

Die „Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung“ im Krankenhaus

Auswirkungen einer hausinternen Leitlinie auf die Kommunikation und Transparenz im Behandlungsteam

Einführung

Therapieentscheidungen am Lebensende im Allgemeinen und der Verzicht auf Wiederbelebung (VaW) im Speziellen sind ethische Dauer- und Konfliktthemen im Krankenhaus. Ein Therapieverzicht wirkt neben ethischen, juristischen und kommunikationstheoretischen Grundsatzfragen auch konkrete Praxisprobleme auf. Dazu zählen auch die Kommunikation und die Transparenz ethischer Entscheidungsfindungsprozesse innerhalb des interdisziplinären Behandlungsteams. Obschon sich die breite akademische Diskussion der Grundsatzprobleme in den allgemeinen Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden niedergeschlagen hat [8], besteht in der klinischen Praxis weiterhin Klärungsbedarf. Während sich in den deutschen Krankenhäusern nach und nach Ethikkomitees und ethische Fallberatung etablieren, steckt die Implementierung hausinterner Verfahrens- und Dokumentationsstandards für den VaW noch in den Anfängen.

Kann die Anwendung eines Standards zum VaW im Krankenhaus die Kommunikation und die Transparenz dieser ethischen Entscheidung im Behandlungsteam sicherstellen? Nach der Probeführung der „VaW-Anordnung“ in der Nephrologie am Klinikum Nürnberg, Ende 2004, wurden die Auswirkungen dieser hausinternen Leitlinie über neun Monate hinweg evaluiert. Vor dem Hintergrund der theoretischen

Bezüge und der aktuellen Forschung zum Verzicht auf Wiederbelebung wird die VaW-Anordnung als Gegenstand der Evaluation vorgestellt. Nach den Ausführungen zum Untersuchungsansatz und zur Fragestellung werden die Ergebnisse der Erhebung diskutiert. Die VaW-Studie belegt den Nutzen der VaW-Anordnung als hausinterne Leitlinie zum Verzicht auf Wiederbelebung. Neben der Förderung der Kommunikation und der Transparenz der Entscheidung im Behandlungsteam ist die Explikation der Entscheidungsgründe ein wesentlicher Aspekt der VaW-Anordnung.

Grundlagen

Die Anordnung zum VaW ist eine im Voraus getroffene Entscheidung zur Unterlassung einzelner oder aller lebenserhaltender Therapiemaßnahmen von der Herzdruckmassage, Intubation und Beatmung bis zur elektrischen und medikamentösen Therapie im Falle eines Herz-Kreislauf-Stillstandes. Diese Entscheidung wird vom betroffenen Patienten oder dem behandelnden Arzt getroffen.

Ethisch kann ein Behandlungsverzicht aus deontologischer und aus teleologischer Sicht mit Bezug auf die „Principles of Biomedical Ethics“ – autonomy, non-maleficence, beneficence und justice – begründet werden [4]. Deontologisch i. S. der Rechts- und Pflichtenethik führt die Ablehnung einer Reanimation des autonomen Patienten zur Limitation des medizinischen Heilaufl-

trages. Aus teleologischer Sicht, mit Blick auf das Therapieziel, ist eine Reanimation nur dann vertretbar, wenn sie dem Patienten bei entsprechender Überlebensprognose und -qualität auch nutzt, anstatt seinen Leidensprozess auszudehnen und ihm so zu schaden. Die Frage nach der Verteilungsgerechtigkeit medizinischer Ressourcen führt weiterhin dazu, eine nicht mehr indizierte Reanimation auch nicht mehr anzubieten. Eine zentrale Theorie der Begründung zum VaW ist, insbesondere in Deutschland, die Achtung der Menschenwürde [12]. Der Ansatz der Fürsorgeethik fordert zudem – neben der rein rationalen Argumentation – die emotionale Auseinandersetzung im Sinne einer integrativen Medizinethik. Der Reanimationsverzicht umfasst auch eine Vielzahl emotionaler und impliziter Beweggründe, die durch eine bewusste Klärung zur Explizierung der VaW-Entscheidung beitragen können [5].

Juristisch basiert der VaW in Deutschland auf der verfassungsrechtlich garantierten Unantastbarkeit der Menschenwürde (Art. 1 GG), der Freiheit der Person (Art. 2, Abs. 1 GG) und der körperlichen Unversehrtheit (Art. 2, Abs. 2). Strafrechtlich steht der VaW im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und ärztlichem Heil Auftrag. Nicht autorisierte medizinische Therapie gilt als Körperverletzung nach § 223 StGB, die ungerechtfertigte Verweigerung ärztlicher Behandlung als unterlassene Hilfeleistung nach § 323c StGB. Dem hohen Stellenwert der Selbstbestimmung, den auch der Bundesgerichtshof im Rahmen einer Entscheidung zur Patientenverfügung im Jahr 2003 festgestellt hat [9], trägt die Bundesärztekammer in ihren Empfehlungen zum Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden Rechnung [8]. In der ethisch-rechtlichen Zusammenschau ist ein VaW somit begründet, falls

1. der Patient eine Reanimation ablehnt oder
2. die medizinische Indikation für eine Reanimation fehlt.

