

Wie aussichtslos sind Reanimationsversuche bei leblos aufgefundenen Pflegeheimbewohnern?

Andreas Günther¹, Carsten Bretschneider², Silke Freihoff³, Birgit Hartleb⁴, Martina Hasseler⁴, Constanze Janda⁵, Karen Nolte⁶, Juliane Poeck², Nadia Prim⁶, Sven-Nelson Ruppert⁴, Nils Schneider³, Sven Schwabe³, Matthias Fischer⁷
¹Feuerwehr, Stadt Braunschweig, Email: andreas.guenther@braunschweig.de; ²Institut für Allgemeinmedizin, Universität Jena; ³Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover; ⁴Fakultät Gesundheitswesen, Ostfalia Hochschule, Campus Wolfsburg; ⁵Universität Speyer; ⁶Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Medizinische Fakultät Heidelberg; ⁷Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Alb Fils Kliniken, Göppingen

E-Poster DIVI20Virtuell 02.-04.12.2020

Abstract

Fragestellung: In Pflegeeinrichtungen sind Reanimationsversuche (CPR) im Vergleich zu Sterbefällen selten [1]. Dieses visualisieren die Faktenboxen im Poster unter „1 Hintergrund“. Eine Krankenhausentlassung mit neurologisch gutem Ergebnis wird bei diesen CPR nur in seltenen Fällen (etwa 2%) erreicht [2]. Bei unbeobachtetem Kollaps ist diese Wahrscheinlichkeit weiter reduziert. Das führt zu der Frage, inwieweit CPR bei Pflegeheimbewohnern mit Herzkreislaufstillstand bei unbeobachtetem Kollaps aussichtslos und damit nicht indiziert sind.

Methodik: Retrospektive Auswertung prähospitaler CPR der Jahre 2011 bis 2018 des Deutschen Reanimationsregisters als Sekundärauswertung der Datenbasis von [2]. Ausschluss von Versorgungsbereichen mit Verfügbarkeit von Weiterversorgungsdaten unter 60%, von Patienten unter 65 Jahren und von CPR außerhalb von Pflegeeinrichtungen. Patienten mit unbeobachtetem Kollaps als Studiengruppe und mit beobachtetem Kollaps als Vergleichsgruppe; zwei altersspezifische Subgruppen. Deskriptive Statistik.

Ergebnisse: Studiengruppe: 1.678 Patienten, Durchschnittsalter 83,1 Jahre (SD +/-7,4); 1.019 (60,7%) weiblich; 58 Lebendentlassungen aus dem Krankenhaus (3,5%), davon
 > 30 (1,8%) mit cerebral performance category (CPC) 1 oder 2
 > 15 (0,9%) CPC unbekannt
 > 13 (0,8%) CPC 3 oder 4;

• Tod im Krankenhaus 497 (29,6%), davon
 > fünf (0,3%) nach Tag 30,
 > 143 (8,5%) nach 24 h bis Tag 30
 > 349 (20,8%) innerhalb 24 h.

• Tod am Einsatzort: 1.123 (66,9%) Patienten.

In 112 Fällen (6,7%) initial defibrillierbarer Herzrhythmus; in 390 (23,2%) Fällen CPR Beginn vor Ankunft des Rettungsdienstes.

Vergleichsgruppe: 1.222 Patienten, Durchschnittsalter 84,2 (SD +/-7,3); 747 (61,1%) weiblich;
 • 60 Lebendentlassungen (4,9%); davon
 • 34 (2,8%) CPC 1 oder 2
 • 15 (1,2%) CPC unbekannt
 • 11 (0,9%) CPC 3 oder 4

• Tod im Krankenhaus 405 (33,1%), davon
 • Keiner nach Tag 30
 • 136 (11,1%) nach 24 h bis Tag 30
 • 269 (22,0%) bis 24 h

• Tod am Einsatzort: 757 (61,9%) Patienten.

In 96 Fällen (7,9%) initial defibrillierbarer Herzrhythmus; in 666 Fällen (54,5%) CPR vor Ankunft Rettungsdienst. Die Ergebnisse werden in der Tabelle unter 3. aufgeführt und mit den Faktenboxen des Posters visualisiert.

Schlussfolgerungen: Auch bei leblos aufgefundenen Pflegeheimbewohnern sind Reanimationsversuche nicht aussichtslos. Eine Indikation zur CPR kann deshalb nicht pauschal ausgeschlossen werden. Entscheidungen sind individuell zu treffen. Die Optionen der Pflegekräfte bei derartigen Entscheidungen für oder wider CPR werden im Weiteren aus pflegerischer, rechtlicher, ethischer, allgemein- und notfallmedizinischer Perspektive diskutiert.

