

Klinisches Ethikkomitee im Klinikum St.-Marien-Hospital Lünen

Empfehlungen zum Verzicht auf Wiederbelebung

1)

„Der Tod ist das allgemeinste und jeder Mensch erklärt, es sei natürlich und selbstverständlich, dass man sterbe. Und doch lebt in jedem Mitmenschen ein geheimer Protest und das unauflösliche Grauen vor diesem Ende.“ Dieser herausfordernde Satz des katholischen Theologen Karl Rahner beschreibt auch den ambivalenten Umgang mit Tod und Sterben im Krankenhaus. Einerseits ist das Handeln im Krankenhaus eindeutig von der Absicht bestimmt, Leben zu erhalten und zu retten. Andererseits gibt es im Krankenhaus ein ausgeprägtes Bewusstsein für die Notwendigkeit, sich der Endlichkeit des menschlichen Daseins zu stellen. Beides kann für sich in Anspruch nehmen, im Namen der Menschlichkeit zu geschehen: Hinter dem Kampf gegen den Tod steht die menschliche Sehnsucht nach einem möglichst langen und gesunden Leben. Eine Lebensverlängerung um jeden Preis empfinden viele allerdings als eine qualvolle und unmenschliche Verlängerung des Sterbens.

Dabei ist in den letzten Jahrzehnten eine Verschiebung zu beobachten, die mit dem Fortschritt in der Medizin zu tun hat: Lag lange Zeit der Schwerpunkt darauf, die lebensverlängernden Möglichkeiten der Medizin auszuschöpfen und zu erweitern, so ist heute die Sensibilität dafür gewachsen, dass es Situationen gibt, in denen die Menschlichkeit gebietet, den Tod nicht länger zu verhindern. Zu den Aufgaben von Ärzten und Pflegenden im Krankenhaus gehört nicht nur, „Leben zu erhalten und Gesundheit zu schützen bzw. wiederherzustellen“, sondern genauso, „Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen“ (Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung). Die Entscheidung, ab wann an die Stelle von Lebenserhaltung und Lebensverlängerung eine palliative Versorgung tritt, gehört zu den großen Herausforderungen im Krankenhaus.

2)

Ein Schritt im Rahmen eines solchen Entscheidungsprozesses ist der Verzicht auf Wiederbelebung (VaW), häufig mit der Abkürzung DNR (do not resuscitate) bezeichnet. Damit ist der Verzicht auf alle Maßnahmen der kardio-pulmonalen Reanimation gemeint (Intubation, Beatmung, manuelle Thoraxkompression, Defibrillation, medikamentöse Therapie).

Wo ein VaW ausgesprochen wird, ist zwar häufig daran gedacht, generell von einer kurativen auf eine palliative Therapie umzuschwenken. Das muss aber nicht immer so sein. Denkbar – und in der Praxis sogar häufig anzutreffen – sind auch Fälle, in denen bei angeordnetem VaW die Option auf andere lebenserhaltende bzw. lebensverlängernde Maßnahmen bewusst offen gehalten wird. Die Abkürzung AND (allow natural death), die seit wenigen Jahren als alternative Bezeichnung für den VaW in Gebrauch gekommen ist, verwischt diese Unterscheidungen und soll deshalb im folgenden nicht verwendet werden. Es empfiehlt sich ein differenziertes Vorgehen, das zunächst ein Therapieziel festlegt und von dort nach der Sinnhaftigkeit einzelner Maßnahmen fragt und dafür jeweils entsprechende Entscheidungen fällt.

3)

Das Aussprechen eines VaW darf unter keinen Umständen bedeuten, dass sich Ärzte und Pflegende vom Patienten abwenden und die Betreuung zurückfahren („da wird nichts mehr gemacht“). Der VaW sollte im Gegenteil Teil eines sorgfältig durchdachten – und sorgfältig durchgeführten – Therapiekonzeptes sein. Ein solches Konzept kann durchaus andere

lebenserhaltende Maßnahmen umfassen oder aber eine intensive palliativmedizinische Betreuung beinhalten.

