|
| [1] | [2] | [3] | [4] | [5] | [6] | [7] | [8] | [9] | [10] |
| sicher | | | | | | | | | unsicher |

21. Ich fühle mich sicher im Umgang mit...

A: Inhalten und Grundlagen der Palliativmedizin:

- | | | | | | | | | | |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------|
| [1] | [2] | [3] | [4] | [5] | [6] | [7] | [8] | [9] | [10] |
| sicher | | | | | | | | | unsicher |

B: der Kommunikationen mit Schwerstkranken und Sterbenden:

- | | | | | | | | | | |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------|
| [1] | [2] | [3] | [4] | [5] | [6] | [7] | [8] | [9] | [10] |
| sicher | | | | | | | | | unsicher |

C: der Begleitung eines Sterbenden:

- | | | | | | | | | | |
|--------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----------|
| [1] | [2] | [3] | [4] | [5] | [6] | [7] | [8] | [9] | [10] |
| sicher | | | | | | | | | unsicher |

22. Wünschen Sie sich spezielle Fortbildungen zur rechtlichen Situation im Umgang mit Patientenverfügungen?

- ja nein
Wenn nein, warum nicht?
 Patientenverfügungen haben für mich als Rettungsassistent keine Bedeutung
 Patientenverfügungen haben in einer Notfallsituation keine Bedeutung
 Sonstiges:

23. Wünschen Sie sich als Rettungsassistent mehr Kompetenzen im Umgang mit Patientenverfügungen (beispielsweise „Unterlassen“ von Reanimationsmaßnahmen bei eindeutig formulierter Ablehnung durch den Patienten)?

ja

nein

Wenn nein, warum nicht?

solche Entscheidungen soll der Notarzt treffen

mehr Kompetenzen bewirken auch mehr rechtliche Gefahren

24. Kennen Sie spezielle Patientenverfügungen in der präklinischen Notfallmedizin (siehe Anlage)?

ja

nein

25. Halten Sie spezielle Patientenverfügungen, wie beispielsweise einen Palliativnotfallbogen, für Entscheidungen in der präklinischen Notfallmedizin für sinnvoll?

ja

nein

26. Wünschen Sie sich spezielle Patientenverfügungen für den notfallmedizinischen Einsatz (beispielsweise genau formulierte Wünsche und Verfügungen durch den Patienten; z.B. Ablehnen von Reanimationsmaßnahmen)?

ja

nein

Anmerkungen:

Vorderseite:

Wichtige Kontaktpersonen Nächste/r Ansprechpartner/in _____ Telefon _____ Mobil _____ gerichtlich bestellte/r Betreuer/in _____ Telefon _____ Mobil _____ Palliative Care Team _____ Hausarzt/Hausärztin _____ _____ Pflegedienst _____ Seelsorge _____ Ambulantes Hospiz _____ _____	Essener Palliativausweis Herausgeber Gesundheitskonferenz Essen, Hospizarbeit Essen e.V., Netzwerk Palliativmedizin Name _____ Vorname _____ Telefon _____ Geburtsdatum _____ Adresse _____ _____ Folgende Dokumente liegen vor Patientenverfügung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Dokumente sind hinterlegt _____ _____
---	---

Rückseite:

Palliativmedizinische Hauptdiagnose (fortschreitende Erkrankung, die zum Tode führt) _____ _____ _____ _____ Besonderheiten, Bemerkungen (z.B. Allergien, Unverträglichkeiten) _____ _____ _____ Bedarfsmedikation zur Verabreichung durch den Notarzt _____ _____ _____ _____	Eine Herz-Lungen-Wiederbelebung lehne ich ab. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Auch unabhängig von Wiederbelebnungsmaßnahmen lehne ich eine Intubation/künstliche Beatmung ab. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ich wünsche trotzdem eine bestmögliche Behandlung meiner Symptome! Mögliche Konsequenzen aus den oben festgelegten Regelungen haben Arzt und Patient besprochen. Datum, Unterschriften <div style="border: 1px solid black; width: 50px; height: 30px; margin: 0 auto; text-align: center; font-size: 8px;">- Stempel -</div> _____ Patient/in, bzw. gesetzliche/r Betreuer/in _____ Arzt / Ärztin
--	--