Aus kommunikationstheoretischer Sicht bestimmt die Beziehungsebene als Metakommunikation stets, meist unbewusst, die Sachebene [16]. Die asymmetrische Kommunikationsbeziehung zwischen Arzt und Patient ist vom medizinischen Kompetenzvorsprung geprägt, der häufig auch die Pflegenden im Behandlungsteam dominiert. Diese verfügen allerdings über mehr direkte persönliche Patientenkontakte. Daher können Pflegende über die Sachaussage hinaus die Beziehungs-, die Appell- und die Selbstoffenbarungsdimension der Kommunikation, wie sie Schulz von Thun formuliert hat, zuweilen besser dekodieren als ihre medizinischen Kollegen [14]. Eine konsensorientierte Teamkommunikation lässt sich daher dialogisch effektiver gestalten als im Diskurs. Während der Diskurs vom besten Argument oder gar dem besten Rhetoriker bestimmt wird, führt der Dialog – über die unvoreingenommene Betrachtung aller Positionen – dagegen zur besten Lösung [11]. Zuletzt sind es auch die Strukturen einer Organisation, wie z. B. die klinikinterne Hierarchie, die darüber mitbestimmen, inwieweit die Kommunikation gelingt oder scheitert [14].

Stand der Forschung

Die Ethicus-Studie zu den Formen der Behandlung am Lebensende auf europäischen Intensivstationen wurde von 1999–2000 durchgeführt und schloss über 30 000 Patienten auf 37 Intensivstationen in 17 Ländern ein. Während 13,5% der Patienten verstarben, waren 72,6% des Gesamtkollektivs von einer Behandlungsbegrenzung betroffen. Die Formen der Therapie am Lebensende reichten von der erfolglosen Reanimation (20%) über den Verzicht (38%) bzw. Abbruch (33%) lebenserhaltender Maßnahmen bis zur aktiven Verkürzung des Sterbeprozesses (2%) [15]. Eine Schweizer Todesfallstudie zur Quantität und Form der Behandlungslimitationen im Jahr 2001 ergab, dass die im Krankenhaus Verstorbenen von 43% aller

Behandlungsbegrenzungen und besonders oft von Limitationen der Intubation (90%) und der Reanimation (81%), bezogen auf die Gesamtheit aller Begrenzungsmaßnahmen, betroffen waren. Der lebensverkürzende Effekt wurde von den behandelnden Ärzten selten höher als einen Monat geschätzt [7]. Zur Therapieentscheidung bei Patienten mit infausten Diagnosen wurde 2002 eine Befragung von 503 Klinikärzten in Bochum und Magdeburg veröffentlicht. 82% stufen den Patientenwillen als wichtig ein, 54,4% versuchten diesen jedoch zu modifizieren. Der Patientenverfügung wurde bei nicht einwilligungsfähigen Patienten Vorrang vor der Meinung des Arztes oder der Angehörigen gegeben. In der Krankenhaushierarchie höherrangige Ärzte neigten im Gegensatz zu untergeordneten weniger zur Entscheidungsfindung im Behandlungsteam [3]. Eine Mitarbeiterumfrage des Klinischen Ethikkomitees der Medizinischen Hochschule Hannover in 2001 zum Umgang mit ethischen Konflikten zeigte, dass die ärztlichen Entscheidungen für die Pflegekräfte nicht immer ausreichend transparent waren und dass die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen verbessert werden muss [13]. Im Jahr 2005 erfolgte eine deutschlandweite Krankenhausumfrage zur klinischen Ethikberatung. Etwa 14% der deutschen Krankenhäuser verfügten über eine institutionalisierte Form der klinischen Ethikberatung oder waren im Begriff, diese zu etablieren [10]. Eine Schweizer Interviewstudie mit 56 Ärzten und Pflegekräften zeigte 2007, dass Therapieentscheidungen am Ende des Lebens häufig impliziten Einflüssen, wie den Behandlungskosten oder dem Alter der Patienten, unterliegen. Die Autorinnen werfen daher die Frage auf, inwieweit eine formelle Strukturierung des Entscheidungsprozesses durch Leitlinien zu einer Explizierung der Entscheidung beitragen könnte [1].

Erhebungen über die Auswirkungen der Implementierung von strukturierten Entscheidungsprozessen und Leitlinien auf die Kommunikation und Transparenz ethischer Entscheidungsfindung in deutschen

Krankenhäusern sind derzeit nicht bekannt. Dieser Frage geht die vorliegende Evaluationsstudie zur VaW-Anordnung nach.

Die VaW-Anordnung als hausinterner Standard

Die „Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung (VaW-Anordnung)“ wurde vom Klinischen Ethikkomitee des Universitätsklinikums Erlangen in Zusammenarbeit mit der juristischen Fakultät und der Professur für Medizinethik der Universität Erlangen entwickelt und 2003 im Internet veröffentlicht [2]. Die Handlungsempfehlung umfasst 8 Seiten. Sie enthält Begriffsbestimmungen zur Patientenautonomie sowie zum VaW und klärt dessen Voraussetzungen. Danach wird der konsensual orientierte Kommunikations- und Entscheidungsprozess mit dem Patienten, seinen Angehörigen und im Behandlungsteam dargestellt. Die Dokumentation der Entscheidung, aller Gesprächstermine und der Entscheidungsgründe erfolgt auf einem separaten Formular mit Ankreuzoptionen und Freitextfeldern, das vom verantwortlichen Arzt und ggf. vom betroffenen Patienten unterschrieben wird (Anlage 1). Die Entscheidung soll täglich reevaluiert und mittels Arztunterschrift erneut bestätigt werden. In der Med 4 wurde, davon abweichend, ein Regelintervall von 3–4 Tagen festgelegt. Das VaW-Formular ist als Teil der Krankenakte jederzeit für alle Berufsgruppen des Behandlungsteams einsehbar.