4)

Ein VaW bereitet eine Notfallsituation vor, in der unter großem Zeitdruck entschieden und gehandelt werden muss und eine ethische Reflexion nicht möglich ist. Er muss daher zum einen rechtzeitig ausgesprochen werden, zum anderen so formuliert und kommuniziert werden, dass er jederzeit greifbar ist. „DNR-Anordnungen ... übersetzen die Ergebnisse gründlicher ethischer Überlegungen in das Vokabular des Notfalls“.¹

5)

Eine VaW-Entscheidung ist unter folgenden Voraussetzungen möglich:

a)

Der einwilligungsfähige Patient oder sein gesetzlicher Betreuer lehnen in dem Gespräch mit dem Arzt Wiederbelebensmaßnahmen ausdrücklich ab. Der Arzt darf diese Maßnahmen dann nicht durchführen. Sollten bei der Ablehnung durch einen gesetzlichen Betreuer medizinische oder ethische Bedenken bestehen, wäre ggf. das Vormundschaftsgericht anzurufen.

b)

Alle erkennbaren Zeichen sprechen dafür, dass der Patient sich im Sterbeprozess befindet. In einer solchen Situation läßt sich eine Entscheidung relativ eindeutig treffen. Für die Durchführung von Wiederbelebensmaßnahmen besteht keine ärztliche Indikation.

c)

Der Sterbeprozess hat noch nicht eingesetzt, der Patient leidet aber an einer unheilbaren Krankheit, die in absehbarer Zeit erwartbar zum Tode führt. Seine Behandlung ist ohne Aussicht auf Erfolg hinsichtlich der Erhaltung seines Lebens. Auch Wiederbelebensmaßnahmen erscheinen im Hinblick auf die Erreichung eines therapeutischen Ziels als medizinisch aussichtslos und würden „Leiden nur verlängern“.²

Auch in diesen Fällen ist zu fragen, ob der ausdrückliche oder mutmaßliche Patientenwille der Wiederbelebung entgegensteht. Aus ethischer Sicht drückt sich in der Berücksichtigung des Patientenwillens der Respekt vor der Autonomie des Patienten aus.

Liegt eine ausdrückliche aktuelle Willenserklärung des Patienten (s.o.) nicht vor, ist der mutmaßliche Wille des Patienten zu ermitteln. Dabei ist zunächst nach dem Vorliegen einer Patientenverfügung und deren Anwendbarkeit auf die konkret vorliegende Situation zu fragen. Liegt keine Patientenverfügung vor oder ist sie nicht verwendbar, muss der Arzt im Gespräch mit den Angehörigen nach früheren Äußerungen des Patienten oder Hinweisen auf seine Lebenshaltung fragen, die Rückschlüsse auf seinen mutmaßlichen Willen zulassen. Steht keine dieser Informationsquellen zur Verfügung, darf sich der Arzt bei der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens auf seine eigene Einschätzung der Situation bzw. die Einschätzung weiterer Mitglieder des therapeutischen Teams beschränken.

¹ Frank P. Schmidt, DNR-Anordnungen – Das fehlende Bindeglied, in: Deutsches Ärzteblatt 30/2009, 1511-1515, S. 1512.

² Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung

Die Ermittlung und Berücksichtigung des Patientenwillens bedeutet aber nicht, dass der Arzt die Forderung des Patienten, seines Betreuers oder von Angehörigen, Wiederbelebungsmaßnahmen in jedem Fall durchzuführen, bei fehlender medizinischer Indikation erfüllen muss. Kein Arzt kann durch den Willen des Patienten zu einer medizinisch sinnlosen Behandlung gezwungen werden.

6)

Beim Gespräch mit dem Patienten bzw. seinen Angehörigen ist deren extrem belastende persönliche Situation zu berücksichtigen. „Ein aktives, aber dennoch behutsames Ansprechen der Problematik ist anzustreben.“³ Ein solches Gespräch darf niemandem aufgezwungen werden, der dazu nicht bereit ist. „Im Gespräch sollten die Krankheitssituation und Prognose sowie die gewünschten Behandlungsziele thematisiert werden. Danach kann, soweit gewünscht, ein ärztlicher Rat abgegeben werden. Man sollte dabei dem Betroffenen weder die ärztliche Sicht aufdrängen noch ihn in seiner Abwägung allein lassen.“⁴ Insbesondere Angehörige dürfen nicht den Eindruck vermittelt bekommen, die Entscheidung über einen VaW hätten sie allein zu verantworten. Gleichzeitig sollte deutlich werden, dass eine VaW-Entscheidung „nicht zu einer Verschlechterung der medizinischen Behandlung führt“.⁵