Abbildung 28: Fragebogen I

7.5 Fragebogen nach der Schulungsmaßnahme

UNIVERSITÄTSMEDIZIN : UMG
GÖTTINGEN

ZENTRUM ANAESTHESIOLOGIE, RETTUNGS- UND INTENSIVMEDIZIN

Geschäftsführender Leiter Zentrum Anaesthesiologie,
Rettungs- und Intensivmedizin
Direktor der Abt. Palliativmedizin: Prof. Dr. med. F. Nauck

Sehr geehrte Teilnehmer,

vielen Dank für Ihre Bereitschaft zur Teilnahme an dem zweiten Teil der Umfrage. Ihre Angaben werden auch in dieser Umfrage pseudonymisiert und anschließend nur für diese Studie verwendet. Eine Weitergabe an Dritte ist ausgeschlossen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Friedemann Nauck

Johannes Wocken

FRAGEBOGEN II – Befragung nach Sensibilisierungsmaßnahme: „Palliativer Notfall - Patientenverfügungen im Rettungsdienst und Evaluation einer Sensibilisierungsmaßnahme von Rettungsassistenten der Berufsfeuerwehr Essen“

I: Angaben zu ihrer Person:

1: Kodierung:

- erster Buchstabe Vorname der Mutter
- erster Buchstabe Vorname des Vaters
- Geburtsjahr Mutter

II: Angaben zur Versorgung von Patienten im weit fortgeschrittenen Erkrankungsstadium:

2. An wie vielen Notfalleinsätzen (incl. Einsätze mit Notarztbeteiligung) sind Sie in etwa pro Jahr beteiligt?

Anzahl

3. Wie viele Einsätze finden davon ungefähr bei Patienten im weit fortgeschrittenen Erkrankungsstadium pro Jahr statt?

Anzahl

4. Waren Sie schon an notfallmedizinischen Einsätzen beteiligt, bei denen Patienten mit weit fortgeschrittenem Erkrankungsstadium betreut werden mussten und bei denen eine Patientenverfügung vorlag, die therapeutische Maßnahmen eingeschränkt hat?

nein

ja

Wenn ja, wie oft waren Sie an derartigen Einsätzen beteiligt?

Anzahl

5. Wie viele Reanimationen führen Sie pro Jahr während Ihrer Tätigkeit als Rettungsassistent durch?

[] Anzahl

6. Halten Sie Reanimationen bei Patienten im weit fortgeschrittenen Stadium einer Erkrankung für sinnvoll?

[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
Sehr sinnvoll überhaupt nicht sinnvoll

7. Wenn Sie rechtlich die Möglichkeit hätten, über den Abbruch einer Reanimation zu entscheiden, würden Sie diese nutzen?

ja nein

8. Wie fühlen Sie sich bezüglich der rechtlichen Stellung über Patientenverfügungen informiert?

[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
Sehr gut sehr schlecht

9. Befürchten Sie während Ihrer Tätigkeit als Rettungsassistent Konsequenzen, wenn Sie den verfügbaren Patientenwillen befolgen?

fürchte keine Konsequenzen fürchte Konsequenzen habe ich mir keine Gedanken gemacht

10. Befürchten Sie während Ihrer Tätigkeit als Rettungsassistent Konsequenzen, wenn Sie den verfügbaren Patientenwillen nicht befolgen?

fürchte keine Konsequenzen fürchte Konsequenzen habe ich mir keine Gedanken gemacht

11. Wie handeln Sie im Einsatz bei Vorliegen einer Patientenverfügung, in der Reanimationsmaßnahmen durch den Patienten explizit abgelehnt werden? (Mehrfachnennung möglich)

- grundsätzliches Befolgen des schriftlich geäußerten Patientenwillens
- ich beginne mit Reanimationsmaßnahmen und warte die Entscheidung des Notarztes ab
- Patientenverfügungen sind für mich als Rettungsassistent grundsätzlich ohne Bedeutung für mein Handeln
- sonstiges:

12. Beeinflusst eine Patientenverfügung die Sicherheit Ihrer Handlungsweise im notfallmedizinischen Einsatz?

fühle mich dadurch sehr sicher fühle mich dadurch sicher fühle mich dadurch unsicher
 fühle mich dadurch sehr unsicher

