

Empfehlungen für die Anordnung „Verzicht auf Wiederbelebung“

Arbeitsgruppe Verzicht auf Wiederbelebung
des Klinischen Ethikkomitees am Jüdischen Krankenhaus Berlin

Gerhard Jan Jungehülsing, Karl-Heinz Kirschstein, Franziska Klar, Petra Schmidt

Version 1.1

7. April 2014

Inhaltsverzeichnis

	<i>Seite</i>
Präambel	1
1. Definitionen	1
• Wiederbelebung	
• Sterbender Patient/ Patient mit infauster Prognose im fortgeschrittenen Stadium seiner Erkrankung	
• Verantwortlicher Arzt	
• Einwilligungsfähiger Patient	
• Stellvertreter eines einwilligungsunfähigen Patienten	
• Patientenverfügung	
2. Voraussetzungen für einen Verzicht auf Wiederbelebung (VaW)	2
• Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen durch einen erwachsenen, einwilligungsfähigen Patienten	
• Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen mit Hilfe einer Patientenverfügung	
• Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen durch einen Stellvertreter	
• Ablehnung von Wiederbelebungsmaßnahmen durch den verantwortlichen Arzt aufgrund fehlender medizinischer Indikation	
3. Verfahrensweisen	2
• Aufklärung und Einwilligung	
• Benennung eines Stellvertreters	
• Diskurs	
• Entscheidungsfindung	
• Einverständniserklärung	
• Dissens zwischen verantwortlichem Arzt und Stellvertreter des Patienten	
4. Dokumentation	4
5. Informationsweitergabe	5
6. Weitere Behandlung eines Patienten mit einer Anordnung eines Verzichts auf Wiederbelebung	5
7. Re-Evaluation	5
8. Widerruf	5
9. Klinische Ethikberatung	5
10. Hinweise und Kontakt	6

Präambel

Das Leitbild unseres Krankenhauses stellt ausdrücklich den Menschen in den Mittelpunkt unseres Handelns. Die humane Behandlung, Begleitung, Betreuung und Beratung der Patientinnen und Patienten in unserem Krankenhaus sind uns dabei Verpflichtung.

Dies beinhaltet neben der Sorge um die Patienten auch die Verantwortung für die in der Entscheidung stehenden Mitarbeiter. Vor diesem Hintergrund werden die nachfolgenden Empfehlungen ausgesprochen.

Das Jüdische Krankenhaus Berlin erkennt in Übereinstimmung mit den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung, der Rechtsprechung, der medizinethischen Literatur und dem Leitbild des Krankenhauses an, dass es Bestandteil einer guten medizinischen Praxis ist, in bestimmten Situationen keine Wiederbelebungsmaßnahmen zu ergreifen oder bereits eingeleitete Maßnahmen abubrechen.

Generelle Gründe für den Verzicht auf Wiederbelebung können sein:

1. Das Fehlen einer medizinischen Indikation:

Wenn eine Wiederbelebung aus ärztlicher Sicht nicht oder nicht mehr indiziert ist, gibt es keine Begründung dafür, diese Maßnahmen einzuleiten oder bereits eingeleitete Maßnahmen fortzuführen.

2. Ablehnung durch den Patienten:

Wenn eine Wiederbelebung vom Patienten ausdrücklich und glaubhaft abgelehnt wird, besteht ebenfalls keine Veranlassung, diese Maßnahme durchzuführen. Die Entscheidung, im Falle eines kardialen oder respiratorischen Versagens auf Wiederbelebungsmaßnahmen zu verzichten, soll gemäß der folgenden Empfehlungen getroffen werden.

1. Definitionen

Wiederbelebung: Bündel von Maßnahmen, die bei einem Patienten mit HerzKreislaufstillstand indiziert sind, um einen spontanen Kreislauf wiederherzustellen (Herzdruckmassage, elektrische Defibrillation, Intubation und Beatmung sowie medikamentöse Therapie).

Sterbender Patient mit infauster Prognose im fortgeschrittenen Stadium seiner Erkrankung: Ein Patient mit einer von mindestens zwei Ärzten (mindestens einer davon Facharzt für die Disziplin der Grunderkrankung) diagnostizierten nicht mehr heilbaren Erkrankung oder Verletzung, der sich entweder bereits in der Sterbephase oder in einem weit fortgeschrittenen Stadium seiner Erkrankung befindet und bei dem lebenserhaltende Maßnahmen den Tod hinauszögern und Leiden verlängern würde (s.a. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung von 1998/2004).