Nicht immer wird sich eine Entscheidung in einem einzigen Gespräch herbeiführen lassen. Oft ist es für die Betroffenen hilfreich zu wissen, dass die Entscheidung, nicht wiederbelebt zu werden, jederzeit widerruflich ist. Wichtig kann außerdem der Hinweis sein, dass zur Bewältigung der Situation die Seelsorge, der Sozialdienst oder der psychologische Dienst zusätzlich zur Verfügung stehen.

7)

Eine VaW-Entscheidung erfolgt durch zwei behandelnde Ärzte, von denen mindestens einer Chef- oder Oberarzt sein muss. Im Bereich der operativen Intensivmedizin ist dafür ein Konsens zwischen der Anästhesie und der für die Behandlung des Grundleidens zuständigen Fachabteilung Voraussetzung. Die Entscheidung wird wenn irgend möglich in der Regelarbeitszeit getroffen. Das Pflegepersonal ist über einen Meinungsaustausch in den Entscheidungsprozess einzubinden. „Ziel ist die Akzeptanz der Entscheidung durch die Mehrheit der Behandelnden, der Angehörigen und – falls möglich – den Patienten. Ein mangelnder Konsens kann das Klima innerhalb des Teams schwer belasten und hilft dem Patienten nur selten.“⁶

8)

Ist ein Konsens zwischen den Beteiligten nicht zu erreichen oder bleibt die Entscheidung unsicher, besteht die Möglichkeit, das Klinische Ethikkomitee anzurufen.

9)

Eine VaW-Entscheidung „setzt voraus, dass sich die behandelnden Ärzte und Pflegenden vor dieser Entscheidung intensiv mit dem Krankheitsbild, dessen Prognose und der zeitlichen Entwicklung beschäftigt haben.“⁷ Sie wird daher in der Regel frühestens 24 Stunden nach Aufnahme des betroffenen Patienten möglich sein.

³ Schmidt a.a.O. S. 1514.

⁴ Ebd.

⁵ Ebd.

⁶ Schmidt a.a.O. S. 1512

⁷ SOP INT 113

10)

Die Dokumentation erfolgt über einen standardisierten Anordnungsbogen, der Bestandteil der Krankenakte ist, und durch einen Vermerk auf dem Diagnosefeld des aktuellen Kurvenblatts. Der Vermerk enthält auch das Anordnungsdatum. Bei der Kurvenführung ist auf die Übertragung dieses Vermerks zu achten. Die Information über die Anordnung eines VaW ist regelmäßiger Bestandteil des ärztlichen wie des pflegerischen Übergabegesprächs, damit sie im Notfall dem herbeieilenden Arzt bzw. dem Rea-Team weitergegeben werden kann.

11)

Eine VaW-Entscheidung muss alle 72 Stunden (auf der Intensivstation und auf der Stroke unit alle 24 Stunden) neu auf ihre Gültigkeit überprüft werden. Zu überprüfen sind die prognostische Situation und/oder die Kontinuität des Patientenwillens. Für letzteres ist ein regelmäßiger Kontakt zum Patienten und seinen Angehörigen von großer Bedeutung, ohne dass dabei die einmal getroffene Entscheidung immer wieder neu abgefragt werden muss. Die Überprüfung erfolgt durch den behandelnden Arzt. Er dokumentiert sie – unter Angabe des Datums – auf dem Diagnosefeld des Kurvenblattes.

12)

Hat ein Empfänger einer VaW-Entscheidung „relevante Zweifel bezüglich ihrer Gültigkeit oder Authentizität, ist er nicht an sie gebunden.“⁸

Einstimmig verabschiedet in der Sitzung des Klinischen Ethikkomitees vom 20. Mai 2010.

Lünen, den 21. Mai 2010

Dr. Hermann Opgen-Rhein

(Vorsitzender)

Dr. Susanne Karl-Wollweber

(stellvertretende Vorsitzende)

⁸ Schmidt a.a.O. S. 1515