



VEREINIGUNG KATHOLISCHER ÄRZTE DER
SCHWEIZ (VKAS)

ASSOCIATION DE MEDECINS CATHOLIQUES
SUISSES (AMCS)

ASSOCIAZIONE MEDICI CATTOLICI SVIZZERI
(AMCS)

Membre de la Fédération européenne (FEAMC) et
internationale (FIAMC)
d'associations de médecins catholiques

Seftigen, 12.8.08

Schweizerische Akademie der
Medizinischen Wissenschaften
(SAMW)
Generalsekretariat
Petersplatz 13
4051 Basel

Vernehmlassung

Reanimationsentscheidungen

Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen der SAMW

Sehr geehrte Damen und Herren,

Zum vorliegenden Vernehmlassungsentwurf möchten wir uns wie folgt äussern:

I Allgemeine Bemerkungen:

Bei der Durchsicht des vorliegenden Entwurfes ist festzustellen, dass verschiedene für Ärzte und Nothelfer nützliche Hinweise bei schwierigen Handlungsentscheiden zur Verfügung gestellt werden. Die Ausführungen legen zudem grossen Wert auf das Gespräch mit Betroffenen, soweit dies die konkreten Umstände ermöglichen oder nahelegen. Diese patientenorientierte Beziehungsmedizin ist zweifellos unterstützenswert und zu begrüßen. Allerdings stellen einige Hinweise und Bemerkungen im Text für einen ausgebildeten Mediziner wohl Selbstverständlichkeiten dar (Beispiel Seite 8: „Ängste des Patienten und seiner Angehörigen sind ernst zu nehmen“).

Auf der anderen Seite wird ein starkes Gewicht auf die Patientenverfügung (im Sinne der DNAR-Verfügung) gelegt. Wir verkennen dabei nicht, dass Patien-

tenverfügungen bei Entscheidungen am Lebensende einen Gewinn darstellen können.

Doch ist auch zu bedenken, dass die Antizipierbarkeit des eigenen Umgangs mit neuen Krisensituationen, die nicht Bestandteil der Erfahrungswelt sind, mit besonderer Störanfälligkeit verbunden ist. In Diskussionen um Patientenverfügungen wird zudem oft ein Konzept des guten Lebens zugrunde gelegt, innerhalb dessen jede Abhängigkeit von der Hilfe Dritter als Katastrophe erscheint. Oft wird von Autonomie gesprochen, wo lediglich Unangewiesensein gemeint ist¹. Dies beeinflusst zweifellos die Abfassung von DNAR-Verfügungen und wirft auch die naheliegende Frage auf, ob der moderne Laie hier nicht weit überfordert ist! In diesem Kontext erscheint uns auch das in den Richtlinien erwähnte Prinzip des „in dubio pro vita“ von entscheidender Bedeutung zu sein.

Diese grundsätzlichen Überlegungen verweisen auch auf die Grenzen von Richtlinien über Reanimationsentscheidungen beziehungsweise auf inhärente Ambivalenzen, die auch im vorliegenden Richtlinienentwurf an folgenden Zitaten und Inhalten deutlich erkennbar sind:

- „Ein Widerspruch zwischen aktuellen und früheren Willensäusserungen eines Patienten berechtigt allein noch nicht zur Annahme fehlender Urteilsfähigkeit“. (2.3.1 Urteilsfähigkeit, S. 7)
- Die erneute Diskussion einer DNAR-Verordnung im Falle diagnostischer oder therapeutischer Interventionen, mit relativ hoher Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Reanimation (Seite 9-10).
- „Nicht selten führt die Auseinandersetzung des Patienten mit seiner Krankheit zu einer Willensänderung. Auch wenn ein früherer Beschluss Bestand hat, sollte er regelmässig aktualisiert und kommuniziert werden“ (3.5 Überprüfung des Reanimationsentscheides, Seite 11).
- „Liegt eine schriftliche DNAR-Verfügung vor und bestehen keine Zweifel an deren Gültigkeit, so dürfen keine Reanimationsmassnahmen durchgeführt werden.“ (4.1. Rechtliche Rahmenbedingungen, Seite 12).

