

# Der Reanimations- entscheid

# Thema Im Fokus.

Die Zeitschrift von Dialog Ethik | Nr. 133 | September 2017

## Reanimation

Auch unter optimalen Bedingungen können nur wenige überleben

SEITE 4

## «Lebensqualität ist ganz schwierig von aussen zu beurteilen»

Interview mit  
Gabriela Bieri-Brüning

SEITE 8

## Reanimationsentscheide

Die Bedeutung des Gesprächs mit den Betroffenen

SEITE 20

# Der Reanimationsentscheid



**R**e-Animation, «Wieder-Belebung», sei eigentlich eine falsche Bezeichnung, denn es handle sich nicht darum, jemand wieder zum Leben zu erwecken, sondern darum, seinen Tod zu verhindern, schreibt Reto Stocker, der Intensivmediziner, in diesem Heft. Deshalb muss es schnell gehen: Schon nach drei Minuten nach einem Herz-Kreislauf-Stillstand kann es infolge des Sauerstoffmangels zu Schädigungen am Gehirn mit allenfalls gravierenden Folgen für den Betroffenen kommen – für viele ein Grund, eine Reanimation abzulehnen. Und deren Erfolgchancen sind gering: Von denen, die infolge eines akuten, grundsätzlich reversiblen Ereignisses einen Herz-Kreislauf-Stillstand erleiden, überleben gemäss Reto Stocker zurzeit weniger als 10 Prozent, ein Teil von ihnen mit bleibenden Hirnschäden.

In der Praxis stellt sich daher die Frage nach der Angemessenheit einer allfälligen Reanimation immer wieder, und es gilt hier, nach Möglichkeit unter Einbezug aller Beteiligten, sinnvolle Entscheidungen zu treffen. Ärzte und weitere Fachpersonen befinden sich dabei oft in einem Dilemma zwischen ihrer Verpflichtung zur Lebensrettung, dem Gebot, keinen Schaden zuzufügen, und der Respektierung des Patientenwillens. Darum hat die Schweizerische Akademie der Medizi-

nischen Wissenschaften (SAMW) medizinethische Richtlinien verfasst. Verschiedene Ethik-Foren nach dem Modell von Dialog Ethik, die in interprofessionellen Arbeitsgruppen an der Umsetzung der SAMW-Richtlinien für den Spitalalltag gearbeitet haben, sind zum selben Schluss gekommen. Zu welchem, finden Sie mit ausführlicher Begründung in diesem Heft. Gleich drei Autorinnen treten dafür ein, im Einzelfall die Frage einer Reanimation im Zusammenhang mit der umfassenderen nach der Angemessenheit von lebensverlängernden Massnahmen überhaupt zu sehen.

Ein Gespräch über eine allfällige Reanimation zu führen, erweist sich als anspruchsvoll. Es geht dabei bei dem Patienten, dem Arzt und den Angehörigen um persönliche Wertvorstellungen und Lebensentwürfe, und es besteht die Gefahr suggestiver Fragen und von Missverständnissen. Darauf verweisen mehrere Beiträge. Ein Arzt sieht z.B. seine Aufgabe vor allem darin, Leben zu retten, ein anderer berücksichtigt dabei stark das Lebensalter eines Patienten; einer fragt die Patientin, ob man sie bei einem Herzstillstand ins Leben zurückholen solle, sein Kollege würde sie darauf hinweisen, dass sie dann an Schläuchen und Maschinen hängen werde. Dies als extreme Beispiele, wie sie Birgit Schwenk, Chefärztin Akutgeriatrie, in ihrem Beitrag nennt. Die Angehörigen seien emotional stark gebunden und es sei darum schwierig für sie, den mutmasslichen Willen des Betroffenen zu äussern, sagt Gabriela Bieri, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie. Da sei es manchmal vielleicht besser, einen Patientenvertreter auszuwählen, der etwas mehr Distanz habe.

Rund um den Reanimationsentscheid und das Reanimationsgespräch stellen sich schwierige ethische Fragen. Ich hoffe, dass es dieses Heft vermag, Ihr Interesse dafür zu wecken.

