Notfallversorgung geriatrischer Patienten

Wann ist genug genug?

„Wenn ein Arzt feststellt, dass die gerade begonnene Therapie eines Patienten aussichtslos ist, hat er die ethische Verpflichtung einzuschreiten und sicherzustellen, dass sie nicht fortgeführt wird und dass der Patient so betreut wird, dass er sich wohlfühlen kann“ [1]. Dieses Zitat von Denis O‘Mahony deutet auf das Dilemma hin, dass Ärzte bei der Notfallbehandlung von geriatrischen Patienten erwartet: Wann ist eine Therapie nicht mehr sinnvoll? Und wie lässt sich diese Frage unter Zeitdruck beantworten?

Klinischer Alltag | Frau Hermine G. ist eine 87-jährige Patientin, die seit einigen Jahren im Pflegeheim lebt und an einer zunehmenden Demenz leidet. Ihr Allgemeinzustand hat sich verschlechert: Sie leidet an Fieber, Exsikkose und Atemnot. Radiologisch findet sich eine Pneumonie, die Kreislaufverhältnisse sind eher desolat. Zudem ist die Patientin sehr desorientiert und ihre Atemfrequenz liegt bei ca. 25 / min. Ihr Sohn, der gesetzliche Betreuer, ist nicht erreichbar; eine Patientenverfügung liegt nicht vor. Klinisch geht man von einer septischen Pneumonie aus, die eine rasches und konsequentes Handeln erfordert. Die geschilderte Situation ist typisch für die alltägliche Problematik, die Ärzte bei Notfällen antreffen: Sie müssen schnell über ein anderes Leben entscheiden, obwohl der Wille des Patienten unklar ist und es an wichtigen Informationen mangelt.

Ethik vs. Moral | In der ethischen Betrachtung stellt sich immer die Frage: „Wie soll ich handeln, wenn ein anderer betroffen ist?“ Ethik fragt nach dem Guten und dem Schlechten und will den gemeinsamen Nenner zwischen verschiedenen Weltanschauungen, Religionen und Kulturen finden. Ziel einer solchen Betrachtung ist es, gemeinsame Richtlinien vorzuschlagen. Anders die Moral: Sie stellt die Verhaltensnorm der gesamten Gesellschaft oder einer Gruppe dar, die aufgrund von Tradition akzeptiert und stabilisiert ist. Ethik ist als selbstreflektive Moral zu verstehen, die das Handeln anhand der Beurteilungsalternativen von gut und schlecht auf seine Sittlichkeit überprüft. In dieser Betrachtungsweise müssen die ethischen Prinzipien berücksichtigt werden (▶ **Tab. 1**). Unter diesen Gesichtspunkten ist Medizinethik nicht als Sonderethik definiert, sondern als Ethik in einer besonderen Situation.

Tab. 1 Ethische Prinzipien [2].

Ethisches Prinzip	Erläuterung
Benefizprinzip	Verpflichtung, Gutes zu tun
Nonmalefizprinzip	Verpflichtung, Schlechtes abzuwehren, nicht zu schaden
Autonomie	Verpflichtung, die individuelle Persönlichkeit und deren Recht auf unabhängige Selbstbestimmung zu respektieren
Gerechtigkeit	Verpflichtung, Diskriminierung zu vermeiden und Ressourcen gleich und nicht willkürlich zu verteilen, Verteilungsgerechtigkeit, Verteilungsethik

> Medizinethik bezieht sich nicht nur auf das ärztliche Handeln, sondern umfasst auch ethische Probleme des institutionellen Handelns, also der Verteilungsgerechtigkeit.

Medizinische Legitimierung | Für ethisches Handeln müssen Legitimationsvoraussetzungen gegeben sein. Es muss z. B. zulässig sein, eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme durchzuführen. Dabei muss es nicht nur gerechtfertigt sein, diese abzubrechen, sondern auch sie zu initiieren. Es muss also eine Indikation vorliegen. Für alle medizinischen Maßnahmen sollte gelten:

- Der Nutzen ist größer als der Schaden.
- Nach Aufklärung liegt die Zustimmung des Patienten vor (Ausnahme: bewusstlos, Gefahr im Verzug, etc.).
- Die Durchführung muss lege artis verlaufen.

Wenn eine dieser Legitimationsvoraussetzungen nicht erfüllt ist, sollte darauf verzichtet werden [3].

Sinnlosigkeit einer Behandlung | Ärzte beurteilen anhand ihrer persönlichen Erfahrungen und Wertevorstellungen, ob eine Maßnahme angemessen oder sinnlos ist (futility). Der Patient kann sich dabei in seinem Behandlungswunsch missachtet fühlen – aber auch eine schlechte Kommunikation kann zu fehlendem Verständnis führen. Er kann auch das Gefühl haben, dass seine persönliche Entscheidung oder die des Behandlers dem institutionell geregelten Ablauf widersprechen [4].

