



- ▶ **Eine DNR-Entscheidung in der Onkologie** muss medizinisch, ethisch und kommunikativ sorgfältig begründet werden. Maßgeblich sind die medizinische Indikation, der Patientenwille sowie die Verhältnismäßigkeit von Nutzen und Belastung.
- ▶ **Der Reanimations (CPR)-Status sollte frühzeitig thematisiert werden** – etwa bei Therapiezielgesprächen, begrenzter Erfolgsaussicht onkologischer Therapien, Verschlechterung des Allgemeinzustands oder in der Endphase einer unheilbaren Erkrankung. Früh geführte Gespräche helfen, nicht zielführende Therapien am Lebensende zu vermeiden.
- ▶ **Eine DNR-Entscheidung betrifft ausschließlich den Verzicht auf Reanimationsmaßnahmen;** alle anderen Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen bleiben davon unberührt. Entscheidend sind eine klare Dokumentation, regelmäßige Reevaluation und transparente Kommunikation im interprofessionellen Team.

Verzicht auf Reanimation

„Do not resuscitate“ (DNR) in der Onkologie

Die Entscheidung, im Rahmen eines Herz-Kreislauf-Stillstands keine Reanimationsmaßnahmen zu beginnen, bedarf eines reflektierten Überlegungsprozesses, um den medizinischen und ethischen Ansprüchen gerecht zu werden. Obwohl fachliche Empfehlungen zur Reanimationsentscheidung in den European Resuscitation-Council (ERC)-Leitlinien¹ ausführlich publiziert sind, bewährt es sich für den klinischen Alltag, diese Empfehlungen zu konkretisieren und den handelnden Personen eine praktikable Handlungsanleitung zur Verfügung zu stellen.²



DGKP Elisabeth Höpperger, MSc
Akademische Palliativexpertin, Demenznurse, Schmerzexpertin (DSG), Ethikberaterin im Gesundheitswesen (K1 und K2), Bezirkskrankenhaus Schwaz
© Privat



OA Dr. Dietmar Weixler, MSc
Palliativärzte HO, Leiter Palliative Support Team/Mobiles Palliativteam, Landeskrankenhaus Horn – Allentsteig
© Privat



Prim. Dr. Christian Roden
Stellv. Ärztlicher Direktor, Leiter der Palliativstation, Krankenhaus Barmherzige Schwestern Ried
© Foto Hirschrödt e.U.

Begriffserklärungen

Unter einer „kardiopulmonalen Reanimation“ (CPR) versteht man das Wiederherstellen von Herzrhythmus und Atmung durch das Anwenden von Thoraxkompressionen und Beatmung bzw. das Anwenden von Defibrillationen und entsprechender Medikation. Ein Verzicht auf diese Maßnahmen wird mit der Bezeichnung DNR („do not resuscitate“) dokumentiert. Können Herzrhythmus und Atmung wiederhergestellt werden, spricht man von *physiologisch wirksamer Reanimation*. Im Gegensatz dazu wird von einer *erfolgreichen Reanimation* gesprochen, wenn nicht nur Herzrhythmus und Atmung wiederhergestellt werden können,

sondern auch ein Überleben ohne wesentliche Organfunktionsstörungen und ohne chronische Bewusstseinsstörung erreicht wird. Grundsätzlich wird von gerechtfertigten Reanimationsmaßnahmen ausgegangen, wenn aus medizinischer Sicht eine erfolgreiche Reanimation möglich ist und die aufgeklärten Patient:innen sie nicht abgelehnt haben. Stellt sich im Rahmen einer laufenden kardiopulmonalen Reanimation heraus, dass die Maßnahmen nicht mehr indiziert sind oder der Patientenwille gegen

dieses Vorgehen gerichtet war, ist der Versuch abzubrechen.

Ein primärer Verzicht auf eine CPR und ein Abbruch einer laufenden CPR unterliegen denselben medizinischen und ethischen Beurteilungen und Maßstäben.

Wann soll über den Verzicht auf Reanimationsmaßnahmen nachgedacht werden?