Mit herzlichem Gruss  
Jürg Burkhard

## Inhalt

<b>Editorial</b>	<b>3</b>
<b>Interview</b>	
«Lebensqualität ist ganz schwierig von aussen zu beurteilen» Interview mit Gabriela Bieri-Brüning	8
<b>Schwerpunkt</b>	
Reanimation – auch unter optimalen Bedingungen können nur wenige überleben	4
Reanimation bei Betagten – die Entscheidungsfindung ist oft ein schwieriger Prozess	12
Reanimationsgespräche in Spitälern und Heimen	16
Reanimationsentscheide: Die Bedeutung des Gesprächs mit den Betroffenen	20
Möchten Sie wiederbelebt werden? – das Thema Reanimation in der Beratung für das Erstellen einer Patientenverfügung	24
Recht und Reanimation von Hochbetagten im Spital	26
<b>Interna</b>	<b>19</b>
<b>Buch im Fokus</b>	<b>29</b>
<b>Fallbeispiel</b>	
Wie bindend sind Patientenverfügungen hinsichtlich einer Reanimation?	30



No. 01-13-114434 – [www.myclimate.org](http://www.myclimate.org)  
© myclimate – The Climate Protection Partnership

© Copyright: Alle Rechte vorbehalten. Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Kein Teil dieser Zeitschrift darf ohne schriftliche Genehmigung von der Stiftung Dialog Ethik in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie, Mikrofilm, Computer, Internet usw.) reproduziert werden.

# «Lebensqualität ist ganz schwierig von aussen zu beurteilen»

**VON DR. MED. GABRIELA BIERI-BRÜNING**

CHEFÄRZTIN DES GERIATRISCHEN DIENSTS DER STADT ZÜRICH

Dr. med. Gabriela Bieri-Brüning ist zuständig für die ärztliche Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegezentren der Stadt Zürich. Viel wichtiger als die Reanimation erscheint ihr, dass man mit den betroffenen Menschen immer wieder bespricht, was sie an lebensverlängernden Massnahmen möchten. Für die Patienten sei das viel relevanter als die Reanimation.



**Frau Dr. Bieri, ich habe gehört, in den Stadtzürcher Alters- und Pflegeheimen sei eine Zeitlang nicht mehr reanimiert worden. In jüngster Zeit werde jedoch wieder reanimiert. Was waren und sind die Beweggründe?**

In den Pflegezentren (PZZ) wurde während Jahren die Reanimation wegen des ethischen Prinzips des Nichtschadens nicht durchgeführt. Unsere Klientel hat sich mittlerweile aber verändert. 60 Prozent der Patientinnen und Patienten gehen wieder heim, wir haben immer wieder auch junge pflegebedürftige Menschen. Die Patienten sind also fitter, gesünder geworden. Ausserdem ist die Akzeptanz des Entscheids, nicht zu reanimieren, beim Personal zurückgegangen. Man kann heute bei solchen ethischen Fragen nicht einfach verordnen. Man muss so einen Entscheid gemeinsam diskutieren.

So gab es verschiedene Gründe, den Entscheid nochmals zu überprüfen. Wir haben uns dafür Zeit genommen, haben einen ganztägigen Workshop mit allen leitenden Ärztinnen und Ärzten, Betriebsleitungen und allen Leitungen Pflege durchgeführt. Mit diversen Referierenden, z. B. dem zuständigen Arzt von Schutz und Rettung oder der Ethikerin des Universitätsospitals, wurde das Thema von verschiedenen Seiten angeschaut. Der Entscheid, ob man reanimiert werden möchte oder nicht, hat sehr viel damit zu tun, dass man versteht, was eine Reanimation überhaupt ist, und eine Vorstellung von den Erfolgsaussichten hat. Schaut man sich Fernsehsendungen an, dann werden dort Menschen plötzlich bewusstlos, werden reanimiert und stehen dann wieder auf, wie wenn nichts gewesen wäre. Solche Darstellungen der Reanimation beeinflussen auch die Meinung in der Bevölkerung.

Es ist heilsam, die eigene Einschätzung mit der tatsächlichen Erfolgschance zu vergleichen. Bei unseren Bewohnerinnen und Bewohnern beträgt sie etwa ein Prozent. Zudem weist die Hälfte dieses einen Prozents eine schwere neurologische Schädigung auf. Die Erfolgschancen sind demnach sehr gering. Wir haben die Informatio-

nen zur Reanimation auch in einem Flyer dargestellt, den wir beim Eintritt abgeben. Trotzdem kann man aus rechtlicher Sicht nicht generell auf eine Reanimation verzichten. Man muss den Patienten informieren und ihm die Sachlage erklären, dann kann er sich entscheiden. Wir haben aus ethischen und rechtlichen Erwägungen entschieden, dass in den Pflegezentren eine Reanimation in der Regel nicht indiziert ist, sie aber auch nicht generell abgelehnt wird, sondern gemäss individueller Vereinbarung nicht reanimiert oder reanimiert wird. Und dies wird mit jedem Patienten besprochen. Es zeigt sich, dass, obwohl es aus ärztlicher Sicht nicht mehr sinnvoll ist, sich gegen 10 Prozent trotzdem reanimieren lassen wollen. Das respektieren wir.

