

Der Reanimationsstatus bei einem Patienten mit einer neurologischen Erkrankung: Symbol der Stigmatisierung?

Einführung

Entscheidungen über den Status der Reanimation - ob es sich nun um eine "Do not resuscitate order" (DNR) oder eine Einschränkung der aktiven Behandlung handelt - werfen komplexe Fragen an der Schnittstelle zwischen medizinischen, ethischen und gesellschaftlichen Aspekten auf. Bei neurologischen Erkrankungen nehmen sie eine noch schwierigere Dimension an. Ob es sich um neurodegenerative Erkrankungen, schwere Schlaganfälle, Schädel-Hirn-Traumata (SHT) oder fortgeschrittene neuromuskuläre Erkrankungen handelt, diese Situationen stellen Ärzte und Familien vor beängstigende Fragen: Wie viel Bewusstsein oder Autonomie wird langfristig noch vorhanden sein? Welche Lebensqualität ist denkbar? Ist die Fortsetzung der Intensivpflege noch gerechtfertigt?

Autonomie bleibt für viele Menschen ein zentraler Wert, vor allem im Alter. Und die Aussicht auf einen Heimeintritt mit dem damit verbundenen Kontrollverlust und den Kosten - sowohl menschlich als auch wirtschaftlich - wiegt oft schwer. Kann man behaupten, dass diese Überlegungen, einschließlich der Kosten für die Angehörigen oder die Allgemeinheit, niemals, auch nicht auf diffuse Weise, in die Beurteilung des Reanimationsstatus einfließen?

Aber auch ein anderes, weniger sichtbares Element verdient es, hinterfragt zu werden: der Anteil der Emotionen und Vorstellungen des Pflegenden selbst. Denn hinter manchen Entscheidungen, nicht reanimiert zu werden, kann mehr stehen als eine strenge medizinische Analyse: die Schwierigkeit, sich in die Abhängigkeit zu projizieren, die Angst vor Behinderung oder ganz einfach eine Form der Intoleranz gegenüber dem, was aus dem Leben werden kann, wenn es nicht mehr den Standards der Autonomie und der Leistung entspricht. In solchen Momenten besteht die Gefahr, dass der Status der Reanimation sowohl die Grenzen des Patienten als auch unsere eigenen widerspiegelt.

Ist ein negativer Reanimationsstatus ein Symbol für eine therapeutische Sinnlosigkeit und führt zu einer veränderten Wahrnehmung des Wertes der Existenz des Patienten?

I. Der Reanimationsstatus: Definition, Grundsätze und Praktiken

A. Definition und rechtlicher Rahmen

Der Reanimationsstatus bezeichnet eine vorausschauende, formalisierte oder nicht formalisierte Entscheidung, bei einem Herz- oder Atemstillstand keine kardiopulmonalen Reanimationsmaßnahmen (CPR) einzuleiten. Diese Entscheidung ist meist Teil eines umfassenden Prozesses zur Begrenzung oder Beendigung von Behandlungen. In der Schweiz beruht dieser Prozess auf mehreren rechtlichen und ethischen Grundlagen. Das Schweizerische Zivilgesetzbuch (Art. 370 bis 373 ZGB) ermöglicht es jeder urteilsfähigen Person, eine Patientenverfügung zu verfassen, in der sie bestimmte Behandlungen, einschließlich Wiederbelebensmaßnahmen, ablehnen oder akzeptieren kann. In dieser Patientenverfügung kann auch ein therapeutischer Vertreter benannt werden. Darüber hinaus bilden die medizinischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW/SAMW), insbesondere die Richtlinien zur Entscheidungsfindung am Lebensende, einen ethischen Bezugsrahmen. Sie betonen die Bedeutung der Achtung des Patientenwillens, der Verhältnismässigkeit der Pflege und der Anwendung eines kollegialen Verfahrens im Falle von Urteilsunfähigkeit. Schließlich bilden auch die kantonalen Gesetze über die Patientenrechte und die berufsethischen Grundsätze der Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) einen Rahmen für diese Entscheidungen, indem sie die Würde, die Autonomie und den Verzicht auf therapeutische Selbstbeschränkung betonen

B. Aktuelle klinische Praxis

In Krankenhäusern ist die Diskussion über den Reanimationsstatus ein obligatorischer Bestandteil des Aufnahmeverfahrens. Insbesondere bei älteren, mehrfach erkrankten Patienten oder Patienten mit schweren neurologischen Erkrankungen wird die Diskussion über den Sinn einer kardiopulmonalen Reanimation häufig entweder mit dem Patienten selbst oder mit seinem Bevollmächtigten geführt. Die Krankenakte enthält bei der Aufnahme immer eine Rubrik über den Status der Reanimation. Bei jeder Vorstellung des Patienten während der Übergaben zwischen Ärzten und Pflegepersonal wird der Reanimationsstatus angesprochen. Häufig wird diese Diskussion mit dem Patienten nicht unbedingt vom erfahrensten Arzt des Teams geführt, sondern vom jungen Assistenzarzt, der den Patienten aufnimmt. Diese Verkürzung der Entscheidungsfindung kann problematisch sein, insbesondere wenn sie eine therapeutische Haltung bereits in den ersten Augenblicken festschreibt. Wenn ein Krankenhaus nicht über einen Neurologen auf Abruf oder eine neurologische Abteilung verfügt, wird die Entscheidung über den Reanimationsstatus von einem Arzt getroffen, der nicht unbedingt mit der mittel- und langfristigen Prognose bestimmter neurologischer Erkrankungen vertraut ist. Die meisten nicht-universitären Krankenhäuser in der Schweiz haben keinen Neurologen auf Abruf vor Ort.

