

Ethische und psychologische Aspekte der Reanimation im Rettungsdienst

Abb. 1: Auffinden einer Person mit Herz-Kreislauf-Stillstand: Jetzt muss rasch gehandelt werden!



Autor:
Dr. phil.
Harald Karutz
Dipl.-Pädagoge
und Lehrrettungs-
assistent, Notfall-
pädagogisches
Institut, Berufs-
fachschule für den
Rettungsdienst,
Müller-Breslau-
Str. 30a,
45130 Essen,
karutz@
notfallpaeda-
gogik.de

Die Chancen, einen plötzlichen Herz-Kreislauf-Stillstand zu überleben, sind zwar eher gering. 70 bis 95 Prozent der Reanimationsversuche bleiben erfolglos (2). In einigen Fällen ist eine Wiederbelebung jedoch möglich. In besonderer Weise sind dabei ethische und psychologische Aspekte zu beachten. Seit einigen Jahren wird dies u.a. auch in den Leitlinien des European Resuscitation Council (ERC) thematisiert. Der folgende Beitrag enthält eine praxisorientierte Zusammenfassung der wesentlichen Probleme, Fragestellungen und Handlungsgrundsätze.

Reanimationsbeginn

Beim Auffinden einer leblosen Person stellt sich zunächst die Frage, ob überhaupt mit einer Wiederbelebung begonnen werden soll. Weil der Betroffene keine Auskunft mehr darüber geben kann, welche Vorgehensweise er sich von den Helfern wünscht, geht man insbesondere bei einem völlig unerwartet eingetretenen Herz-Kreislauf-Stillstand erst einmal davon aus, dass eine Reanimation im Sinne des Patienten sein wird („mutmaßliche Einwilligung“). Sicher ist das aber nicht.

Der Patient ist dem Rettungsteam üblicherweise nicht bekannt, und über die individuelle Krankengeschichte liegen häufig keine oder keine ausreichenden Informationen vor.



Abb. 2: Leichenflecken (Livores)

Eine Vorerkrankung mit infauster Prognose, ein bereits begonnener Sterbeprozess oder das Vorliegen einer rechtskräftigen Patientenverfügung sind zwar Gründe dafür, von Reanimationsmaßnahmen abzusehen (2, 3, 12). Solange man von diesen Dingen jedoch nichts weiß, kann man sie auch nicht berücksichtigen.

Das Alter des Patienten, die Zeitspanne vom Eintritt des Herz-Kreislauf-Stillstandes bis zum Beginn der Hilfeleistung bzw. bis zur Durchführung der ersten Defibrillation, das ursächliche Notfallgeschehen, der initiale EKG-Rhythmus und Begleiterkrankungen sind als Prädiktoren für das spätere Reanimationsergebnis ebenfalls ungeeignet. Erwiesen ist zwar, dass z.B. Patienten mit kardial bedingtem Herz-Kreislauf-Stillstand und nachfolgendem Kammerflimmern eine deutlich günstigere Prognose aufweisen als Patienten mit traumatisch bedingtem Herz-Kreislauf-Stillstand durch einen Verkehrsunfall. Unstrittig ist auch, dass die Überle-



benswahrscheinlichkeit umso geringer ist, je später mit der Hilfeleistung begonnen wird (3). Dennoch garantiert „keiner dieser Faktoren (...) allein oder in Kombination eine sichere Outcome-Vorhersage“. Sie können deshalb keine hinreichende Begründung für das Unterlassen von Wiederbelebungsversuchen sein (2, 12).

Außerdem muss die Entscheidung, ob reanimiert wird oder nicht, innerhalb von Sekunden getroffen werden. Ein verzögerter Beginn würde die Aussichten auf eine erfolgreiche Wiederbelebung bereits erheblich reduzieren. Das Rettungsteam steht unter großem Handlungsdruck. Daher gelten die Grundsätze (1, 2, 7, 10):

- „Im Zweifel für das Leben“
- „Fragen werden später gestellt“
- „Ein Irrtum im Hinblick auf das Leben ist erträglicher als ein Irrtum im Hinblick auf den Tod“.