Ausgangssituation

Die 4. Medizinische Klinik für Nieren- und Hochdruckerkrankungen am Klinikum Nürnberg umfasst vier Allgemeinstationen und eine Intensivabteilung mit 29 ärztlichen und 118 pflegerischen Mitarbeitern. Der medizinische Leiter der Klinik ist in Personalunion Chefarzt der nephrologischen Abteilung am Universitätsklinikum Erlangen, mit dem das Nürnberger Klini-

Christof Oswald

Die „Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung“ im Krankenhaus – Auswirkungen einer hausinternen Leitlinie auf die Kommunikation und Transparenz im Behandlungsteam

Zusammenfassung

Während die juristische und medizinethische Rechtfertigung des Verzichts auf Wiederbelebung in Deutschland akademisch hinreichend geklärt ist, zeigen sich doch erhebliche Unterschiede und zahlreiche Probleme bei der praktischen Umsetzung in der Klinik. Innerhalb des interdisziplinären Behandlungsteams gehören *Kommunikationsdefizite* und die *Intransparenz* der ethischen Entscheidungsprozesse zu den häufigsten Schwierigkeiten, die in der Medizinischen Klinik für Nephrologie und Hypertensiologie am Klinikum Nürnberg mit der Implementierung einer hausinternen Leitlinie, der *Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung* (*VaW-Anordnung*), behoben werden sollten.

Die Evaluationsstudie, die 118 VaW-Anordnungen bei 4718 Behandlungsfällen im Zeitraum von November 2004 bis Juli 2005 einschloss, verfolgte einen dualen Forschungsansatz. Eine quantitative Dokumentationsanalyse aller VaW-Protokolle wurde mit der leitfadengestützten Befragung von 16 Ärzten und Pflegekräften kombiniert.

Teambesprechungen waren in 62,4 % Entscheidungen in 74,6 % aller VaW-Protokolle dokumentiert. Die Interviews ergaben eine positive, aber berufsgruppendif-

ferente Bewertung der Kommunikation, wobei die Pflegenden kritischer eingestellt waren als ihre medizinischen Kollegen. Die VaW-Dokumentation bewirkte nach Auffassung aller Befragten eine hohe Nachvollziehbarkeit und Transparenz. Die VaW-Anordnung wurde darüber hinaus als gut anwendbar und praxistauglich betrachtet. Nahezu alle Befragten sprachen sich für eine Beibehaltung des VaW-Verfahrens in der Klinik aus.

Die Implementierung der VaW-Anordnung als hausinterne Leitlinie und Dokumentationsstandard hat zu einer Förderung des interdisziplinären Dialogs und zu einer erheblichen Verbesserung der Transparenz der ethischen Entscheidungsprozesse im Rahmen des Verzichts auf Wiederbelebung geführt. Hilfreich und praxistauglich erfreut sich die VaW-Anordnung einer hohen Akzeptanz bei Pflegenden und Medizinern und wird seit drei Jahren in der Nephrologie am Klinikum Nürnberg konsequent angewendet.

Schlüsselwörter

Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung (VaW-Anordnung) · Kommunikation · Transparenz

The “Do Not Resuscitate Order” in clinical practice – Consequences of an internal guideline on communication and transparency within the medical care team

Abstract

Definition of the problem Although the legal and ethical questions of justifying a “Do Not Resuscitate Order”¹ (DNR) in Germany seem to be sufficiently resolved on academic levels, there are considerable differences and difficulties in clinical practice. The medical care teams are mainly confronted with problems caused by lack of communication and opacity in the ethical decision-making processes. The aim was to minimize or solve these problems by developing an internal guideline for DNR Order (original: „Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung“ = „VaW-Anordnung“), valid for the Medizinische Klinik für Nephrologie und Hypertensiologie², which is part of the Nuremberg Municipal Hospital (Klinikum Nürnberg).

Methods The evaluation study, including 118 DNR Orders out of 4718 treatment cases from November 2004 to July 2005, was measured via a quantitative analysis, concerning the documentation of all DNR Order protocols,

and a guideline-based interview of 16 doctors and care team members.

Results and conclusion In 62.4% of the DNR Order protocols team meeting reports were recorded, in 74.6% the reason for the decision was documented. The interviews represent the need for communication and show nurses' attitudes to be more critical than doctors'. The documentation of DNR Orders results in high comprehensibility and transparency, as pointed out by the persons questioned. The guideline used as an internal tool and documentation standard has improved communication and the transparency of the ethical decision-making processes regarding DNR Orders. Very useful for daily work, the DNR Order guideline is highly accepted by nurses and doctors. Since its implementation three years ago the guideline has been in use at the Nephrological Clinic of Nuremberg Municipal Hospital.