C. Erfolg der CPR: Das Gewicht des Alters und der ursprünglichen Erkrankung

Die Erfolgsraten der kardiopulmonalen Reanimation variieren stark je nach Alter, Komorbidität und Ursache des Herzstillstands. Bei jungen und zuvor gesunden Patienten können die Überlebenschancen mit guter neurologischer Erholung über 30 % betragen (Fuchs 2021). Bei älteren Patienten sind sie dagegen sehr gering (< 5 %) (Van den Glind, 2013). Diese Daten sollten die Entscheidung leiten, aber nicht diktieren: Der Ansatz muss individualisiert bleiben.

Aber es ist klar, dass man einem Patienten eine schlechte Prognose und das Trauma einer kardiopulmonalen Reanimation ersparen will.

II. Die Besonderheiten neurologischer Erkrankungen

A. Vielfalt der Krankheitsbilder

Das neurologische Feld ist weit und heterogen: Ein Patient kann einen massiven Schlaganfall, ein Schädel-Hirn-Trauma (SHT), Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) oder eine Enzephalitis erleiden oder mit einer progressiven Multiplen Sklerose leben. Einige Krankheitsbilder sind reversibel, andere unausweichlich fortschreitend. Manche Erkrankungen treten plötzlich auf und lassen dem Patienten keine Möglichkeit, seinen Willen zu äußern: Der Patient entwickelt nach einem Schlaganfall eine Aphasie oder die Patientin hat einen längeren posttraumatischen Verwirrheitszustand. Die neurologische Prognose ist oft schwer mit Sicherheit zu bestimmen, vor allem in der akuten Phase.

B. Schwierigkeiten bei der Prognose bei akuten Hirnverletzungen

Bei Patienten mit einer akuten Hirnverletzung (Schädel-Hirn-Trauma, intrakranielle Blutung, Anoxoischämie nach Herzstillstand) bleibt die Vorhersage des neurologischen Schicksals besonders heikel. Instrumente wie die Glasgow Coma Scale (GCS) oder die Full Outline of UnResponsiveness (FOUR) werden häufig verwendet, weisen jedoch erhebliche Einschränkungen auf: Subjektivität, schlechte Interobserver-Zuverlässigkeit und begrenzte prognostische Reichweite, insbesondere bei den mittleren Scores (Amujuela, 2019). Trotzdem kann ein übermäßiges Vertrauen in frühe Prognosen zu einem vorzeitigen Rückzug aus der intensiven Behandlung führen (Minhas, 2021). Dieses als "self-fulfilling prophecy" bekannte Phänomen ist umfassend dokumentiert: Bei intrazerebralen Blutungen verzerrt der frühzeitige Rückzug der lebenserhaltenden Maßnahmen die Vorhersagemodelle und verstärkt die schlechten Prognosen (Becker 2001, Hemphill 2010, Brizzi 2012, Graham 2020). Eine Metaanalyse der Europäischen Gesellschaft für Reanimation und der Europäischen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin betont, dass nur eine geringe Anzahl von Studien ihre Bewertung angesichts des Bias der selbsterfüllenden Prophezeiung anpasst, da Entscheidungen zur Einschränkung der Pflege oft getroffen werden, bevor die prognostische Sicherheit hergestellt ist (Sandroni, 2014). Neuere Empfehlungen betonen daher die Notwendigkeit eines multimodalen Ansatzes, bei dem die endgültige Entscheidung auf mindestens 72 Stunden oder länger verschoben wird und verschiedene Instrumente (klinische Scales, Biomarker, EEG, evozierte Potenziale, fortgeschrittene Bildgebung) kombiniert werden, um die Wahrscheinlichkeit übereilter und ungerechtfertigt pessimistischer Entscheidungen zu verringern (Hwang, 2024).

C. Leben mit einer Behinderung

Obwohl eine neurologische Behinderung für viele Menschen unerträglich erscheint gibt es jedoch Studien, die gezeigt haben, dass man sich an eine Behinderung gewöhnen kann und dass Patienten trotz einer Behinderung froh sind, dass sie weiter behandelt wurden (Jüttler 2011, Bruno 2011).