Um herausfinden zu können, ob eine Reanimation gerechtfertigt ist, muss u.U. also erst mit einer Reanimation begonnen werden. Von vornherein zu unterlassen ist eine Reanimation lediglich dann, wenn sichere, d.h. irreversible Todeszeichen vorliegen. Dabei kann es sich um Leichenstarre, Leichenflecken, Anzeichen von Fäulnis und Verwesung, bekannte lange Submersion, Verbrennung bis zur Unkenntlichkeit, Dekapitation, Hemikorporektomie oder andere, nicht mit dem Leben zu vereinbarende Verletzungen handeln (2, 5, 12). Werden Reanimationsmaßnahmen durchgeführt, obwohl solche sicheren Todeszeichen vorliegen, kann dies Angehörigen den Eindruck vermitteln, dass doch noch Hoffnung besteht. Unter Umständen schürt man unberechtigte Erwartungen. Nach dem zwangsläufig erfolglosen Ausgang der Reanimation könnten sich belastende Gedanken aufdrängen, etwa die Überlegung „hätte ich doch nur eine Minute eher nach meinem Mann gesehen“.

Im Zweifelsfall muss das Rettungsteam mit Reanimationsmaßnahmen beginnen. Würde man zunächst abwarten und endgültig klären wollen, ob eine Reanimation angebracht ist, würde man sich indirekt gegen eine Reanimation entscheiden. Wiederbelebungsmaßnahmen zum Schein sind ethisch nicht zu rechtfertigen.

Entscheidet sich das Rettungsteam für den Beginn von Reanimationsmaßnahmen, muss die Hilfeleistung auf jeden Fall fachlich korrekt erfolgen. Keinesfalls vertretbar ist die bewusste Durchführung einer ineffizienten Alibi-Reanimation „zum Schein“ (sog. „slow code“, „show code“ oder „Hollywood code“), weil das Rettungsteam subjektiv zwar von der Aussichtslosigkeit des eigenen Handelns überzeugt ist, es sich aber trotzdem nicht dem Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung aussetzen möchte. Thoraxkompressionen beispielsweise bewusst zu langsam oder nicht tief genug auszuführen und auf die Medikamentenapplikation zu verzichten ist ethisch inakzeptabel (5, 8).

Umgang mit Angehörigen während der Reanimation

Grundsätzlich gelten auch bei einer Reanimation sämtliche Regeln, die für den Umgang mit Angehörigen in anderen Notfallsituationen formuliert worden sind. Dazu gehört, dass das Rettungsteam sich vorstellt, zuhört, durch zielstrebiges und zügiges (nicht hektisches!) Arbeiten Kompetenz ausstrahlt etc. (4, 5).



Abb. 3: Wenn reanimiert wird, dann auch fachlich korrekt

Ob Angehörige bei Wiederbelebungsversuchen anwesend sein sollten, kann nicht pauschal entschieden werden. Eltern möchten in der Reanimationssituation beispielsweise häufig bei ihrem Kind bleiben, und von den Eltern, die Reanimationsversuche bei ihrem Kind miterlebt haben, würden 90 Prozent wieder dabei sein wollen (2).

Dennoch gibt es Argumente, die für und gegen die Anwesenheit von Angehörigen sprechen. Dagegen spricht die Überlegung, dass Wiederbelebungsmaßnahmen, insbesondere die Herzdruckmassage und die Defibrillation, auf Laien brutal wirken und deshalb u.U. belastend sind. Angehörige könnten den Helfern auch im Weg stehen und ihre Maßnahmen behindern. Zudem könnte sich das Rettungsteam durch die Anwesenheit von Angehörigen beobachtet fühlen und verunsichert werden, so dass auch die Qualität der medizinischen Hilfeleistung leidet (4, 10).

In diesem Fall scheint es sinnvoller, Angehörige aus dem Raum zu bitten und ihnen in ruhigem und freundlichem Tonfall eine Aufgabe zu erteilen („Suchen Sie bitte alle Medikamente zusammen, die Ihr Mann regelmäßig einnimmt? Vielen Dank!“). Ruppiger Befehlston („Raus hier! Zackzack!“) ist unangebracht und schädlich. Er kann als Herabsetzung interpretiert werden, einschüchtern, verunsichern sowie Misstrauen und Schuldgefühle wecken. Vermutlich wird auch die Compliance vermindert (5).

