

Rubrik

Verschiedenes

©2022 Dustri-Verlag Dr. K. Feistle
ISSN 0947-5362

Schlüsselwörter

Reanimationsleitlinien
– Aussichtslosigkeit –
DNR-Anordnung –
Patientenverfügung –
Advance-Care-Planning

Key words

resuscitation guidelines
– futility – DNR order –
living will – advance care
planning

Reanimationsverzicht in Präklinik und Klinik

P. Sefrin

ehem. Leiter der Sektion für präklinische Notfallmedizin der Klinik für Anästhesiologie der Universität Würzburg, Würzburg

Reanimationsverzicht in Präklinik und Klinik

Die cardio-pulmonale Reanimation ist ein etabliertes Therapieverfahren bei plötzlichem Kreislaufstillstand. Nicht bei jedem Patienten mit Stillstand ist jedoch die Indikation zum Beginn gegeben. In Leitlinien und Empfehlungen werden konkrete Hinweise für ein Unterlassen definiert. Grundsätzlich stellt sich die Situation des Reanimationsverzichts in der präklinischen und klinischen Phase different dar. In der Präklinik gibt es nur wenig Prädiktoren, während in der Klinik nicht nur die Prognose der zugrunde liegenden Erkrankung vorhersehbar ist, sondern auch die Meinung des Patienten eruiert werden kann, z. B. im Rahmen der Advance Care Planning. Die jeweiligen Behandlungsteams sollten sich auf konkrete Vorgehensweisen bei der Indikation zur Reanimation einigen.

Resuscitation omission in preclinical and clinical settings

Cardiopulmonary resuscitation (CPR) is an established therapeutic procedure for sudden cardiac arrest. However, not every patient with cardiac arrest has an indication for initiation of a CPR. Guidelines and recommendations define specific indications for not resuscitating. In general, the situation of resuscitation omission is different in the preclinical and clinical phases. In the prehospital setting, there are only few predictors, whereas in the clinical setting, not only is the prognosis of the underlying disease predictable, but also the patient's opinion can be elicited, e.g., in the context of advance care planning. The respective medical treatment teams should agree on specific procedures for the indication of resuscitation.

Einleitung

Der Ausfall der vitalen Funktionen stellt im Rahmen der Notfallversorgung eine erhebliche Herausforderung für das gesamte Behandlungsteam dar. Die darauffolgende cardio-pulmonale Reanimation (CPR) ist heute ein etabliertes Therapiekonzept, das bereits Laien vermittelt wird. Ziel der Reanimation ist es, nach Erkennen des Kreislaufstillstands suffiziente Reanimationsmaßnahmen durchzuführen. Ohne Frage kann durch die derzeit empfohlenen Reanimationsmaßnahmen vielen Patienten eine Rückkehr der vitalen Funktionen und auch danach eine gute Lebensqualität garantiert werden. Nicht jeder Kreislaufstillstand bedeutet allerdings eine Indikation für den Beginn einer CPR.

Leitlinien und Empfehlungen

Zunächst besteht für jeden Arzt die Verpflichtung zur Lebensrettung. Dies ist in der Berufsordnung der Ärzte festgeschrieben: „Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen“ [1]. Dies kann bei bestimmten Formen eines Kreislaufstillstands zu einem Interessenkonflikt für den behandelten Arzt führen, weshalb eine Konkretisierung erforderlich ist. Ein Blick auf die

Sefrin P. Reanimationsverzicht in Präklinik und Klinik. Intensiv- und Notfallbehandlung. 2022; 47: 123-129. DOI 10.5414/IBX0564

citation

Manuskripteingang: 23. Februar 2022; akzeptiert in überarbeiteter Form: 4. April 2022

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. med Peter Sefrin, ehem. Leiter der Sektion für präklinische Notfallmedizin der Klinik für Anästhesiologie der Universität Würzburg, Sandweg 10, 97078 Würzburg, sefrin.peter@outlook.de



Nationale und internationale Leitlinien geben Hinweise auf einen Reanimationsverzicht

Leitlinien des European Resuscitation Council (ERC) [2] und die Empfehlungen der Bundesärztekammer (BÄK) zur Reanimation [3] kann dafür einen ersten Anhaltspunkt geben.

