

Richtlinien «Reanimationsentscheidungen» aktualisiert

Michelle Salathé

Medizin & Ethik & Recht, Basel

Reanimationsentscheidungen und deren Folgen sind für alle Beteiligten mit grossen Belastungen verbunden. Zur Unterstützung der medizinischen Fachpersonen hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) 2008 medizin-ethische Richtlinien veröffentlicht, neue Entwicklungen machten eine Überarbeitung erforderlich. Die revidierten Richtlinien sind in vier Sprachen (d/f/e/i) erhältlich.

Die von der Zentralen Ethikkommission der SAMW eingesetzte Subkommission [1] unter dem Vorsitz von Prof. Reto Stocker, Zürich, hat für die Aktualisierung der Richtlinien von 2008 [2] die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu Prognosekriterien und Outcome von Reanimationsmassnahmen berücksichtigt. Dabei wurden neuere Entwicklungen aufgenommen, zum Beispiel der Einsatz von extrakorporaler Reanimation, aber auch das Konzept der Gesundheitlichen Vorausplanung, dem die Richtlinien einen hohen Stellenwert einräumen. Der Richtlinienentwurf stand vom 11. Dezember 2020 bis zum 11. März 2021 in der öffentlichen Vernehmlassung.

Öffentliche Vernehmlassung: Zustimmung zum Richtlinienentwurf

Hinter den 54 Stellungnahmen, die während der Vernehmlassung eingetroffen sind, stehen zahlreiche Fachgesellschaften und Fachgremien, Organisationen und Verbände: die FMH, neun Fachgesellschaften (namentlich auch die von der Thematik direkt Betroffenen: Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin, Schweizerische Gesellschaft für Anästhesiologie und Reanimation, Schweizerische Neurologische Gesellschaft, das Swiss Resuscitation Council, der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer [SBK], die Swiss Nurse Leaders, Spitäler und Kantone sowie die Schweizerische Stiftung SPO Patientenorganisation). Die Rückmeldungen waren überaus positiv und betrafen in erster Linie Formulierungsvorschläge, Vorschläge zur Präzisierung oder Nachfragen.

Anlass zu grundlegender Kritik gab einzig das Kapitel «Reanimationsmassnahmen im Hinblick auf eine Or-

gantransplantation». Dieses stehe mit einer liberaleren Haltung zur Reanimation vor Kenntnis des Patientenwillens und mit den Richtlinien zur Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen im Widerspruch [3]. In der definitiven Fassung der revidierten Richtlinien «Reanimationsentscheidungen» ist dieses Kapitel nun nicht mehr enthalten. Die SAMW verfolgt aber die aktuelle politische Diskussion über die Einführung der Widerspruchslösung [4] und wird das Thema bei der nächsten Revision der Richtlinien zur Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen vertiefen.

Kernelemente: Patientenautonomie und Nichtschaden

Die Richtlinien gehen betreffend Ergebnis und Prognose nicht vom «Überleben mit Entlassung aus dem Spital» aus, relevant ist vielmehr die «Lebensqualität nach Reanimation». Diese korreliert einerseits eng mit dem neurologischen Ergebnis, ist andererseits aber stark von subjektiven Faktoren geprägt (Erleben und Präferenzen der Patientinnen und Patienten).

Nach wie vor sind die durchschnittlichen Überlebenschancen nach einem Kreislaufstillstand niedrig. Zwar gibt es statistische Angaben zu einzelnen Patientenkollektiven, diese lassen aber oft keine präzisen Aussagen über den Einzelfall zu. Das Abschätzen der individuellen Prognose ist daher sehr schwierig. Insgesamt hat der Anteil der erfolgreichen Reanimationen mit gutem neurologischem Ergebnis dennoch zugenommen. Dies hat folgende Gründe:

- Verbesserung der Überlebenskette;
- bessere Kenntnisse von prognostisch ungünstigen

Faktoren (diese werden in den Richtlinien differenziert dargestellt) und entsprechend weniger Reanimationen;

- aktiveres Eruiieren und Dokumentieren des Patientenwillens.