**Der Entscheid, ob man reanimiert werden möchte oder nicht, hat sehr viel damit zu tun, dass man eine Vorstellung von den Erfolgsaussichten hat.**

**Was für eine Rolle spielt bei Ihnen die Patientenverfügung, um den Patientenwillen festzuhalten?**

Sehr wenige unserer Bewohnerinnen und Bewohner haben eine Patientenverfügung. Seit vielen Jahren werden aber in den PZZ die Wünsche zu lebensverlängernden Massnahmen im Sinne eines «Advance Care Planning» (gesundheitliche Vorausplanung) besprochen. Am Eintrittstag provisorisch und dann am Standortgespräch nach etwa sechs Wochen wird das Thema mit dem Arzt, dem Pflorgeteam, den Angehörigen und dem Patienten besprochen. Die lebensverlängernden Massnahmen werden in drei Stufen eingeteilt: Die erste heisst «kurativ im Spital» und bedeutet, alles für die Lebensverlängerung zu machen, d. h., auch zu hospitalisieren. Die zweite, «kurativ im Heim», alles zu tun, was im Pflegezentrum möglich ist, z. B. eine Lungenentzündung mit Antibiotika zu behandeln, und bei der dritten stehen die palliativen Massnahmen im Vordergrund. Die meisten Menschen wollen zunächst hospitalisiert werden, im

### Über die Gesprächspartnerin

Dr. med. Gabriela Bieri-Brüning ist Fachärztin Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrie. Sie ist Chefarztin des Geriatrischen Dienstes der Stadt Zürich sowie ärztliche Direktorin der Pflegezentren und damit zuständig für die ärztliche Versorgung der 1600 Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegezentren der Stadt Zürich. Neben Langzeitabteilungen, in denen viele Menschen mit Demenz betreut werden, führen die Pflegezentren auch vier Abteilungen für Aufnahme und Übergangspflege. Im Weiteren leitet Dr. Bieri die Gerontologische Beratungsstelle SiL, ein aufsuchendes Angebot für zuhause lebende Menschen, und die Memory-Klinik Entlisberg, beides ambulante Angebote der Pflegezentren. Als Stadtärztin ist sie zudem für die Gefährdungsmeldungen aus der Bevölkerung bei den über 65-jährigen Stadtzürcherinnen und Stadtzürchern zuständig. Sie setzt sich auf verschiedenen Ebenen für die Langzeitgeriatrie und für Menschen mit Demenz ein. Sie leitet die Kommission für Langzeitgeriatrie der Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG) und ist Mitglied im Vorstand der Swiss Memory Clinics. In diesem Rahmen arbeitet sie für die Umsetzung der Nationalen Demenzstrategie in diversen Projekten mit. Neben der Lehre ist ihr die Fortbildung der Pflegenden zu Fragestellungen rund um die Demenz ein grosses Anliegen.

# Reanimation bei Betagten – die Entscheidungsfindung ist oft ein schwieriger Prozess

VON DR. MED. BIRGIT SCHWENK

CHEFÄRZTIN AKUTGERIATRIE IN DER SPITALREGION RHEINTAL WERDENBERG SARGANSERLAND

Früher bestimmte der Arzt, ob eine Reanimation erfolgen soll oder nicht. Seit ein paar Jahren bildet das Recht auf Selbstbestimmung das oberste Prinzip, und wichtige medizinische Entscheidungen werden meist durch den Arzt, den Patienten und allenfalls seine Angehörigen gemeinsam gefällt.

Zurzeit liegt die Lebenserwartung bei der Geburt bei 85 Jahren für Frauen und bei gut 80 Jahren für Männer, und sie steigt pro Jahr um 3 Monate. Deshalb wird vor allem die Zahl der älteren Menschen und der Menschen in

hohem Alter weiter zunehmen. Immer neue diagnostische Methoden und therapeutische Optionen machen viele Erkrankungen behandelbar, aber leider nicht immer heilbar, was dazu führt, dass wir zwar älter werden, oft aber nicht in guter gesundheitlicher Ver-

fassung. Viele leiden in hohem Alter an körperlichen und geistigen Einschränkungen, zunehmender Abhängigkeit sowie an sozialer Isolation und Altersarmut.