Sowohl aus ethischer wie auch medizinischer Sicht wird festgestellt, dass nicht bei allen Patienten mit Kreislaufstillstand Wiederbelebungsmaßnahmen durchgeführt werden sollen. Die Bundesärztekammer konstatiert, dass nicht jede technisch und medizinisch mögliche Maßnahme auch gleichzeitig sinnvoll erscheint [3]. Eine Reihe von Faktoren wird aufgeführt: Risiken für das Behandlungspersonal, medizinische Kosten und Aufrechterhaltung der medizinischen Ressourcen, aber auch im Hinblick auf Risiken des Überlebens. In die Handlungsempfehlungen fließen Argumente wie das Recht des Einzelnen oder in einer Gesellschaft zu sterben, ein, oder auch aufgrund der immer höher entwickelten medizinischen Techniken, das Leben auf Kosten der Lebensqualität in der palliativen Versorgung verlängern zu können. Vermieden werden soll eine Verlängerung eines unvermeidlichen Sterbeprozesses. Es wird allerdings unterstellt, dass es schwierig sei, jene Betroffene zu identifizieren, die im Falle eines Kreislaufstillstands einen ungünstigen Erfolg aufweisen werden [2].

Schon in den ERC-Leitlinien aus dem Jahr 2015 werden konkrete Empfehlungen gegeben [4]. So sollen professionelle Helfer erwägen, bei Kindern und Erwachsenen eine Reanimation nicht zu beginnen, wenn die Sicherheit der Helfer nicht (länger) gewährleistet ist. Diese Empfehlung bezieht sich verständlicherweise primär auf die präklinische Reanimation. Ein weiterer Grund für den Reanimationsverzicht ist das Vorliegen einer offensichtlichen tödlichen Verletzung oder der irreversible Tod. Eine gültige und relevante Patientenverfügung entbindet gleichfalls von der Einleitung einer Reanimation. Wenn es einen anderen Hinweis darauf gibt, dass weitere Reanimationsmaßnahmen gegen Wertvorstellungen und Präferenzen des Patienten verstoßen würden oder Maßnahmen als aussichtslos betrachtet werden, besteht keine Indikation für die Einleitung einer Reanimation. Die Empfehlungen von 2021 konkretisieren, dass Pupillengröße, Begleiterkrankungen oder die Tatsache eines Suizides die Entscheidungsfindung nicht beeinflussen sollen [2].

Die BÄK geht davon aus, dass es nicht Ziel der kardio-pulmonalen Reanimation sein kann, unheilbar Kranke im Finalstadium oder kranke gebrechliche Greise für kurze Dauer dem erlösenden Tod zu entreißen. Als sichersten Grund für ein Unterlassen einer CPR gilt das Vorliegen von sicheren Todeszeichen. Erschwerend sei bezüglich des Einleitens einer CPR, die richtige Einschätzung des Zeitpunkts des funktionellen Kreislaufstillstands ausreichend genau festzulegen. Es wird deshalb empfohlen, bei nicht eindeutiger Situation sich immer für den Beginn einer CPR zu entschließen [3]. Des Weiteren wird empfohlen, bei Patienten, die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit versterben werden, sei eine Behandlungszieländerung geboten, wenn lebenserhaltende Maßnahmen Leiden verlängern würden oder die Änderung des Behandlungsziels dem Willen des Patienten entspricht [5].

Die American Heart Association (AHA) formuliert drei Situationen, in denen nicht mit einer Reanimation begonnen werden sollte [6]: 1) Der Ersthelfer würde durch den Reanimationsversuch selbst Gefahr laufen verletzt zu werden oder sein Leben verlieren; 2) Es gibt sichere Todeszeichen; 3) Es gibt eine Patientenverfügung oder eine valide „Do-not-resuscitate“ (DNR)-Order, die eine Reanimation verbieten.

Da das Unterlassen einer Reanimation den endgültigen Tod des Patienten zur Folge hat, ergeben sich bei den Therapeuten häufig erhebliche Unsicherheiten, die für alle Beteiligten mit einer großen emotionalen Belastung verbunden sein können. Für das Behandlungsteam kann das Dilemma zwischen der Pflicht zur Lebensrettung, der Pflicht nicht zu schaden und der Respektierung des Patientenwillens entstehen [5]. Gerade der Konflikt zwischen Erkennen des Patientenwillens und zeitgerechtem Beginn der Versorgung kann erhebliche Probleme bereiten.

