

Medizin-ethische Richtlinien der SAMW

Teil 7: Reanimationsentscheidungen

Klaus Bally^a, Bianca Schaffert^b, Sibylle Ackermann^c

^a Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel und Mitglied der Zentralen Ethikkommission (ZEK) der SAMW; ^b APN, Spital Limmattal Schlieren und Vizepräsidentin der ZEK der SAMW; ^c Leiterin Ressort Ethik der SAMW und Mitglied der ZEK der SAMW

Seit über 40 Jahren erarbeitet und veröffentlicht die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) medizin-ethische Richtlinien. Diese bieten Informationen und Orientierungshilfen für den Arbeitsalltag von klinisch tätigen und forschenden Ärztinnen, Ärzten und weiteren Gesundheitsfachpersonen in Klinik und Praxis. Die Richtlinien werden regelmässig überprüft, an Erfahrungen aus der Praxis oder veränderte Wertvorstellungen angepasst oder gegebenenfalls zurückgezogen, wenn z.B. der gesetzliche Rahmen ändert. Eine Erhebung [1] hat gezeigt, dass der Bekanntheitsgrad der medizin-ethischen Richtlinien unterschiedlich ist. Ca. 20% der Befragten sind mit dem Inhalt von gewissen Richtlinien vertraut, 35% kennen einzelne Inhalte; der Rest hat noch nie von den Richtlinien gehört oder kennt deren Inhalt kaum.

Die Redaktion von *Primary and Hospital Care* hat es sich zur Aufgabe gemacht, in lockerer Folge den Inhalt einzelner SAMW-Richtlinien vorzustellen und mit praktischen Beispielen aus dem medizinischen Alltag zu verbinden. Konkret sollen Elemente aus den folgenden Richtlinien diskutiert werden: 1. Patientenverfügungen; 2. Zwangsmassnahmen in der Medizin; 3. Palliative Care; 4. Umgang mit Sterben und Tod; 5. Betreuung von Menschen mit Behinderung; 6. Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz; 7. Reanimationsentscheidungen; 8. Zusammenarbeit Ärzteschaft – Industrie.

Aus der Praxis: Entscheidung zur Einleitung respektive Fortführung von Reanimationsmassnahmen

Frau U., 78 Jahre alt, früher als Näherin in einem Kleinbetrieb tätig, lebt mit ihrem ebenfalls pensionierten Ehemann in einem kleinen Einfamilienhaus auf dem Land. Ihr langjähriger Hausarzt aus dem Nachbarsdorf lässt sich pensionieren und in der Absicht, eine Kontinuität der hausärztlichen Betreuung sicherzustellen, konsultiert Frau U. erstmalig Frau Dr. F., die vor kurzem im Quartier eine hausärztliche Praxis eröffnet hat. Die Krankengeschichte von Frau U. befindet sich noch in der Praxis ihres langjährigen Hausarztes.

Nachdem Frau U., die zur Fortbewegung einen Rollator benutzt, die Praxis der Hausärztin betreten und die

Anmeldeformalitäten erledigt hat, setzt sie sich ins Wartezimmer. Plötzlich vernimmt die am Empfang tätige MPA ein Rumpeln, eilt ins Wartezimmer und findet Frau U. am Boden liegend vor. Wenige Sekunden später ist Frau Dr. F. im Wartezimmer und stellt fest, dass es zu einem Kreislaufstillstand gekommen ist. Nach kurzer Reflexion beginnt Frau Dr. F. mit der kardiopulmonalen Reanimation und erteilt zeitgleich der MPA den Auftrag, aus dem 2 km entfernten Regionalspital die Ambulanz mit Notarzt anzufordern. Anschliessend soll die MPA den Ehemann von Frau U. anrufen und sich erkundigen, ob eine Patientenverfügung vorliegt. Acht Minuten nach Avisieren der Ambulanz trifft das Rettungsteam ein. Nach einmaliger Defibrillation bei Kammerflimmern kann ein bradykarder Kammerersatzrhythmus mit einer Herzfrequenz von 30 Schlägen/Minute dokumentiert werden. Der Notarzt entschliesst sich, zur Sicherung der Atemwege eine endotracheale Intubation vorzunehmen. Unmittelbar nach der Intubation kommt die MPA ins Wartezimmer und berichtet, dass sie mit dem Ehemann von Frau U. gesprochen habe: In der Memory Clinic der Kantonshauptstadt habe man bei Frau U. vor wenigen Monaten die Diagnose einer Alzheimer-Demenz gestellt. Darauf habe Frau U. eine Patientenverfügung verfasst und darin den Willen bekundet, dass bei einem Herzkreislaufstillstand in keinem Fall eine Reanimation durchzuführen sei.