Die Richtlinien räumen der Patientenautonomie einen hohen Stellenwert ein. Sie halten fest, dass das Rettungsteam sich auf Patientenverfügungen und ärztliche Notfallanordnungen stützen und einen Reanimationsversuch unterlassen kann, wenn die betroffene Person einen solchen ablehnt. Umso wichtiger ist es, dass Patientinnen und Patienten darin unterstützt werden, den Entscheid Rea-ja oder Rea-nein nach Abwägung der eigenen Präferenzen, unter Beizug individualisierter Informationen (Prognose) und im Austausch mit wichtigen Bezugspersonen treffen zu können. Die Richtlinien stützen sich dabei auf das Konzept der sogenannten Gesundheitlichen Vorausplanung [5].

Gleichzeitig betonen die Richtlinien, dass es ethisch nicht gerechtfertigt ist, aussichtslose Reanimationsmassnahmen durchzuführen. Aussichtslose Reanimationsmassnahmen würden die Patientin oder den Patienten unnötig belasten und lediglich die Sterbephase verlängern. Die SAMW vertieft aktuell die Thematik der Aussichtslosigkeit für verschiedene medizinische Interventionen, die Veröffentlichung von Empfehlungen ist geplant.

Aufgrund von Rückmeldungen aus der Vernehmlassung wurde die den Richtlinien zugrunde liegende Haltung «Keine Maximalmedizin, sondern differenzierte Entscheidungen» bei hochbetagten Patientinnen und Patienten ausgewogener formuliert. So wird neu darauf hingewiesen, dass nicht das Alter per se ein prognostischer Faktor ist, sondern Hochaltrigkeit verbunden mit Fragilität. Die Richtlinien beziehen sich hier auf eine neue Registerstudie mit über 10 000 Fällen von In-hospital-Reanimationen bei über 70-jährigen Patientinnen und Patienten [6]. Diese hat gezeigt, dass eine Reanimation bei hospitalisierten Hochbetagten erfolgreich sein kann (ca. 10% intaktes neurologisches Überleben auch bei 90-Jährigen). Andererseits zeigen mehrere Studien [7], dass bei hochbetagten Personen mit Gebrechlichkeit die Prognose eines Reanimationsversuchs schlecht ist.

Mit einer empathischen, situationsbezogenen Aufklärung – ausgehend von einer realistischen Einschätzung der Prognose – kann dazu beigetragen werden, dass Reanimationsversuche in aussichtslosen Situationen unterlassen werden. Studien zeigen auch, dass ein Grossteil der Personen am Lebensende symptomlindernde Massnahmen wünschen.

Fragen und Antworten

Wann wird eine Reanimation als erfolgreich bezeichnet?

Die Beurteilung des Reanimationserfolgs stützen die Richtlinien nicht nur darauf ab, ob der spontane Kreislauf (ROSC; *return of spontaneous circulation*) wiederhergestellt werden kann und die betroffene Person bis zur Spitalentlassung überlebt. Entscheidend ist, dass die Patientinnen und Patienten ohne schwerwiegende neurologische Folgeschäden und mit einer für sie guten Lebensqualität weiterleben können. Zur Beschreibung des neurologischen Zustands stützen sich die Richtlinien auf die sogenannte *Cerebral Performance Category*, die CPC-Klassifizierung, ab. In den CPC-Kriterien sind jedoch nicht alle möglichen Spätfolgen abgebildet. Ein wichtiger zusätzlicher Faktor, um das Ergebnis einer Reanimation zu beurteilen, ist das subjektive Erleben der Patientinnen und Patienten, die Zufriedenheit mit der (neuen) Lebenssituation.

Wann ist ein Reanimationsversuch aussichtslos?

