

Über **Sinn** und **Nutzen** unseres Tuns:

... die **Rechte** der Patienten
... die Rolle der **Angehörigen**
... **Patientenverfügung, DNR & Co**

Barbara Friesenecker

Univ.-Klinik für Allgem. und Chir. Intensivmedizin
Medizinische Universität Innsbruck

IFIMP

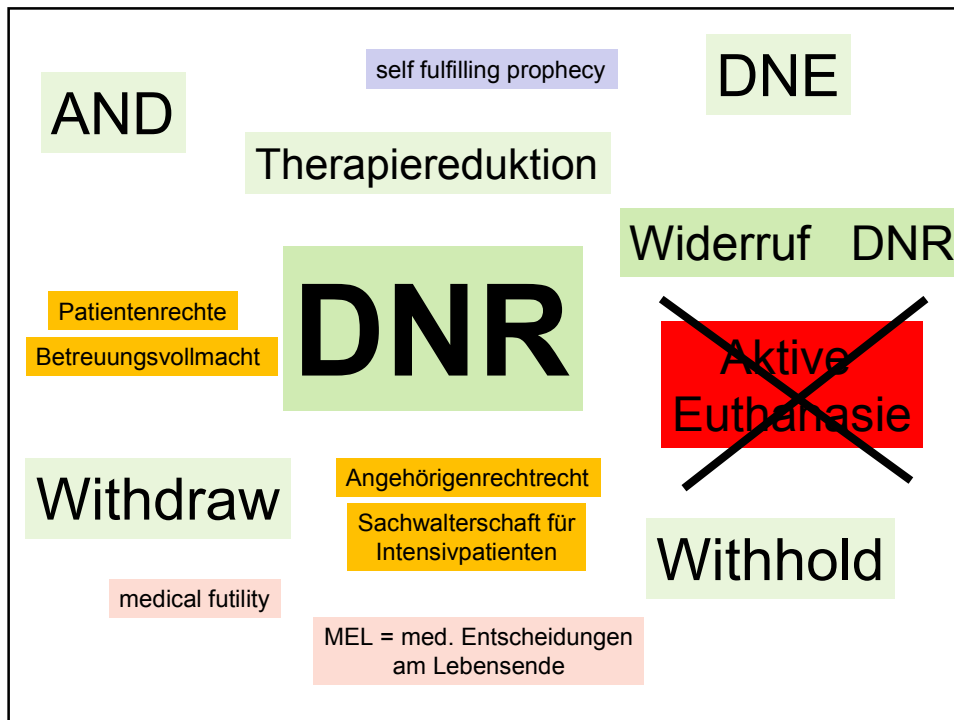
Innsbrucker Forum für Intensivmedizin und Pflege

Freitag, 10.6.2011

Sinn einer **Behandlung**
ist klar über den
Nutzen für den **Patienten**
definiert

- bei **primärem Nichtvorhandensein** des Nutzens der Behandlung oder
 - bei **sekundärem Wegfall des Nutzens**

→ Behandlungsverzicht / Abbruch



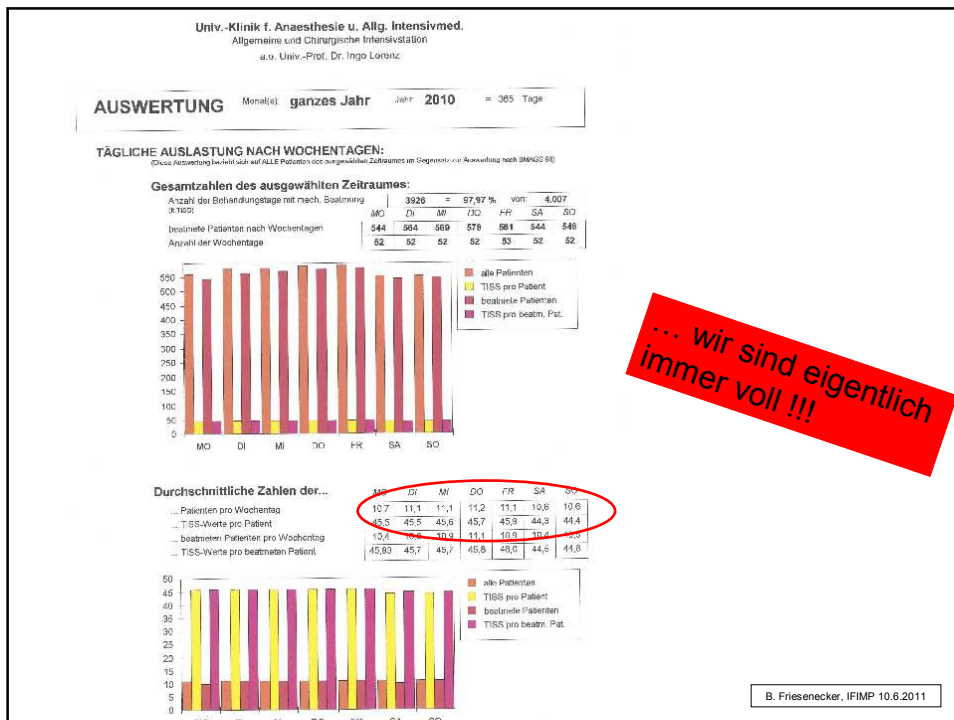
Mitglieder der Ethikgruppe der ÖGARI, Section Intensivmedizin