Unterschied im präklinischen und klinischen Bereich

In bestimmten Konstellationen ist ein Reanimationsverzicht berechtigt. Die Frage

Es gibt wichtige Unterschiede beim Reanimationsverzicht zwischen dem präklinischen und klinischen Setting

der Rechtfertigung stellt sich in drei medizinischen Bereichen:

- im präklinischen Bereich (im Notfall- und Rettungsdienst),
- in der klinischen Akut- und Notfallmedizin (Notaufnahme, Schockraum),
- im klinischen stationären Bereich (auf Normal- und Intensivstation).

Es gibt wichtige Unterschiede zwischen dem Reanimationsverzicht zwischen dem präklinischen und klinischen Setting. Ein wesentlicher Unterschied ist die fehlende oder bekannte Anamnese und die Kenntnis der Grundkrankheit des Patienten. In der Präklinik und oftmals in der Notaufnahme darf grundsätzlich unterstellt werden, dass Kenntnisse zur gesundheitlichen Ausgangslage sowie zu den Komorbiditäten meist nicht vorliegen [7]. Während im klinischen Bereich aufgrund des Krankheitsverlaufs und konkreter, bekannter Befunde die Entwicklung des Zustands des Patienten häufig vorhersehbar ist, wird im präklinischen Bereich der Bereitschafts- oder der Notarzt mit einem ihm i. d. R. unbekanntem Patienten konfrontiert, bei dem allenfalls im Rahmen einer Fremdanamnese von Angehörigen oft wenig hilfreiche Informationen zu erhalten sind [5]. Eine ähnliche Situation findet sich oftmals auch in der Notaufnahme. Angaben von Angehörigen oder sonstigen Anwesenden sind erfahrungsgemäß nur sehr eingeschränkt verwertbar, sowohl hinsichtlich der Diagnostik als auch des zeitlichen Ablaufs des akuten Ereignisses [3].

Reanimation im präklinischen Bereich

Im Gegensatz zu anderen Erkrankungen gibt es für einen Kreislaufstillstand im präklinischen Bereich nur wenige definitiv zuverlässige Prädiktoren mit hoher Evidenz für eine Unterlassung einer Reanimation. Die Entscheidung ist vielfach von individuellen Faktoren geprägt. Ein wichtiger prognostischer Faktor für ein Überleben nach präklinischem Stillstand ist die Zeit zwischen Eintritt des Stillstands und dem möglichen Beginn von Basismaßnahmen. Meist ist es jedoch nicht möglich, diesen Zeitpunkt mit einer gewissen Sicherheit zu eruieren. Angaben von

Laien und Zuschauern sind meist nicht sicher zu verwerten. Die Erfahrung der Praxis lehrt, dass Zeitangaben in der Hektik einer solchen Ausnahmesituation sehr unzuverlässig sind, insbesondere auch vor dem Hintergrund des Erkennens des genauen Zeitpunkts des Stillstands. Eine konkrete Zeitangabe für den Verzicht auf den Beginn einer präklinischen Reanimation fehlt jedoch.

Als weiterer Grund für eine Unterlassung ist die Aussichtslosigkeit einer Reanimation. Der Weltärztebund (World Medical Association; WMA) definiert eine Aussichtslosigkeit als eine Therapie, die „keinen vernünftigen Grund für die Hoffnung auf Wiederherstellung oder Besserung bietet“ oder von der „der Patient dauerhaft keinen Nutzen erwarten kann“ [8]. Diese Beurteilung ist jedoch in der Präklinik schwierig, teilweise auch unmöglich. Als eindeutige Hinweise auf Aussichtslosigkeit werden seitens des ERC „massive kraniale und zerebrale Schäden, Dekapitation, Verwesung oder Fäulnis, Verkohlung, vorhandene Totenflecke sowie vitale Mazeration“ bezeichnet [4].

