

Empfehlungen zum Umgang mit Do-Not-Resuscitate (DNR)-Anordnungen in der Universitätsmedizin

Grundlagen

Die kardiopulmonale Reanimation (CPR) ist eine medizinische Maßnahme, für welche grundsätzlich die gleichen Voraussetzungen gelten wie für andere medizinische Eingriffe. Die medizinische Indikation für die Durchführung einer Reanimation ergibt sich aus einer sorgfältigen Abwägung von Nutzen und Risiken für den Patienten. Weiter bedarf die Reanimation, solange sie nicht im Zusammenhang mit der gesetzlichen Rettungspflicht erfolgt, der Zustimmung des Patienten bzw. seines Betreuers/Bevollmächtigten/gesetzlichen Vertreters. Diese ist angesichts der kurzen Reaktionszeiten für die erfolgreiche Reanimation im Idealfall vorab einzuholen. Im Zweifelsfall gilt, dass bei Erfolgsaussicht eine Reanimation durchzuführen ist. Unter den besonderen Umständen des Kreislaufstillstands ist jedoch die Einleitung oder Fortführung von Wiederbelebungsmaßnahmen nicht angemessen, sobald festgestellt wird, dass:

- der Patient keine Reanimation wünscht.
- die Reanimation im Hinblick auf das angestrebte Behandlungsziel aussichtslos ist.

Im Rahmen der rechtzeitigen Beschäftigung mit dieser Thematik ist eine eindeutige Festlegung des Behandlungsumfanges im Vorfeld wünschenswert. Nur so können ungewollte und unnötige Reanimationen vermieden werden. Für diesen Zweck bieten DNR Anordnungen die Möglichkeit, solche vorab getroffenen Entscheidungen eindeutig nachvollziehbar und strukturiert festzuhalten und weiterzugeben.

Die Nutzung solcher Anordnungen steht im Einklang mit den Leitlinien zur Reanimation des European Resuscitation Council (ERC¹) und der American Heart Association (AHA²).

Zweck

DNR-Anordnungen sollen:

- dem Patientenwillen Geltung verschaffen.
- nicht indizierte medizinische Maßnahmen verhindern.
- Klarheit für das Behandlungsteam schaffen.

Adressat

DNR-Anordnungen richten sich an medizinisches Personal, welches ggf. Reanimationsmaßnahmen bei einem Patienten einleiten müsste, ohne über die Wünsche und Prognose des Patienten umfassend informiert zu sein. Hauptadressat sind damit Pflegende sowie Ärzte, die den Patienten nur vorübergehend oder vertretungsweise betreuen.

¹ Resuscitation 81(2010) 1219-1451

² Circulation 2010 Volume 122, Issue 18_suppl_3;

Anforderungen

Um adäquat umsetzbar zu sein und den hohen Anforderungen an den Verzicht auf lebensrettende Maßnahmen genügen zu können, muss eine DNR-Anordnung folgende Punkte erfüllen:

- **Eindeutigkeit** der getroffenen Anordnungen unter klarer Angabe der Entscheidungsgrundlage
- **Entlastung** von erneuter ausführlicher Prüfung
- **Identifikation des Anordnenden**
- **Differenzierte Angaben zu den Maßnahmen**

Es muss somit gewährleistet sein, dass die Adressaten einer solchen Anordnung das entsprechende Formular lediglich auf seine Aktualität und Gültigkeit prüfen müssen. Die Anordnung, sowie der zugrundeliegende Entscheidungsprozess an sich müssen als korrekt vorausgesetzt werden können.

Zeitpunkt

DNR-Anordnungen sollten sich immer auf eine konkrete Situation beziehen und sind in ihrer Gültigkeitsdauer klar begrenzt. Sobald die Entscheidung getroffen wird auf eine Reanimation zu verzichten, sollte eine DNR-Anordnung verfasst werden.

DNR-Anordnungen auf Patientenwunsch können in jeder Behandlungssituation verfasst werden, müssen jedoch auch bei Änderungen der Situation oder des Behandlungsortes erneuert werden.

Es ist immer anzustreben eine DNR-Entscheidung in einer möglichst stabilen Situation und ohne Zeitdruck zu treffen.