Leitung: **Ao.Univ.-Prof.Dr. Walter Hasibeder**, Ried im Innkreis

- **Dr. Michael Peintinger**
Referat für *Ethik und Palliativmedizin*, Ärztekammer, Wien
- **Dr. Jürgen Wallner**
Lehrbeauftragter für Medizinethik, *juridische* Fakultät, Wien
- **Dr. Silvia Montag**
Universitätsklinik für *Anästhesiologie*, periop. Medizin und allg. Intensivmedizin, Salzburg
- **Univ.-Prof. Dr. Barbara Friesenecker**
Universitätsklinik für *Allg. und Chir. Intensivmedizin*, IBK
- **Dr. Christian Roden**
Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Ried im Innkreis
- **Univ.-Prof. Dr. Sonja Fruhwald**
Klinik für *Anästhesiologie* und Intensivmedizin, Graz
- **Univ.-Prof. Dr. Claus Krenn**
Universitätsklinik für *Anästhesie und Intensivmedizin*, AKH Wien
- **Univ.-Doz. Dr. Bettina Pfausler**
Universitätsklinik für *Neurologie*, IBK
- **Univ.-Prof. Dr. Anton Stift**
Universitätsklinik für *Chirurgie*, AKH, Wien

Patientenetikett		DNR	
		- DNR (Verzicht auf cardiopulmonale Reanimation) - DNE (Do not escalate; Therapie nicht steigern) - WD / Withdraw (Therapie wird beendet) - WH / Withhold (Therapie wird nicht begonnen)	
<i>Massnahmen:</i>			
<input type="checkbox"/> DNR	<input type="checkbox"/> DNE (spezifisch):	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
		<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
<i>Begründung:</i>			
Die vorformulierte Begründung ist durch spez. Anamnesefragen zu ergänzen (Diagnose, Prognose, Pat.-Verfügung, Pat.-Wunsch etc. ...)			
<input checked="" type="radio"/> Pat lehnt Reanimation ab			
<input type="radio"/> Reanimation ist physiologisch aussichtslos			
<input type="radio"/> Sinnhaftigkeit der Reanimation ist zweifelhaft, weil ...			
<i>Kommentar:</i>			
<i>Grundlage für die Erkundung des Patientenwillen:</i>			
<input type="radio"/> Einwilligung des Pat nach Aufklärung	<input checked="" type="radio"/> DNR <input type="radio"/> DNE	Datum / Unterschrift Intensiv-OA-Arzt	
<input type="radio"/> Patientenverfügung	<input type="radio"/> verbindlich	<input type="radio"/> beachtlich	
<input type="radio"/> Einwilligung des Sorgeberechtigten / Sachwalter	Datum / Unterschrift Intensiv-OA-Arzt		
<input type="radio"/> mutmaßlicher Patientenwille	Datum / Unterschrift Intensiv-OA-Arzt		
<small>Gegensatz zur Angehörigen/Vertrauensperson (siehe)</small>			
<i>Entscheidungsprozess & Information</i>			
<input type="radio"/> im Behandlungsteam besprochen	Datum / Unterschrift Intensiv-OA-Arzt		
<small>wer wurde informiert: Chirurgie Pflege Angehörige</small>			
<input type="radio"/> ethische Fallbesprechung durchgeführt	Datum / Unterschrift Intensiv-OA-Arzt		
<input type="radio"/> Entscheidung an Angehörige / Vertrauensperson kommuniziert	Datum / Unterschrift Intensiv-OA-Arzt		
Die Verantwortung zur Entscheidung über den Verzicht auf Reanimation liegt beim leitenden Stations-OA-Arzt. (MUSST ärztlich autorisiert sein), muss bei Dienstübergabe mitgeteilt, nach jeweils 24h überprüft und auf der Fieberkurve täglich dokumentiert sein.			
Datum	Name und Unterschrift des autorisierenden Intensiv-OA- Arztes		
Die Entscheidung zum Verzicht auf Reanimation/DNE/WD/WH wurde widerrufen, weil ...			
Datum	Name und Unterschrift des autorisierenden Intensiv- OA- Arztes		
<small>Universitätsklinik für Allgemeine und Chirurgische Intensivmedizin, copyright: Barbara Friesenecker</small>			
			B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011