Noch immer werden die Pupillenweite sowie das Vorhandensein einer Lichtreaktion als Kriterium herangezogen. Diese Untersuchung am Notfallort stellt kein prognostisches Kriterium für ein Unterlassen einer Reanimation dar. Ein Fehlen schließt ein Überleben auch mit gutem neurologischem Outcome nicht aus.

Das chronologische Alter ist gleichfalls als alleiniges Entscheidungskriterium für einen Reanimationsverzicht ungeeignet. Auch ältere Menschen können erfolgreich reanimiert und vollständig wiederhergestellt werden, wenn der Stillstand sofort erkannt und unmittelbar mit Basismaßnahmen begonnen wird [9]. Es gibt valide Untersuchungen, dass bei Reanimationen in Alten- und Pflegeheimen, bei denen ein hoher Altersdurchschnitt unterstellt werden darf, sehr wohl erfolgreiche Reanimationen mit einem guten CPC-Score erreicht werden können [10].

Eine spezielle Situation in der Präklinik ist, dass entweder durch Laien („bystander“) oder durch Rettungspersonal eine CPR begonnen wurde und der hinzugerufene (Not-) Arzt auf Grund bis dahin vorliegender Befunde und Informationen auf die Fortführung der Reanimation verzichtet. Grundsätzlich wird unterstellt, dass auf Grund z. B. der Alarmierung des Rettungsdienstes dem mutmaßlichen Willen des Patienten

Verbindliche, schriftliche Patientenäußerungen sind im Notfall meist nicht verfügbar

entsprochen wurde und damit bei fehlenden erkennbaren Hinweiszeichen auf einen Verzicht die Reanimation im Sinne des Patienten ist.

Im Gegensatz zu dieser Situation steht die Entscheidung zu eines Reanimationsverzichts von Seiten des Patienten selbst. Eine DNR-Anordnung („do-not-resuscitate“) stellt eine vorhergetroffene Entscheidung des Patienten dar [11]. Nachteil in der Praxis ist, dass diese Entscheidung meist im akuten Notfall nicht sofort verfügbar ist und damit nicht als Entscheidungsgrundlage für den Beginn oder Verzicht der Reanimation dienen kann. Eine DNR-Anordnung stellt das Ergebnis gründlicher ethischer Überlegungen und der Selbstbestimmung seitens des Patienten dar und damit eine Weisung an das medizinische Personal, Maßnahmen der Reanimation zu unterlassen. Somit ist sie Ausdruck des mutmaßlichen Patientenwillens. In Analogie ist der geäußerte Wille in Form einer Patientenverfügung zu sehen. Allerdings gibt es schon bei „normalen“ (= nicht zeitkritischen) Notarztsätzen in einer Analyse von Brockmann und Kollegen [12] nur bei 12,1% überhaupt eine Patientenverfügung der Notfallpatienten, die in 63% jedoch im Einsatz nicht vorgelegt werden konnte. Wenn vorhanden, konnten die Wünsche des Patienten nicht eindeutig nachvollzogen werden.

Reanimation in der klinischen Akut- und Notfallmedizin

Die zentrale Notaufnahme bzw. der Schockraum als Anlaufstelle des Rettungs- und Notarztdienstes und damit als Schnittstelle zwischen Präklinik und Klinik rückt seit wenigen Jahren verstärkt in den Mittelpunkt der Akutmedizin. Auch liegen bei instabilen Patienten keine Angaben zur Anamnese etc. vor, sodass auch hier – nur in einem größeren Team – oft unklare bis keine Informationen bzw. Kenntnisse über den Patienten bestehen. Die Situation von außen wird im Grunde 1 : 1 ohne Abstriche in die Klinik übertragen. Die Entscheidungsfindung in der Notaufnahme geschieht daher meistens ad hoc. Eine Strukturierung anhand standardisierter Vorgehensweisen ist insbesondere bei ethischen Ad-hoc-Entscheidungsfin-

dungen sehr hilfreich, vorausgesetzt, dass sie interdisziplinär und interprofessionell geschult und gelebt werden. Vor kurzem wurde eine Ad-hoc-Entscheidungshilfe zur Evaluation der Therapieentscheidung veröffentlicht [13].