Geriatrie

Vulnerable Patienten | Geriatrische Patienten sind zunehmend in ihrer Selbständigkeit und Au-

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

tonomie eingeschränkt und leben häufig in einem Umfeld, das sie nicht freiwillig gewählt haben. Sie sind sehr vulnerable Menschen. In diesem Fachgebiet kommt dem Umgang mit Menschen am Ende ihres Lebens große Bedeutung zu.

Ganzheitliche Sichtweise | Fehlt die Gesamtsicht auf den geriatrischen Patienten, kann dies zu inadäquaten Therapieentscheidungen führen. Oft steht dabei der Körperbefund im Fokus.

> Jedoch sollte das psychobiosoziale Umfeld ebenso beachtet werden: Nur so kann man Einschränkungen der Alltagsaktivitäten adäquat bewerten.

Die Gesamtsicht auf den multimorbiden geriatrischen Patienten kann verloren gehen durch
- die Fragmentierung der medizinischen Behandlung,
- Behandlungsleitlinien für einzelne Körperbefunde und
- eingegrenzte Krankheitsbereiche.

So werden zwar entsprechende Therapien ergriffen, diese aber können schon zu Beginn vergeblich sein (futile). Zudem können kulturelle, religiöse aber auch forensische Bedenken zu einer Übertherapie führen [5]. Werden diese Einflüsse nicht erkannt, können Patienten und Angehörige
- uninformiert bleiben,
- unvorbereitet sein und
- widersprüchliche Informationen erhalten.

Dies kann im schlimmsten Fall dazu führen, dass der Patient mit schlecht kontrollierten Symptomen stirbt, der Sterbeprozess belastend und unwürdig ist und unter Umständen kulturelle, spirituelle und religiöse Bedürfnisse nicht befriedigt werden. Letztendlich resultieren daraus komplexe Schwierigkeiten in der Trauerarbeit – es kommt zu Unmut oder Klagen über die vermeintlich schlechte Betreuung.

Triage und Ethik

Dringlichkeit festlegen | Triagesysteme für die Notaufnahmen legen fest, wie dringlich eine Behandlung ist. Damit sollen lange Wartezeiten bis zur Behandlung begrenzt und das sogenannte „Crowding“ (Überfüllung der Notaufnahme) entzerrt werden. Mit diesem Instrument ist es möglich, sogenannte nicht-Notfallpatienten zu identifizieren. Diese werden dann aufgrund ihres geringen Ressourcenverbrauchs und der nicht lebensbedrohlichen Erkrankung in der Dringlichkeit hinten angestellt [6].

> Unter ethischen Gesichtspunkten – also der Berücksichtigung des Benefiz- oder Malefizprinzips – stößt man bei der Triage auf Widersprüche.

Tab. 2 Spannungsfeld Ethik und Notfall.

Ethik	Notfall
▸ wahrnehmen ▸ Konflikt adressieren ▸ Empathie zeigen ▸ Angehörige einbeziehen ▸ Willen benennen ▸ Konsens erarbeiten	▸ lebensbedrohlich ▸ Maßnahme unaufschiebbar ▸ invasive Maßnahme ▸ Situation unübersichtlich ▸ Patient einwilligungsfähig? ▸ keine Angehörigen
▸ Zeit nehmen!	▸ Zeitdruck!

Dem Benefizprinzip wird strikt gefolgt, da man über die Triage Patienten identifiziert, die von einer raschen Behandlung profitieren. Das Malefizprinzip findet im Rahmen der Triage jedoch keine Berücksichtigung [7].

Therapieoptionen prüfen | Auch in der Notfallversorgung ist das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu achten. Wird das Therapieziel geändert, steht die Pflicht der Behandelnden im Vordergrund,
- Leben zu erhalten,
- Gesundheit wiederherzustellen und
- Leiden zu lindern.

Bei den Therapieoptionen muss man prüfen, ob Behandlungen im Einzelfall nicht nur unangemessen sondern unter Umständen sogar „schlimmer als der Tod“ erscheinen [8] So wird eine schmerzhafte und invasive Therapie, die dem Patienten keine qualitative Lebenszeit bringt, von ihm eher als Strafe denn als Hilfe angesehen.

Ist der Patient einwilligungsfähig? | Grundsätzlich muss der Arzt feststellen, ob der Patient zur Einwilligung fähig ist. Aus rechtlicher Sicht ist unbestritten, dass nur der Patient selbst über sein Leben und die Maßnahmen entscheiden kann.