13. War „Palliativmedizin“ Ausbildungsinhalt in Ihrer rettungsdienstlichen Ausbildung?

ja nein

14. Haben Sie bereits eine Fortbildung/Weiterbildung zum Thema „Palliativmedizin“ besucht?

ja nein

15. Fühlen Sie sich fachlich sicher im Umgang mit Palliativpatienten?

[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
sicher unsicher

16. Fühlen Sie sich im Umgang mit Angehörigen von Palliativpatienten sicher?

[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
sicher unsicher

17. Ich fühle mich sicher im Umgang mit...

A: Inhalten und Grundlagen der Palliativmedizin:

[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
sicher unsicher

B: der Kommunikationen mit Schwerstkranken und Sterbenden:

[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
sicher unsicher

C: der Begleitung eines Sterbenden:

[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10]
sicher unsicher

18. Wünschen Sie sich spezielle Fortbildungen zur rechtlichen Situation im Umgang mit Patientenverfügungen?

- ja nein
Wenn nein, warum nicht?
 Patientenverfügungen haben für mich als Rettungsassistent keine Bedeutung
 Patientenverfügungen haben in einer Notfallsituation keine Bedeutung
 Sonstiges:

19. Wünschen Sie sich als Rettungsassistent mehr Kompetenzen im Umgang mit Patientenverfügungen (beispielsweise „Unterlassen“ von Reanimationsmaßnahmen bei eindeutig formulierter Ablehnung durch den Patienten)?

- ja nein
Wenn nein, warum nicht?
 solche Entscheidungen soll der Notarzt treffen
 mehr Kompetenzen bewirken auch mehr rechtliche Gefahren

20. Kennen Sie spezielle Patientenverfügungen in der präklinischen Notfallmedizin?

- ja nein

21. Halten Sie spezielle Patientenverfügungen für Entscheidungen in der präklinischen Notfallmedizin für sinnvoll?

- ja nein

22. Wünschen Sie sich spezielle Patientenverfügungen für den notfallmedizinischen Einsatz (beispielsweise genau formulierte Wünsche und Verfügungen durch den Patienten; z.B. Ablehnen von Reanimationsmaßnahmen)?

- ja nein

Anmerkungen:

Abbildung 29: Fragebogen II

7.6 Folien Schulungsmaßnahme

Palliativmedizin im Rettungsdienst






 Feuerwehr Essen
 Der Oberbürgermeister
 STADT
 ESSEN

Johannes Wöcken

Palliativmedizin im Rettungsdienst




 Feuerwehr Essen
 Der Oberbürgermeister
 STADT
 ESSEN

- Gliederung:
 - Definition Palliativmedizin
 - Kurzvorstellung Patientenverfügung
 - rechtliche Hintergrundinformationen
 - Hinweis auf das telefonische, palliativmedizinische Unterstützungsangebot der KEM

Johannes Wöcken

Definition






 Feuerwehr Essen
 Der Oberbürgermeister
 STADT
 ESSEN

- Palliativmedizin = Palliative Care

Palliativ -> lat. „palliare“: mit dem Mantel bedecken, lindern

Johannes Wöcken

Definition

 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.




 World Health Organization

 Feuerwehr Essen
 Der Oberbürgermeister
 STADT
 ESSEN

- Aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer **nicht heilbaren**, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung...
- Palliativmedizin:
 - ermöglicht **Linderung von Schmerzen** und anderen belastenden Symptomen
 - bejaht das Leben und erkennt **Sterben als normalen Prozess** an
 - beabsichtigt weder die Beschleunigung noch Verzögerung des Todes

Johannes Wöcken

Definition 2

 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V.


 World Health Organization

 Feuerwehr Essen
 Der Oberbürgermeister
 STADT
 ESSEN

- Palliativmedizin:
 - integriert psychologische und spirituelle Aspekte der Betreuung
 - bietet Unterstützung, um Patienten zu helfen, ihr Leben so aktiv wie möglich bis zum Tod zu gestalten
 - bietet Angehörigen Unterstützung während der Erkrankung des Patienten und in der Trauerzeit
 - beruht auf einem **Teamansatz**, um den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Familien zu begegnen, auch durch Beratung in der Trauerzeit, falls notwendig
 - **fördert Lebensqualität** und kann möglicherweise auch den Verlauf der Erkrankung positiv beeinflussen
 - kommt **frühzeitig** zur Anwendung, auch in der Verbindung mit anderen Therapien, die eine Lebensverlängerung zum Ziel haben, wie z. B. Chemotherapie oder Bestrahlung, und schließt Untersuchungen ein, die notwendig sind um belastende Komplikationen besser zu verstehen und zu behandeln.