Daneben gibt es auch viele körperlich und geistig rüstige Hochbetagte,



# Reanimationsgespräche in Spitälern und Heimen

VON DR. THEOL. RUTH BAUMANN-HÖLZLE

LEITERIN DES INSTITUTS FÜR ETHIK IM GESUNDHEITSWESEN DER STIFTUNG DIALOG ETHIK

Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegende befinden sich bei der Frage einer allfälligen Reanimation oft im Dilemma, zur Information verpflichtet zu sein, aber in der Alltagshektik nicht genügend Zeit für Reanimationsgespräche mit jedem Patienten zu haben. Verschiedene Ethik-Foren haben deshalb konkrete Vorgehensweisen für Reanimationsgespräche entwickelt, die im Folgenden vorgestellt werden. Ferner kommen die durch ärztliche und/oder pflegerische Einwirkung entstandenen (iatrogenen) Reanimationssituationen zur Sprache.

Nach einem Atem- und / oder Herz-Kreislauf-Stillstand können Menschen unter Umständen mit einer Reanimation wieder ins Leben zurückgeholt werden, obwohl ihr Sterbeprozess schon sehr weit fortgeschritten ist. Für den Umgang mit Reanimationsentscheidungen hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) medizinethische Richtlinien publiziert (2012, 2016 überarbeitet). Darauf basierend werden im Folgenden konkrete Vorgehensmöglichkeiten für deren praktische Anwendung in Spitälern und Heimen aufgezeigt.

Alle Patienten und Heimbewohner sollten über die Durchführung und die Erfolgschancen einer Reanimation informiert werden, aber nicht mit allen soll darüber ausführlich gesprochen werden.

## Umsetzung der medizinethischen Richtlinien der SAMW

Reanimationsentscheidungen haben von allen lebenserhaltenden Massnahmen die grösste ethische Eingriffstiefe, denn zum einen geht es um das schlichte Überleben, zum anderen ist bei einer Reanimation nach einem

unbeobachteten Atem- und/oder Herz-Kreislauf-Stillstand die Gefahr von Hirnschädigungen bereits nach drei Minuten sehr hoch, sogar im Spital. Eine Reanimation kann deshalb einen Menschen nachhaltig schwerwiegend schädigen.

Aus diesem Grund sind, wie es in den medizinethischen Richtlinien heisst, «Reanimationsentscheidungen oft für alle Beteiligten mit einer grossen emotionalen Belastung verbunden. Insbesondere für Ärzte und weitere Fachpersonen kann ein Dilemma entstehen zwischen der Pflicht zur Lebensrettung, der Pflicht, nicht zu schaden, und der Respektierung des Patientenwillens.» (S.5)

Zur Unterstützung der im Gesundheitswesen Tätigen hat Dialog Ethik im Rahmen von Ethik-Foren zusammen mit multiprofessionellen Teams in der jeweiligen Organisation konkrete Vorgehensweisen bei Reanimationsentscheidungen und -massnahmen sowie Gesprächen darüber entwickelt. Hierbei spielen die Wahrscheinlichkeit des Eintretens einer Reanimationssituation und die Einbettung des Reanimationsentscheidens in einen generellen Beschluss über lebenserhaltende Massnahmen eine zentrale Rolle. Das Vorgehen in den verschiedenen Organisationen unterscheidet sich vor allem in den Abläufen, der ethische Kern jedoch ist überall derselbe. Es besteht ein Konsens darüber, dass alle Patienten und Heimbewohner über die Durchführung und die Erfolgschancen einer

Reanimation informiert werden sollten, aber nicht mit allen ein Gespräch darüber geführt werden muss.

Es ergibt mehr Sinn, Reanimationsgespräche, wenn sie angezeigt sind, gut vorbereitet, professionell und mit der hierfür notwendigen Empathie zu führen, als dass diese bei jedem Patienten routinemässig und wenig bedacht erfolgen.