> Ist der Patient nicht einwilligungsfähig, rückt die medizinische Indikation deutlich in den Vordergrund.

Der behandelnde Arzt prüft dann sowohl den mutmaßlichen Willen als auch die Indikation für eine Behandlung – unter den ethischen Aspekten des Malefiz- und Benefizprinzips.

Dilemma in der Notaufnahme

Zeitdruck und fehlende Information | Klinische Ethikberatung ist aus dem Alltag nicht mehr wegzudenken. Dennoch ist man gerade in der Notfallmedizin oft mit ethischen Problemen konfrontiert, die sich in den klassischen medizinisch-klinischen Settings (z.B. ethische Fallbesprechung, ethisches Konsil) nicht lösen lassen. Es feh-

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Prof. Dr. med. Hans Jürgen Heppner
ist Lehrstuhlinhaber der Geriatrie an der Universität Witten / Herdecke und Chefarzt der Klinik für Geriatrie, HELIOS Klinikum Schwelm.
Hans.Heppner@uni-wh.de

PD Dr. med. Katrin Singler
ist Hochschullehrerin am Institut für Biomedizin des Alterns, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg und Oberärztin an der Universitätsklinik für Geriatrie, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Nürnberg.
Katrin.Singler@klinikum-nuernberg.de

Univ.-Prof. Dr. med. univ. Markus Gosch
ist Chefarzt der Universitätsklinik für Geriatrie, Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Nürnberg.
Markus.Gosch@klinikum-nuernberg.de

Prim. Dr. Peter Doviak
ist Chefarzt der Klinik für Akutgeriatrie, Salzkammergut-Klinikum Gmunden, Lehrkrankenhaus Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg.
Peter.Dovjak@gespag.at

len Zeit und Informationen; Angehörige sind oftmals für ein Gespräch nicht erreichbar (▶ **Tab. 2**). Außerdem trägt ein Gespräch mit Angehörigen nicht immer zur Entscheidungsfindung bei, da diese unter Zeitdruck meist nicht entscheidungsfähig sind [9]. Auch Patientenverfügungen, die auf Basis der Patientenautonomie verfasst wurden, sind in dieser Situation selten hilfreich: Sie liegen zum einen nur selten vor (s. DMW Heft 22 / 2015, S. 1679 [17]). Und sie beziehen sich meist auf den Sterbevorgang und nicht auf eine potenziell reversible Situation [10].

Schwierige Entscheidungsfindung | Eine Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) in klinischen Notaufnahmen mit dem Fokus auf Reanimation und Patientenverfügung zeigt die Problematik der Entscheidungsfindung [11]: Es wurde deutlich, dass Entscheidungshilfen nötig sind, aber selten vom Patienten mitgeführt werden [17]. Außerdem besteht ein Defizit hinsichtlich der Vorhaltung innerklinischer Strukturen. Ein Ethik-Komitee wird zwar für den Bereich der Notaufnahme als sinnvoll erachtet. Jedoch weiß man, dass ein klinisches Ethik-Konsil in der herkömmlichen Weise in der Notaufnahme weder zeitlich noch situativ umsetzbar ist.

PALMA | Es gab bereits Ansätze, die dieses Dilemma lösen sollten. So etwa das Projekt „Palma" (Patientenanweisung für lebenserhaltende Maßnahmen), bei dem Patienten – meist in einer Palliativsituation – eine vorbereitete Willenserklärung zur Notfallbehandlung mit sich führen [12]. So sollten sie die ärztliche Entscheidung nach ihren Vorstellungen lenken können. Dieses System wurde von Notfallmedizinern angenommen und die Patienten akzeptierten die Regelung unter begleiteten Studienbedingungen. Außerhalb der Studie fand PALMA jedoch leider keine Anwendung und erreichte keine breite Umsetzung.

Patientenwillen dokumentieren | Eine bessere Alternative wäre eine Dokumentation nach dem Beispiel des Basis-Assessment der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung [13, 14]. In diesem sind neben der Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit sowohl eine Willensäußerung hinsichtlich nicht mehr gewollter und nicht mehr indizierter Maßnahmen vermerkt sowie eine aussagekräftige Begründung. So kann man bei der Abwägung der Behandlung auf die Willensäußerung des Patienten zurückgreifen, die im Konsens im Vorfeld getroffen wurde [15]. Eine der zentralen Forderungen der Deutschen Vereinigung für Intensiv und Notfallmedizin lautet [16]:

> Es muss in Notfallsituationen möglich sein, eine Therapiezieländerung bzw. eine Therapiebegrenzung umzusetzen, um das Sterben eines Menschen zuzulassen und zu begleiten.