4D Client

HAUPTMENÜ PATIENTENÜBERSICHT

STAMMDATEN DEKURSE EPIKRISE INFEKTIO. DIVERSES AUSDRUCK

PULMO, KREISLAUF NIERE, LEBER, BLUT, ZNS INVASIV., EREIGNISSE, ... SCORES

08.06.2011 7.Tag 63a PAT.-NR. 52907

TISS 28 53 SAPS II 12 MODS 0 APACHE II 3

BASIC ACTIVITIES:

- Standard-Monitoring (5) (9)
- Labor (1)
- Einmalige Medikation (2) (5)
- Mehrfache Medikation (3)
- Routine Verbandwechsel (1)
- Häufiger Verbandwechsel (1)
- Drainagenpflege (3)

CARDIOVASCULAR SUPPORT:

- Einmalige vasoaktive Medik. (3) (7)
- Mehrfache vasoaktive Medik. (4) (12)
- Massiver Flüssigkeitseratz (4)
- Arterieller Katheter (5)
- Pulmonalkatheter (8)
- Zentralvenöser Katheter (2)
- Kardiopulmonale Reanimation (3)

NEUROLOGIC SUPPORT:

- Hirndruckmessung (4)

METABOLIC SUPPORT:

- Behandlung metabolischer Entgleisungen (4)
- Parenterale Ernährung (3)
- Enterale Ernährung (2)

VENTILATORY SUPPORT:

- Mechanische Beatmung (5) (12)
- Atemunterstützung (2) (3)
- Tubus/Stomappflege (1)
- Atemtherapie (1)

RENAL SUPPORT:

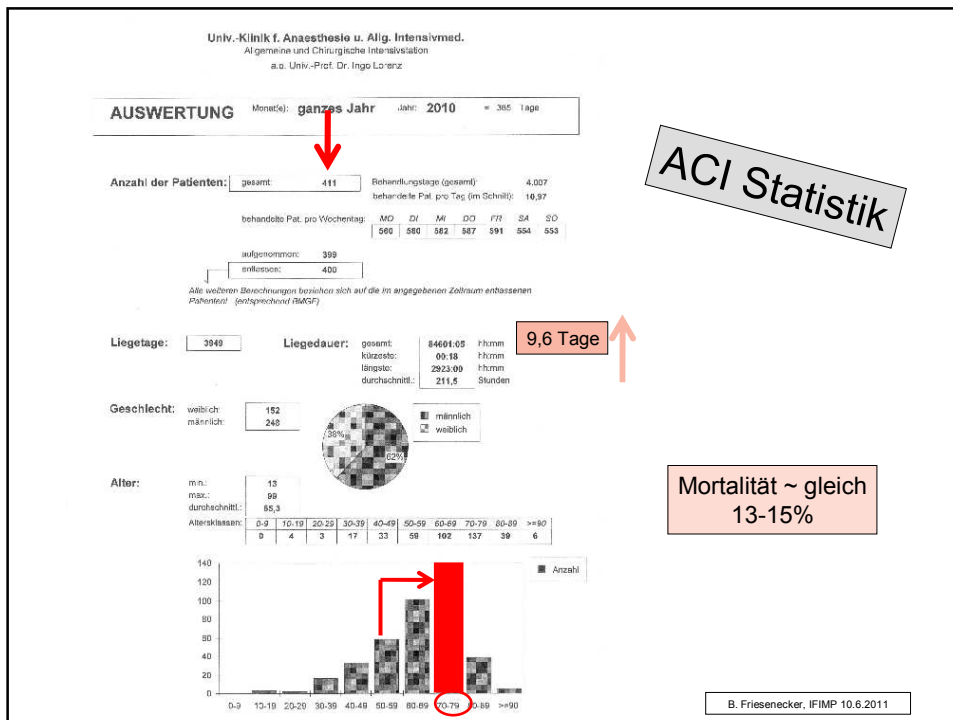
- Nierenersatztherapie (3) (6)
- Harnbilanzierung (2)
- Aktive Diurese (3)