Key words

“do not resuscitate” order · communication · transparency

¹ In Germany, the term „Anordnung zum Verzicht auf Wiederbelebung“ = „VaW-Anordnung“ is used. It corresponds with the DNR Order used in English speaking countries, but includes differences according to German laws.

² The Medical Nephrological and Hypertensiological Clinic

Patientenaufkleber

Universitätsklinikum
Erlangen

Klinikum Nürnberg
Med. Klinik 4



VaW-Anordnung

Folgende Maßnahmen werden nicht durchgeführt:

Normalstation	Intensivstation
1. Intubation/Beatmung <input type="checkbox"/>	1. Intubation/Beatmung <input type="checkbox"/>
2. Reanimation <input type="checkbox"/>	2. mechanische Reanimation <input type="checkbox"/>
	3. medikamentöse Reanimation <input type="checkbox"/>
	4. Defibrillation <input type="checkbox"/>

Gründe für die Unterlassung der Maßnahmen:

- Medizinische Indikation nicht gegeben (z. B. Ausweitung der Therapie nicht sinnvoll, inkurables Grundleiden mit begrenzter Lebenserwartung, Sterbephase hat eingesetzt)
- Patient lehnt Reanimation ab (Aussage kann vom Patienten jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden)
- _____

Hinweise zur Einwilligungsfähigkeit des Patienten/der Patientin:

- Ist zu Person/Zeit/Ort orientiert
- Kann eigene Situation erfassen, kann die Folgen einer VaW-Anordnung verstehen
- Psychiatrisches Konsil liegt vor
- Patient ist betreut

Aufklärungsgespräch erfolgt am _____ mit Patient
 am _____ mit Angehörigen
 (Familie, Lebenspartner, engen Freunden)
 am _____ mit Betreuer/Vorsorgebevollmächtigtem

Teambesprechung/Stationsbesprechung erfolgt ja am _____ nein

Ethikberatung erfolgt ja am _____ nein

Auf eine suffiziente Symptomkontrolle, Pflege und menschliche Begleitung ist zu achten.

Weitere wichtige Informationen zum Gesundheitszustand des Patienten/der Patientin und/oder dem Entscheidungsprozess:

Es liegt vor:

Unterschrift Patient für VaW	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Patientenverfügung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
(ggf.) Betreuungsausweis	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Die Anordnung eines Verzichts auf Wiederbelebung (VaW) muss ärztlich angeordnet, bei Schichtübergaben mitgeteilt und regelmäßig überprüft und dokumentiert werden.

Bei Änderungen des klinischen Verlaufes oder der klinischen Einschätzung ist eine Reevaluation und erneute Dokumentation zwingend.

Ort/Datum

Oberarzt/ärztin, Facharzt/ärztin

Reevaluation

Ort/Datum

Ort/Datum

Ort/Datum

Ort/Datum

Nähere Ausführungen finden Sie in den „Empfehlungen zur Anordnung eines Verzichts auf Wiederbelebung“ unter: www.gesch.med.uni-erlangen.de/eth/projekte/Klin_Eth/Ethik_Ordner/Leitlinien.htm

Ethische Empfehlungen für das Klinikum Nürnberg zum Umgang mit Schwerstkranken u. Sterbenden, Patientenverfügungen und Vollmachten (Stand 5. 8. 2004)

kum als akademisches Lehrkrankenhaus kooperiert. Probleme mit der Transparenz ärztlicher VaW-Entscheidungen und Mängel in der interdisziplinären Teamkommunikation führten zu redundanten Auseinandersetzungen und vereinzelt auch zu Intensiveinweisungen und Reanimationen, die eigentlich nicht mehr vorgesehen waren. Nach eingehender Recherche und Diskussion durch den Ethikkreis der Klinik wurde am 28.10.2004 die Erlanger VaW-Anordnung implementiert. Die neunmonatige Erprobungsphase wurde vom 01.11.2004 bis zum 31.07.2005 evaluiert. Im Untersuchungszeitraum wurden bei 4718 Patienten 118 VaW-Anordnungen getroffen.

Fragestellung

Im Hinblick auf eine permanente Implementierung sollte die Studie klären, inwieweit die Einführung der VaW-Anordnung die Kommunikation und Transparenz zum VaW sicherstellt. Ziel war die Beteiligung von Ärzten und Pflegekräften am Entscheidungsprozess und die Nachvollziehbarkeit der Entscheidungsgründe des VaW für alle Mitarbeiter, auch wenn sie nicht an den Gesprächen beteiligt waren. Weiter sollten die Praxistauglichkeit des VaW-Verfahrens und dessen Akzeptanz bei der Mitarbeiterschaft untersucht werden.

Methode

Eine statistische Dokumentationsanalyse aller VaW-Anordnungen untersuchte die Parameter Stationsteambesprechung, Revaluationsintervall und die aufgeführten Entscheidungsgründe zur Operationalisierung der Kommunikation und Transparenz. Darüber hinaus wurden die Gespräche mit Patienten und Angehörigen, die vorliegenden Betreuungen, Patientenverfügungen und Vollmachten und der Entlassungsstatus erfasst. Die Verarbeitung der Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm NSD-Stat, Version 1,3.