Verantwortlicher Arzt: Der den Patienten betreuende Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin oder dessen Stellvertreter.

Einwilligungsfähiger Patient: Ein Patient, der die Fähigkeit besitzt, basierend auf einer verständlichen medizinischen Aufklärung, die Natur und die Konsequenzen seiner Erkrankung bzw. Verletzung zu verstehen und die Vor- und Nachteile möglicher Therapien abzuschätzen und zu bewerten.

Stellvertreter eines einwilligungsunfähigen Patienten: Eine vom Patienten durch eine Vorsorgevollmacht ermächtigte Person oder – falls eine solche Vollmacht nicht vorliegt – ein gerichtlich bestellter Betreuer. Ein Stellvertreter hat die Aufgabe, bei Behandlungsentscheidungen den bekannten oder mutmaßlichen Willen und die Interessen des einwilligungsunfähigen Patienten zu vertreten.

Patientenverfügung: Eine schriftlich abgefasste und unterschriebene Erklärung einer Person über die von ihr gewünschten und nicht gewünschten medizinischen Behandlungen für den Fall, dass sie bei zukünftigen Erkrankungen oder Verletzungen nicht mehr entscheidungsfähig sein sollte.

2. Voraussetzungen für einen Verzicht auf Wiederbelebung (VaW)

Die Anordnung eines Verzichts auf Wiederbelebung (VaW) ist nur dann indiziert, wenn eine oder mehrere der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Ablehnung von Wiederbelebensmaßnahmen durch einen erwachsenen, einwilligungsfähigen Patienten. Jeder erwachsene, einwilligungsfähige Mensch hat das Recht, medizinische Maßnahmen einschließlich Maßnahmen zur Wiederbelebung abzulehnen.
- b) Ablehnung von Wiederbelebensmaßnahmen mit Hilfe einer Patientenverfügung. Patientenverfügungen können Aussagen über das Ergreifen oder Unterlassen von Wiederbelebensmaßnahmen enthalten. Solange keine begründeten Zweifel an ihrem Gehalt oder ihrer Gültigkeit bestehen, sind sie als vollwertiger Ausdruck des Patientenwillens zu befolgen.
- c) Ablehnung von Wiederbelebensmaßnahmen durch einen Stellvertreter. Ein Stellvertreter besitzt das Recht, Wiederbelebensmaßnahmen für den Patienten, den er vertritt, abzulehnen. Dabei haben sich seine Entscheidungen an dem bekannten oder mutmaßlichen Willen des Patienten zu orientieren.
- d) Ablehnung von Wiederbelebensmaßnahmen durch den verantwortlichen Arzt aufgrund fehlender medizinischer Indikation. Wenn der Tod für einen sterbenden Patienten oder einen Patienten mit infauster Prognose bevorsteht und Wiederbelebensmaßnahmen ihn hinauszögern und Leiden verlängern würde, dann soll auf Wiederbelebensmaßnahmen verzichtet bzw. sollen bereits eingeleitete Maßnahmen eingestellt werden.

3. Verfahrensweisen

3.1. Aufklärung und Einwilligung

Die behandelnden Ärzte und das ganze Behandlungsteam sollen sterbende Patienten mit infauster Prognose ermutigen, Fragen hinsichtlich der Diagnose, Therapie und Prognose ihrer Erkrankung zu stellen und die behandelnden Ärzte sollen diese verständlich beantworten. Damit soll den Patienten die Gelegenheit gegeben werden, sich frühzeitig und ausreichend mit einem möglichen

Wiederbelebungsverzicht auseinander zu setzen und eine informierte Einwilligung zu geben, sofern dies gewünscht wird.

Die Krankenhauseelsorge, der Sozialdienst, die Patientenfürsprecherin, das Klinische Ethikkomitee etc. können den Patienten und dessen Familie ebenfalls in den emotionalen, moralischen und ethischen Belangen unterstützen, die eine solche Entscheidung mit sich bringt. Das Behandlungsteam soll über diese Angebote informieren und hinzuziehen, sofern es verlangt und notwendig ist.