SPECIFIC INTERVENTIONS:

- Einmalige Intervention (3) (5)
- Mehrfache Intervention (5)
- Diagnostik und Therapie außerhalb der IBS (5) (6)

NEMS: 34 TISS FERTIG

Reis Miranda D., et al.: Simplified Therap. Intervent. Scoring System: The TISS-28... Crit Care Med, 24(1): 64 - 73, 1996
Reis Miranda D., et al.: N line equivalents of nursing manpower use score (NEMS). Intensive care Med, 23: 760 - 765, 1997



Alter = kein Risikofaktor

3700 Patienten (1997 - 2003)

- Acute, refractory **MODS** was the most frequent cause of death in the ICU
- **Central nervous system failure** and **cardiovascular failure** were the two most important risk factors for death in the ICU
- **Malignant tumour disease** and **exacerbation of chronic cardiovascular disease** were the most frequent causes of death in the hospital and at one year.

Mayr VD, Dünser MW, Greil V, Jochberger S, Luckner G, Ulmer H, Friesenecker BE, Takala J, Hasibeder WR. **Causes of death and determinants of outcome in critically ill patients.** Crit Care. 2006;10(6):R154.

... Therapieziele aus der Perspektive einer Intensivstation

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

Sinn einer **Behandlung**
ist klar über den
Nutzen für den **Patienten**
definiert

- bei **primärem Nichtvorhandensein** des Nutzens der Behandlung oder
 - bei **sekundärem Wegfall des Nutzens**

→ **Behandlungsverzicht / Abbruch**

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

Aufnahme ad ICU ?

... die **geplante Aufnahme** an eine Intensivstation ist an das Vorhandensein einer

potentiell positiven Prognose

für das **Weiterleben**

gebunden ...

Tage ?
Wochen ?
Monate ?
Jahre ?

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

.. sobald einem lebensbedrohten Patienten **nicht mehr geholfen** werden kann, hat die Sorge darum, dem Patienten

ein Sterben in Würde

zu ermöglichen, oberste Priorität ...

Intensivstation – ein guter Platz zum Sterben ???

... Qualität des Sterbens ...
... bewusste Sterbebegleitung (Seelsorger ?)...
... Mitbetreuung der Angehörigen ...

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

... **Beginn** eines Sterbeprozesses ist
oft **nicht klar definierbar** ... ???

= zunehmender und irreversibler Verlust
lebensbegründender biologischer Funktionen

→ häufig nur definiert durch
nicht mehr Ansprechen auf intensivmed. Massnahmen

Intensivmediziner muss ständig Effekte und Ziele
intensivmedizinischer Massnahmen überprüfen !!

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

DNR ... **wie** ???

Entscheidungsfindung:

(Therapiebegrenzung / Therapieabbruch)

Anhören aller in die Behandlung und Pflege
involvierte Personen

Letztverantwortlichkeit:

Stationsführender Arzt / Intensivmediziner

immer unter Einbeziehung / Information des:

- Intensivteams
- primär behandelnden Chirurgen
- Patientenwunsch/-verfügung

→ mit dem Ziel die **Entscheidung im Konsens** herbeizuführen

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

Intensivtherapie darf
**keine Leidens- bzw.
Sterbensverlängerung** sein

Konsens der

- röm. Kongregation für **Glaubenslehre**
- **Deutsche** Gesellschaft für Anästhesie + Intensivmed.
- **Schweizer** Akademie der Wissenschaften,
- **internationale** Consensus Konferenz, Brüssel

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

... Eine **nicht mehr begründbare** Therapie
ist **ethisch nicht vertretbar**

und kann eine

Körperverletzung darstellen,
sofern dadurch
irreversible Abläufe (Sterben)
nur verlängert werden....

röm. Kongregation für Glaubenslehre
Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin
Schweizer Akademie der Wissenschaften
internationale Consensus Konferenz, Brüssel

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

Ausdrücke wie:

... **nicht** mehr **begründbare** Therapie???