Diese quantitative Methode wurde mit qualitativen, teilstandardisierten Leitfadeninterviews von 8 Ärzten und 8 Pflegekräften verschiedener Hierarchieebenen kombiniert (■ Tabelle 1). Die Befragung wurde zwischen Juni und Juli 2005 am Ende des Erprobungszeitraums durchgeführt.

Die Interviews wurden im Intensivbereich und auf zwei Allgemeinstationen tontechnisch aufgezeichnet, transkribiert und mit einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse ausgewertet [6]. Dabei wurden die Allgemeinstationen mit der jeweils höchsten und geringsten VaW-Rate ausgewählt. Die sieben Fragen des Leitfadeninterviews (■ Tabelle 2) zielten nach einer Themen eröffnenden Einleitungsfrage auf die Beteiligung am Entscheidungsprozess, die Nachvollziehbarkeit der VaW-Begründung, die Tauglichkeit und den Nutzen des VaW-Verfahrens in der Praxis und erhoben ein Votum bezüglich der Beibehaltung des Modells.

Die Kombination beider Methoden diente der wechselseitigen Ergebnisvalidierung. Die kleine Stichprobe der Befragung (16%), bedingt durch die begrenzten personellen Ressourcen der Untersuchung, führten zu nicht repräsentativen Ergebnissen, die in der Verbindung mit den Resultaten der Dokumentationsanalyse dennoch eine verwertbare Aussagekraft aufweisen. Die Studie wurde von der Hamburger Fernhochschule begleitet.

Diskussion der Ergebnisse

Im Rahmen der Erhebung wurden folgende Hypothesen als Gradmesser einer erfolgreichen Implementierung und Umsetzung der VaW-Anordnung in der 4. Medizinischen Klinik aufgestellt:

1. Bei zwei Drittel aller VaW-Verfahren in der Klinik findet eine Kommunikation der Entscheidungsprozesse im Team statt.
2. Bei zwei Drittel aller VaW-Verfahren in der Klinik sind die Entscheidungspro-

Tabelle 1

Teilnehmer der Befragung

Abteilung	Intensivabteilung		Allgemeinabteilung	
	Medizin	Pflege	Medizin	Pflege
Stationsleitung	2	1	2	2
stv. Stationsleitung	1	1	1	2
Mitarbeiter	1	1	1	1
Geschlecht	2 ♀-2 ♂	2 ♀-1 ♂	3 ♀-1 ♂	5 ♀-0 ♂

Tabelle 2

Fragen des Leitfadeninterviews

1. Bei einem Patienten soll eine Entscheidung zum Verzicht auf Wiederbelebung getroffen werden. Was ist Ihnen dabei besonders wichtig?
2. In Ihrem Arbeitsbereich wurden mehrere VaW-Anordnungen getroffen. Hatten Sie den Eindruck, dass alle von der Entscheidung betroffenen Personen in den Entscheidungsprozess mit einbezogen wurden? Welche Gründe haben Sie für Ihren Eindruck?
3. Haben Sie sich selbst ausreichend informiert und in den Entscheidungsprozess eingebunden gefühlt und worauf begründet sich Ihre Meinung?
4. Hat das VaW-Konzept Ihrer Meinung nach Vorteile oder Schwächen gegenüber der vorherigen Praxis?
5. Haben Sie zurückblickend den Eindruck, dass in Ihrem Arbeitsbereich relativ viele bzw. relativ wenige VaW-Anordnungen getroffen wurden? Welche Gründe sehen Sie dafür?
6. Empfanden Sie das Instrument der VaW insgesamt als hilfreich und anwenderfreundlich und was würden Sie gerne am Verfahren oder der Dokumentation verändern?
7. Würden Sie eine dauerhafte Einführung des Konzepts befürworten?

zesse transparent, d. h. dauerhaft nachvollziehbar.

3. Zwei Drittel der befragten Mitarbeiter halten das VaW-Konzept für praxistauglich und befürworten die Dauereinführung des Verfahrens.

Dokumentationsanalyse

Von insgesamt 118 VaW-Anordnungen wurden 49 im Intensivbereich und 69 auf den Allgemestationen getroffen. 73,7% der VaWs wurden aufgrund einer fehlenden medizinischen Indikation, 11,9% auf-

grund des Patientenwillens und 14,4% infolge beider Rechtfertigungsgründe angeordnet (■ Tabelle 3). Eine klinische Ethikberatung wurde bei 6,8% der VaW-Entscheidungen durchgeführt.

44,2% der VaW-Anordnungen wurden mit dem betroffenen Patienten und/oder mit dem Betreuer bzw. Bevollmächtigten besprochen. Die Einbeziehung der Angehörigen fand in 78,8% aller VaW-Fälle statt. 21% der Entscheidungen wurden ohne entsprechende Gespräche getroffen (■ Abb. 1).