Bestehende Patientenverfügungen sollten nach Möglichkeit nochmals bestätigt und ggf. präzisiert werden, nachdem die Patienten über ihre Krankheit aufgeklärt worden sind. Falls keine schriftliche Kommunikation mehr möglich ist, sollte nach Möglichkeit eine eindeutige mündliche Bestätigung in Anwesenheit von mindestens zwei Personen eingeholt werden.

3.2. Benennung eines Stellvertreters

Bei einem vorübergehend oder dauerhaft einwilligungsunfähigen Patienten ist unverzüglich ein Stellvertreter heranzuziehen, um nach dem bekannten oder mutmaßlichen Willen handeln zu können. Liegt eine Vorsorgevollmacht vor, so hat der verantwortliche Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin deren Gültigkeit zu prüfen. Wenn keine Vorsorgevollmacht vorliegt, so hat er die unverzügliche Beantragung einer Betreuung sicherzustellen.

3.3. Diskurs

Sobald sich in Bezug auf einen Patienten die Frage eines möglichen Wiederbelebungsverzichts stellt, soll sie der verantwortliche Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin mit dem einwilligungsfähigen Patienten oder bei Nichteinwilligungsfähigkeit seinem Stellvertreter, seinen Angehörigen (bei Kindern insbesondere den Eltern), dem Lebenspartner sowie dem beteiligten ärztlichen und pflegerischen Personal diskutieren und nach Möglichkeit einen Konsens herbeiführen.

Dabei soll jeder direkt an der ärztlichen und pflegerischen Versorgung des Patienten beteiligte Mitarbeiter die Möglichkeit haben, seine Meinung frei zu äußern. Die Ansicht eines minderjährigen Patienten soll zentrale Beachtung finden, wenn er urteilsfähig ist.

Bei interdisziplinärer Behandlung soll ein Konsens zwischen allen beteiligten Disziplinen herbeigeführt werden.

3.4. Entscheidungsfindung

Die Entscheidung liegt beim Patienten bzw. seinem Stellvertreter (bei minderjährigen Patienten i.d.R. den Eltern) und dem verantwortlichen Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin. Einsichtsfähige minderjährige Patienten sind in die Entscheidung mit einzubeziehen.

Die Entscheidungsfindung hat sich an dem Willen des Patienten und an der medizinischen Indikation zu orientieren. Wenn der Patient seinen Willen nicht mehr selbst äußern kann und auch keine Patientenverfügung vorliegt, ist sein mutmaßlicher Wille zu ermitteln. Dafür ist auf alle verfügbaren Informationen über die Präferenzen, Werte und Lebenseinstellungen des Patienten zurückzugreifen.

Wenn der mutmaßliche Wille des Patienten nicht (z.B. in Akutsituationen) oder nicht mit hinreichender Sicherheit (z.B. bei Erwachsenen, die sich nie zu dem Thema geäußert haben) zu bestimmen ist, soll so entschieden werden, wie es aus Sicht des verantwortlichen Arztes und des Stellvertreters im Interesse und Sinne des Patienten ist.

3.5. Einverständniserklärung

Die Anordnung des Verzichts auf Wiederbelebung erfordert eine schriftliche Einwilligung. Bei einem einwilligungsfähigen Patienten ist die Einwilligung direkt von ihm einzuholen, bei einem nicht einwilligungsfähigen Patienten von seinem Stellvertreter. Keine Einverständniserklärung ist erforderlich bei Patienten, bei denen Wiederbelebungsmaßnahmen nach ärztlichem Ermessen nicht indiziert sind.

3.6. Dissens zwischen verantwortlichem Arzt und Stellvertreter des Patienten

Wenn der verantwortliche Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin Wiederbelebungsmaßnahmen für indiziert erachtet, der Stellvertreter des Patienten jedoch den Verzicht fordert, so ist das Betreuungsgericht einzuschalten. Die ärztliche Überzeugung, eine Wiederbelebung durchführen zu müssen, kann durch den Stellvertreter eines Patienten nur mit gerichtlicher Genehmigung übergangen werden. Dies gilt auch für den Fall, dass eine Patientenverfügung vorliegt (siehe den Beschluss des BGH vom 17. März 2003).

4. Dokumentation

Nachdem der Verzicht auf Wiederbelebung angeordnet worden ist, 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.