Eine Besonderheit in diesem Bereich ist die Einlieferung eines Notfallpatienten durch den Rettungsdienst unter Reanimation. Es ist dann die Aufgabe des Notfallkoordinators der Notaufnahme zu entscheiden, die Reanimation fortzusetzen oder abzubrechen. Für die Entscheidung zum Abbruch sind Informationen aus der Präklinik Voraussetzung, wie mögliche Ursache für den Stillstand, Beginn einer Laienreanimation (Zeitabstand/Qualität), Situation vor Ort, Reaktion auf erweiterte Reanimationsmaßnahmen sowie der zeitliche Verlauf. Durch zusätzliche, in der Präklinik nicht durchführbare diagnostische Maßnahmen kann die Prognose eingeschränkt und eine Rechtfertigung für einen Abbruch gefunden werden.

Reanimation im klinischen Bereich

Im klinischen Bereich wird der behandelnde Arzt nicht mit einem unbekanntem Patienten, sondern mit einem Patienten konfrontiert, dessen bisheriger Verlauf der zu Grunde liegenden Erkrankung, seine konkreten Befunde und die prognostische Entwicklung meistens bekannt sind. Im Krankenhaus kann ein Kreislaufstillstand durch krankheitsbedingte Veränderungen der Vitalparameter vorhergesehen werden. Unter diesen Bedingungen kann sehr viel eher den Vorgaben der BÄK entsprochen werden, die für den Verzicht einer Reanimation empfiehlt, dass „bei Patienten, die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit versterben werden, eine Änderung des Behandlungsziels geboten ist, wenn lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern würden“ [5].

Die Indikation zum Beginn einer Reanimation ergibt sich aus einer sorgfältigen Abwägung von Nutzen und Risiken für den Patienten. Bei der Krankenhausaufnahme sollte bei entsprechender Schwere der Erkrankung oder Gefährdung durch invasiver

Ein Reanimationsverzicht im klinischen Bereich beruht nicht nur auf dem Patientenwillen, sondern auch auf dem Krankheitsverlauf

Eingriffe nach einer Patientenverfügung gefragt bzw. bei einem einwilligungsfähigen Patienten eine schriftliche Einwilligung eingeholt werden. In der Klinik kann eher als in der Präklinik oder der Notaufnahme die Patientenmeinung zum Verzicht auf eine Reanimation eruiert werden. Sie kann als Vorausverfügung angesehen werden, die den Willen des Patienten dokumentiert, um im Falle eines Herz-Kreislaufstillstands von einer Reanimation abzusehen. Hierbei hat der Patient im Zustand der vollen Geschäftsfähigkeit bereits schriftlich seinen Willen bezüglich des Beginns oder eines Unterlassens einer Reanimation verfügt [9].

Als Patientenverfügung gilt nach dem 1.9.2009 das schriftliche Dokument eines einwilligungsfähigen Volljährigen, mit dem dieser festlegt, ob er in bestimmte noch nicht unmittelbar bevorstehende ... ärztliche Eingriffe einwilligt oder diese untersagt. Die Patientenverfügung muss auf die konkrete aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffend sein und ist dann für die Entscheidung bindend (§ 1901a Abs. 1 BGB). Eine weitergehende Überprüfung der Gültigkeit, die über den bloßen Augenschein und die unmittelbare Evidenz hinausgeht, muss nicht erfolgen [10].

Zu trennen – aber gleichfalls bindend – ist eine Vorsorgevollmacht, mit der der Vollmachtgeber einen Vertreter benennt, der im Namen des Patienten rechtsbindend über auch medizinische Behandlung entscheiden kann. Auch ein derartiges Dokument sollte bei der Patientenaufnahme hinterfragt werden, wenn der Patient alters- und/oder krankheitsbedingt nicht mehr eigenständig entscheiden kann. Insbesondere für die Notfallsituation stellt ein Notfallbogen einen guten Kompromiss dar, der die komprimierte Version einer Patientenverfügung ist und Angaben u. a. zur Reanimation enthält [12].