66,1% der VaW-Patienten sind im Krankenhaus verstorben. 4,2% wurden haus-

Tabelle 3

Rechtfertigungsgründe

	keine Indikation	Patientenwunsch	keine Indikation, Patientenwunsch
Intensiv	85,7%	6,1%	8,2%
Allgemein	65,2%	15,9%	18,8%
total	73,7%	11,9%	14,4%

Tabelle 4

Dokumentationsanalyse

	Intensivstation	Allgemeinstation	total
VaW-Fälle	49	69	118
Teamgespräche dokumentiert	87,7%	44,9%	62,7%
Reevaluation dokumentiert	55,1%	34,8%	43,2%
VaW-Gründe dokumentiert	95,9%	59,4%	74,6%

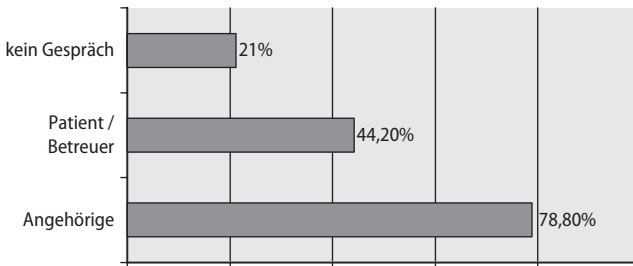


Abb. 1. ▲ Gespräche mit Patienten und Angehörigen

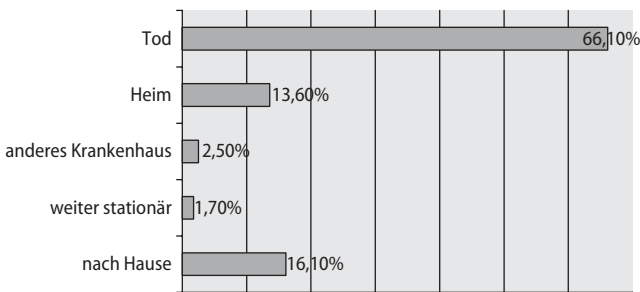


Abb. 2. ▲ Entlassungsarten

intern bzw. extern weiterverlegt, und 29,7% der Patienten wurden nach Hause (16,1%) oder in eine stationäre Altenpflegeeinrichtung (13,6%) entlassen (■ Abb. 2).

Bei 62,7% der VaW-Anordnungen waren Teamgespräche dokumentiert. 43,2% aller Fälle wiesen eine regelhafte Dokumentation der Reevaluation auf. Die freitextliche Angabe von Gründen für die VaW-Entscheidung lag bei 74,6% aller Fälle (■ Tabelle 4). Damit konnte die erste Hypothese zur Teamkommunikation mit Hilfe der Teamgesprächsdaten verifiziert werden, während dies mit den Ergebnissen zur regelmäßigen Reevaluation nur teilweise möglich war. Die zweite Hypothese zur Transparenz der Entscheidungsprozesse konnte anhand der dokumentierten Entscheidungsgründe eindeutig bestätigt werden. Die dritte Hypothese entzieht sich der Dokumentationsanalyse und wird anhand der Befragung betrachtet.

Leitfadeninterview

Das teilstrukturierte Leitfadeninterview beinhaltete 7 Fragen (■ Tabelle 2), die von den Teilnehmern frei beantwortet werden konnten. Die erste Frage: „Bei einem Patienten soll eine Entscheidung zum Verzicht auf Wiederbelebung getroffen werden. Was ist Ihnen dabei besonders wichtig?“ diente zum Einstieg in die Thematik und wurde nicht in die Auswertung einbezogen.

Zur Frage 2 „In Ihrem Arbeitsbereich wurden mehrere VaW-Anordnungen getroffen. Hatten Sie den Eindruck, dass alle von der Entscheidung betroffenen Personen in den Entscheidungsprozess mit einbezogen wurden? Welche Gründe haben Sie für Ihren Eindruck?“ sahen die Allgemeinmediziner die Partizipation der Patienten, Angehörigen, Ärzte und Pflegekräfte als gegeben an. Die Intensivmediziner teilten, mit gewissem Vorbehalt, diese Auffassung. Die Allgemeinpflegekräfte beklagten z. T. eine mangelnde Einbeziehung, während andere Interviewpartner über sehr gute Erfahrungen berichteten. Dieses Bild zeigte sich

auch bei den Intensivpflegekräften, die zudem häufig den Denkanstoß für die Überlegungen zum VaW gaben. Es wurde darüber hinaus kritisiert, dass Pflegekräfte manchmal nur über ärztlicherseits bereits getroffene Entscheidungen informiert werden. So konnte die These zur Teamkommunikation aus medizinischer Perspektive eindeutig bestätigt werden, während dies aus der pflegerischen nur teilweise der Fall war.

Auch die Frage 3 „Haben Sie sich selbst ausreichend informiert und in den Entscheidungsprozess eingebunden gefühlt und worauf begründet sich Ihre Meinung?“ zielte im zweiten Teil auf den partizipativen Kommunikationsaspekt. Die Antworten deckten sich mit den Angaben zur vorangehenden Frage 2. Der erste Aspekt der dritten Frage fokussierte die Transparenz der VaW-Entscheidungen. Zwischen dem Allgemein- und dem Intensivbereich gab es in dieser Frage keine Differenzen. Während die Mediziner sich als Entscheidungsträger gut informiert fühlten, machten die Pflegekräfte keine Angaben zum Informationsgrad, sondern äußerten sich, wie bereits dargestellt, nur zum Aspekt der Partizipation (siehe Frage 2).