Das Nachdenken und Diskutieren des CPR-Status sollte zeitgerecht und besser

früher als später erfolgen. Mögliche Zeitpunkte sind:

- Therapiezielgespräche mit den Patient:innen
- Gespräche über onkologische Behandlungsoptionen mit beschränkter Erfolgsaussicht
- Dosisreduktionen von Tumortherapien bei eingeschränkten Performance-Scores (z.B. ECOG, Karnofsky)
- Gesprächswünsche von Patient:innen über das Lebensende
- Nachfragen der Pflegekräfte, die durch die Patientennähe frühzeitig Veränderungen wahrnehmen
- Endphase einer unheilbaren onkologischen Erkrankung

Je nach Ergebnis der Überlegungen und Gespräche können drei Situationen unterschieden werden:

A: Situationen, in denen eine CPR physiologisch aussichtslos wäre

Wenn mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen ist, dass eine CPR aussichtslos wäre, soll sie nicht durchgeführt werden. Patient:innen, die aufgrund einer Erkrankung in der terminalen Lebensphase sind bzw. bei denen das Behandlungsteam davon ausgeht, dass Herzrhythmus und Atmung nicht wiederhergestellt werden können (z.B. lange Stillstandzeit, kardiale oder pulmonale Erkrankungen).

B: Situationen, in denen eine CPR indiziert wäre, sie aber von den Patient:innen abgelehnt wird

In diesen Situationen lehnen die aufgeklärten und entscheidungsfähigen Patient:innen eine CPR unmittelbar (z.B. Anästhesieaufklärungsgespräch) oder mittelbar (z.B. Patientenverfügung, gesetzliche Vertreter) ab.

C: Situationen, in denen die Verhältnismäßigkeit von Nutzen und Schaden der Reanimationsmaßnahmen abzuwägen sind.

Diese Fallkonstellationen machen den Großteil der DNR-Entscheidungen aus und erfordern ein strukturiertes Nachdenken und Begründen der Entscheidung.

Oft werden Reanimationsmaßnahmen zwar nicht als physiologisch aussichtslos eingeschätzt, es bestehen aber Zweifel, ob sie für die konkreten Patient:innen zielführend sind.

Mögliche Überlegungen dabei sind:

- Die Patient:innen sind bei wirksamer CPR dauerhaft von intensivmedizinischen Maßnahmen abhängig.
- Eine chronische Bewusstseinsstörung ist zu erwarten (z.B. „minimal conscious state“).
- Ein lebensbedrohlicher Zustand kann nur kurzfristig hinausgezögert, aber nicht dauerhaft abgewendet werden.
- Der Gesamtzustand der Patient:innen ist auch nach wirksamer CPR so schlecht, dass ein Hinauszögern des Lebensendes als nicht gerechtfertigt erscheint.

Hierbei muss der Patientenwille direkt oder indirekt eingebunden werden.

Gelingt es nicht, den Patientenwillen unmittelbar oder mittelbar zu ergründen, ist die Bewertung der Verhältnismäßigkeit aus Sicht des Behandlungsteams vorzunehmen.

Hilfreich ist dabei die Frage: Welche Nachteile und Belastungen müssten die Patient:innen bei bzw. nach einer wirksamen CPR in Kauf nehmen, um welches Ziel anzustreben? Darüber hinaus müssen die Outcome-Daten die medizinische Grundlage für diese Überlegungen darstellen.

In ihrem bemerkenswerten Artikel wiesen Diem et al.³ nach, dass in einschlägigen Fernsehserien bei 67 % der von einem Herz-Kreislauf-Stillstand (HKS) Betroffenen eine „Wiederbelebung“ gelingt und in eine Krankenhausentlassung in einem Zustand wie vor dem HKS führt. Es kann daher vermutet werden, dass die Bevölkerung davon ausgeht, dass CPR in der überwiegenden Zahl der Fälle „gut“ ausgeht.