So zeigt sich, dass das Kommunikationsmodell „DNAR-Verfügung“ mit erheblichen Schwierigkeiten und Unsicherheiten verbunden sein kann.

II Änderungsvorschläge im Detail

PRÄAMBEL

Zu den epidemiologischen Angaben: Die Angabe, dass 8000 Menschen pro Jahr einen Herzkreislaufstillstand/Jahr ausserhalb des Spitals in der Schweiz erleiden, ist im Anhang nicht referenziert. Woher stammen diese Angaben, beziehungsweise worauf basiert die Annahme auf Seite 17 (0,5-1 akute Herzkreislaufstill-

¹ G. Maio, Für eine andere Kultur des Sterbens; NZZ Nr. 86 vom 14.4.08, Seite 11

stände kardialer Ursache ausserhalb des Spitals pro Jahr und Tausend Personen)?

Der Satz „Weitaus der grösste Teil der Menschen – in der Schweiz sind es etwa 60'000 pro Jahr – sterben an einem Herzkreislaufstillstand in Folge einer vorbestehenden schweren, zum Tod führenden Krankheit“ ist unklar und sollte präzisiert werden; denn gemäss Bundesamt für Statistik betrug die Gesamtzahl der Todesfälle in der Schweiz im Jahre 2005 =61124 (also „etwa 60'000“), wovon Herzkreislaufkrankheiten als primäre Todesursache (inklusive Hirngefässkrankheiten) 40% ausmachten². Sind mit dieser Aussage allenfalls die verbleibenden 60% - diese entspräche allerdings einer Zahl von 36'000 Todesfällen, und nicht 60'000 – gemeint? Andererseits trifft (die im Grunde banale) Annahme natürlich zu, dass es praktisch bei jedem Todesfall (ausgenommen vielleicht solche Fälle, in denen das Hirntodkonzept eine Rolle spielt!) letztlich zu einem Herzkreislaufstillstand kommt.

Uns scheint, dass epidemiologische Angaben/Schätzungen klar referenziert und im vorliegenden Fall auch korrigiert bzw. präzisiert werden sollten.

2.1 ETHISCHE ÜBERLEGUNGEN

Die Aussage auf Seite 6: „Bei einer Reanimationsentscheidung geht es nicht um die Frage, ob im Sinne des Fürsorgegebotes das Leben des Patienten erhalten werden soll, sondern vielmehr um die Frage, ob aufgrund des Nichtschadensgebotes oder aufgrund der Respektierung des Patientenwillens eine lebenserhaltende Reanimation unterlassen werden soll“ ist falsch und stellt einen elementaren Widerspruch zum ersten Satz desselben Abschnittes sowie zum Kapitel 3.2 Reanimationsentscheid (Seite 10) dar. Zu bedenken ist der dichotome Charakter der Reanimationsentscheidung.

2.2 MEDIZINISCHE EINSCHÄTZUNG

Zu Recht wird auf Seite 6 die Schwierigkeit der medizinischen Prognosestellung betont. Dann sollte aber auch an dieser Stelle das Prinzip „in dubio pro vita“ erwähnt werden. Denn diese grundsätzliche prognostische Unsicherheit überträgt sich auch auf Aussagen wie „... wenn absehbar ist, dass eine Reanimation erfolglos sein wird oder für den Patienten der potenzielle Schaden einer Reanimation den Nutzen überwiegt“! (3.1.2. Kinder und Jugendliche, Seite 8-9).

3.2. REANIMATIONSENTSCHEID

Seite 10 letzte Zeile unten: „liegt“ anstelle von „liebt“

4.2 MEDIZINISCHE ENTSCHEIDUNGSKRITERIEN

Das „Vorliegen von sicheren Todeszeichen“ stellt eine Kontraindikation für Reanimationsmassnahmen dar; dieses Kriterium sollte deshalb nicht unter

² Man sehe unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04/key/01.html>

„schlechten prognostischen Faktoren“ aufgezählt werden, weil ja der Tod schon eingetreten ist!!

P. Ryser

Für den Vorstand der VKAS
Dr. med. Peter Ryser-Düblin
Aktuar
Hausmatt 27
3662 Seftigen

Tf. 033 345 70 34
pryser@freesurf.ch