D. Die Diagnose einer kognitiven Beeinträchtigung als entscheidender Faktor

Die Feststellung eines Demenzsyndroms, leichter kognitiver Störungen (MCI) oder neuropsychologischer Folgen nach einer Hirnverletzung kann die Entscheidung, ob eine Person nicht reanimiert werden soll, erheblich beeinflussen. Tatsächlich wird das Vorhandensein kognitiver Defizite von den Pflegenden oft als Marker für eine erhöhte Vulnerabilität und eine ungünstige funktionelle Prognose wahrgenommen, was manchmal zu einer Einschränkung der Pflege führt (Luth, 2021). Die Beziehung zwischen kognitiven Beeinträchtigungen und Lebensqualität ist jedoch keineswegs linear. Mehrere Studien zeigen, dass viele Patienten mit mittelschwerer Demenz oder leichter kognitiver Beeinträchtigung ein zufriedenstellendes Niveau an subjektivem Wohlbefinden und eine sinnvolle Existenz aufrechterhalten, insbesondere dank guter sozialer Unterstützung und Umwelthanpassungen (Logsdon 2002; Clare 2019). Darüber hinaus sind neuropsychologische Folgeerscheinungen wie Störungen der Aufmerksamkeit, des Gedächtnisses oder des Urteilsvermögens nicht immer Ausdruck einer Unfähigkeit, Freude zu empfinden, sozial zu interagieren oder an persönlichen Projekten teilzunehmen (Gitlin, 2020). Das größte Risiko besteht darin, dass die Diagnose einer kognitiven Störung zu einem impliziten Kriterium für die therapeutische Nutzlosigkeit wird und zu Entscheidungen über eine Nicht-Wiederbelebung führt, die eher auf Vorurteilen als auf einer individualisierten Bewertung der Lebensqualität und der Präferenzen des Patienten beruhen. Diese Problematik unterstreicht die Bedeutung eines nuancierten und ethischen Ansatzes, bei dem die medizinische Entscheidung nicht nur den kognitiven Status, sondern auch die Erfahrungen des Patienten und seine persönlichen Werte einbeziehen muss (Chong, 2021).

E. Die Schwierigkeit, die Urteilsfähigkeit des Patienten zu beurteilen

Die Beurteilung der Urteilsfähigkeit des Patienten bei der Aufnahme ist ein entscheidender, aber oft komplexer Schritt im medizinischen Entscheidungsprozess, insbesondere bei Entscheidungen über den Reanimationsstatus. Mehrere Studien weisen darauf hin, dass diese Beurteilung häufig unterschätzt oder unsystematisch durchgeführt wird, was dazu führen kann, dass Entscheidungen ohne echte informierte Zustimmung getroffen werden (Young 2018, Dunn 2020). Die Urteilsfähigkeit, definiert als die Fähigkeit, medizinische Informationen zu verstehen, zu bewerten und Entscheidungen im Einklang mit den eigenen Wertvorstellungen zu treffen, kann durch Krankheit, Schmerzen, medikamentöse Behandlung oder Stress im Krankenhaus vorübergehend beeinträchtigt werden. Außerdem werden standardisierte kognitive und entscheidungsbezogene Beurteilungsinstrumente in den Krankenhausabteilungen nach wie vor nur unzureichend eingesetzt, obwohl sie nachweislich nützlich sind, um diese Fähigkeit zu objektivieren und die Kliniker anzuleiten. Dieser Mangel setzt die Patienten einem erhöhten Risiko unangemessener Vorausentscheidungen aus, insbesondere bei der Einschränkung von Behandlungen (Silveira et al., 2021). Die Verbesserung der Ausbildung von Pflegekräften in der Beurteilung der Urteilsfähigkeit und die Systematisierung ihres Screenings sind daher wesentliche Schwerpunkte, um eine effektive Achtung der Patientenautonomie zu gewährleisten.

In der Realität stellt man häufig fest, dass Neurologen und Neuropsychologen konsultiert werden, wenn der Patient "reanimiert" werden möchte, obwohl die Betreuer Zweifel an der Prognose des Patienten haben (z. B. aufgrund des hohen Alters). Sie stellen sich die Frage, ob diese Entscheidung "vernünftig" ist. Umgekehrt wird in einem neurologischen Konsilium selten gefragt, ob der Patient erklärt, nicht

reanimiert werden zu wollen, und ob diese Entscheidung mit der Einschätzung des medizinisch-pflegerischen Teams übereinstimmt.

III. Implizite und explizite Stigmatisierung: Mechanismen und Auswirkungen

A. Der negative Reanimations-Status als Stigma-Marker

Einen Vermerk "Keine Reanimation" in eine Krankenakte einzutragen, ist nicht auf die bloße Nicht-Indikation von kardiopulmonalen Reanimationsmanövern (CPR) beschränkt. Mehrere Studien zeigen, dass diese Entscheidung das Patientenmanagement insgesamt beeinflusst, was sich häufig in einer Reduzierung diagnostischer Untersuchungen, einer Einschränkung therapeutischer Interventionen und einer früheren Überweisung an die Palliativmedizin niederschlägt (Dingham, 2021). Diese Dynamik wurde als "Disengagement-Spirale" bezeichnet: Die ursprüngliche Entscheidung, nicht zu reanimieren, wird zum Auslöser für eine schrittweise Verringerung der Betreuungsintensität, die zu einem schleichenden Abrutschen des Patienten in einen Status mit geringerer medizinischer Priorität führt. Dieses Phänomen stellt ein großes ethisches Risiko dar, insbesondere wenn die Entscheidung zur Therapiebegrenzung verfrüht oder ohne gründliche Absprache getroffen wird, da es die Qualität und Kontinuität der Versorgung unabhängig von den tatsächlichen Wünschen des Patienten gefährden kann. Das Erkennen dieser Spirale erfordert daher eine verstärkte Wachsamkeit und die Einführung von Protokollen, die sicherstellen, dass die Entscheidung, nicht wiederbelebt zu werden, nicht automatisch zu einer ungerechtfertigten Einschränkung der sonstigen Versorgung führt (De Georgia, 2022).