Für die Anwesenheit von Angehörigen während einer Reanimation spricht das „moralische Recht, in jeder Situation den Kontakt zu ihrem Partner, Kind oder Verwandten behalten zu dürfen“ (4). Werden Angehörige bei

Zum Umgang mit Angehörigen nach einem Reanimationsabbruch siehe den Beitrag von Lasogga auf Seite 38 in dieser Ausgabe



Abb. 4 u. 5: Auch wenn eine Patientenverfügung vorliegt: Im unerwarteten Notfall ist die Relevanz fraglich

einer Reanimation herausgeschickt, könnten sie sich ausgegrenzt oder allein gelassen fühlen. Wenn Angehörige anwesend sind, ist außerdem eine angemessene „Realitätsprüfung“ möglich. Einerseits können Angehörige die Bedrohung und den Ernst der Lage einschätzen. Andererseits können sie erkennen, dass die Helfer alles tun, was möglich ist. Bei einem erfolglosen Ausgang kann dies hilfreich sein und den späteren Trauerprozess erleichtern. Ansonsten könnte sich die Vermutung aufdrängen, das Rettungsteam hätte seine Bemühungen zu früh eingestellt (2, 6).

Angehörige könnten auch an der Hilfeleistung beteiligt werden, indem sie einen konkreten Handlungsauftrag erhalten („Bitte halten Sie diese Infusion und sagen Bescheid, wenn sie leer gelaufen ist“). Wenn sie selbst etwas tun können, trägt dies eventuell zu ihrer Beruhigung bei. Zudem hilft die Einbindung, späteren Selbstvorwürfen entgegenzuwirken („Was bin ich nur für eine Mutter! Ich habe mein Kind alleine sterben lassen!“).

Letztlich sollten die Angehörigen selbst entscheiden, ob sie im Raum bleiben oder nicht (1). Sie können sich dann so verhalten, wie sie es möchten. Die Tür zu dem Zimmer, in dem die Reanimation stattfindet, sollte generell einen Spalt breit geöffnet bleiben. Zudem sollten Angehörige während der Reanimation regelmäßig, etwa alle 15 Minuten, aktuelle Informationen erhalten. Im gesamten Verlauf der Reanima-

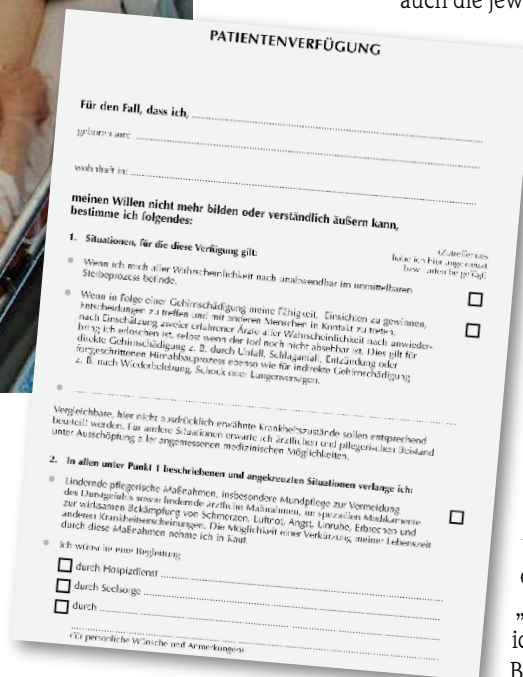
Solange es die Wiederbelebungsmaßnahmen nicht beeinträchtigt, sollte es Angehörigen freigestellt werden, im Raum zu bleiben. Ihnen sollten einfache Aufgaben erteilt und Informationen vermittelt werden. Zu beachten ist auch die Kommunikation innerhalb des Rettungsteams.

tion sollte diese Aufgabe ein bestimmtes und dafür geschultes Mitglied des Rettungsteams übernehmen. Dabei sollte man keine unberechtigten Hoffnungen schüren („Das wird schon wieder, machen Sie sich mal keine Sorgen!“). Ange-

brachter scheint eine behutsame Aufklärung über die Tatsachen („Das Herz ihrer Frau schlägt im Augenblick nicht. Wir tun alles, was wir können, aber die Situation ist sehr ernst!“). Ferner sollten bevorstehende Maßnahmen und auch die jeweilige Reaktion des Patienten

erläutert werden, so z.B. krampfartige Bewegungen durch die Defibrillation (2, 3, 6).

Zu beachten ist während einer Reanimation auch die Kommunikation innerhalb des Rettungsteams, weil sie von Angehörigen, anderen anwesenden Personen und möglicherweise auch dem Patienten mitgehört werden kann. Gefordert wird eine strenge „sprachliche Disziplin“ (5). Äußerungen wie „Oh Mann, die Alte hat es echt hinter sich!“ oder „Wenn ich so fett wäre, würde ich auch lieber sterben!“ (reale Beispiele aus der Praxis!) sind zu unterlassen.