Die Frage 4 „Hat das VaW-Konzept Ihrer Meinung nach Vorteile oder Schwächen gegenüber der vorherigen Praxis?“ ergab bei allen Befragten ein übereinstimmendes Bild. Die Vorteile der VaW-Anordnung lagen demnach in der klaren, strukturierten Dokumentation, die den Entscheidungsprozess und die explizit formulierte Begründung für die VaW-Entscheidung nachvollziehbar darlegt und die regelmäßige Reevaluation der VaW-Anordnung beinhaltet. Die Mediziner fühlten sich im Dissensfall mit Angehörigen rechtlich besser gestellt, weil die VaW-Entscheidung transparent und schlüssig dokumentiert werden kann.

In der Zusammenschau dieser Ergebnisse kann die zweite Hypothese eindeutig verifiziert werden, da die Transparenz der VaW-Dokumentation von allen Befragten als positiver Hauptaspekt benannt wurde.

Die folgenden Fragen 4, 5 und 6

„Hat das VaW-Konzept Ihrer Meinung nach Vorteile oder Schwächen gegenüber der vorherigen Praxis?“

Haben Sie zurückblickend den Eindruck, dass in Ihrem Arbeitsbereich relativ viele bzw. relativ wenige VaW-Anordnungen getroffen wurden? Welche Gründe sehen Sie dafür?“

Empfanden Sie das Instrument der VaW insgesamt als hilfreich und anwenderfreundlich (...)?“

fokussieren die Praxistauglichkeit und Anwenderfreundlichkeit des Verfahrens.

Dazu wurde, wie schon dargestellt, die Dokumentation sehr positiv bewertet. Die Mehrheit der befragten Ärzte sah den Zeitaufwand für die Dokumentation als vertretbar an. Ein gewisser Dokumentationsaufwand wurde im Hinblick auf die Bedeutung der VaW-Entscheidung als Sicherheitsschwelle gegen übereilte Beschlüsse positiv bewertet. Die Verantwortung des letztbehandelnden Arztes dürfte, so eine intensivmedizinische Bemerkung, aufgrund der VaW-Anordnung nicht übersehen werden. Während die Allgemeinmediziner den Eindruck äußerten, dass die VaW-Anordnung zumindest anfangs zu einer Reduktion der Reanimationsverzichtsbeschlüsse geführt hatte, sahen die Intensivmediziner hier keine hemmenden Effekte. Alle befragten Ärzte bewerteten die VaW-Anordnung insgesamt als hilfreich und anwenderfreundlich. Aus Sicht einer Intensivpflegekraft kann ein über den VaW hinausgehender Therapieverzicht nicht ausreichend abgebildet werden. Die Zahl der VaW-Anordnungen wurde von den Allgemeinpflegekräften als zu gering, von der Intensivpflege als angemessen erachtet. Die große Mehrheit der Pflegenden bewertet das VaW-Konzept als anwenderfreundlich und hilfreich. Eine Allgemeinpflegekraft äußerte ihre generelle Ablehnung zum Therapieverzicht, der sich auch auf einen VaW erstreckte.

Zum zweiten Teil der Frage 6 *„... was würden Sie gerne am Verfahren oder an der Dokumentation ändern?“* wurde von medi-

zinischer Seite vorgeschlagen, die Dokumentation der Reevaluation im Intensivbereich auf der Tageskurve vorzunehmen. Weiter wurde gewünscht, die Bekanntmachung der Aufhebung einer VaW-Anordnung klar zu regeln, um folgenschwere Missverständnisse zu verhindern. Die Pflegekräfte wünschten in erster Linie eine weitere Verbesserung der Teamkommunikation.

Die Praxistauglichkeitsforderung der Hypothese 3 konnte somit durch die Resultate der Fragen 4, 5 und 6, die der VaW-Anordnung eine unkomplizierte Handhabung in der Praxis attestierten und die Transparenzwirkung der Dokumentation noch einmal hervorhoben, eindeutig verifiziert werden.

Der Frage 7 *„Würden Sie eine dauerhafte Einführung des Konzepts befürworten?“* stimmten 15 von 16 Befragten zumeist sehr nachdrücklich zu. Einige Interviewpartner zeigten sich auch überrascht, dass dieses für sie bereits selbstverständliche Praxisinstrument überhaupt noch zur Disposition stand. Die Pflegekraft, die einen Therapieverzicht generell ablehnte, wollte sich in dieser Frage nicht festlegen. Die These zur Akzeptanz in Hypothese 3 konnte also ebenfalls klar verifiziert werden.

Schlussfolgerung

Der Entscheidungsprozess zum VaW erfordert bei Beachtung der medizinischen und juristischen Rahmenbedingungen die Partizipation aller Betroffenen, sowohl auf Seiten des Patienten als auch auf Seiten des Behandlungsteams. Zum Gelingen eines gleichberechtigten, strukturierten Dialogs und zur Umsetzung einer daraufhin getroffenen Entscheidung zum Reanimationsverzicht, kann die VaW-Anordnung durch die Sicherstellung der Kommunikation und der Transparenz im Behandlungsteam beitragen.