In den meisten Krankenhäusern in der Schweiz werden die Kategorien noch immer definiert, der Patient kann bei einer Verschlechterung auf der Intensivstation aufgenommen werden, der Patient erhält die Maximalversorgung auf der Etage oder "Komfortversorgung".

B. Projektionen der Ängste des Pflegers

Angesichts einer schweren neurologischen Erkrankung kann das Pflegepersonal von tiefsitzenden Ängsten geprägt sein, die bewusst oder unbewusst seine Haltung zum Status der Reanimation beeinflussen. Der Verlauf von Erkrankungen wie massiven Schlaganfällen, anoxischen Enzephalopathien oder neurodegenerativen Erkrankungen ist oft unvorhersehbar und stürzt die Teams in eine schlecht erträgliche prognostische Unsicherheit (Silvennoinen et al., 2014). Zu dieser Ungewissheit gesellt sich die Angst vor der Rückkehr zu einem "Leben ohne Bewusstsein", einem klinischen Locked-in-Zustand oder extremer Abhängigkeit, die als unvereinbar mit einer würdigen Lebensqualität angesehen werden (Holloway, 2013). In diesem Kontext kann die Wiederbelebung nicht als Akt der Erlösung erscheinen, sondern als Risiko, den Patienten zu einer unerträglichen Existenz zu verurteilen. Diese Projektionen werden häufig durch frühere Erfahrungen, die als entmenslichend wahrgenommen werden, oder durch einen Mangel an spezifischer Ausbildung (Amacher, 2024) in neurologischer Palliativmedizin verschärft, was das Risiko erhöht, dass die Entscheidung eher auf den Emotionen des Pflegenden beruht als auf einer rigorosen und kollaborativen Beurteilung. So wirken die symbolische Belastung und die Unvorhersehbarkeit neurologischer Erkrankungen manchmal wie ein verzerrendes Prisma, das dazu führt, dass eine Reanimation zu früh oder zu spät eingeleitet oder abgelehnt wird, was auf Kosten der tatsächlichen Interessen des Patienten geht (Sasposnik, 2016).

C. Die Angst vor dem Verlust der Autonomie

In der Schweiz sind individuelle Autonomie und Unabhängigkeit tiefe Säulen der politischen und sozialen Kultur. Das Recht, eine Behandlung oder Reanimation abzulehnen, wie es über Patientenverfügungen oder Reanimationsstaten zum Ausdruck kommt, spiegelt einen kollektiven Wert der Kontrolle über das eigene medizinische Schicksal wider. Umfragen zeigen, dass mehr als 80 % der Erwachsenen in der Schweiz die Legalität der Suizidbeihilfe unterstützen, was ein Klima des Vertrauens in die Institutionen und eine Aufwertung der Selbstbestimmung am Lebensende widerspiegelt (Vilpert, 2020 a) und b)). Eine Studie über medizinische Entscheidungen am Lebensende zeigt zudem, dass die Sprachregionen der Schweiz trotz gewisser Nuancen insgesamt eine stärkere Tendenz aufweisen, Entscheidungen mit den Patienten in den deutschsprachigen Regionen zu diskutieren, verglichen mit dem italienischen oder französischen Kontext (Hurst et al., 2018). Schließlich ist die Aufrechterhaltung der Autonomie zwar zentral, aber die Schweizer Gesellschaft legt auch Wert auf wirtschaftliche Unabhängigkeit und individuelle Kontrolle, selbst im hohen Alter: Eine Umfrage zeigt, dass 91 % der Schweizer die Fähigkeit, frei zu handeln und mit ihrer Gemeinschaft verbunden zu sein, für wesentlich halten - ein Ideal, das in ihr Wohlbefinden integriert ist (Swiss Life Group, 2024).

D. Hat die Mitgliedschaft bei EXIT einen Einfluss auf den Reanimationsstatus?

Die Mitgliedschaft in einer Organisation wie EXIT, die sich für das Recht auf Beihilfe zum Suizid einsetzt, scheint die Wahrscheinlichkeit zu beeinflussen, dass ein Patient einen Nichtwiederbelebungsstatus annimmt. Mehrere Schweizer Studien zeigen, dass Mitglieder solcher Organisationen mit deutlich höherer Wahrscheinlichkeit eine Patientenverfügung errichtet haben, Maßnahmen zur Therapiebegrenzung unterstützen und den ausdrücklichen Wunsch äußern, eine als unverhältnismäßig empfundene Langzeitbehandlung zu vermeiden. Diese Neigung, das Lebensende zu antizipieren, beruht auf einer starken Betonung der Autonomie, der Ablehnung von Abhängigkeit und dem Streben nach Kontrolle über die Art und Weise des Todes. Die Mitgliedschaft bei EXIT setzt nicht automatisch die Inanspruchnahme von Suizidbeihilfe voraus, sie ist jedoch Ausdruck einer ethischen und existenziellen Haltung, bei der die Wiederbelebung als unannehmbare Einmischung empfunden werden kann, wenn sie einen Zustand des Leidens oder der Unwürdigkeit verlängert. In diesem Zusammenhang wird der DNR-Status zu einem kohärenten Ausdruck dieser Vision von Würde, Selbstachtung und individueller Freiheit (Weiß, 2025).