... **Irreversible Abläufe** (=Sterben) ???

... **Nutzen** für den Patienten ???

... klingen **ethisch eindeutig**

aber trotzdem medizinisch oft schwer zu definieren

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

Beispiel:

man **M U S S** eine Beatmung beenden, wenn

→ Beatmung den *Sterbeprozess verlängert*

→ wenn keine Aussicht auf

Wiederherstellung autonomer Lebensfunktionen

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

Abbruch einer intensivmedizinischen Behandlung ...

→ **keine aktive Euthanasie**

sondern eine

Nicht - Durchführung
Nicht – Weiterführung

einer **medizinisch *nicht*** oder
***nicht mehr* gerechtfertigten**

das **Sterben & Leiden verlängernden** Maßnahme

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

DNR:

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

DNR & Co wann ?

... nach **bestem medizinischen Wissen** besteht keine Aussicht auf Besserung des Zustandes ...

= immer eine **individuelle ärztliche** Betrachtungsweise

→ vollständige und zweifelsfreie **Objektivierung** dieser Entscheidung ist auch aus wissenschaftstheoretischen Gründen **nicht erreichbar**

IRRTUM = NICHT AUSGESCHLOSSEN

ENTWICKLUNG ANDERS ALS ERWARTET

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

einige **typische klinische Konstellationen** für **irreversiblen Sterbeprozess**:

- progred. **MODS** ohne kausale Therapieoption
- **terminales Organversagen** ohne Aussicht auf TX / Ersatz
 - vollkommener **Verlust autonomer Lebensfunktion**
 - schwerste **irreversible zerebrale Schädigung**
- **terminales Stadium** einer **therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren chronischen oder malignen Erkrankung**

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

MEL

= **m**edizinische **E**ntscheidungen am **L**ebensende

→ sollten getragen sein vom ethischen Grundgedanken des:

- Wohltuns
- Nicht-Schadens
- Respekts vor Selbstbestimmung
- Gerechtigkeit

Entscheidungen getragen von:

- **Fairness**
- **Transparenz**
- **Konsistenz**

→ Bedürfnis des Pat. nach „**Comfort**“ und „**Palliative Care**“

Shared-Decision Making >> Paternalismus / Informed Consent

mindest. 2 oder mehr Parteien versuchen im Konsens eine Entscheidung zu treffen

J. Wallner. Organisation medizinischer Entscheidungen am Lebensende. Intensivmedizin 2010; 47:49-54

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

Die Rechtslage:

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

DNR

lt. Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz § 10 Abs 1 Z 2

... **schriftliche** Dokumentation der
Entscheidung erforderlich ...

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

DNR ... Reversibilität ??

Unumstößlichkeit der Entscheidung ???

... Gefällte Entscheidungen in der Medizin
sollten **nie unumstößlich** sein.

Wenn sich die Situation ändert,
eine überraschende Besserung des Zustandes eingetreten ist,

dann **müssen** Entscheidungen **revidiert, modifiziert**
oder **zurückgenommen** werden ...

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

DNR ... Reversibilität ??

Reevaluierung eines DNR Vermerkes:

Der DNR-Vermerk muss zumindest **alle 24h** durch den **zuständigen Fach-/ Oberarzt reevaluiert** werden.

Das Ergebnis dieser Reevaluation muss **täglich (!)** in der Fieberkurve **dokumentiert** werden (DNR, Datum, lesbare Unterschrift).

Damit wird sichergestellt, dass der **Verzicht auf Wiederbelebung mit dem Willen und/oder dem Gesundheitszustand des Patienten übereinstimmt**.

Anordnung des Wiederbelebungsverzichts kann jederzeit durch Patienten selbst oder durch zuständigen Fach-/ Oberarzt widerrufen werden.

Dies ist **schriftlich** in der Krankengeschichte (decursus morbi) zu begründen und zu dokumentieren.

Landeskrankenhaus - Universitätsklinikum Graz

Ethikkomitee

Normale für Krankenstufengeschäft m.F.F.