Das Ergebnis nach einer CPR mit Entlassung aus dem Krankenhaus variiert stark, abhängig davon, ob der Herz-Kreislauf-Stillstand außerhalb (OHCA = „out-of-hospital cardiac arrest“) oder innerhalb (IHCA = „in-hospital cardiac arrest“) des Krankenhauses stattfand. Das International Liaison Committee on

Resuscitation (ILCOR) und andere Organisationen, wie die American Heart Association (AHA) und der European Resuscitation Council (ERC), veröffentlichen regelmäßig Berichte und Leitlinien, die diese Daten zusammenfassen:

Aus den europäischen Daten geht hervor, dass bei einem OHCA 11,7 % bzw. 8 % (0–18) ein Krankenhaus wieder lebend verlassen, für den IHCA werden 15 % geschätzt. Ein Großteil der Patient:innen, die einen OHCA überleben und aus dem Krankenhaus entlassen werden, haben ein gutes neurologisches Ergebnis (80–90 % der Überlebenden). Diese Aussage trifft jedoch nur auf Kohorten zu, die in systematischer Weise einer Population DNR-Maßnahmen vorenthalten, die wahrscheinlich nicht von dieser Maßnahme profitieren kann (siehe unten). Im anderen Fall weisen 50 % der Überlebenden schwere neurologische Folgeschäden auf.

Die Outcome-Daten (Tab. 1) betreffend CPR lassen folgende Schlussfolgerungen zu: Entscheidungen für/gegen CPR sind immer individuell zu begründen, da mit statistischen Daten nicht festzustellen ist, ob man ein Outcome nicht „gegen alle Wahrscheinlichkeit“ erreicht (individualisierte Entscheidungen je nach Gesundheitszustand und Patientenpräferenzen). Eine CPR sollte nicht angeboten werden, wenn sie – basierend auf den patientenseitigen Kriterien – in der Nutzen-Schadens-Abwägung von Patient:innen ungünstig bewertet wird.

Die statistischen Daten können als Hilfsmittel für die Kommunikation herangezogen werden: 56 % der ältere Patient:innen (60–99 Jahre) lehnen eine CPR ab. Wenn ihnen die Informationen über die Ergebnisse des Verfahrens bereitgestellt werden, lehnen 78 % das Verfahren ab. Angesichts einer chronischen Erkrankung mit einer Lebenszeitaussicht von weniger als einem Jahr lehnen 95 % der älteren Menschen eine CPR ab.⁶

MERKE

- Nicht eine Intervention an sich, sondern das Ergebnis der Intervention und die Wahrscheinlichkeit ihres Auftretens bestimmen die Patientenpräferenzen. ▶

- Therapien, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu kognitiven Einbußen führen, werden von 90 % der Patient:innen abgelehnt.
- Das Ausmaß der mit Therapien verbundenen Belastungen (Krankenhausaufenthalt, ICU-Aufenthalt, schmerzhafte Eingriffe, Trennung von den Angehörigen etc.) beeinflusst die Entscheidungen zu Therapien bei Menschen mit lebenslimitierenden Erkrankungen.
- Funktionalität und kognitiver Zustand scheinen die wichtigsten Determinanten zu sein.⁷
- Patient:innen wünschen sich, dass das ärztliche Personal proaktiv die End-of-Life-Gespräche initiiert.
- Je früher sie stattfinden, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit für nicht-zielführende Therapien.⁸

Kommunikation zur DNR-Entscheidung

Die Kommunikation einer DNR-Entscheidung ist ein zentraler Bestandteil des klinischen Prozesses und muss mit besonderer Sorgfalt erfolgen. Sie betrifft nicht nur die Patient:innen und gegebenenfalls deren Angehörige, sondern auch das gesamte interprofessionelle Behandlungsteam. Die maßgeblichen Kriterien bei der Entscheidung über Beginn, Fortsetzung oder Beendigung einer medizinischen Maßnahme sind die medizinische Indikation und die Einwilligung des Patienten.⁹ Alle ärztlichen Entscheidungen und Maßnahmen, und somit auch jede Entscheidung zur Therapiezieländerung, beruhen auf den beiden wichtigen Säulen.¹⁰ Die medizinische Indikation stellt die fachlich begründete Einschätzung der behandelnden Ärzt:innen dar, dass eine konkrete Therapiemaßnahme angezeigt ist, um ein bestimmtes Therapieziel mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit zu erreichen.¹¹ Grundsätzlich umfasst die Aufklärungspflicht die Pflicht, Patient:innen über mögliche Gefahren und schädliche Folgen einer medizinischen Behandlung oder ihrer Unterlassung zu unterrichten.¹² Sobald eine Maßnahme medizinisch indiziert ist und zur Wahl steht, greift diese Auf-