Gültigkeit

Auf dem Patientenwillen basierende DNR-Anordnungen verlieren mit jeder Änderung des Patientenwillens ihre Gültigkeit.

Ist die DNR-Anordnung auf medizinische Aussichtslosigkeit gestützt, ist sie zu verwerfen, wenn sich die prognostische Situation in einer Neubewertung anders darstellt, als bei der DNR-Anordnung zu Grunde gelegt worden war.

Immer dann, wenn der Adressat der DNR-Anordnung begründete Zweifel bezüglich der Gültigkeit hat, ist er nicht an sie gebunden. Die Gründe sind zu dokumentieren.

Gültigkeitsdauer

Die DNR-Anordnung bezieht sich auf den aktuellen Aufenthalt in der Universitätsmedizin. DNR-Anordnungen sind grundsätzlich regelmäßig auf ihre Gültigkeit zu überprüfen. Ist der Patientenwunsch die Grundlage der Anordnung, behält die Anordnung ihre Gültigkeit bis zu einer Willensänderung. Dabei obliegt es den behandelnden Ärzten auf Änderungen der Wünsche des Patienten zu achten und diese ggf. zu eruieren.

Anordnungen, welche ausschließlich auf medizinischer Aussichtslosigkeit basieren, sind prinzipiell in festgelegten Abständen zu überprüfen und mit einer begrenzten Gültigkeitsdauer zu versehen. Hierfür wird eine Gültigkeitsdauer von 72 Stunden vorgeschlagen.

Spezielle Situationen

In einigen Situationen kann es notwendig sein, die DNR-Anordnung für einen gewissen Zeitraum auszusetzen oder speziell auf die Situation zugeschnittene Anordnungen zu treffen, so zum Beispiel für Operationen. Auch wenn allgemein keine lebensverlängernden Maßnahmen gewünscht werden, können diese in einem solchen Zusammenhang sinnvoll sein. Ein Beispiel sind leicht behebbare Komplikationen im Rahmen eines aus symptomatischer Indikation durchgeführten Eingriffs. Solche Eingriffe sollten einem Patienten nicht verwehrt werden, weil ein DNR/DNI-Status besteht. Eine elektive Intubation aus umschriebenem Anlass ist prognostisch deutlich von einer Intubation bei respiratorischer Insuffizienz abzugrenzen und ist daher durchaus mit einem DNR-Status vereinbar. Es empfiehlt sich für diese Situationen jeweils entsprechende Vorgehensweisen festzulegen und zu dokumentieren.

Entscheidungsprozess

Jede DNR-Anordnung setzt die vorherige intensive Beschäftigung des Behandlungsteams mit der Erkrankung, deren Prognose und dem Willen des Patienten voraus. Da eine gute prognostische Einordnung eines Krankheitsbildes häufig erst durch Beobachtung des Verlaufs gelingt, sollten DNR-Anordnungen bei nicht schon vorher hinreichend bekannten Patienten in der Regel nicht innerhalb der ersten 24 Stunden der Behandlung verfasst werden. Ausgenommen von dieser Regelung sind prognostisch völlig unzweifelhafte Zustände und eindeutige Willensäußerungen des Patienten.

Das Verfassen von DNR-Anordnungen liegt in der Verantwortung des behandelnden Oberarztes (Facharzt-niveau) und sollte in der Regel von mindestens zwei Ärzten gemeinsam durchgeführt werden. Diese unterschreiben die Anordnung. Wann immer möglich, ist auch das Pflegepersonal in die Entscheidungsfindung mit einzubeziehen. Dessen Eindrücke vom Patienten sind zu berücksichtigen.

Voraussetzungen für DNR

Bevor eine DNR-Anordnung verfasst wird, sind je nach Grundlage der Anordnung unterschiedliche Voraussetzungen zu überprüfen.

Bei DNR-Anordnung auf Patientenwunsch:

- Ist der Patient gegenwärtig einwilligungsfähig?
- Ist der Patient über seine gegenwärtige Situation, Therapieoptionen und Prognose ausreichend aufgeklärt, und hat er diese Informationen verstanden?
- Basiert die Entscheidung auf einer wohl begründeten, rationalen Einschätzung der Situation (d.h. wurde sie nicht ausschließlich situativ getroffen)?
- Ist der geäußerte Patientenwunsch auf die gegenwärtige Situation anwendbar?