E. Spielen die Kosten einer Institutionalisierung eine Rolle in der DNR?

Die Kosten der Institutionalisierung scheinen eine indirekte, aber reale Rolle bei den Entscheidungen über den Nicht-Wiederbelebungsstatus zu spielen. In der Schweiz, wie auch in anderen westlichen Ländern, sind die Kosten, die mit einer Betreuung in einem Pflegeheim verbunden sind, hoch und werden häufig zwischen Versicherungen, Patienten und ihren Familien aufgeteilt. Diese wirtschaftliche Realität beeinflusst manchmal die Präferenzen älterer Patienten, die befürchten, dass sie ihren Angehörigen finanziell zur Last fallen könnten. Eine von Vilpert (2020) durchgeführte Schweizer Studie stellte fest, dass die Angst vor Abhängigkeit und Verlust der Würde häufig mit wirtschaftlichen Bedenken verbunden ist. Auf Seiten des Pflegepersonals deuten ethische Studien darauf hin, dass der sozioökonomische Hintergrund

des Patienten - Isolation, prekäre Lebensumstände, erwartete Kosten der Pflege - unbewusst die Neigung beeinflussen kann, einen DNR-Status vorzuschlagen oder nicht (Bernat, 2005). Dieses Phänomen wird zwar selten angesprochen, kann aber insbesondere bei älteren oder chronisch abhängigen Patienten zu einer Verzerrung der Entscheidungsfindung führen. Daher ist es wichtig, klinische, ethische und gemeinsam getragene Kriterien als alleinige Grundlage für Entscheidungen über Therapiebegrenzungen beizubehalten, unabhängig vom wirtschaftlichen Status des Patienten.

F. Welchen Einfluss hat der betreuende Angehörige auf die DNR?

Die Rolle des pflegenden Angehörigen bei der Entscheidung, nicht wiederbelebt zu werden (DNR), ist oft entscheidend, insbesondere wenn der Patient kognitiv gefährdet ist oder seine Autonomie verloren hat. In der Praxis spielen die Angehörigen häufig eine Vermittlerrolle zwischen dem Patienten und dem Behandlungsteam, manchmal sogar als Sprecher, wenn die Urteilsfähigkeit des Patienten beeinträchtigt ist. Ihre Interpretation des Patientenwillens, die durch ihr eigenes Verhältnis zu Abhängigkeit, Leiden oder Tod beeinflusst wird, kann die Richtung der medizinischen Entscheidungen stark beeinflussen (Hickman et al., 2011). In bestimmten Situationen, insbesondere in der Neurologie, wird der betreuende Angehörige de facto zu einer zentralen Figur im Entscheidungsprozess, was zu ethischen Spannungen führen kann, wenn seine Interessen oder Emotionen Vorrang vor denen des Patienten haben. Mehrere Studien haben gezeigt, dass Pflegende - manchmal unbewusst - durch das Ausmaß der Beteiligung, der emotionalen Notlage oder des Drucks der pflegenden Angehörigen beeinflusst werden können, was zu vorzeitigen Entscheidungen über Behandlungsbegrenzungen führt (Holloway et al., 2016). In der Schweiz, wo die individuelle Autonomie hoch geschätzt wird, sollen Patientenverfügungen diesen Prozess erleichtern, aber in ihrem Fehlen oder ihrer Mehrdeutigkeit wird das Wort des pflegenden Angehörigen zum entscheidenden Element und unterstreicht die Notwendigkeit, ihn besser in die Mechanismen der gemeinsamen Entscheidungsfindung einzubeziehen und ihn in seiner Rolle zu begleiten. So ist der betreuende Angehörige gleichzeitig Ressource, Relais und manchmal auch Einflussvektor bei Reanimations-Entscheidungen, was eine verstärkte ethische und kommunikative Aufmerksamkeit rechtfertigt.

IV. Wege zur Vermeidung von Stigmatisierung

A. Förderung einer differenzierten medizinischen Kultur von Behinderung

Es ist unerlässlich, das Pflegepersonal in der Vielfalt der neurologischen Verläufe und in der Philosophie der Behinderung zu schulen. Zu verstehen, dass ein Leben mit einer Behinderung nicht unbedingt ein Leben ohne Qualität ist, ist eine Voraussetzung für jede ethische Bewertung.

B. Das subjektive Erleben des Patienten wertschätzen

Wenn es möglich ist, sollte das Wort des Patienten die Pflege leiten. Ist dies nicht möglich, sollten die Angehörigen nach bestem Wissen und Gewissen konsultiert werden, um den mutmaßlichen Willen des Patienten zu ermitteln.

C. Den Reanimations-status dynamisch und neu bewertet gestalten

Den starren Charakter des Reanimations-Status aufgeben und ihn zu einem durchdachten, entwicklungsfähigen und dokumentierten Prozess machen.

D. Vermeidung von selbsterfüllenden Prophezeiungen

Warten Sie eine angemessene Zeit ab, bevor Sie Entscheidungen über Nicht-Wiederbelebungsmaßnahmen in der Akutphase treffen, insbesondere bei schweren Hirnverletzungen.