Die Hausärztin F. macht das Rettungsteam darauf aufmerksam, dass die Reanimation gemäss dem vorausverfügten Willen von Frau U. sofort abzubrechen sei. Der Notarzt und Leiter des Rettungsteams meint, dass man eine Reanimation nicht abbrechen dürfe, wenn man einmal damit begonnen habe. Es sei nun eine Gabe von Atropin und eventuell auch Adrenalin sowie gegebenenfalls eine transkutane externe Stimulation angezeigt. Bei dem nun vorliegenden AV-Block III erfolge wahrscheinlich anschliessend eine zeitgerechte Koronarangiografie sowie gegebenenfalls eine Schrittmacherimplantation im Kantonsspital. Frau U. wird in intubiertem Zustand zur weiteren Behandlung mit der Ambulanz direkt ins Kantonsspital transportiert. Die Hausärztin macht sich Gedanken, ob es überhaupt richtig war, bei der 78 Jahre alten Patientin, die am Rollator geht, mit der Reanimation zu beginnen.



© Yunkiphotoshot | Dreamstime.com

Was sagen die SAMW-Richtlinien dazu [2]?

Das Erfordernis einer expliziten Einwilligung in eine Behandlung gilt grundsätzlich auch für Reanimationsmassnahmen. Da bei einem Kreislaufstillstand die Patientin nicht urteilsfähig ist [3], ist das Einholen einer informierten Einwilligung zu diesem Zeitpunkt nicht möglich. Das Schweizerische Zivilgesetzbuch (ZGB) [4] hält für diese dringliche Situation fest, dass die Ärztin bzw. der Arzt medizinische Massnahmen nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person ergreift. Ist der (mutmassliche) Wille bekannt, haben sich alle Massnahmen daran zu orientieren. Soweit es die Umstände (Zeitdruck, Ort des Kreislaufstillstands, etc.) zulassen, muss das Rettungsteam nach Hinweisen suchen, die Rückschlüsse auf den (mutmasslichen) Willen der Patientin bzw. des Patienten geben. Lehnt die betroffene Person Wiederbelebungsversuche ab, dürfen keine Reanimationsmassnahmen durchgeführt werden. Ist es nicht möglich, den (mutmasslichen) Willen der Patientin oder des Patienten zu eruieren, sind ihre/seine Interessen massgebend und ein Reanimationsversuch ist durchzuführen, sofern dieser nicht aussichtslos ist. Als aussichtslos gilt ein Reanimationsversuch, wenn es prognostisch hochwahrscheinlich ist, dass eine kurz- oder mittelfristige Lebensverlängerung mit einer aus Sicht der Patientin oder des Patienten erträglichen Lebensqualität ausgeschlossen ist.

Stellt sich erst nach Beginn der Reanimationsmassnahmen heraus, dass diese nicht dem (mutmasslichen) Patientenwillen entsprechen, z.B. anhand einer Patientenverfügung oder aufgrund glaubhafter Aussagen von Vertretungspersonen und/oder Angehörigen, muss der Reanimationsversuch abgebrochen werden. Die SAMW-Richtlinien halten explizit fest: Auch wenn zu diesem Zeitpunkt bereits eine erfolgreiche Wiederbelebung eines spontanen Kreislaufs eingetreten ist, muss sich das Handeln am (mutmasslichen) Willen der betroffenen Person orientieren.

Evaluation des Vorgehens und Schlussfolgerungen

Die Hausärztin, Frau Dr. F., hat korrekt gehandelt, indem sie sofort mit der Reanimation von Frau U. begonnen hat. Ein mutmasslicher Wille war in der Notfallsituation nicht zu eruieren. Daher galt es, im wohlverstandenen Interesse der Patientin zu handeln. Sowohl das Alter von 78 Jahren allein wie auch der Gebrauch eines Rollators sprachen nicht gegen eine Einleitung von Reanimationsmassnahmen. Prognostisch günstig war der Umstand, dass der Kreislaufstillstand quasi beobachtet und wenige Sekunden später mit der Reanimation begonnen wurde. Grundsätzlich bestand in dieser Situation für Frau U. eine reelle Chance auf ein Weiterleben ohne schwerwiegende Folgeschäden des Kreislaufstillstandes. Studien zeigen, dass eine