Tab. 1: Einflussfaktoren auf ein gutes CPR-Outcome (Spitalsentlassung)

Positiv	Negativ
<ul style="list-style-type: none"> • beobachteter Kollaps • Bystander-CPR: Wenn die Wiederbelebung sofort begonnen und nicht unterbrochen wird (Bystander-CPR), kann sich die Überlebensrate verdoppeln oder verdreifachen. • monitierter Zustand: Da die meisten IHCA in Funktionseinheiten auftreten, in denen eine sofortige Reaktion möglich ist, ist die Zeit bis zum Beginn der CPR und zur Defibrillation kürzer (z.B. Operationsaal, Intensivstation, Schockraum, Postoperative Care Unit, Herzkatheterlabor, Stroke Unit). • Frühdefibrillation: Ein schockbarer Anfangsrhythmus (z.B. Kammerflimmern, -tachykardie) und der frühzeitige Einsatz eines Defibrillators verbessern das Ergebnis erheblich. • Kardiovaskuläre Diagnosen oder Komorbiditäten verbessern die Überlebensrate (OR 0,23–0,53).⁴ 	<ul style="list-style-type: none"> • metastasierende Tumoren (OR 3,9), hämatologische Erkrankungen (OR 3,9) • weibliches Geschlecht (OR 2,0)⁵ • Alter über 70, 75 oder 80 Jahre (OR 1,5, 2,8 und 2,7) • ethnische Minderheiten (OR 2,1) • veränderter mentaler Zustand (OR 2,2) • Pflegeabhängigkeit bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (OR 3,2–7,0) • eingeschränkte Nierenfunktion (OR 1,9) • arterielle Hypotonie bei Spitalsaufnahme (OR 1,8) • Spitalsaufnahme wegen Pneumonie (OR 1,7), Trauma (OR 1,7) oder anderen nichtkardialen Komorbiditäten (OR 2,2) • nicht beobachteter Kollaps • keine Bystander-CPR • nichtschockbarer Rhythmus wie Asystolie oder PEA • HKS außerhalb der Kernarbeitszeiten (Mo–Fr Vormittag bis Nachmittag)

adaptiert nach Murphy DJ et al., NEJM 1994; 330:545–9

Tab. 2: Strategien und Verpflichtungen der Kommunikation

Indikation	Patientenwille	CPR	Kommunikation
Fehlt – physiologisch aussichtslos	Muss nicht erhoben werden	keine CPR	Kommunikation mit Patient:innen wünschenswert, aber nicht verpflichtend
Ja	Ablehnung mündlich oder schriftlich vorausverfügt	keine CPR	wiederholtes Befragen zur Ablehnung
Ja – fraglich	Zustimmung vorhanden	Abwägung von Nutzen und Schaden	Werteanamnese mit den Patient:innen im Hinblick auf Therapieziel

Quelle: Höpferger/Roden/Weixler

klärungspflicht. Wenn eine CPR nicht indiziert ist, müssen Ärzt:innen nicht über deren Unterlassung aufklären, da sie nicht zur Entscheidung durch die Patient:innen angeboten wird.¹³ Im Sinne einer guten Arzt-Patienten-Beziehung sollen, insbesondere bei Erwartungshaltungen vonseiten der Patient:innen, die Therapielimitationen besprochen werden. Es wird empfohlen, den Status zur Reanimation (DNR) für alle Teammitglieder trans-

parent zu dokumentieren, um Übertherapien am Lebensende zu vermeiden.⁹ Die Dokumentation muss nachvollziehbar und im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung erfolgen.¹⁴ Alle Einträge müssen mit einem Datum versehen werden, und die behandelnde Person muss aus der Patientenakte hervorgehen.¹⁵ Die Entscheidung zur DNR bedeutet nur den ersten Schritt einer Therapielimitierung.

Alle anderen Maßnahmen sind davon nicht mitbetroffen.

Aus den anfangs angeführten 3 Szenarien ergeben sich unterschiedliche Strategien und Verpflichtungen der Kommunikation (**Tab. 2**).