Reanimationsgespräche sollten Teil von Gesprächen über die Angemessenheit von lebenserhaltenden Massnahmen überhaupt sein. Sie sind nicht zu führen, wenn eine Erkrankung heilbar erscheint, der Patient sich in einem guten Allgemeinzustand befindet und deshalb alle lebenserhaltenden Massnahmen selbstverständlich ausgeschöpft werden. Ebenso erübrigen sich solche Gespräche im umgekehrten Fall, dass ein Patient sich im Endstadium einer Erkrankung befindet und die lebenserhaltenden Massnahmen selbstverständlich nicht ausgeschöpft werden. Hingegen werden auf Wunsch des Patienten oder wenn dieser sich, z.B. in einer Patientenverfügung, entgegen den genannten Selbstverständlichkeiten für oder gegen eine

# Recht und Reanimation von Hochbetagten im Spital

VON PROF. DR. MAX BAUMANN

RECHTSANWALT, EHEMALS TITULARPROFESSOR FÜR PRIVATRECHT,  
RECHTSPHILOSOPHIE UND RECHTSTHEORIE AN DER UNIVERSITÄT ZÜRICH

Die Gespräche mit urteilsfähigen Hochbetagten bzw. ihrer Vertretung bei medizinischen Massnahmen und deren Entscheidung müssen dokumentiert werden, ebenso die Bemühungen, bei nicht urteilsfähigen Patienten eine Patientenverfügung und/oder jemand Vertretungsberechtigten zu finden.

Unter Hochbetagten oder Hochaltrigen werden im Folgenden Menschen über 85 verstanden (sogenannte «alte Alte»). Und mit Spital ist ein auf medizinische Leistungen ausgerichtete Krankenhaus gemeint, unter Ausschluss von Alters- und Pflegeheimen.

## Das Individuum und die Institution

Jeder Mensch ist ein Individuum mit einer eigenen (bei Hochbetagten langen) Lebensgeschichte, aus einem eigenen Umfeld, mit einem eigenen Gesundheitsstatus und eigenen Erwartungen.

Die Institution (das Spital), in der eine Reanimation vorgenommen (oder unterlassen) werden soll, weiss von den subjektiven Umständen der Betroffenen oft kaum etwas, fast immer zu wenig und im Notfall so gut wie nichts. Anders als die Patienten (und deren Angehörige) weiss das Spital aber sehr gut, dass a) «in jenen Subgruppen von Älteren, in denen massive Verluste in körperlichen, kognitiven und psychischen Belangen auftreten, Hochaltrige (85+) überrepräsentiert sind»<sup>1</sup>, b) Reanimationen – anders als im Spielfilm – nur in den wenigsten Fällen (2–30%) erfolgreich sind<sup>2</sup> und c) gerade Hochbetagte sehr häufig von weiteren Leiden betroffen sind, welche die Prognose für eine erfolgreiche Reanimation zusätzlich verschlechtern<sup>3</sup>.

## Lebenserhaltung oder Verlängerung des Sterbens?

Gemäss den mehrjährigen Sterbetafeln des Bundesamts für Statistik für 2016 betrug die verbleibende Lebenszeit im

Alter von 80 Jahren für Frauen 10,4, für Männer 8,8 Jahre, d. h., dass über 85-jährige Frauen statistisch noch mit einer Lebensdauer von ca. 5,4 und Männer von ca. 3,8 Jahren rechnen dürfen – sofern sie «im statistischen Vergleich» gesund sind. Hochbetagte, die eine Behandlung im Spital brauchen, sind statistisch weniger gesund, können also nur noch mit einer reduzierten Lebensdauer (< 5,4 Jahre bei Frauen, < 3,8 Jahre bei Männern) rechnen. Anders ausgedrückt: Eine Reanimation bei einem über 85-jährigen Menschen mit akuten Gesundheitsproblemen ist auch eine Entscheidung am (oder nahe am) Lebensende. «Bei Patienten am Lebensende sind Reanimationsbemühungen nicht sinnvoll» (SAMW-Richtlinie, zit. in N ii, 8).

Wo eine Reanimation medizinisch nicht indiziert ist, kann sie nicht erzwungen werden (z. B. von Angehörigen) und darf von den Behandelnden aber auch nicht vorgenommen werden.

Grundsätzlich ist bezüglich der Reanimation von Hochbetagten zu fragen, ob nicht eine Umkehr der Betrachtungsweise (nicht der Beweislast, weil sich hier nichts beweisen lässt) erfolgen sollte. Konkret: Eine Reanimation soll bei Hochbetagten nur durchgeführt werden, wenn es begründbare Anzeichen dafür gibt, dass der oder die Betroffene wenig-

tens eine durchschnittliche Chance hat, die Reanimation zu überleben, trotz allenfalls bestehender Multimorbidität und/oder Vorliegen von anderen bekannten Negativfaktoren (siehe oben).