Das Konzept der Advance Care Planning (ACP = vorausschauende Behandlungsplanung) [14] hilft Menschen, konkrete Wünsche und Vorstellungen für die zukünftigen medizinischen Behandlungen zu formulieren. Es handelt sich dabei um einen kontinuierlichen, strukturierten Beratungs- und Begleitungsprozess, bei dem der Patient seine möglichen Erwartungen auch bei einem Notfall wie einem Kreislaufstillstand eindeutig formuliert. Wenn im konkreten Fall auf die Durchführung einer CPR verzichtet werden soll, muss dies schriftlich dokumentiert sein.

Die dafür erforderlichen Gespräche sollten z. B. verpflichtend bei der Aufnahme in Alten- und Pflegeheime angeboten werden.

Von der „Deutschsprachigen interprofessionellen Vereinigung für Behandlung im Voraus planen“ (DiV-BVP e.V.) gibt es eine ärztliche Anordnung für den Notfall, in der explizit unter dem Punkt B 0 dokumentiert wird, dass die betroffene Person keinen Versuch einer Herz-Lungen-Wiederbelebung möchte. Ein derartiger Bogen gibt nicht nur rechtlich, sondern auch ethisch eine erhöhte Handlungssicherheit. Als Ergebnis eines ACP-Gesprächs sollte ein derartiger Notfallbogen erstellt werden [15].

Ein Reanimationsverzicht im klinischen Bereich kann nicht nur aus der Sicht des Patienten erfolgen, sondern auch das Ergebnis des klinischen Krankheitsverlaufs als Ausdruck der ärztlichen Selbstbeschränkung bei infauster Prognose sein. Es bedarf nicht nur einer individuellen Würdigung, sondern es können auch Prognosefaktoren wie z. B. Hirnstammreflexe oder laborchemische Parameter einbezogen werden. Ein Verzicht stellt für das Behandlungsteam eine schwierige Situation dar. Eine DNR-Anordnung ist eine Vorgabe für das medizinische Personal, bei einem Kreislaufstillstand auf Grund der Aussichtslosigkeit von einer Reanimation abzusehen, da sie keinen erkennbaren Nutzen für den Patienten erbringt. Entscheidungen sollten nur durch einen in solchen Situationen erfahrenen Arzt (mit Facharztqualifikation) auf der Basis von einrichtungsinternen, eindeutigen Regelungen getroffen werden [14]. Er muss den Verlauf des Erkrankungsprozesses des Patienten verfolgt haben. Es gibt wenige prognostische Zeichen innerhalb der ersten 24 Stunden nach Behandlungsbeginn. Mindestens diese Zeit sollte überblickt werden, bevor eine DNR-Anordnung getroffen wird, besonders wenn der Patient vorher im Krankenhaus nicht bekannt war. Dabei sollte nicht primär die Diagnose als vielmehr die Prognose entscheidend sein.

Im klinischen Bereich kommen für den Verzicht auf Reanimation folgende Vorgaben für eine Ablehnung in Frage:

- gültige und aktuelle Patientenverfügung
- Widerspruch des Betreuers auf der Basis der Vorsorgevollmacht
- Anordnung durch den behandelnden Arzt auf Grund fehlender medizinischer Indikation

Der Reanimationsverzicht sollte auf einer gemeinsamen Entscheidungsfindung des Behandlungsteams beruhen

Eine andere Möglichkeit der Dokumentation des Patientenwillens ist das PALMA-Dokument (= Patienten-Anweisung für lebenserhaltende Maßnahmen) für Patienten in einer notfallmedizinischen Situation ergänzend zur ausführlichen Patientenverfügung, in dem explizit die gewünschte Behandlung im Falle eines „Herz-Atem-Stillstands“ dokumentiert ist [16]. Es ergänzt, dass i. d. R. nur bei einem zum Tode führenden Grundleiden davon Gebrauch gemacht werden sollte, da durch den Verzicht die wenn auch geringe Überlebenschance bei einem Herz-Kreislaufstillstand vergeben wird.

