
Einwilligungsunfähige Patienten in der Notfallmedizin

Michael-Jürgen Polonius

Im Rahmen des mir gestellten Themas werde ich mich nicht auf das Glatteis der Jurisprudenz begeben. Ich will vielmehr die folgenden drei Fragen beantworten:

1. Um welches Patientenkollektiv handelt es sich in der Notfallmedizin?
2. Was ist das gemeinsame Besondere?
3. Worin besteht die besondere Herausforderung für den behandelnden Arzt?

Zu Frage 1: Um welches Patientenkollektiv handelt es sich in der Notfallmedizin?

Die Notfallmedizin umfasst Patienten der folgenden Hauptgruppen:

1. *Unfallverletzte*: Hierzu zählen insbesondere die schweren Verbrennungen, das Polytrauma und das Schädel-Hirn-Trauma.
2. Innerhalb der Unfallverletzten ist der *Massenunfall* ein Sonderfall und gehört in die Katastrophenmedizin, auf die ich später noch eingehen werde.
3. *Internistische Notfälle*: Als Beispiel seien genannt der Schlaganfall, das stoffwechselbedingte Koma (z. B. das diabetische Koma beim Zuckerkranken) und der kardiogene Schock (z. B. nach schwerem Herzinfarkt).
4. *Chirurgische Notfälle*: Hier nur exemplarisch das ruptu-

rierte Bauchaortenaneurysma mit Reanimationspflichtigkeit ganz besonders bei Patienten im hohen Alter.

5. *Patienten der Intensivmedizin*: Und auch hier nur exemplarisch die indizierte Reanimation.
6. Als Sonderfall: der *Suizid*.

Mit Ausnahme des Intensivpatienten, der schon länger hospitalisiert ist, d. h. dass manchmal über seinen Willen ausreichend Informationen vorliegen, ist in der Regel der Wille des Patienten nur zu mutmaßen.

Dies gilt auch für den Suizid, entsteht er doch in der Mehrzahl durch eine Kurzschlusshandlung bzw. auf dem Boden einer unzureichend oder nicht behandelten psychischen Erkrankung.

Zu Frage 2: Was ist das gemeinsame Besondere?

Die Ursachen der Einwilligungsunfähigkeit sind jeweils bedingt durch Bewusstseinsstörungen, die bis zur Bewusstlosigkeit gehen können und durch den Schock, Kreislaufinsuffizienz, aber auch iatrogen durch Sedierung oder Narkose (z. B. in der Intensivmedizin) hervorgerufen werden können.

Mit Ausnahme der Patienten in der Intensivstation – wenn Sie so wollen, die auf der Intensivstation liegen, weil sie potentiell notfallgefährdet sind – werden alle Patienten überwiegend durch das Verletzungs- bzw. Erkrankungsereignis aus dem aktiven Leben, aus dem sogenannten Wohlsin, gerissen.

Das schnelle Handeln – also die Zeit – ist der wichtigste Erfolgsfaktor in der Behandlung aller Notfälle. Das Suchen einer verschrifteten Patientenverfügung, der Versuch mit Angehörigen oder Begleitpersonen den mutmaßlichen Willen des Notfallpatienten zu eruieren, verbietet sich in der Regel.

Zu Frage 3: Worin besteht die besondere Herausforderung für den behandelnden Arzt?

Der ärztliche Behandlungsauftrag kann einfach als Verpflichtung zur „ärztlichen Hilfe“ definiert werden. Dies umfasst die Ziele der Heilung, der Besserung und Linderung von Krankheiten und Beschwerden, fordert aber nicht stets Maßnahmen zur Lebensverlängerung.

Lebensverlängerung um jeden Preis ist nicht Inhalt des ärztlichen Behandlungsauftrages.

Wo Hilfe nicht mehr sinnvoll ist, kann eine Begrenzung bestimmter Therapiemaßnahmen nicht nur berechtigt, sondern im Sinne des Patienten indiziert sein, also zum ärztlichen Behandlungsauftrag gehören.

Manche definierten Situationen sind nicht erfolgreich zu behandeln, z.B. eine über 90-prozentige drittgradige Verbrennung.

Häufiger sind jedoch Situationen mit statistisch minimaler oder geringer Überlebenschance und dabei hohem Wahrscheinlichkeitsgrad bleibender schwerer Folgeschäden. Dieses beobachten wir beim schweren Polytrauma mit erheblicher zerebraler Beteiligung, bei irreversiblen hohen Querschnittsverletzungen und initialer Reanimationsnotwendigkeit und beim rupturierten Bauchaortenaneurysma mit Reanimationspflichtigkeit im hohen Alter.

Die Problematik liegt darin, dass die Möglichkeit und noch mehr der Sinn weiterer Behandlung oft schwer festzustellen sind. Absolute Gewissheit kann es hierbei in der Beurteilung nicht geben. Die besondere Schwierigkeit einer möglichen Therapiebegrenzung (z. B. eine Wiederbelebungsmaßnahme nicht einzusetzen) besteht sowohl in der Notwendigkeit, sofort eine Entscheidung zu treffen, als auch wegen einer Unsicherheit bezüglich des Schweregrades und der kurz- und langfristigen Prognose der Krankheit

sowie des Ausmaßes eines verbleibenden Schadens, also einer deutlich reduzierten Lebensqualität.

Daher wird in der Regel ein *maximaler* Therapieeinsatz indiziert sein.

Doch ist es auch Aufgabe, die Zuverlässigkeit von Prognosekriterien und die Lebensqualität Überlebender solcher schweren Erkrankungen und Verletzungen weiter wissenschaftlich zu bearbeiten und daraus ggf. Schlussfolgerungen für eine Therapiebegrenzung zu ziehen. Hier spreche ich die besondere Problematik von Studien am einwilligungsunfähigen Notfallpatienten an.

Eines sei hier jedoch gerade in der heutigen Zeit des ökonomischen Diktats im Gesundheitswesen festzuhalten:

Finanzielle oder ökonomische Gesichtspunkte dürfen nicht die Behandlung und/oder die Behandlungsintensität, also auch nicht die Therapiebegrenzung beim einzelnen Patienten, beeinflussen.

Das heißt nicht, dass Therapieintensivierung oder Therapieabbruch keine ökonomischen Folgen haben. Darüber zu entscheiden ist jedoch Aufgabe der Gesellschaft und *nicht* des einzelnen behandelnden Arztes.

Der einwilligungsunfähige Patient in der Notfallmedizin ist daher eine besondere Herausforderung für den Arzt:

1. Er hat praktisch keine Chance, auch nur den mutmaßlichen Willen des Patienten zu eruieren.
2. Er steht unter dem Druck unmittelbaren Handelns.
3. Er ist zur ärztlichen Hilfe verpflichtet; er hat seinen Behandlungsauftrag zu erfüllen.
4. Er hat mehr nach dem Sinnvollen einer Therapie als nach dem Machbaren zu fragen. Hierbei muss er sich auch mit Fragen der Therapiebegrenzung, des Therapieabbruchs oder des Therapieverzichts am individuellen Patienten auseinandersetzen.
5. Die extreme Form ist der Katastrophenfall, in dem bei der Triage nur prognostische und kapazitive Faktoren

berücksichtigt werden können. – Eine der belastendsten Aufgaben für den Arzt im Rettungs- und Katastrophendienst, was wir alle während der Tsunami-Katastrophe und des Hurrikans Katrina in New Orleans anhand eindrucksvoller Bilder beobachten konnten.

Als Fazit:

Der Arzt in der Notfallmedizin hat sich immer zwischen *in dubio pro vita* und *nihil nocere* zu entscheiden.