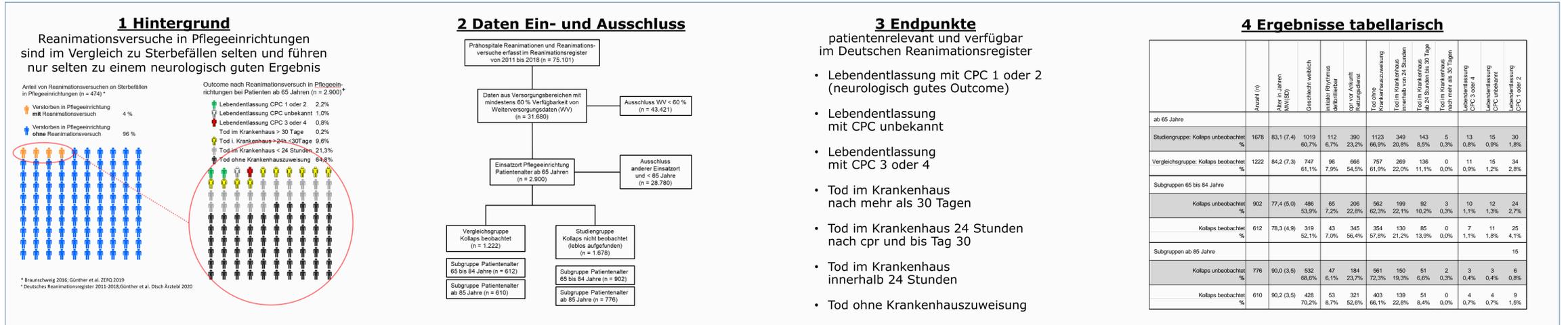
1. Günther A, Schmid S, Weidlich-Wichmann U et al. (2019) Notfallversorgung in Pflegeeinrichtungen in der Stadt Braunschweig: Ein sektorenübergreifender Blick. ZEFQ 141-142: 1-10. doi: 10.1016/j.zefq.2019.02.010
 2. Günther A, Schildmann J, in der Schmitten J et al. Chancen und Risiken von Reanimationsversuchen in Pflegeeinrichtungen. Fakten für Pflegeheimbewohner und Versorger. Dtsch Arztebl 2020; 117: 757-63. doi: 10.3238/arztebl.2020.0757
 3. Gräsner J-T, Seewald S, Wnent J et al. (2011) Strukturierte Reanimationsdatenerfassung: Datensatz Erstversorgung und Weiterversorgung. Anästh Intensivmed: S707-S715



NOVELLE

Im Notfall sicher handeln.

Innovationsfondprojekt NOVELLE Sektorenübergreifendes & integriertes Notfall- und Verfügungsmanagement für die letzte Lebensphase (Förderkennzeichen: 01NVF18007)



7 Notfallmedizinische Interpretation

- Bei unbeobachtetem Kollaps, also bei Auffinden in Leblosgkeit, sind die Überlebenschancen wie erwartet reduziert
- Gegenüber einem beobachteten Kollaps verschiebt sich das Spektrum der Outcomes bei unbeobachtetem Kollaps zu häufigerem Versterben am Einsatzort, seltenerem Transport ins Krankenhaus und dort kürzerem Überleben
- Diese Verschiebungen des Spektrums der Outcomes sind bei hochbetagten Pflegeheimbewohnern (ab 85 Jahren) besonders ausgeprägt, aber auch bei diesen leblos aufgefundenen Menschen führten sechs (0,8%) Reanimationsversuche zu einem neurologisch gutem Ergebnis
- Der Unterschied der Ergebnisse zwischen den Altersgruppen beruht vermutlich eher auf mehr und schwereren Vorerkrankungen und häufigerer Gebrechlichkeit (frailty), als auf dem kalenderischen Alter

8 Perspektive Pflege

- Gesetze, Vorschriften, Heimstandards sowie pflegeethische Haltung können sich widersprechen, daraus resultiert nicht selten ein Dilemma
- Aus der geringen Quote von Pflegekräften in Pflegeeinrichtungen insbesondere in der patientennahen Versorgung resultiert eine Diskrepanz zwischen derzeitiger Qualifikation/ Bildungsstand der Pflegekräfte und hohen Anforderungen
- Vermutlich werden zum einerseits Reanimationsversuche bei Bewohnern gegen ihren Willen durchgeführt,
- andererseits scheint auch das Ableben von Bewohnern durch Unterlassen von Hilfemaßnahmen in Kauf genommen zu werden