Als aussichtslos wird ein Reanimationsversuch gemäss Richtlinien bezeichnet, wenn es prognostisch hochwahrscheinlich ist, dass eine kurz- oder mittelfristige Lebensverlängerung mit einer aus Sicht des Patienten und der Patientin erträglichen Lebensqualität ausgeschlossen ist.

Warum ist es wichtig, Patientinnen und Patienten zu unterstützen, frühzeitig den Entscheid zu treffen, ob sie in der Akutsituation eines Kreislaufstillstands reanimiert werden möchten oder nicht?

Hohes Alter, Komorbiditäten und auch Gebrechlichkeit erhöhen die Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines Kreislaufstillstands. Spätestens wenn eine solche Ausgangssituation vorliegt, ist es sinnvoll, den Reanimationsentscheid zu thematisieren – zum Beispiel im Rahmen einer gesundheitlichen Vorausplanung – und den Patientenwillen rechtsgültig zu dokumentieren. Um die Prognose realistisch einschätzen zu können, ist ein beratendes Gespräch mit einer Fachperson empfohlen. Patientinnen und Patienten können ihren Willen aber auch ohne fachliche Unterstützung bilden und rechtskräftig zum Beispiel in einer Patientenverfügung festhalten. Zur individuellen Chancen-Risiko-Abwägung und Unterstützung des Entscheids «Rea-ja» bzw. «Rea-nein» ist ein Gespräch zwischen der betroffenen Person bzw. der rechtlichen Vertretungsperson, den Angehörigen und medizinischen Fachpersonen hilfreich. Ein Entscheid kann, auch wenn er einmal festgehalten ist, jederzeit durch die urteilsfähige Person geändert werden. Dies ist wiederum entsprechend zu dokumentieren.

Woran orientiert sich das Rettungsteam in der Akutsituation eines Kreislaufstillstands?

Das Erfordernis einer expliziten Einwilligung in eine Behandlung gilt grundsätzlich auch für Reanimationsmassnahmen. Da bei einem Kreislaufstillstand die Patientin oder der Patient nicht urteilsfähig [8] ist, ist das Einholen einer informierten Einwilligung zu diesem Zeitpunkt nicht möglich. Das Schweizerische Zivilgesetzbuch [9] hält für diese dringliche Situation fest, dass medizinische Fachpersonen Massnahmen nach dem mutmasslichen Willen und den Interessen der urteilsunfähigen Person ergreifen. 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 Patientinnen und Patienten geben. Lehnt die betroffene Person Wiederbelebungsversuche ab, dürfen keine Reanimationsmassnahmen durchgeführt werden. Ist es nicht möglich, den (mutmasslichen) Willen der Betroffenen zu eruieren, sind ihre Interessen massgebend. In dieser Situation soll das Leben nach Möglichkeit erhalten, aber Reanimationsbemühungen dann unterlassen werden, wenn diese aussichtslos sind.

Ist es immer sinnvoll, Reanimationsmassnahmen einzuleiten, wenn ein Individuum dies wünscht resp. wenn sein Wille nicht bekannt ist?

Der Entscheid «Rea-ja/Rea-nein» und dessen Dokumentation im Patientendossier sind weitreichend. Jeder Entscheid muss deshalb auf den ethischen Grundsätzen einer guten medizinischen Praxis beruhen. Dazu zählen unter anderem der Respekt vor der Autonomie eines Menschen und die Respektierung der

Prinzipien des Wohltuns und des Nichtschadens. Diese verpflichten dazu, das Leben eines Patienten oder einer Patientin nach Möglichkeit zu erhalten, aber auch Reanimationsbemühungen zu unterlassen, wenn diese aussichtslos sind. Die Richtlinien halten fest, dass es ethisch nicht gerechtfertigt ist, aussichtslose Reanimationsmassnahmen durchzuführen. Aussichtslose Reanimationsmassnahmen würden die Betroffenen unnötig belasten und lediglich die Sterbephase verlängern.