In der Behandlung von Patient:innen mit einer nichtheilbaren Krebserkrankung soll die Indikationsstellung mit Blick auf das festgesetzte Therapieziel erfolgen und sowohl die Erreichbarkeit des Therapieziels als auch den möglichen Nutzen und Schaden der Maßnahme für die Patient:innen berücksichtigen⁹. Sogar in einer lebensbedrohlichen Situation darf nicht gegen den Willen der Patient:innen entschieden werden.¹⁶ Sollten sich Patient:innen bereits im Sterbeprozess befinden, soll der Tod nicht hinausgezögert werden.¹⁷ Lebensrettende Maßnahmen sind in diesem Fall nicht indiziert. Zusätzlich ist darauf zu achten, die DNR-Entscheidung regelmäßig zu überprüfen. Als Anlässe dafür eignen sich:

CHECK-BOX

- Eine Entscheidung zur DNR-Order darf nicht leichtfertig getroffen werden.
- Autonomie und Verhältnismäßigkeit bilden die Grundlage der Entscheidung.
- In diese Beurteilung müssen Nutzen-Risiko-Abwägung sowie der zur erwartende Erfolg mit einfließen.
- Die Legitimation zur Autorisierung des CPR-Status, die Form der Dokumentation und der Informationsweitergabe müssen im Vorfeld geklärt sein, um allen handelnden Personen Sicherheit und Verlässlichkeit im Umgang mit dieser Therapieentscheidung zu geben. Diese Klärung muss verbindlich und transparent auf Ebene der Institution (Krankenhaus, Pflegeeinrichtung etc.) erfolgen und im Team umgesetzt werden.
- Die Kommunikation über die getroffene Entscheidung oder eine mögliche Ablehnung vonseiten der Patient:innen muss laufend geführt werden. Hier ist eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient:innen und dem Behandlungsteam Voraussetzung.

- Dienstübergaben
- Visiten
- Patienten- und Angehörigengespräche
- Veränderungen des Gesundheitszustands, die zu Therapieveränderungen führen

Für die Weitergabe der Information zum DNR-Status sind Dokumente der vorausschauenden Betreuungsplanung bzw. das Übermitteln der Entscheidungs-

grundlagen für eine neuerliche Beurteilung durch nachfolgende behandelnde Ärzt:innen hilfreich. Bei einer Ablehnung durch die Patient:innen können die Möglichkeiten der Patientenverfügung bzw. der Vorsorgevollmacht genutzt werden. ■

Dieser Artikel ist ursprünglich in der krebs.hilfe! 06/2025 erschienen.

¹ Mentzelopoulos S et al., Notfall Rettungsmed 2021; 24: 720–49

² Greif R et al., Circulation 2024; 150 (24): e580–687

³ Diem SD et al., NEJM 1996; 334: 1578–82

⁴ Ebel MH, Afonso AM, Family Practice 2011; 28: 505–15

⁵ Blom MT et al., Eur Heart 2019; J40: 3824–34

⁶ Murphy DJ et al., NEJM 1994; 330: 545–9

⁷ Fried TR et al., NEJM 2002; 346: 1061–6

⁸ Mack J et al., JCO 2012; 4387–95

⁹ Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht-heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2, 2020,

AWMF-Registernummer: 128/0010L <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin/> (abgerufen am: 1. 9. 2025)

¹⁰ Friesenecker B et al., AINS 2012; 48 (4): 216–23

¹¹ Bundesärztekammer, Stellungnahme der Bundesärztekammer „Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung“. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/Stn_Medizinische_Indikationsstellung_und_Oekonomisierung.pdf

¹² https://www.ris.bka.gv.at/Dokumentwxe?SkipToDocumentPage=True&Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JIR_19900125_OGH0002_00700B00727_8900000_001

¹³ OGH 9 Ob 55/16b; RS0026578

¹⁴ Kletečka-Pulker M in Aigner G et al. (Hrsg.), Handbuch Medizinrecht, Kap 1.5 (Stand: April 2014, rdb.at)

¹⁵ § 24 Abs 2 KAKuG

¹⁶ Kletečka-Pulker M, Instrumente und Grenzen der Selbstbestimmung des Patienten, in Körtner U et al. (Hrsg.), Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett 2009

¹⁷ Bundesärztekammer, Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, Dtsch Ärztebl 2011; 108 (7): 346–8