Reanimation auch bei hospitalisierten hochbetagten Patientinnen und Patienten erfolgreich sein kann (ca. 10% intaktes neurologisches Überleben auch der über 90-Jährigen gemäss einer schwedischen Registerstudie mit über 10 000 Fällen von In-hospital-Reanimationen bei über 70-Jährigen). [5] Um den Reanimationserfolg abzuschätzen, werden verschiedene Scoring-Systeme wie z.B. der *Prognosis after Resuscitation Score* (PAR) oder der *Pre-Arrest Morbidity Score* (PAM) [6] eingesetzt, die vorbestehende Beeinträchtigungen und/oder Krankheiten quantifizieren. Prognostisch am ungünstigsten erweisen sich, sowohl bezüglich Überleben als auch bezüglich Lebensqualität, metastasierende und aktive hämatologische Malignome, gefolgt von relevanten Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens. Liegen mehrere dieser Faktoren vor, erhöht sich das Risiko einer neurologischen Beeinträchtigung zusätzlich, da die Prognose für diese Patientinnen und Patienten bereits aufgrund des Gesundheitszustands vor Eintritt des Kreislaufstillstands ungünstig ist. In der vorliegenden Situation gab es für Frau Dr. F. keine Hinweise dafür, dass ein Reanimationsversuch aussichtslos sein könnte.

Nicht korrekt war die Aussage des Notarztes, dass eine Reanimation nicht abgebrochen werden dürfe, wenn man schon damit begonnen habe. Auch wenn nach Einleitung einer Reanimation bereits ein spontaner Kreislauf (*Return of Spontaneous Circulation* [ROSC]) wiederhergestellt werden konnte, muss sich das Handeln am (mutmasslichen) Willen der Patientin orientieren. Die Richtlinien halten fest, dass die bereits eingeleiteten Massnahmen (z.B. Intubation, Beatmung) bis zum Spitaleintritt weitergeführt, aber keine zusätzlichen Reanimationsmassnahmen im eigentlichen Sinn (z.B. Gabe von Katecholaminen, Antiarrhythmika) durchgeführt und bei einem erneuten Kreislaufstillstand keine erneuten und zusätzlichen Reanimationsmassnahmen vorgenommen werden dürfen. Falls

die Patientin dann weiterhin beatmet werden muss, soll die Beatmung gestoppt und die Patientin rein symptomlindernd betreut werden.

In der konkreten Situation von Frau U. war es korrekt, die Patientin intubiert ins Spital zu bringen; Auf dem Transport mit der Ambulanz hätten aber keinesfalls Reanimationsmassnahmen vorgenommen werden dürfen und nach Eintreffen im Spital wäre eine Beendigung der Beatmung angezeigt gewesen.

Denn es ist davon auszugehen, dass eine Patientin, die in einer Patientenverfügung die Reanimation abgelehnt hat, weil sie ihr Leben als abgerundet und abgeschlossen betrachtet, weil sie das Fortschreiten der Alzheimer-Erkrankung nicht erleben möchte oder auch weil sie die langfristigen Risiken einer Reanimation (neurologische Schädigung) vermeiden will, ihren Willen in der akuten Situation nicht ändert. Der (auch rechtlich) entscheidende Punkt ist, dass in der Situation nach einem ROSC die Risiken von langfristigen Schäden bestehen bleiben, die die Patientin mit ihrem Reanimationsveto zu vermeiden hofft.

Literatur

- 1 Pfister E. Die Rezeption und Implementierung der SAMW-Richtlinien im medizinischen und pflegerischen Alltag. Schweizerische Ärztezeitung 2010; 91:13/14.
- 2 Reanimationsentscheidungen. Medizin-ethische Richtlinien der SAMW. 2021. <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Reanimationsentscheidungen.html>
- 3 Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis. Medizin-ethische Richtlinien der SAMW. 2018. www.samw.ch/urteilsfaehigkeit
- 4 Zivilgesetzbuch Art. 379
- 5 Hirlekar G, Karlsson T, Aune S, Ravn-Fischer A, Albertsson P, Herlitz J, et al. Survival and neurological outcome in the elderly after in-hospital cardiac arrest. Resuscitation. 2017 Sep;118:101–6. 10.1016/j.resuscitation.2017.07.01328736324
- 6 Ohlsson MA, Kennedy LM, Juhlin T, Melander O. Evaluation of pre-arrest morbidity score and prognosis after resuscitation score and other clinical variables associated with in-hospital cardiac arrest in southern Sweden. Resuscitation. 2014 Oct;85(10):1370–4. 10.1016/j.resuscitation.2014.07.00925079198

PD Dr. med. Klaus Bally
Facharzt für Allgemeine
Medizin FMH
Universitäres Zentrum für
Hausarztmedizin beider
Basel | uniham-bb
St. Johannis-Parkweg 2
CH-4056 Basel
[klaus.bally\[at\]unibas.ch](mailto:klaus.bally[at]unibas.ch)