Anders ausgedrückt: Die sehr kleine Chance einer erfolgreichen Reanimation bei akut erkrankten Hochbetagten, bei denen weitere Negativfaktoren gegeben sind, kann eine solche Behandlung als medizinisch nicht indiziert, d. h. als unnützlich («futile»), erscheinen lassen, sodass sie auch unter Berücksichtigung der bekannten biomedizinischen Prinzipien fragwürdig, ja nicht mehr zu rechtfertigen ist:

Das *Selbstbestimmungsrecht* des Patienten / der Patientin spielt im Fall einer Reanimation nur dann eine (wichtige) Rolle, wenn eine diesbezüglich gültige Verfügung besteht. In allen anderen Fällen wird ohnehin ein Stellvertreterentscheid gefällt.

Die *Prinzipien der Schadensvermeidung und der Beachtung des Patientenwohls* können schwer verletzt werden, wenn man einen selbstbestimmten, hochaltrigen, aber schwerkranken Menschen nicht in und mit seiner «Persönlichkeit» (Würde?) sterben lässt, sondern ihn allenfalls als geistig schwerbehinderten Menschen in ein «Leben» zurückholt, das er oder sie sich nie gewünscht hätte. Die «Aus-therapierung» von akut erkrankten Hochbetagten mit einer schlechten Prognose erscheint daher weniger als Schutz des Lebens denn als Verlängerung des Sterbens.

Das *Prinzip der Gerechtigkeit* bzw. des vernünftigen und fairen Einsatzes von knappen Ressourcen spielt gerade

Fallbeispiel:

# Wie bindend sind Patientenverfügungen hinsichtlich einer Reanimation?

**E**in 73-jähriger Patient tritt zu einem geplanten Routine-Eingriff an einem Blutgefäss in ein Zentrumsspital ein. Bei der Aufnahme deponiert er seine Patientenverfügung, in der er festhält, dass er bei einem Herzstillstand keine Reanimation will. Beim Gespräch mit dem Aufnahmekrankenarzt hält er in Anwesenheit seiner Gattin auch mündlich fest, dass er, sollte der Fall eintreten, keine Reanimationsversuche will. Er habe sich über die Erfolgsaussichten von Reanimationen informiert. Auf keinen Fall möchte er eine Wiederbelebung mit einem bleibenden Hirnschaden überleben.

Während des Eingriffs kommt es zu einer bedrohlichen Komplikation. Der Eingriff muss unterbrochen werden. Man trifft gemeinsam mit dem Anästhesisten erste Massnahmen zur Stabilisation der Vitalfunktionen. In der Folge eskaliert jedoch die Situation, und es

kommt zu einer mechanischen Reanimation des Patienten durch den Operateur. Die Anästhesie unterstützt darauf den Kreislauf medikamentös. Der Patient überlebt und wird anschliessend intubiert auf die Intensivstation verlegt.

Dort bleibt er in kritischem Zustand. Er stirbt nach 48 Stunden.

Die Gattin erhebt darauf wegen der Nichtbeachtung der Patientenverfügung schwere Vorwürfe. Nach einem längeren Gespräch mit dem verantwortlichen Arzt verzichten die Angehörigen auf den Einbezug der Ombudsstelle oder auf eine Klage.

Bei der Aufarbeitung des Geschehenen stellt sich heraus, dass die Fachperson Anästhesiepflege nach der Narkoseeinleitung das Operationsteam auf das gestrichene R in der Krankenakte aufmerksam gemacht hatte. Dem wurde in der Folge offenbar nicht weiter Beachtung geschenkt.

## Zur Diskussion

Wie geht man damit um, wenn ein Patient auf Reanimationsversuche verzichten will, dies aber aus medizinischer Sicht für den bevorstehenden Eingriff keinen Sinn ergibt?

Müssen Patientenverfügungen auch bei iatrogen – als Folge eines unerwarteten Ereignisses oder eines Behandlungsfehlers – geschehenen Zwischenfällen, deren Folgen unter optimalen Bedingungen behebbar sind, grundsätzlich beachtet werden?