Auch wenn eine Reanimation längere Zeit durchgeführt wird und es sich für viele Helfer um eine Routinemaßnahme handelt, sollte man dem Patienten und seinen Angehörigen Respekt erweisen. Sich über Ergebnisse der Fußball-Bundesliga oder private Urlaubsplanungen zu unterhalten, während ein Mensch mit dem Tode ringt, signalisiert Desinteresse und Langeweile. Das Rettungsteam ist jedoch dazu verpflichtet, seine volle Aufmerksamkeit dem Patienten und dessen Angehörigen zu widmen.

Reanimationsabbruch

Das Rettungsteam sollte nach Möglichkeit zusätzliche Informationen einholen, um über die Fortführung oder den Abbruch der Wiederbelebungsmaßnahmen begründet entscheiden zu können. Reanimationsmaßnahmen müssen jedenfalls nicht deshalb fortgeführt werden, weil man sie zunächst begonnen hat. Wer A sagt, muss nicht zwangsläufig auch B sagen: Wenn sich im Nachhinein herausstellt, dass die Einleitung der Reanimation aus medizinischen Gründen unangebracht gewesen ist oder sie nicht dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht, kann und darf man sie jederzeit wieder einstellen. Unter Umständen muss man dies sogar tun, da sowohl ein aussichtsloses Handeln („futility“) als auch ein Handeln gegen den mutmaßlichen Patientenwillen ethischen Prinzipien, insbesondere dem Prinzip der Schadensvermeidung, widerspricht (2, 3, 10). Informationsquellen können Patientenverfügungen, andere Dokumente sowie Auskünfte von Angehörigen, Hausärzten oder Pflegekräften sein. Bei schriftlichen Dokumenten müsste allerdings überprüft werden, ob sie tatsächlich von dem Betroffenen stammen bzw. ob sie sich auf ihn beziehen



und ob sie überhaupt gültig sind. Patientenverfügungen müssen sich beispielsweise möglichst konkret auf die vorliegende Situation beziehen und dürfen nicht veraltet sein. Schließlich könnte der Patient seine Meinung nach dem Verfassen des Dokumentes noch einmal geändert haben (2, 9, 12). Umgekehrt gilt: „Je aktueller und konkreter die vorliegende Situation beschrieben ist, desto bindender ist eine Patientenverfügung“ (1).

Ob eine solche Überprüfung ggf. mehrseitiger Dokumente in Notfallsituationen möglich ist, sei dahingestellt. Insgesamt erscheint die Relevanz von Patientenverfügungen für den Rettungsdienst fraglich. May und Mann schreiben zusammenfassend: „Solange keine verbindlichen Regelungen zu Form und Prüfschema einer Patientenverfügung festgelegt sind, die der speziellen Situation des Rettungsdienstes mit sofortiger Entscheidungsnotwendigkeit und engem Zeitfenster Rechnung tragen, solange kann eine Patientenverfügung vom Rettungsdienstpersonal (...) nicht beachtet werden“ (5).

Aussagen von anderen Personen aus dem Umfeld des Patienten sollten ebenfalls nicht vorschnell zu Entscheidungen führen, sie haben allenfalls Indiziencharakter. Die Meinung von Angehörigen und Hausärzten stimmt nicht zwingend mit der Meinung und den Wünschen des Patienten überein. Behandelnde neigen dazu, den Lebenswillen kranker Patienten zu unterschätzen. Denkbar ist auch, dass Äußerungen zugunsten eines Reanimationsabbruchs vorrangig aus eigenem Interesse, etwa in Erwartung einer Erbschaft, vorgebracht werden (2, 3, 11, 12).

Wer die Entscheidung über einen Reanimationsabbruch treffen darf, ist umstritten. Häufig wird davon ausgegangen, dass diese Entscheidung allein einem Arzt obliegt (1, 9). Eine andere Auffassung ist in den Leitlinien des European Resuscitation Council enthalten. Demnach kann ein Reanimationsabbruch möglicherweise auch durch nicht-ärztliches Rettungsdienstpersonal vorgenommen werden, wenn eine Asystolie bei nicht reversibler Ursache des Herz-Kreislauf-Stillstandes trotz der suffizienten Durchführung erweiterter Reanimationsmaßnahmen länger als 20 Minuten andauert: „Sicher ist es nicht sinnvoll zu erwarten, dass Paramedics unter genau den gleichen Bedingungen eine Reanimation fortsetzen, unter denen ein Arzt sie abbrechen würde“ (2). In diesen Fällen ist selbstverständlich eine sorgfältige Dokumentation notwendig. Außerdem ist zu beachten, dass eine starke Unterkühlung oder bestimmte Intoxikationen die medizinischen Kriterien zum Reanimationsabbruch relativieren können.