9 Perspektive Recht

- Im Pflegeberufegesetz finden sich keine klaren Handlungsanweisungen. Es gibt die Ausbildungsziele wieder und definiert den Pflegekräften vorbehaltene Tätigkeiten.
- Pflegekräfte erfassen Vitalparameter und beobachten den Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person. Diese Beobachtungen teilen sie einem Arzt mit, der daraus die Indikation ableitet.
- Ist eine Reanimation möglich, müssen Pflegekräfte bis zum Eintreffen des Arztes lebensrettende / lebenserhaltende Maßnahmen einleiten. Pflegekräfte kommen im Betreuungsrecht nicht vor. Nach § 1901b BGB prüft der behandelnde Arzt, welche Maßnahmen im Hinblick auf den Patientenwillen indiziert sind. Eine pauschale Vorabdelegation dieser Aufgabe ist nicht zulässig.
- Unterlässt eine Pflegekraft in Kenntnis und Befolgung der Patientenverfügung die Reanimation, besteht immer die Gefahr, dass Angehörige den Träger der Einrichtung oder die Pflegekraft anzeigen (Gründe?). Jedoch dürften diese nur selten zu Anklagen oder gar Verurteilungen führen, denn es kommt darauf an, ob die Pflegeperson mit ihrem Kenntnisstand ex ante so reagiert hat, wie es eine verständige Pflegeperson tun würde (= individuelle Vorwerfbarkeit und Vermeidbarkeit des Todesintritts).
- Reanimation gegen den sicheren Willen des Heimbewohners wäre als Körperverletzung strafbar.

10 Perspektive Ethik

- Dem Willen der Bewohner ist aus ethischer Sicht ein besonders hoher Stellenwert einzuräumen
- Eine Indikation ist notwendige Voraussetzung für das Einleiten einer pflegerischen oder medizinischen Maßnahme. Wenn das Therapieziel nicht erreichbar ist, ist eine medizinische Indikation von vornherein ausgeschlossen
- Voraussetzungen bzw. Rekonstruktion des mutmaßlichen Willens nehmen zumeist eine „Wenn-Dann-Struktur“ aus Antezedenz und Konsequenz an (z.B. „Wenn x, dann keine Reanimation“) an, seltener die Form von kategorischen Urteilen (z.B. „In keinem Fall eine Reanimation“)
- Bei der Entscheidung für oder wider Reanimationsmaßnahmen sind besonders hohe Anforderungen an die Sicherheit/ Feststellung des Bewohnerwillens zu stellen (Ist die Willensäußerung informiert? Trifft das Antezedenz zu?)
- Bei epistemischer Unsicherheit ist zu Gunsten des Einsatzes lebenserhaltender Maßnahmen zu optieren; entsprechend muss die Rekonstruktion des mutmaßlichen Willens an Hand konkreter Anhaltspunkte erfolgen, nicht auf allgemeinen Mutmaßungen hinsichtlich der Sinnlosigkeit von Maßnahmen (vgl. futility-Debatte)
- Einer informierten kategorischen Ablehnung von Reanimationen sollte aus ethischer Sicht Folge geleistet werden

11 Medizinische Perspektive

- Aus ärztlicher Sicht wird erwartet, dass eine ärztliche Anordnung für den Notfall (z.B. nach § 132g SGB V) zur Rechtssicherheit von Pflegekräften beitragen kann, derartige Anordnungen sind aber bei Bewohnern von Pflegeeinrichtungen noch selten
- Die Feststellung einer (Un)Sinnhaftigkeit einer Reanimation setzt eine komplexe Entscheidungskompetenz voraus, die strukturell bedingt durch Pflegekräfte wenig gegeben ist

12 Schlussfolgerungen

- Eine Indikation zu einem Reanimationsversuch kann auch bei leblos aufgefundenen Pflegeheimbewohnern nicht pauschal ausgeschlossen werden, eine Indikation zur CPR kann gegeben sein, die Entscheidung muss im individuellen Fall getroffen werden
- Maßgeblich ist der Wille des Betroffenen, dessen Umsetzung eine komplexe Entscheidungsfindung in einem rechtlich-ethischen Graubereich erfordert
- Aus der Garantenpflicht der Pflegekräfte lässt sich nicht per se eine Reanimationspflicht ableiten
- Bei Unterlassung eines Reanimationsversuches im Rahmen des verfügten oder erklärten Willens des Bewohners kann eine strafrechtliche Ermittlung nicht sicher ausgeschlossen werden
- Auch das Vorhandensein einer Pflegebeziehung zwischen Pflegefachkraft und Bewohner spielt eine Rolle für die Entscheidungsfindung für oder wider einen Reanimationsversuch