Bei Anordnungen auf Grund einer Patientenverfügung³:

- Trifft die Patientenverfügung auf die konkrete Lebens- und Behandlungssituation sowie die darin indizierten Maßnahmen zu?

³ Gemäß Betreuungsrecht ist diese Prüfung primär Aufgabe des Betreuers / Bevollmächtigten. Der Arzt steht jedoch ebenfalls in der Pflicht, sich vom Willen des Patienten zu überzeugen, da er bei fehlendem Einvernehmen mit dem Betreuer/Bevollmächtigten das Betreuungsgericht anrufen muss (§ 1901 a Abs. 1 BGB und §1904 Abs. 4 BGB)

- Hat der Patient zum Zeitpunkt der Abfassung der Patientenverfügung die Vor- und Nachteile seiner Entscheidung beurteilen können, z.B. auf der Grundlage ärztlicher Beratung oder vor dem Hintergrund seiner persönlichen Werthaltungen?
- Gibt es seit der Abfassung der Patientenverfügung keine konkreten Anhaltspunkte für eine Willensänderung oder gar einen Widerruf der Patientenverfügung?

Bei Anordnungen entsprechend dem mutmaßlichen Patientenwillen⁴

- sind alle konkreten Anhaltspunkte zu ermitteln, insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Patienten. Dabei sind insbesondere Äußerungen des Patienten gegenüber Ärzten, Pflegepersonal, vor-betreuendem Hausarzt, Freunden und Angehörigen zu erfragen.
- ist zu prüfen, ob die Anordnung den Wertvorstellungen und der Einstellung des Patienten (nicht der Angehörigen) entspricht.

Bei Anordnungen auf Grund medizinischer Aussichtslosigkeit von erweiterten Maßnahmen⁵:

- Sind Verlauf und Erkrankung des Patienten hinreichend beurteilbar?
- Sind die vorliegenden Befunde kongruent und ausreichend vollständig?
- Wurde soweit möglich die Meinung vorbetreuender Kollegen eingeholt?

Da der Wille des Patienten grundsätzlich Priorität hat, sind die oben genannten Kriterien in einer hierarchischen Ordnung zu verstehen. Der aktuell geäußerte Wille ist immer bindend, Patientenverfügung oder mutmaßlicher Wille finden nur dann Anwendung, wenn der Patient nicht mehr einwilligungsfähig⁶ ist. Hier ist immer der Betreuer/Bevollmächtigte/Angehörige/gesetzliche Vertreter des Patienten hinzuzuziehen. Daraus folgt die Verpflichtung auch bei Vorhandensein einer Patientenverfügung den Inhalt dieser und deren Gültigkeit mit dem Patienten oder seinem Vertreter zu besprechen. Die Klärung der genannten Voraussetzungen für die Erstellung einer DNR-Anordnung und die damit verbundenen Gespräche mit Patient bzw. seinem Betreuer/Bevollmächtigten/Angehörigen/gesetzlichen Vertreter obliegen einem erfahrenen Facharzt.

Bestehen bei gegebener medizinischer Indikation zur Reanimation ärztlicherseits Zweifel an der Gültigkeit des geäußerten Patientenwillens, einer Patientenverfügung oder eines festgestellten mutmaßlichen Patientenwillens, so ist von der Erstellung einer DNR-Anordnung Abstand zu nehmen, bis – ggf. auch über das Betreuungsgericht – eine Klärung herbeigeführt wurde. Von einer medizinisch indizierten Reanimation darf bis dahin nicht abgesehen werden.

Aussichtslosigkeit

Die Aussichtslosigkeit einer medizinischen Maßnahme verbietet deren Durchführung. Niemand kann von dem behandelnden Arzt die Durchführung von Maßnahmen verlangen, von deren Nutzen er aufgrund objektiver Parameter nicht überzeugt ist. Während jedoch eine solche Abwägung bei ausreichender Zeit und Kenntnis der Vorgeschichte durch den

⁴ Siehe Fußnote 3

⁵ Die Indikationsstellung für ärztliche Maßnahmen im Hinblick auf den Gesamtzustand und die Prognose des Patienten ist Aufgabe des Arztes. Ärztliche Maßnahmen sind von Arzt und Betreuer unter Berücksichtigung des Patientenwillens zu erörtern (§ 1901 b Abs. 1 BGB).