Inzwischen gibt es insbesondere in der Universitätsmedizin konkrete Anordnungen für den Umgang mit DNR-Anordnungen (z. B. Mainz [17]) bzw. Reglement Reanimationsentscheidung (Basel [18]). Am Uniklinikum Erlangen existiert z. B. ein Formular zum „Verzicht auf Wiederbelebung (VaW-Anordnung)“, in dem neben intensivmedizinischen Behandlungsmaßnahmen (Beatmung) speziell die Reanimation aufgeführt ist [19]. Als Gründe für den Verzicht werden solche aus der Sicht des Patienten, aber auch medizinische Gründe wie z. B. inkurable Grundleiden, Beginn der Sterbephase oder Sinnlosigkeit einer Therapieausweitung aufgeführt. Festgehalten ist das Vorhandensein eines Konsenses der Behandelnden in Form einer Team- oder Stationsbesprechung. Explizit angeordnet ist, dass die Verzichtsanordnung bei Schichtwechsel mitgeteilt werden und nach 24 Stunden überprüft werden muss.

Für die Dokumentation des angeordneten Verzichts muss dies von dem verantwortlichen Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin unverzüglich in der Patientenakte kenntlich gemacht werden. Solange dies nicht geschehen ist, tritt die Anordnung nicht in Kraft [20]. Es soll folgendes vermerkt bzw. hinterlegt werden:

- Art und Umfang der zu unterlassenden Wiederbelebensmaßnahmen,
- Gründe, warum diese Maßnahmen unangemessen sind,
- Hinweise auf die Urteilsfähigkeit des Patienten,
- Informationen über Aufklärungsgespräche und Diskussionen mit dem Patienten, ggf. seinem Stellvertreter, den Eltern bei minderjährigen Patienten, Angehörigen, Lebenspartner sowie ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern,

- andere Informationen, die sich auf den Gesundheitszustand des Patienten und den Entscheidungsfindungsprozess beziehen,
- schriftliche Einwilligung des Patienten oder seines Stellvertreters,
- gegebenenfalls eine Kopie der Patientenverfügung, der Vorsorgevollmacht oder des Betreuungsausweises,
- schriftliche Anordnung des Wiederbelebensverzichts in der Spalte ärztliche Anordnungen,
- ein komplett ausgefüllter Dokumentationsbogen (VaW-Anordnungsbogen für Normal und Intensivstationen) auf der Kurve,
- ärztliche Legitimation (Datum, Uhrzeit, Name und Unterschrift).

Mit der Implementierung derartiger Handlungsleitlinien können ethische Entscheidungsprozesse erleichtert werden und eine Erhöhung der Akzeptanz und des Verständnisses eines Reanimationsverzichts erreicht werden.

Fazit

Konkrete und objektivierbare Parameter für einen Reanimationsverzicht außer sicheren Todeszeichen gibt es nicht. Es liegt an der Beurteilung und Erkennung durch das Behandlungsteam hinsichtlich der Prognose bzw. Aussichtslosigkeit, um den Verzicht auf eine Reanimation zu begründen. Die Vorhersehbarkeit eines Stillstands wie im klinischen Bereich, ist ein wesentliches Entscheidungskriterium. Der Reanimationsverzicht sollte auf einer gemeinsamen Entscheidungsfindung sowohl in der Präklinik wie in der Klinik beruhen. Die jeweiligen Behandlungsteams sollten sich auf konkrete Vorgehensweisen bei der Indikation und Durchführung der CPR einigen. Nützlich wäre eine schriftliche Vorabäußerung des Patienten z. B. in Form einer Taschenkarte oder eines Notfallbogens.

Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Literatur

- [1] *Bundesärztekammer*. Musterberufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. 2021 § 1 Abs. 2. <https://www.bundesaerztekammer.de/recht/berufsrecht/muster-berufsordnung-aerzte/muster-berufsordnung/>.
- [2] *Mentzelopoulos SD, Couper K, Van de Voorde P, Druwé P, Blom M, Perkins GD, Lulic I, Djakow J, Raffay V, Lilja G, Bossaert L*. Ethik der Reanimation und Entscheidungen am Lebensende. Leitlinien des European Resuscitation Council 2021. *Notf Rettmed*. 2021; 24: 720-749. [CrossRef](#)
- [3] *Bundesärztekammer*. Reanimation – Empfehlung für die Wiederbelebung. 3. Auflage. Köln: Dtsch Ärzteverlag; 2004.
- [4] *Bossaert LL, Perkins GP, Askitopoulon H, et al*. Ethik der Reanimation und Entscheidungen am Lebensende. *Notf Rettmed*. 2015; 18: 1035-1047. [CrossRef](#)
- [5] *Bundesärztekammer*. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Dtsch Ärztebl*. 2011; 108: A-346/B-278/C-278. [CrossRef](#)
- [6] *Mancini ME, Diekema DS, Hoadley TA, Kadlec KD, Leveille MH, McGowan JE, Munkwitz MM, Panchal AR, Sayre MR, Sinz EH*. Part 3: Ethical Issues: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2015; 132 (Suppl 2): S383-S396. [CrossRef PubMed](#)
- [7] *Søholm H, Bro-Jeppesen J, Lippert FK, Kjøber L, Wanscher M, Kjaergaard J, Hassager C*. Resuscitation of patients suffering from sudden cardiac arrests in nursing homes is not futile. *Resuscitation*. 2014; 85: 369-375. [CrossRef PubMed](#)
- [8] *World Medical Association*. Medical Ethics Manual 2nd. Little Harborne, UK: World Health Communication Associates UK; 2009.
- [9] *Sefrin P, Kerner Th, Dörges V*. Verzicht auf Einleitung oder Abbruch einer Reanimation in der Präklinik. *Notarzt*. 2019; 35: 16-22. [CrossRef](#)
- [10] *in der Schmitten J, Rixen S, Marckmann C*. Patientenverfügungen im Rettungsdienst (Teil 1). *Notf Rettmed*. 2011; 14: 448-458. [CrossRef](#)
- [11] *Schmidt FP*. DNR-Anordnungen: Das fehlende Bindeglied. *Dtsch Ärztebl*. 2009; 106: A1511-A1515. [CrossRef](#)
- [12] *Brokmann JC, Grützmann T, Pidun AK, et al*. Vorsorgedokumente in der präklinischen Notfallmedizin. *Anaesthesist*. 2014; 63: 23-31. [CrossRef](#)
- [13] *Michels G, Dutzmann J, Duttge C, Rogge A, Jöbges S, Grautoff S, Meier S, Janssens U, Michalsen A*. Ethische Ad-hoc-Entscheidungsfindung in der klinischen Akut- und Notfallmedizin. *Med Klin Intensivmed Notf Med*. 2022; 117: 85-90. [CrossRef](#)
- [14] *Coors M*. Von „Advance Care Planning“ zur „Gesundheitlichen Versorgungsplanung – Anfänge, Entwicklung und Adaptationen eines neuen Konzeptes“. *Zeitsch Med Ethik*. 2018; 64: 195-211.
- [15] *Feddersen B, Petri S, Mackmann C, Topka H*. Advance Care Planning – „Behandlung im Voraus planen“ in der Notfallmedizin. *Notfallmedupdate*. 2018; 13: 23-36.
- [16] PALMA-Dokument. „AALM“ – Ärztliche Anweisungen für lebenserhaltende Maßnahmen https://www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/ethik/Dokumente/Patientenverfuegung_bei_Notfalleinsaetzen.pdf.
- [17] Empfehlungen zum Umgang mit Do-Not-Resuscitate (DNR) – Anordnungen in der Universitätsmedizin. https://www.unimedizin-mainz.de/fileadmin/kliniken/dnr/Empfehlungen_zum_DNR.pdf.
- [18] *Frey B*. Reglement Reanimationsentscheidungen. Universitätsspital Basel 2016. https://www.unispital-basel.ch/fileadmin/unispitalbaselch/Patienten_Besucher/Klinische_Ethik/Pr%C3%A4sentationen_ReglRegle_Reanimationsentscheidungen_V1.0.pdf.
- [19] *Universitätsklinikum Erlangen*. Verzicht auf Wiederbelebung (VaW-Anordnung). https://www.uk-erlangen.de/fileadmin/dateien/patienten/soziale_betreuung/Ethik_vaw-formular.pdf.
- [20] *Arbeitsgruppe „Therapiebegrenzung“ des Klinischen Ethikkomitees am Universitätsklinikum Erlangen*. Empfehlungen für die Anordnung eines Verzichts auf Wiederbelebung (VaW-Anordnung). https://ethikkomitee.de/downloads/leitlinie_uke1.pdf.