MR-Ethikkomitee Graz



Empfehlungen für den Umgang mit dem geplanten Verzicht auf kardiopulmonale Wiederbelebung („DNR Vermerk“) am LKH-Universitätsklinikum Graz

Inhaltsverzeichnis

Preamble	S. 2
Definitionen	S. 2
Verantwortlicher Arzt für einen DNR Vermerk	S. 2
Voraussetzungen für einen DNR Vermerk	S. 2
Entscheidungsfindung bei DNR Vermerk	S. 3
DNR Vermerk - Dokumentation	S. 3
Reevaluierung eines DNR Vermerkes	S. 4
Informationsweitergabe eines DNR Vermerkes	S. 4
Der Umgang mit einem DNR Vermerk	S. 4
Literatur	S. 4

LKH/Uni GRAZ

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

BEGRIFFLICHKEITEN:

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

DNR & Co

- **DNE** (do not escalate / **Therapielimitation**)
= laufende Therapie über definiertes Maß **nicht steigern**
- **WH = Withhold** Therapie **nicht** beginnen
- **Therapiereduktion**
- **WD = Withdraw** = laufende Therapie **beenden**
- **AND = Allow Natural Death** (→ **Normalstation**)

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

DNR

DNR-Order: „Do not resuscitate“

→ im Falle eines Herzkreislaufstillstandes
wird nicht reanimiert (mechanisch / medikamentös)

→ Patient erhält **weiterhin volle Therapie**
ohne Einschränkung (incl. aller Maschinen)

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

DNE: „Do not escalate“

=Therapielimitierung

= sekundärer Therapieverzicht

- ein zu definierendes Ausmaß an Organsupport wird nicht überschritten
 - eine Therapiesteigerung wird nicht durchgeführt
 - zusätzlichen Maßnahmen werden nicht begonnen
- **klare Dokumentation und Kommunikation**

Beispiele: keine Dosissteigerung von Katecholaminen > ,
keine Reintubation, keine CPR, keine HF

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

„Withhold“

= primärer Therapieverzicht

... ein Patient wird auf Grund seiner

aussichtslosen Situation

nicht mehr auf einer ICU aufgenommen ...

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

„Therapiereduktion“

... **bereits begonnene**, intensivmedizinische und andere therapeutische Maßnahmen werden **reduziert** oder **zurückgenommen** ... während andere noch weiterlaufen
(oft schwer nachvollziehbar, weil nicht so klarer Weg)

Beispiele:

Antibiose beenden

Katecholamine auslaufen lassen etc....



fließender Übergang

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011



fließender Übergang

„Withdraw“ = Therapieabbruch

... eine laufende Intensivtherapie wird komplett beendet ...

Beispiel:

- Beatmung (0 peep, FiO₂ 21%) / terminale Extubation ???
- Vasoaktive Medikamente: ex
- HF stop
- ECMO stop
- etc...

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

Withdraw für welchen Patienten ??

... Alle Gründe, die einen **Behandlungsverzicht** rechtfertigen, legitimieren auch ihren **Abbruch** ...

Sinn einer **Behandlung** ist klar über den **Nutzen** für den **Patienten** definiert

- bei **primärem Nichtvorhandensein** des Nutzens der Behandlung oder
 - bei **sekundärem Wegfall des Nutzens**
→ **Behandlungsverzicht / Abbruch**

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

„AND“

= Allow natural death

auf der Normalstation
Palliativstation
Hospiz

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

„Medical Futility“

... von einer bestimmten Intervention ist
kein Benefit für den Patienten zu erwarten

Futility = Sinnlosigkeit

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

... ein kritischer Gedanke ...

... „Self – fulfilling prophecy“ ...

... derzeitige Outcome-Prädiktion und Prognose Modelle (**ICH-Patienten**)
könnten verfälscht sein, weil frühzeitige DNR-Order evtl. einen neg.
Einfluss auf eine optimierte und aggressive Therapie zu
Behandlungsbeginn haben

→ für diese Patienten wird daher empfohlen eine DNR-Order frühestens
nach dem 2. vollen Behandlungstag auszusprechen und diese beiden
Tage auf jeden Fall eine Maximaltherapie durchzuführen.

Morgenstern LB, Hemphill JC 3rd, Anderson C, Becker K, Broderick JP, Connolly ES Jr, Greenberg SM, Huang JN, Macdonald RL, Messé SR, Mitchell PH, Selim M, Tamargo RJ; on behalf of the American Heart Association Stroke Council and Council on Cardiovascular Nursing. *Guidelines for the Management of Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association.* Stroke. 2010 Jul 22. [

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

Outcome

nach einer Intensivtherapie sollte
Leben mit „guter“ **Lebensqualität** sein ...