Der verantwortliche Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin soll in der Akte Folgendes vermerken bzw. hinterlegen:

- a) Art und Umfang der zu unterlassenden Wiederbelebungsmaßnahmen.
- b) Gründe, warum diese Maßnahmen unangemessen sind.
- c) Hinweise auf die Urteilsfähigkeit des Patienten.
- d) Informationen über Aufklärungsgespräche und Diskussionen mit dem Patienten, ggf. seinem Stellvertreter, den Eltern bei minderjährigen Patienten, Angehörigen, Lebenspartner sowie ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern.
- e) Andere Informationen, die sich auf den Gesundheitszustand des Patienten und den Entscheidungsfindungsprozess beziehen.
- f) Schriftliche Einwilligung des Patienten oder seines Stellvertreters.
- g) Falls vorhanden eine Kopie der Patientenverfügung, der Vorsorgevollmacht oder des Betreuungsausweises.
- h) Schriftliche Anordnung des Wiederbelebungsverzichts in der Spalte ärztliche Anordnungen.
- i) Ein komplett ausgefüllter Dokumentationsbogen (VaW-Anordnungsbogen für Normal- und Intensivstationen) auf der Kurve.
- j) Ärztliche Legitimation (Datum, Uhrzeit, Name und Unterschrift).

5. Informationsweitergabe

Der verantwortliche Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin stellt sicher, dass die Anordnung eines Wiederbelebungsverzichts und ihre Bedeutung klar und unmissverständlich sowohl dem nachgeordneten ärztlichen Dienst als auch dem Pflegepersonal und allen übrigen beteiligten Personen (z.B. bei interdisziplinärer Behandlung) mitgeteilt wird. Die Übergabe dieser Anordnung ist fester Bestandteil der Schichtübergabe im ärztlichen und pflegerischen Dienst.

6. Weitere Behandlung eines Patienten mit der Anordnung eines Verzichts auf Wiederbelebung

Die sonstige medizinische und pflegerische Betreuung eines Patienten erfolgt unabhängig von der Anordnung eines Verzichts auf Wiederbelebung. Eine solche Anordnung bedeutet nicht, dass alle vorher vereinbarten Therapien unterbleiben sollen, es sei denn diese sind ausdrücklich nicht mehr gewünscht. Sollen zusätzlich zu einer Wiederbelebung weitere Therapiemaßnahmen eingeschränkt oder eingestellt werden, so muss der verantwortliche Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin dies zusätzlich dokumentieren.

7. Re-Evaluation

Die Anordnung eines Wiederbelebungsverzichts soll alle 24 Stunden durch den verantwortlichen Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin reevaluiert und das Ergebnis in angemessener Form dokumentiert werden, damit sichergestellt ist, dass sie noch mit dem Willen und dem Gesundheitszustand des Patienten übereinstimmt.

8. Widerruf

Die Anordnung eines Wiederbelebungsverzichts kann jederzeit durch den Patienten oder dessen Vertreter widerrufen werden. Dies ist unverzüglich zu dokumentieren und dem verantwortlichen Fach-/Oberarzt der primär behandelnden Disziplin mitzuteilen.

9. Klinische Ethikberatung

Eine Konsultation des Klinischen Ethikkomitees (KEK) ist jederzeit möglich. Gegenstand der Klinischen Ethikberatung (KEB) durch das KEK ist es, Positionen zu klären und durch Gesprächsmoderation die Beteiligten bei einer ethischen Entscheidungsfindung zu unterstützen. Gründe für eine Konsultation der KEB können sein:

- a) Ein Arzt oder nichtärztlicher Mitarbeiter benötigt Unterstützung hinsichtlich der „Empfehlungen für die Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung“ und Verfahrensweisen, die den Verzicht auf Wiederbelebnungsmaßnahmen betreffen.

- b) Der Patient bzw. sein Stellvertreter oder die Angehörigen benötigen Unterstützung bezüglich einer Entscheidung für den Verzicht auf Wiederbelebungsmaßnahmen.
- c) Ein Konflikt bei der Entscheidungsfindung zwischen den Beteiligten.