Bezugsquelle

Die Richtlinien sind online in vier Sprachen (d/e/f/i) erhältlich und können kostenlos als gedruckte Broschüre (d/f) bestellt werden: samw.ch/richtlinien

Literatur

- 1 Zusammensetzung der Subkommission: Prof. Dr. med. Reto Stocker, Zürich (Vorsitz), Intensivmedizin; Beat Baumgartner, Spiez, Rettungssanität; Luk de Crom, Affoltern am Albis, Pflege/Rehabilitation; PD Dr. med. Karin Diserens, Lausanne, Neurorehabilitation; Dr. med. Gudrun Jäger, St. Gallen, Pädiatrie; Prof. Dr. med. Tanja Krones, Zürich, Ethik; Angelika Lehmann, BSc, MNS, Basel, Intensivpflege; Nicole Rapin Christen, Zürich, SPO Patientenschutz; Prof. Dr. med. Bara Ricou, Genf, Intensivmedizin; lic. iur. Michèle Salathé MAE, SAMW, ex officio, Bern; Prof. Dr. med. Jürg Steiger, Basel, ZEK-Präsident (bis 31.12.2020), Innere Medizin; Prof. Dr. med. Andreas Stuck, Bern, Geriatrie; Prof. Dr. iur. Marc Thommen, Zürich, Recht; Prof. Dr. med. Wolfgang Ummerhofer, Basel, Notfallmedizin.
- 2 2012 wurden die Richtlinien an das per 1.1.2013 geltende neue Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (Schweiz. Zivilgesetzbuch; Erwachsenenschutz, Personenrecht und Kindesrecht; Änderung vom 19. Dezember 2008) angepasst.
- 3 Vgl. «Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen und Vorbereitung der Organentnahme». Medizin-ethische Richtlinien der SAMW (2017).
- 4 www.bag.admin.ch/bag/de/home/medizin-und-forschung/transplantationsmedizin/rechtsetzungsprojekte-in-der-transplantationsmedizin/indirekter-gegenvorschlag-organspende-initiative.html
- 5 Vgl. samw.ch/gesundheitsliche-vorausplanung
- 6 Vgl. Hirlekar G, Karlsson T, Aune S, Ravn-Fischer A, Albertsson P, et al. Survival and neurological outcome in the elderly after in-hospital cardiac arrest. *Resuscitation*. 2017;118:101–6.
- 7 Vgl. Andrew E, Mercier E, Nehme Z, Bernard S, Smith K. Long-term functional recovery and health-related quality of life of elderly out-of-hospital cardiac survivors. *Resuscitation*. 2018;126:118–24; Druwé P, Benoit DD, Monsieurs KG, Gagg J, Nakahara S, et al. Cardiopulmonary Resuscitation in Adults Over 80: Outcome and the Perception of Appropriateness by Clinicians. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(1):39–45; Pape M, Rajan S, Hansen SM, Mortensen RN, Riddersholm S, et al. Survival after out-of-hospital cardiac arrest in nursing homes – A nationwide study. *Resuscitation*. 2018;125:90–8.
- 8 Vgl. «Urteilsfähigkeit in der medizinischen Praxis». Medizin-ethische Richtlinien der SAMW (2019).
- 9 Vgl. Art. 379 ZGB.

Das Wichtigste in Kürze

- Zur Unterstützung der medizinischen Fachpersonen hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 2008 medizin-ethische Richtlinien veröffentlicht und nun überarbeitet.
- Die aktualisierten Richtlinien räumen der Patientenautonomie und dem Konzept der gesundheitlichen Vorausplanung einen hohen Stellenwert ein.
- Beim Entscheid Rea-ja/Rea-nein gehen die Richtlinien nicht vom «Überleben mit Entlassung aus dem Spital» aus, relevant ist vielmehr die «Lebensqualität nach Reanimation».

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)
Haus der Akademien
Laupenstrasse 7
CH-3001 Bern
[ethics\[at\]samw.ch](mailto:ethics[at]samw.ch)