Ethisches Handeln in der Notaufnahme | Es muss also zum Ziel werden, ethische Grundsatzfragen und Grundelemente in den Ausbildungsplan für die Notfall- und Akutversorgung fest zu implementieren. Die Notärzte müssen sich in ihren Entscheidungen sicher fühlen und Kompetenzen erlangen, die einen Konsens im Behandlungsteam herbeiführen. Ethisches Handeln bedeutet in diesen Akutsituationen auch, feinfühlig und zielführend zu kommunizieren.

Konsequenz für Klinik und Praxis

- Der Behandler muss auch in Akutsituationen erkennen, ob die Behandlung sinnvoll oder sinnlos ist. Es gilt immer, ein Therapieziel festzulegen und zu hinterfragen, ob dieses auch erreichbar ist.
- Alle Legitimationsvoraussetzungen für den Beginn einer Behandlung müssen erfüllt sein.
- Willensäußerungen des Patienten sind in jedem Fall bindend.
- Es bleiben offene Fragen bei nicht entscheidungsfähigen Patienten ohne Willensverfügung.
- Es ist unumgänglich, alle Mitarbeiter auf medizinischem, rechtlichem, moralischem aber auch philosophisch-ethischem Gebiet auszubilden, um in diesen Situationen Entscheidungen im Konsens treffen zu können.

Literatur

1 O'Mahony D, O'Connor MN. Pharmacotherapy at the end-of-life. Age Ageing 2011; 40: 419–422
2 Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 6. Aufl. Oxford: Oxford University Press; 2008
3 Marckmann G, Sandberger G, Wiesing U. Limiting life-prolonging treatments: a practical guidance reflecting the current legislation in Germany. Dtsch Med Wochenschr 2010; 135: 570–574
4 Karg O. Grenzen der intensivmedizinischen Therapie – ist sie immer angemessen? Dtsch Med Wochenschr 2015; 140: 489–415
5 Ellershaw J, Ward C. Care of the dying patient: the last hours or days of life. BMJ 2003; 326: 30–34
6 Christ M, Grossmann F, Winter D et al. Modern triage in the emergency department. Dtsch Arztebl Int 2010; 107: 892–898
7 Aacharya RP, Gastmans C, Denier Y. Emergency department triage: an ethical analysis. BMC Emergency Medicine 2011; 11: 16
8 Holzner C. Das Selbstbestimmungsrecht beachten. Dtsch Arztebl 2015; 112: B941–943
9 Trzeczak S. Ethische Kompetenz und praktische Erfahrung. Dtsch Arztebl 2013; 110: A706–707
10 Pauls M, Leblanc C, Campbell S. Ethics in the trenches: preparing for ethical challenges in the emergency department. CJEM 2002; 4: 45–48

Vollständiges Literaturverzeichnis unter http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-107948

Interessenkonflikt
Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

DOI 10.1055/s-0041-107948
Dtsch Med Wochenschr 2015; 140: 1780–1782
© Georg Thieme Verlag KG · Stuttgart · New York ·
ISSN 0012-0472

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

11 Padberg J, Esser A, Lomberg L, Trzeczak S.Ethische Probleme im Umgang mit Reanimation und Patientenverfügung in der Notaufnahme. Ergebnisse einer Onlineumfrage unter den Mitgliedern der DGINA. Notfall Rettungsmed 2014; 6: 500–506
12 Laufenberg-Feldmann R, Weber M, Mohr M, Gerth M. PALMA (Patientenanweisung für lebenserhaltende Maßnahmen) – hilfreiches Kurzinstrument für die Notfallsituation. Palliativmedizin 2012; 13–KT_18
13 Schnell M, Schulz C, Hrsg. Basiswissen Palliativmedizin. Heidelberg: Springer; 2014
14 Augsburger Hospiz- und Palliativversorgung. Ethisches Assessment bei Palliativpatienten. Im Internet: http://www.ahpv.de/fileadmin/user_upload/files/APV_Ethikkonsil-V2012.pdf; letzter Zugriff: 20.10.2015
15 Eichner E, Fischer J, Strauß M. Einführung eines ethischen Basis-Assessments in der Spezialisierten Ambulanten Palliatvversorgung in Augsburg. Ethik Med 2012; 24: 67–76
16 Janssens U, Burchardi H, Duttge G. Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. DIVI 2012; 3: 103–107
17 Christ M, Liebeton J, Breker IM et al. Verfügbarkeit von Patientenverfügungen in einer interdisziplinären Notaufnahme. Ergebnisse einer Patientenbefragung. Dtsch Med Wochenschr 2015; 140: 1679

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.