E. Das Gefühlsleben des Pflegers berücksichtigen

Integrieren Sie Räume für ethische und psychologische Reflexion, um Ärzten zu helfen, ihre eigenen Projektionen zu erkennen.

F. Den Neurologen in die Diskussion des Reanimationsstatus einbeziehen

Die Diskussion über die Reanimationshaltung sollte nicht vom Assistenzarzt des ersten Jahres geführt werden, sondern von der Person mit dem größten Wissen über die Prognose.

Schlussfolgerung

Der Status der Reanimation bei Patienten mit neurologischen Erkrankungen darf keinesfalls zu einer Abkürzung in Richtung Therapieabbruch werden. Er muss das Ergebnis eines ethischen, kollegialen, rigorosen und emotional klaren Vorgehens sein. Die Stigmatisierung stellt ein reales Risiko dar, weshalb ein offener und tabuloser Dialog sowohl mit dem Patienten als auch mit dem Behandlungsteam unerlässlich ist.

Eine gründliche Kenntnis der neurologischen Erkrankungen und ihrer Prognosen aber auch deren Unschärfe, ist für eine fundierte Entscheidung unerlässlich.

Darüber hinaus sollte eine kollektive Reflexion über den Stellenwert, der der Autonomie in unserer Gesellschaft eingeräumt wird - und über ihre Grenzen - eingeleitet werden.

Bibliografie

Almojuela, A., Hasen, M., & Zeiler, F. A. (2019). *The Full Outline Of UnResponsiveness (FOUR) Score and its use in outcome prediction: A scoping systematic review of the adult literature*. Neurocritical Care, 31(1), 162-175.

Amacher, S. A., et al. (2024). *Misconceptions and do-not-resuscitate preferences of healthcare professionals commonly involved in cardiopulmonary resuscitation: A national survey*. Resusc Plus, 13, 17.

Becker, K. J., et al. (2001). *Withdrawal of support in intracerebral hemorrhage may lead to self-fulfilling prophecies*. Neurology, 56(6), 766-772.

Bernat, J. L. (2005). *Medical futility: Definition, determination, and disputes in critical care*. Neurocritical Care, 2(2), 198-205.

Bernat, J. L. (2019). *Ethical considerations in end-of-life decision making for patients with dementia*. Neurology Clinics, 37(3), 477-488.

Blanc, S., Meier, C., Gamondi, C., Maurer, J., & Jox, R. J. (2025). *Preparing for the end-of-life: Public attitudes towards advance directives and assisted suicide in Switzerland*. BMC Palliative Care, 24(1), 118.

- Brizzi, M., Abul-Kasim, K., Jalakas, M., Selariu, E., Pessah-Rasmussen, H., & Zia, E. (2012). *Early do-not-resuscitate orders in intracerebral haemorrhage: Frequency and predictive value for death and functional outcome*. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 20:36.
- Bruno, M.-A., Bernheim, J.-L., Ledoux, D., Pellas, F., Demertzi, A., Laureys, S., et al. (2011). *A survey on self-assessed well-being in a cohort of chronic locked-in syndrome patients: Happy majority, miserable minority*. *BMJ Open*, 1(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2010-000039>.
- Chiong, W., Tsou, A. Y., Simmons, Z., Bonnie, R. J., & Russell, J. A. (2021). *Ethical considerations in dementia diagnosis and care*. *Neurology*, 97(2), 80-89.
- Clare, L., Wu, Y. T., Quinn, C., Jones, I. R., Victor, C. R., Nelis, S. M., et al. (2019). *A comprehensive model of factors associated with capability to "live well" for family caregivers of people living with mild-to-moderate dementia: Findings from the IDEAL Study*. *The Gerontologist*, 33(1), 29-35.
- De Georgia, M. A. (2022). *The intersection of prognostication and code status in patients with severe brain injury*. *Journal of Critical Care*, 69, 153997.
- Dignam, C., Brown, M., & Thompson, C. H. (2021). *Moving from "Do Not Resuscitate" orders to standardized resuscitation plans and shared-decision making in hospital inpatients*. *Gerontology and Geriatrics*.
- Dunn, L. B., Nowrangi, M. A., Palmer, B. W., et al. (2020). *Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: A review of instruments*. *The American Journal of Psychiatry*, 177(6), 543-554.
- Fuchs, A., Käser, D., Theiler, L., Greif, R., Knapp, J., & Estilita, J. B. (2021). *Survival and long-term outcomes following in-hospital cardiac arrest in a Swiss university hospital: A prospective observational study*. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 29, 115.
- Gitlin, L. N., Kales, H. C., & Lyketsos, C. G. (2020). *Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia*. *JAMA*, 320(12), 1303-1312.
- Graham, M. (2020). *Burying our mistakes: Dealing with prognostic uncertainty after severe brain injury*. *Bioethics*, 34(6), 612-619.
- Hemphill, J. C. III, White, D. B., et al. (2010). *Do not resuscitate orders and predictive models after intracerebral hemorrhage*. *Neurology*, 75(7), 626-633.
- Hickman, S. E., et al. (2011). *A comparison of methods to communicate treatment preferences in nursing facilities*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(3), 433-439.
- Holloway, R. G., et al. (2013). *Estimating and communicating prognosis in advanced neurologic disease*. *Neurology*, 80(8), 764-772.
- Holloway, R. G., Arnold, R. M., Creutzfeldt, C. J., et al. (2016). *Palliative and end-of-life care in stroke: A statement from the American Heart Association*. *Stroke*, 45(6), 1887-1916.
- Hurst, S. A., et al. (2018). *Medical end-of-life practices in Swiss cultural regions: A death certificate study*. *BMC Medicine*, 16, 54.
- Hwang, D. (2024). *Guidelines for neuroprognostication in critically ill adults with intracerebral hemorrhage*. *Neurocritical Care*, 40, 395-414.
- Jüttler, E., Bösel, J., Amiri, H., Schiller, P., Limprecht, R., Hacke, W., Unterberg, A.; DESTINY II Study Group (2011). *DESTINY II: DEcompressive Surgery for the Treatment of malignant INfarction of the middle cerebral artery II*. *International Journal of Stroke*, 6(1), 79-86.
- Logsdon, R. G., et al. (2002). *Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment*. *Psychology and Aging*, 17(4), 562-572.
- Luth, E. A., Pan, C. X., & Prigerson, H. G. (2022). *Dementia and early do-not-resuscitate orders associated with less intensive end-of-life care: A retrospective cohort study*. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 38(12).
- Minhas, J. S., Sammut-Powell, C., Birleson, E., Patel, H. C., & Parry-Jones, A. R. (2021). *Are do-not-resuscitate orders associated with limitations of care beyond their intended purpose in patients with acute intracerebral haemorrhage?* *BMJ Open Quality*, 10(1), e001113.