Johannes Wöcken


Palliativpatienten im Rettungsdienst



 Feuerwehr Essen
 Der Oberbürgermeister
 STADT
 ESSEN

Problem: Patient / Angehörige rufen „um Hilfe“

- Schmerzdurchbruch, Luftnot oder andere akute Verschlechterungen bei palliativer Versorgung zu Hause, Patient will / soll nicht (mehr) hospitalisiert werden
- Sterbebegleitung erforderlich



Johannes Wöcken

Palliativmedizin im Rettungsdienst

Grundgedanke:
Patienten können nicht gesunden

- Anforderungen an den Rettungsdienst:
 - > Linderung der Beschwerden
 - > Schmerztherapie
 - > symptombezogenes Agieren
 - > Reduzierung des Leidensdrucks
 - > Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen

Johannes Wöckel

Patientenverfügungen

- Seit September 2009 in § 1901 BGB geregelt
- Patient bestimmt, welche medizinischen Maßnahmen nach seinem Willen durchgeführt oder unterlassen werden sollen
- Regelt nicht, welche Personen Entscheidungen treffen oder den Patientenwillen durchsetzen sollen
 - > **Vorsorgevollmacht**
- Kombination aus Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht, die im Falle einer Erkrankung, die es nicht zulässt, selber zu entscheiden, eine Person benennt, die Entscheidungen im Rahmen der Patientenverfügung trifft.

Johannes Wöckel

Patientenverfügungen

- Patientenverfügung muss in Schriftform vorliegen
- Patientenverfügung für Betreuer/ Bevollmächtigten nach § 1901a BGB verbindlich
- Patientenwille für Arzt maßgeblich
- Betreuer/Bevollmächtigter hat auf Grundlage einer ärztlichen Aufklärung und nach dem zuvor geäußerten Willen des Patienten zu entscheiden

Johannes Wöckel

Patientenverfügungen

- Kann der mutmaßliche Wille des Patienten nicht festgestellt werden, so muß individuell entscheiden werden
- In Notfallsituationen / Reanimationssituationen fällt dies oft schwer
 - > spezielle Patientenverfügung für den Rettungsdienst in kurzer, prägnanter Form, z. B. „Palliativkrisenbogen“

Johannes Wöckel

Patientenverfügungen

Wichtige Kontaktpersonen

Nächststf. Ansprechpartnerin

Telefon _____

Moßil _____

gerichtlich bestellte) Betreuer/in

Vorname _____

Telefon _____

Moßil _____

Palliative Care Team

Hausarzt/Hausärztin _____

Pflegedienst _____

Seelsorge _____

Ambulantes Hospiz _____

Essener Palliativausweis

Hinwaggeber
Rechtsabteilung des Städt. Gesundheitsamtes Essen, Hauptstadt Essen e.V., Netzwerk Palliativmedizin

Name _____

Vorname _____

Telefon _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Folgende Dokumente liegen vor

Patientenverfügung ja nein

Vorsorgevollmacht ja nein

Dokumente sind hinterlegt _____

Johannes Wöckel

Patientenverfügungen

Palliativmedizinische Hauptdiagnose
(fortschreitende Erkrankung, die zum Tode führt)

Spezifische Bemerkungen
(z.B. Allergien, Unverträglichkeiten)

Selbstmedikation zur Verabreichung
durch den Notarzt

Eine Herz-Lungen-Wiederbelebung lehne ich ab.

ja nein

Auch unabhängig von Wiederbelebnungsmaßnahmen lehne ich eine Intubation/Endotracheale Beatmung ab.

ja nein

Ich wünsche trotzdem eine bestmögliche Behandlung meiner Symptome!

Mögliche Konsequenzen aus den oben festgelegten Regelungen haben Arzt und Patient besprochen.