10. Hinweise und Kontakt

Wissenschaft und ärztliche Praxis sind in einem beständigen Wandel begriffen. Die vorliegenden Empfehlungen zum Umgang mit Anordnungen zur Wiederbelebung sind nach bestmöglichen und aktuellen Erkenntnissen gestaltet worden. Die hier dargestellten Empfehlungen sowie der Dokumentationsbogen für die Anordnung eines Verzichts auf Wiederbelebung (VaW) basieren auf den Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Therapiebegrenzung“ des Klinischen Ethikkomitees der Universität Erlangen. Diese Empfehlungen wurden durch das Klinische Ethikkomitee des Jüdischen Krankenhauses in den Beratungen am 17.10.13, 5.11.13 und 3.12.13 überarbeitet. Die Empfehlungen können mit Angabe der Quellen (www.ethikkomitee.med.uni-erlangen.de und www.juedisches-krankenhaus.de/willkommen/klinisches-ethikkomitee) frei verwendet werden; das Klinische Ethikkomitee der Universität Erlangen und das Klinische Ethikkomitee des Jüdischen Krankenhaus bitten um Informationen über den klinischen Einsatz. Durch die Verwendung der Richtlinien bestehen keinerlei Rechtsanspruch an das Klinische Ethikkomitee, das Universitätsklinikum Erlangen oder das Jüdische Krankenhaus Berlin.

Um die Lesbarkeit des Textes nicht zu erschweren, wurde darauf verzichtet bei Funktions- und Rollenbezeichnungen die weiblichen Endungen zu verwenden. Selbstverständlich sind ebenso alle Patientinnen, Ärztinnen, Krankenschwestern, weibliche Angehörige, andere Krankenhausmitarbeiterinnen, sonstige weibliche Beschäftigte, Betreuerinnen und weibliche Vorsorgebevollmächtigte gemeint.

Diese Empfehlungen können auch noch nach Inkrafttreten des Patientenverfügungsgesetzes (01.09.2009) verwendet werden. Aktualisierte Fassungen sowie der Dokumentationsbogen, der die hier abgedruckte Empfehlung ergänzt, können kostenlos unter www.ethikkomitee.med.uni-erlangen.de oder über www.juedisches-krankenhaus.de/willkommen/klinisches-ethikkomitee bezogen werden.

11. Literatur und Quellennachweis

Frewer, A./Fahr, U./Rascher, W. (Hrsg.) (2009)
Patientenverfügung und Ethik; Beiträge zur guten klinischen Praxis.
Jahrbuch Ethik in der Klinik (JEK) Bd.2, Königshausen & Neumann, Würzburg.

1. Frewer, A./Bruns, F./May, A.(Hrsg.)(2012) Ethikberatung in der Medizin; Springer, Berlin/Heidelberg
2. Grübler, B. (2011): Therapiezielbegrenzung bei infauster Prognose: Wann soll das Leben zu Ende gehen? In: Deutsches Ärzteblatt, 108 (26): A.1473-1476.
3. Stutzki, R./Ohnsorge, K./Reiter-Theil, S. (Hrsg.) (2010): Ethikkonsultation heute - vom Modell zur Praxis. LIT-Verlag, Münster.
https://europa.unibas.ch/fileadmin/pflege/redaktion/Intranet/Literatur/Ethik/Stutzki__Ohnsorge__Reiter-Theil__Ethikkonsultation_heute_-_vom_Modell_zur_Praxis_studienexemplar.pdf
4. Frank Patrick Schmidt: DNR Anordnungen: Das fehlende Bindeglied. In: Deutsches Ärzteblatt 2009, 106(30): A 1511
5. Bundesministerium der Justiz (2009): Patientenverfügung
www.bmj.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/DE/Patientenverfuegung.pdf?__blob=publicationFile
6. Borasio, G. D. (2007): Patientenautonomie und Strafrecht in der Sterbebegleitung. Referat und Thesen. In: Verhandlungen des 66. Deutschen Juristentages, Stuttgart. C.H. Beck. München 2007.
7. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2006). Ethikberatung in der klinischen Medizin. In: Deutsches Ärzteblatt 103: A 1703-1707
8. Neitzke, G./Frewer, A. (2005): Beratung in Krisensituationen und Klinische Ethik-Komitees: Zum Umgang mit moralischen Problemen in der Patientenversorgung. In: Frewer, A./Winau, R. (Hrsg.): Ethische Probleme in Lebenskrisen. Grundkurs Ethik in der Medizin, Bd. 3, Palm/Enke. Erlangen/Jena, S.167-187.
9. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (2004). In: Deutsches Ärzteblatt, 101: A1298-1299.
10. Reinhard Dettmeyer (2001): Medizin & Recht für Ärzte: Grundlagen, Fallbeispiele, Medizinrechtliche Fragen. Springer. Heidelberg.