Sanderson, A., et al. (2013). *Clinician perspectives regarding the do-not-resuscitate order*. JAMA Pediatrics.

Sandroni, C., Cronberg, T., Cavallaro, F., et al. (2014). *Prognostication in comatose survivors of cardiac arrest: An advisory statement from the European Resuscitation Council and the European Society of Intensive Care Medicine*.

Resuscitation, 85(12), 1779-1789.

Saposnik, G., Redelmeier, D., Ruff, C. C., & Tobler, P. N. (2016). *Cognitive biases associated with medical decisions: A systematic review*. BMC Medical Informatics and Decision Making, 16(1), 138.

Silvennoinen, K., et al. (2014). *Do-not-resuscitate (DNR) orders in patients with intracerebral hemorrhage*. International Journal of Stroke, 9(1), 53-58.

Silveira, M. J., Kim, S. Y.H., & Langa, K. M. (2021). *Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death*. The New England Journal of Medicine, 362(13), 1211-1218.

Swiss Life Group (2024). *Blog: Perspectives on a longer self-determined life*. Abgerufen unter <https://www.swisslife.com/en/home/blog/barometer-2024.html>

van de Glind, E. M. M., van Munster, B. C., van de Wetering, F. T., van Delden, J. J.M., Scholten, R. J.P.M., & Hooft, L. (2013). *Pre-arrest predictors of survival after resuscitation from out-of-hospital cardiac arrest in the elderly: A systematic review*. BMC Geriatrics, 13, 68.

Vilpert, S., et al. (2020a). *Associations of end-of-life preferences and trust in institutions with public support for assisted suicide: Evidence from nationally representative survey data of older adults in Switzerland*. PLoS One 2020 Apr 23;15(4):e0232109.

Vilpert, S., et al. (2020b). *Social, cultural and experiential patterning of attitudes and behaviour towards assisted suicide in Switzerland*. Swiss Medical Weekly, 150, w20349.

Young, G., Douglass, A., & Davison, L. (2018). *What do doctors know about assessing decision-making capacity?* New Zealand Medical Journal, 131(1471).

Medizin der Person

75. Internationale Tagung
20. bis 23.08.2025
CH - MONTMIRAIL

Conference 4 - Gruppenarbeit

Dr Susanne
RENAUD (CH) 22/08/2025

Klinische Fallbeispiele – Workshop zum Reanimationsstatus

(Die Bilder dienen lediglich der Veranschaulichung.)

1) Eine 80-jährige Patientin, ehemalige Arbeiterin, heute im Ruhestand, die bisher bei sehr guter Gesundheit war und keine Medikamente einnahm. Seit etwa einem Jahr werden leichte kognitive Störungen gemeldet, laut ihrer Tochter vor allem Gedächtnisstörungen, die eine gewisse Unterstützung bei der Verwaltung der Finanzen erfordern. Eine diagnostische Untersuchung wurde noch nicht durchgeführt. Die Patientin ist jedoch weiterhin zu Hause selbstständig.

Sie ist verwitwet und lebt allein. Ihre Tochter, ihre einzige Angehörige, wohnt eine Autostunde entfernt und arbeitet Vollzeit. Diese findet ihre Mutter 24 Stunden nach dem letzten bekannten Kontakt in einem verwirrten Zustand mit linksseitigem Hemisyndrom zu Hause vor.

Ein Gehirn-CT mit Angio-CT zeigt ein rechtsseitiges Parietal-Lappen-Hämatom in Verbindung mit einer wahrscheinlichen zerebralen Amyloidangiopathie – eine Hypothese, die auch rückblickend die früheren kognitiven Störungen erklären kann.