⁶ Einwilligungsfähigkeit beruht auf der Einsichts- und Urteilsfähigkeit einer Person, in die Verletzung eines ihm zuzurechnenden Rechtsguts einzuwilligen

einzelnen Arzt individuell erfolgen kann, wird im Rahmen einer DNR-Anordnung auch für andere nachfolgende Mitbehandler entschieden. Daher ist das Kriterium der Aussichtslosigkeit im Rahmen einer DNR-Anordnung grundsätzlich eng zu fassen. Eine allgemeingültige Definition der Aussichtslosigkeit existiert nicht. Im Kontext der Reanimation bezieht sich diese Nutzenabwägung dann auch nur auf die Erfolgchancen dieser Maßnahme. Der Erfolg von Reanimationsmaßnahmen wird in der Regel als Überleben bis zur Krankenhausentlassung bemessen. Somit ist eine Reanimation in der Regel dann aussichtslos, wenn der Patient nach allem Ermessen auf Grund der Schwere seiner Grunderkrankung das Krankenhaus auch bei ggf. zeitweise wiederhergestelltem Kreislauf nicht lebend verlassen wird. Umgekehrt bedeutet eine insgesamt infauste Prognose nicht automatisch die Aussichtslosigkeit der CPR. Dies gilt insbesondere für passagere und behebbare Ursachen des Kreislaufstillstandes.

Bei Menschen, welche sich offenkundig bereits im Sterbeprozess befinden, ist die Reanimation nicht indiziert.

Grundsätzlich soll die medizinische Aussichtslosigkeit mit dem Patienten bzw. seinem Betreuer/Bevollmächtigten/Angehörigen/gesetzlichen Vertreter besprochen werden.

Dokumentation und Kommunikation der DNR-Anordnung

Eine DNR-Anordnung wird in der Universitätsmedizin mittels des im Anhang befindlichen Formulars dokumentiert. Auf ein vollständiges Ausfüllen des Formulars ist dringend zu achten, da nur dann die Gültigkeit sichergestellt ist. Das Formular ist gut sichtbar in der aktuellen Patientenkurve abzuheften.

Die DNR-Entscheidung ist innerhalb des Behandlungsteams direkt zu kommunizieren und ggf. zu erläutern. Zweifel an der Entscheidung sollten hierbei besprochen werden. Die rechtzeitige und offene Diskussion divergierender Meinungen hilft Konflikte innerhalb des Teams zu verhindern. Häufig entstehen solche Konflikte auf Grund eines unterschiedlichen Informationsstandes und sind damit vermeidbar.

Wird eine DNR-Anordnung aufgehoben oder widerrufen, soll dies ebenso deutlich auf dem Formular dokumentiert werden (**deutliches Durchstreichen, Angabe mit wem die Aufhebung besprochen wurde, Datum, Name, Unterschrift des aufhebenden Arztes**). Das Aufheben einer DNR-Anordnung erfolgt nach den gleichen Verfahrensweisen wie die ursprüngliche Anordnung. Die Gründe sind im Verlaufsbogen der Patientenkurve zu dokumentieren.

Der Ablauf eines Gesprächs mit einem Patienten bzw. seinem Betreuer/Bevollmächtigten/Angehörigen/gesetzlichen Vertreter über eine Therapiebegrenzung bis hin zum Verzicht auf eine Herz-Lungen-Wiederbelebung ist von vielen Faktoren, insbesondere natürlich vom situativen Kontext abhängig. Wichtige Grundprinzipien sind in Abb. 1 dargestellt.

Bei komplexen Situationen ist eine Gesprächsdauer von 30 bis 60 Minuten einzuplanen. Manche Patienten und Angehörige fürchten, dass eine Therapiebegrenzung zu verminderter Fürsorge führen könnte. Umso wichtiger ist die Klarstellung, dass es sich nicht um einen „Behandlungsabbruch“, sondern um eine Therapiezieländerung handelt, die die Aufmerksamkeit des Behandlungsteams für das Wohlbefinden des Patienten nicht berührt.