Der Transport von Patienten unter Reanimationsbedingungen in ein Krankenhaus ist in der Regel nicht angebracht. Bei präklinisch erfolgloser Reanimation ist durch den Transport jedenfalls kein zusätzlicher Nutzen für den Patienten zu erwarten (3). Diskutiert wird allerdings, ob die Fortführung einer Reanimation, die man ansonsten abbrechen würde, nicht Gelegenheit für eine Organspende schaffen könnte. Ob es ethisch vertretbar ist, eine lebensverlängernde Behandlung ausschließlich zum Zweck der Organspende fortzusetzen, kann man sicherlich in Frage stellen. In den ERC-Leitlinien heißt es dazu lediglich: „Zwischen unterschiedlichen europäischen Ländern


existieren Abweichungen hinsichtlich der Ethik dieses Prozesses – im Moment gibt es hier keinen Konsens“ (2).

Zusammenfassung

In diesem Beitrag wurden ethische und psychologische Aspekte der Reanimation im Rettungsdienst thematisiert. Die Leitlinien des European Resuscitation Council enthalten dazu auch den Hinweis, dass es „Grauzonen geben wird, in denen (...) subjektive Meinungen erforderlich sind“ (2). Damit ist jedoch nicht gemeint, dass Entscheidungen beim Auffinden

*Zum Thema
„Organspende“
siehe auch die
Beiträge von
Poguntke (S. 30)
und Mauer et al.
(S. 32) in dieser
Ausgabe*

Eine einmal begonnene Reanimation kann abgebrochen werden, sobald dies gerechtfertigt ist. Der Beginn einer Reanimation verpflichtet nicht zu ihrer Fortführung. Das Rettungsteam muss den Abbruch der Maßnahmen sorgfältig begründen. Leichtfertige Entscheidungen „aus dem Bauch heraus“ sind inakzeptabel. Eine ausreichende Prüfung der Gültigkeit von Patientenverfügungen und der Glaubwürdigkeit von Aussagen anderer Personen ist im Notfall jedoch nicht immer möglich.

eines klinisch toten Patienten willkürlich getroffen werden könnten. Das Handeln von Rettungsdienstmitarbeitern im Rahmen einer Reanimation muss ethisch gerechtfertigt und psychologisch angemessen sein. 

Literatur:

1. Bundesärztekammer (Hrsg.) (2007) Reanimation – Empfehlungen für die Wiederbelebung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
2. Baskett PJF, Stehen PA, Bossaert L (2006) Ethik der Reanimation und Entscheidungen am Lebensende. Abschnitt 8 der Leitlinien zur Reanimation 2005 des European Resuscitation Council. Notfall & Rettungsmedizin 9: 155-163
3. Hick C, Bengel J, Mohr M, Reiter-Theil S (2000) Ethik in der präklinischen Notfallversorgung. Nottuln: DRK-Verlags- und Vertriebsgesellschaft
4. Lasogga F, Gasch B (2006) Psychische Erste Hilfe bei Unfällen. Kompensation eines Defizits. 4., überarb. Aufl., Ede- wecht, Wien: Stumpf & Kossendey
5. May AT, Mann R (2005) Soziale Kompetenz im Notfall. Praxisanleitung nicht nur für den Rettungsdienst. 2., überarb. u. erw. Aufl., Münster: LIT
6. Meyer W, Balck F (1997) Psychologische Betreuung von Angehörigen. In: Bengel J (Hrsg.) Psychologie in Notfallmedizin und Rettungsdienst. Berlin, Heidelberg: Springer
7. Möller HJ (1991) Von der Verpflichtung zur Hilfe für den Suizidalen. Grundsätzliches und Realisierungsmöglichkeiten aus psychiatrischer Sicht. Arzt und Christ 37: 291-301
8. Mohr M, Kettler D (2002) Ethische Aspekte bei der Reanimation. Intensivmedizin 39: 3-12
9. Ruhs A (2005) Behandlung wider Willen?! Zur Bedeutung der Patientenverfügung im Notfalleinsatz. Rettungsdienst 28: 926-929
10. Salomon F (2000) Entscheidungskonflikte am Notfallort. Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie 35: 319-325
11. Tries R (2005) Sterbehilfe: Rettungsassistenten in der Zwickmühle. Rettungsdienst 28: 76-77
12. Wolcke B (2005) Ethische Aspekte in den Leitlinien zur Reanimation. Notfall & Rettungsmedizin 8: 539-541