Die Patientin hat keine Patientenverfügung verfasst und auch nie ausdrücklich über ihre Wünsche für den Fall einer kritischen Situation gesprochen. Sie hat lediglich mehrfach ohne nähere Angaben erwähnt, dass sie „keine lebenserhaltenden Maßnahmen“ wünsche.

➤ **Frage für den Workshop:**

Wie gehen Sie vor, um in dieser Situation den Status der Reanimation zu bestimmen?



2) Ein 18-jähriger Patient, Auszubildender zum Polymechaniker, der einen Verkehrsunfall mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma (SHT) mit subduralem Hämatom und Anzeichen einer Hirntrusion erlitten hat. Er wird notfallmäßig in die Universitätsklinik gebracht, wo eine Kraniotomie durchgeführt wird.

Nach einigen Tagen wird er extubiert und atmet spontan. Es ist jedoch kein nennenswerter Kontakt möglich: Der Patient bleibt nicht ansprechbar und wird über eine Magensonde ernährt. Er weist ein rechtsseitiges motorisches Hemisyndrom auf, möglicherweise in Verbindung mit einer Aphasie.

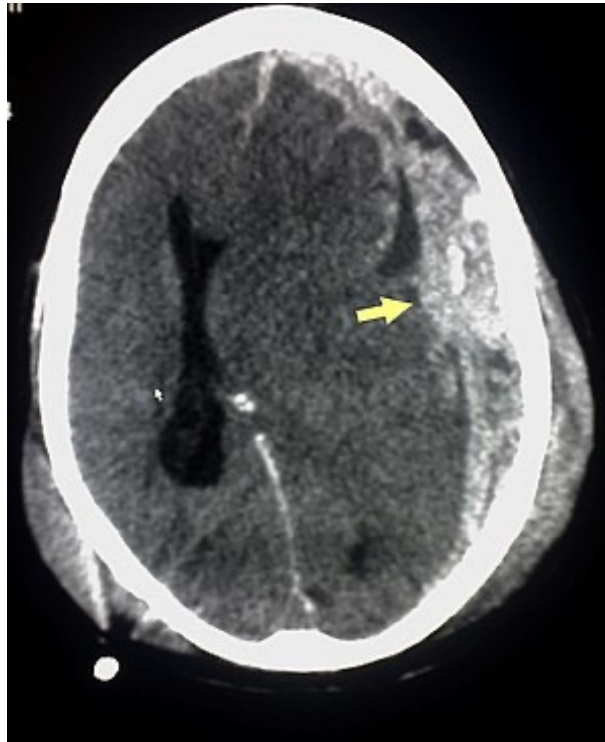
Vor dem Unfall hatte der Patient seinen Schwestern bei einem Besuch in einem Pflegeheim, wo er seine an Alzheimer erkrankte Großmutter besuchte, anvertraut, dass er niemals in einem Zustand schwerer Abhängigkeit leben wolle und lieber „sterben würde, als ein Pflegefall (wörtlich: "ein Gemüse") zu sein“. Eine Patientenverfügung wurde nicht verfasst.

Sechs Wochen nach den Ereignissen, ohne dass sich sein neurologischer Zustand wesentlich verändert hat, wird der Patient in Ihre Abteilung in seinem Heimatkanton verlegt. Sie müssen nun den **Reanimationsstatus** neu bewerten, aber auch die Frage der Anlage einer **perkutanen Gastrostomie (PEG)**.

Die familiäre Situation ist komplex: Die Eltern sind geschieden. Der Vater äußert den Wunsch, dass „alles getan wird“, während die Mutter sich auf die Aussagen der Schwestern stützt, um die Sinnhaftigkeit einer intensiven Behandlung in Frage zu stellen.

➤ **Frage für den Workshop:**

Wie gehen Sie vor, um den Status der Reanimation in dieser Situation zu bestimmen?
Und wie gehen Sie die Entscheidung über die Anlage einer PEG-Sonde an?



3) Ein 85-jähriger Mann, Professor für französische Literatur, der intellektuell noch sehr aktiv ist. Derzeit arbeitet er an einem Buch über die Schriften von Jean-Jacques Rousseau.

Zu seinen Vorerkrankungen zählen arterielle Hypertonie und Typ-2-Diabetes. Er wurde nach einer Hirnblutung in der capsula interna, die zu einem Hemisyndrom rechts führte, ins Krankenhaus eingeliefert. Im Gespräch mit dem medizinischen Team äußert der Patient klar und überzeugend seinen Wunsch, **alles zu tun**, um seine Gesundheit zu erhalten, und betont, dass er „unbedingt sein Buch fertigstellen“ möchte. Auf die Frage nach einer Reanimation antwortet er ohne zu zögern: „Natürlich, die Medizin hat große Fortschritte gemacht!“

Einige Mitglieder des Behandlungsteams stehen dieser Haltung jedoch kritisch gegenüber, da sie sie angesichts der Funktionsprognose und des Alters des Patienten für unrealistisch halten.

➤ **Frage für den Workshop:**

Wie gehen Sie mit dieser Situation um?

Wie lassen sich die Autonomie des Patienten und die Bedenken des Behandlungsteams miteinander vereinbaren?