Datum, Unterschriften

Arzt / Pflege

Johannes Wöckel

Patientenverfügungen

- Konsequenzen für nichtärztliches Personal im Rettungsdienst:
 - Therapieentscheidung liegt beim (Not-)Arzt
 - Nichtärztliches Personal arbeitet Einsätze nach üblichen Abläufen ab
 - **Frühzeitige Hinzuziehung eines NAW´s**
 - Berücksichtigung der jeweiligen individuellen Situation
 - Da jeder Fall einzeln zu beurteilen ist, kann keine generelle Handlungsempfehlung gegeben werden

Johannes Wöcken

Telefonisches Unterstützungsangebot

Palliativmedizinische Unterstützung des Notarztes in Essen durch qualifizierte palliativmedizinische Kollegen im Rahmen eines Bereitschaftsdienstes rund um die Uhr möglich!

- Über die Leitstelle oder über
- **0201-174-24351** am Zentrum für Palliativmedizin der Kliniken Essen-Mitte
- Telefonische Kontaktaufnahme und Beratung des Notarztes zu Möglichkeiten der raschen Hilfe
- Falls erforderlich: Palliativmediziner kommt zum Patienten; Notarzt wird abgelöst und ist wieder einsatzbereit

Johannes Wöcken

Palliativmedizin im Rettungsdienst?



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !!

Johannes Wöcken

Abbildung 30: Folien Schulungsmaßnahme

7.7 Bestätigung der Ethikkommissionen



Universität Regensburg

FAKULTÄT
MEDIZIN
Ethikkommission

Geschäftszeichen:

11-160-0034

Anfrage

zur Beurteilung ethischer und rechtlicher Fragen eines
medizinischen Forschungsvorhabens am Menschen,
auf die das Arzneimittelgesetz (AMG) keine Anwendung findet

Titel des Projektes

**Versorgung palliativer Notfallsituationen – Prospektive pre- und post course
Befragung Essener Rettungsassistenten**

Kurztitel / Stichwörter

Palliativer Notfall, Rettungsassistenten, Ausbildung

Anfragesteller

Dr. Christoph Wiese

Uniklinikum Regensburg
Klinik für Anästhesiologie
Regensburg

**Kommentare zum Titel**

keine Kommentare zu diesem Abschnitt vorhanden

Anliegen

Ich halte dieses Forschungsvorhaben für NICHT ethikpflichtig und bitte um eine Auskunft, ob dies zutrifft

Kommentare zum Anliegen

Es besteht keine Ethikberatungspflicht gemäß § 15 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns, weil Sie in diesem Projekt keine klinische Forschung am Menschen und keine epidemiologische Forschung mit personenbeziehbaren Daten planen.

schrieb Jan von Hassel am 11.02.2011, 12:09 Uhr

Forschungsvorhaben

Pseudonymisierte Befragung mittels eines hierzu erstellten Fragebogens vor einer Unterrichtseinheit „palliative Notfälle“ im Rahmen der verpflichtenden Jahresfortbildung für Rettungsassistenten (Fragebogen 1);
Durchführung einer standardisierten Ausbildungseinheit (siehe Vortrag)
Pseudonymisierte Befragung mittels eines hierzu erstellten Fragebogens nach einer Unterrichtseinheit „palliative Notfälle“ im Rahmen der verpflichtenden Jahresfortbildung für Rettungsassistenten (Fragebogen 2)

Kommentare zum Forschungsvorhaben

keine Kommentare zu diesem Abschnitt vorhanden

Ihre Fragen zum Forschungsvorhaben**Kommentare zu Ihren Fragen zum Forschungsvorhaben**

keine Kommentare zu diesem Abschnitt vorhanden



Dokumente und Anlagen

Flow Chart

Dokument liegt vor als Anhang

Kommentare zum Dokument

keine Kommentare zu diesem Abschnitt vorhanden

Fragebogen 1

Dokument liegt vor als Anhang

Kommentare zum Dokument

keine Kommentare zu diesem Abschnitt vorhanden

Fragebogen 2

Dokument liegt vor als Anhang

Kommentare zum Dokument

keine Kommentare zu diesem Abschnitt vorhanden

Vortrag Ausbildung Rettungsassistenten

Dokument liegt vor als Anhang

Kommentare zum Dokument

keine Kommentare zu diesem Abschnitt vorhanden



Allgemeine Kommentare

keine Kommentare zu diesem Abschnitt vorhanden

Abbildung 31: Bestätigung Ethikkommission Regensburg

Ethikkommission der Med. Fakultät, Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen

Herrn
Prof. Dr. med. Friedemann Nauck
Abt. Palliativmedizin

- im Hause -

Medizinische Fakultät
Ethikkommission
Vorsitzender: Prof. Dr. Jürgen Brockmüller
Referentin
Regierungsrätin Doris Wettschereck
0551 / 39-8644 Telefon

37099 Göttingen Briefpost
Robert-Koch-Straße 40, 37075 Göttingen
Adresse
0551 / 39-8629 Telefon
0551 / 39-9536 Fax
ethik@med.uni-goettingen.de E-Mail
www.ethikkommission.med.uni-goettingen.de

Nachrichtlich an: Fax 10502

05.11.2012 br - gō Datum

Antragsnummer: 15/11/12 (bitte stets angeben)
Studientitel: Palliativer Notfall – Rettungsdienstliche Versorgung von Patienten mit Patientenverfügungen und Evaluation einer Sensibilisierungsmaßnahme von Rettungsmitarbeitern bei der Berufsfeuerwehr Essen
Antragsteller: Prof. Dr. med. Friedemann Nauck, Dr. med. Bernd Alt-Epping, Abt. Palliativmedizin, UMG
Doktorand: Johannes Wocken

Zur Begutachtung legen vor:

Anschreiben
Fragebogen 1
Fragebogen 2
Votum EK Regensburg
Essener Palliativausweis

Sehr geehrter Herr Prof. Dr. Nauck, sehr geehrte Damen und Herren,

in Übereinstimmung mit der Ethik-Kommission der Universität Regensburg, bestätigen wir hiermit, dass Ihr Forschungsprojekt nicht von einer medizinischen Ethik-Kommission beraten werden muss.

Nichtsdestotrotz möchte ich Ihnen 2 Hinweise geben:

1. Die Teilnehmer der Untersuchung werden gegenwärtig vielleicht doch etwas zu rudimentär über die Untersuchung informiert.
2. Es liegt den Unterlagen eine Kopie des Essener Palliativausweises bei. Wenn bei der Untersuchung mit ausgefüllten Palliativausweisen realer Patienten gearbeitet wird oder Patienten anderweitig einbezogen werden, könnte sich eine Beratungspflicht ergeben.

Wir wünschen viel Erfolg bei der Untersuchung.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. med. J. Brockmüller
Vorsitzender der Ethik-Kommission

Danksagung

Herrn Prof. Dr. med. Nauck danke ich sehr herzlich für die Überlassung und Betreuung des interessanten Dissertationsthemas. Darüber hinaus waren mir seine Anregungen, Ratschläge und seine stets konstruktive Kritik eine große Hilfe bei der Fertigstellung dieser Arbeit. Insbesondere seine unkomplizierte Art der Kommunikation, seine respektvollen und anerkennenden Worte sowie seine Verlässlichkeit waren für mich von unschätzbarem Wert und sind gewiss nicht selbstverständlich.

Ich danke zudem Herrn PD Dr. Jung herzlich. Bereits in der Phase der Erstellung und Überarbeitung der Fragebögen beriet er mich. Zudem überwachte und kontrollierte er die statistische Auswertung mathematisch.

An dieser Stelle sei auch Herr PD Dr. med. Alt-Epping erwähnt, der mir ebenfalls während der Vorbereitung und Durchführung der Befragungen und Auswertung stets mit Rat und Tat zur Seite stand.

Mein besonderer Dank gilt Herrn PD Dr. med. Wiese. Er war Mitinitiator der Essener Untersuchung und trug durch seine aufmunternden Worte zum Abschluss der Arbeit bei.

Weiterhin danke ich Herrn Dr. med. Grundmeier für die Wegbereitung vor Ort in Essen. Ohne seine intensive Hilfe und Unterstützung wäre dieses Projekt nicht möglich gewesen.

Hervorzuheben ist zudem Herr Stock, der Leiter der Rettungsassistentenschule der Berufsfeuerwehr Essen. Ohne ihn wären eine entsprechende Schulungsmaßnahme und Umfrage nicht möglich gewesen. Herr Stock trug mit unermüdlichem Fleiß zum Erfolg der Datenerhebung bei.

Lebenslauf

Aus Gründen des Datenschutzes wird bei der Online-Publikation auf den Abdruck des Lebenslaufes verzichtet.