Auf dem Formular findet sich ein Feld für die Unterschrift von Angehörigen, um die im Gespräch besprochenen Ziele und Behandlungsumfang gemeinsam dokumentieren zu können. Während einige Angehörige diese Einbeziehung auch in Form einer Unterschrift begrüßen, können sich andere in dieser schwierigen Situation damit überfordert fühlen. Es

sollte daher mit entsprechendem Einfühlungsvermögen vorgegangen werden, damit die Angehörigen hier nicht unverhältnismäßig belastet werden. Die Unterschrift der Angehörigen ist aus rechtlicher Sicht nicht erforderlich und muss daher nicht unbedingt eingeholt werden.

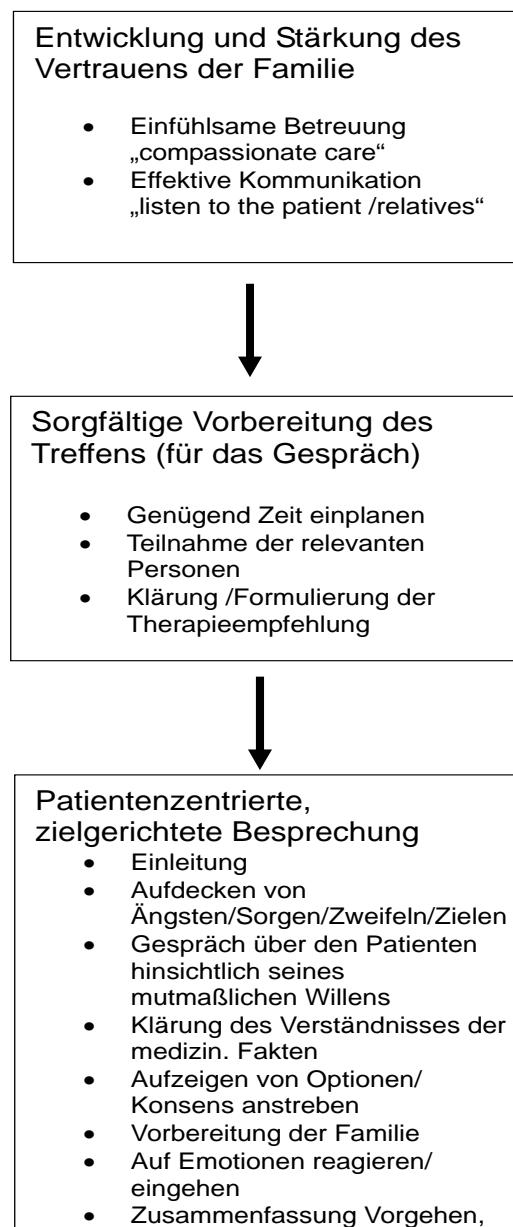


Abb. 1: Grundprinzipien des Gesprächs über Therapiebegrenzung und/ oder Verzicht auf Herz-Lungen-Wiederbelebung.

Aus: De Lisser HM: How I conduct the family meeting to discuss the limitation of life-sustaining interventions: a recipe for success. Blood 2010 Sep9; 116(10): 1648.54

Cave

Die DNR-Anordnung dient dem Wohl des Patienten und dessen Schutz vor nicht indizierten oder vom Patienten nicht gewünschten Maßnahmen. Dabei darf sie keinesfalls dazu führen, dass dem Patienten indizierte Behandlungsmaßnahmen vorenthalten werden.

Der genaue Inhalt einer DNR-Anordnung ist zu beachten.

Beim Umgang mit betreuenden Angehörigen (§ 1901b Abs. 2 BGB) ist zu bedenken, dass auch diese durch Umstände und Entscheidungen am Lebensende psychischen Schaden erleiden können, insbesondere wenn sie nicht ausreichend auf eine solche Situation vorbereitet sind. Auch wenn primär der Patient im Vordergrund stehen muss, sind mögliche negative Auswirkungen auf die Angehörigen zu bedenken und wo möglich abzumildern.

Konflikte

In problembehafteten Situationen und bei Konflikten innerhalb des Behandlungsteams oder zwischen Behandlern und Angehörigen/Betreuenden sollte als erster Schritt das offene Gespräch gesucht werden.

Auch eine rechtzeitige Konsultation des klinischen Ethikkomitees kann hier hilfreich sein. Bei unauflösbaren Konflikten ist als letzter Schritt die gerichtliche Klärung möglich.