Die hausinterne Leitlinie der VaW-Anordnung gibt keine Gewähr für eine gute ethische Kultur im Krankenhaus, doch sie strukturiert den Entscheidungsprozess

zum VaW, stößt die entscheidenden Gespräche mit allen Betroffenen an und führt zur Explikation der Entscheidungsgründe i. S. von Albisser Schleger und Reiter-Theil [1]. Die VaW-Dokumentation bildet den Entscheidungsprozess nachvollziehbar ab und macht ihn so auch für Außenstehende transparent. Dadurch werden die fortwährende Diskussion und die Reevaluation des Verzichts auf Wiederbelebung keinesfalls obsolet, doch auch diese wichtigen Auseinandersetzungen werden systematisiert und expliziert.

In der Medizinischen Klinik für Nephrologie und Hypertensiologie am Klinikum Nürnberg führten die Ergebnisse der VaW-Studie zur endgültigen Implementierung dieser Leitlinie, die dort seit drei Jahren umgesetzt wird und fester Bestandteil ethischer Therapieverzichtsentscheidungen am Lebensende geworden ist. Aus unserer Erfahrung heraus ist die Anwendung von hausinternen Leitlinien zum Verzicht auf Wiederbelebung zur Qualitätssicherung ethischer Behandlungsentscheidungen im Grenzbereich der Behandlung am Lebensende zu empfehlen.

Anschrift

Christof Oswald

Klinikum Nürnberg, 4. Medizin
Breslauer Straße 201
90471 Nürnberg
E-Mail: christof.oswald@klinikum-nuernberg.de

Literatur

1. Albisser Schleger H, Reiter-Theil S (2007) Alter und Kosten – Faktoren bei Therapieentscheidungen am Lebensende? Eine Analyse informeller Wissensstrukturen bei Ärzten und Pflegenden. *Ethik Med* 19:103–119

2. Arbeitsgruppe Therapiebegrenzung (2003) Empfehlungen für die Anordnung eines Verzichts auf Wiederbelebung (VaW). Version 2.1: Januar 2004. Leitlinie des Ethikkomitees am Universitätsklinikum Erlangen. Online in Internet: http://www.gesch.med.uni-erlangen.de/eth/projekte/Klin_Eth/Ethik_Order/VAW_Anor.pdf [Stand: 8.9.2007]
3. Baberg HT, Kielstein R, de Zeeuw J, Sass H-M (2002) Behandlungsgebot und Behandlungsbegrenzung: Einfluss des Patientenwillens und Prioritäten in der palliativen Versorgung. *Dtsch Med Wochenschr* 127:1690–1694
4. Beauchamp T, Childress J (2001) *Principles of Biomedical Ethics*, 5. Aufl. Oxford University Press, Oxford New York
5. Biller-Andorno N (2001) Gerechtigkeit und Fürsorge – Zur Möglichkeit einer integrativen Medizinethik. Reihe: Kultur der Medizin, Band 2. Campus, Frankfurt New York
6. Bortz J, Döring N (2002) *Forschungsmethoden und Evaluation – für Human- und Sozialwissenschaftler*, 3. überarb. Aufl. Springer, Berlin New York
7. Bosshard G, Faisst K, Fischer S, Minder R, Zellweger U, Tschopp A, Gutzwiller F, Bär W (2005) Begrenzung lebenserhaltender Maßnahmen bei Patienten am Lebensende in der deutschsprachigen Schweiz – Resultate einer Todesfallstudie. *Dtsch Med Wochenschr* 130:2887–2892
8. Bundesärztekammer (2004) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Dt Arztebl* 101: 1298–1299
9. Bundesgerichtshof (2003) Beschluss v. 17.03.2003, XII ZB 2/03, BGHZ, Bd. 154, S 205–230
10. Dörries A, Hesse-Jungesblut K (2007) Die Implementierung Klinischer Ethikberatung in Deutschland. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage bei Krankenhäusern. *Ethik Med* 19: 148–156
11. Ellionor L, Gerard G (2000) *Der Dialog im Unternehmen – Inspiration, Kreativität, Verantwortung*. Klett-Cotta, Stuttgart
12. Maio G (2001) Wie lässt sich der Therapieverzicht ethisch begründen? *Anästhesiologie Intensivmedizin Notfallmedizin Schmerztherapie* 36:282–289
13. Medizinische Hochschule Hannover (2001) Ethik in der Patientenversorgung. Umfrage zu ethischen Konflikten. Online im Internet: <http://www.mh-hannover.de/2397.98.html> [Stand 8.9.2007]
14. Schulz von Thun F (1984) *Miteinander reden – Störungen und Klärungen*. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg
15. Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow H-H, Hovi-lehto S, Ledoux D, Lippert A, Maia P, Phelan D, Schoberberger W, Wennberg E, Woodcock T (2003) End-of-Life Practices in European Intensive Care Units. *JAMA* 209:790–797
16. Watzlawick P, Bauvin JH, Jackson DD (1969) *Menschliche Kommunikation – Formen, Störungen, Paradoxien*. Huber, Bern Stuttgart