Mit welchen Massnahmen können in einem Spital ähnliche Situationen künftig verhindert werden?

## Lehre aus dem Vorfall

Bei aktiv geäussertem Wunsch nach Nichtreanimation muss situationsbezogen der Patientenwille geklärt und dokumentiert werden.

## Impressum

Thema im Fokus erscheint 4-mal jährlich

### Herausgeber

Stiftung Dialog Ethik  
Schaffhauserstrasse 418  
CH-8050 Zürich

Tel. +41 44 252 42 01  
Fax +41 44 252 42 13  
info@dialog-ethik.ch  
www.dialog-ethik.ch

ISSN 2297-3192 (Print)  
ISSN 2235-2406 (Online)

### Redaktion und regelmässige Mitarbeit

Jürg Burkhard, Markus Christen,  
Jean-Pierre Wils

### Gestaltung, Produktion

MADdesign, www.maddesign.ch

### Druck

Künzle Druck AG, www.kuenzledruck.ch

### Korrektorat

Marion Wenger, marion-wenger@bluewin.ch

### Bildnachweise

iStockphoto

Abonnement von **Thema im Fokus**  
und Einzelausgaben bestellen unter  
www.dialog-ethik.ch/thema-im-fokus

### Preise

1 Jahr/Einzelperson: CHF 125  
1 Jahr/Organisation: CHF 375  
Einzelausgabe: CHF 36

### Inserate im Thema im Fokus

Mediadaten und Inseratepreise:  
www.dialog-ethik.ch/files/  
Mediadaten\_TIF\_2017.pdf

**Thema**  
**Im Fokus.**

Thema der nächsten Ausgabe:  
Unsterblich sein – der Traum von der Selbstoptimierung des Menschen

Nächste Ausgabe, Nr. 134  
Dezember 2017



# Mitgliedschaft Förderverein Dialog Ethik

## Als Mitglied des Fördervereins Dialog Ethik erhalte ich:

- Monatlicher Newsletter von Dialog Ethik
- Einladung zur jährlichen Generalversammlung mit kostenlosem Kolloquium und Apéro riche. Nach informativen Referaten durch ausgewiesene Experten werden am Kolloquium aktuelle Fragen im Plenum diskutiert und somit auch Mitgliedernetzwerke für neue Erkenntnisse und Synergien geschaffen.

## Speziell für Einzelmitglieder:

- Kostenlose Teilnahme am jährlichen Ethik-Foren-Treffen (im Wert von CHF 95.-). Ein Ethik-Forum ist ein Gefäss zur bewussten ethischen Reflexion und Entscheidungsfindung. Jedes Jahr an einem Nachmittag findet das Treffen zu einem aktuellen Thema in wechselnden Organisationen (Spitäler, Heime etc.) statt, die über ein Ethik-Forum in Kooperation mit Dialog Ethik verfügen.
- 1 kostenloses gebundenes Exemplar der Patientenverfügung inkl. Wegleitung (im Wert von CHF 22.50).
- Kurze kostenlose telefonische Beratung zu Patientenverfügungen unter Telefon 044 252 42 01.

- Umfassendere, persönliche Einzelberatung zur Patientenverfügung mit 70 % Rabatt auf den Tarif von CHF 160.-/Std. (bei Sozialleistungen nach Vereinbarung).
- Gruppenberatung mit max. 12 Teilnehmenden zum Thema «Patientenverfügung» mit 70 % Rabatt auf den Tarif von CHF 80.- pro Person, Dauer 2.5 Std.
- Kostenlose telefonische Unterstützung Ihrer vertretungsberechtigten Personen bei der Umsetzung der Patientenverfügung im Spital oder Heim.
- Unterstützung Ihrer vertretungsberechtigten Personen vor Ort im Spital oder Heim bei der Umsetzung der Patientenverfügung mit 70 % Rabatt auf den Tarif von CHF 260.-/Std. (zzgl. Wegkosten von CHF 70.-/Std.).

Förderverein Dialog Ethik  
Schaffhauserstrasse 418  
8050 Zürich

T +41 44 252 42 01

F +41 44 252 42 13

fv@dialog-ethik.ch

www.fv.dialog-ethik.ch

IBAN: CH38 0070 0112 9000 7576 0

Förderverein  IALOG ETHIK

Förderverein  IALOG ETHIK

Bitte  
frankieren

Förderverein Dialog Ethik  
Schaffhauserstrasse 418  
8050 Zürich