Was ist **gute** Lebensqualität ???

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

Die Rechte des Patienten:
„Patientenverfügung“

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011



... Patientenverfügung ...

in Österreich ab 1. Juni Mai 2006:
[Patientenverfügungsgesetz](#)

bis **max. 5 Jahre im Voraus** bestimmen,
welche **Behandlungsmethoden** sie **ablehnen**,
sollten sie zum Zeitpunkt der Behandlung nicht mehr in der
Lage sein, Entscheidungen zu treffen

→ ärztliche Behandlungen können vom Pat.
teilweise oder ganz abgelehnt werden

... Patientenverfügung ...

• Verbindliche:

- volle **Einsichts-** und **Urteilsfähigkeit**
 - (Minderjährige oder Personen, die unter Sachwalterschaft stehen, können diese Erklärung nicht abgeben)
- **medizinische Beratung** durch einen **Arzt** und
- eine **rechtliche Beratung** durch:
 - einen **Notar**,
 - einen **Rechtsanwalt** oder
 - **Patientenanwaltschaft** (kostenfrei)

= „Bringschuld des Patienten“

• Beachtliche:

- liegt vor, wenn **nicht alle Formvorschriften** eingehalten sind
- dient dem behandelnden Arzt als **Orientierungshilfe** über den **mutmaßlichen** Patientenwillen

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

... Patientenverfügung ... mutmaßlicher Patientenwille

bei fehlender Verfügung:

schwierig feststellbar

- frühere Erklärungen gegenüber Angehörigen ??

→ keine wesentliche juristische Bedeutung

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

Die Rechte der Angehörigen:

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

... nach **österreichischem Recht**
kommt den

**Angehörigen KEINE
Rechtsstellung**

im Hinblick auf zu treffende
Behandlungsentscheidungen zu ...

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

→ Angehörige und soziales Umfeld
in Entscheidungsprozess **involvieren**

→ d.h. Angehörige gut und ausführlich **informieren**

→ im Behandlungsteam
getroffene Entscheidungen **erklären**

Aber:

**Angehörige auf gar keinen Fall
zum Treffen von Entscheidungen auffordern**

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

Betreuungsvollmacht

derzeit aktuell in Diskussion:

**Sachwalterschaft für
Intensivpatienten ???**

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

medizinische Entscheidungen am Lebensende (MEL)

- sollten getragen sein vom ethischen Grundgedanken des:

- Wohltuns
- Nicht-Schadens
- Respekts vor Selbstbestimmung
- Gerechtigkeit

Entscheidungen getragen von:

- Fairness
- Transparenz
- Konsistenz

→ Bedürfnis des Pat. nach „Comfort“ und „Palliative Care“

Shared-Decision Making >> Paternalismus / Informed Consent

mindest. 2 oder mehr Parteien versuchen im Konsens eine Entscheidung zu treffen

J. Wallner. Organisation medizinischer Entscheidungen am Lebensende. Intensivmedizin 2010; 47:49-54

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

Literatur

Osterr. Gesellschaft für Internistische und Allgemeine Intensivmedizin (OGIAM); Osterr. Gesellschaft für Anesthesiologie, Reanimation und Intensivmedizin; (OGARI); Osterr. Gesellschaft für Neurointensivmedizin (OGNIM); Osterr. Gesellschaft für Chirurgie. Consensus document of the Austrian Intensive Care Medicine Societies. **Recommendations on therapy limit and withholding therapy on intensive care units.** Wien Klin Wochenschr. 2004 Nov 30;116(21-22):763-7.

Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S, Ledoux D, Lippert A, Maia P, Phelan D, Schobersberger W, Wennberg E, Woodcock T; Ethicus Study Group. **End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study.** JAMA. 2003 Aug 13;290(6):790-7.

Burns JP et al. **Do-not-resuscitate order after 25 years** (2003) *Crit Care Med* 31:1543-1550

Venneman S et al. **“Allow natural death” versus “do not resuscitate”: three words that can change a life.** (2008) *J Med Ethics* 34:2-6

J. Wallner. **Organisation medizinischer Entscheidungen am Lebensende.** Intensivmedizin und Notfallmedizin 2010; 47:49-54
<http://www.springerlink.com/content/0175-3851/47/1/>

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

Österr. Gesellschaft für **Internistische** und Allgemeine
Intensivmedizin (ÖGIAIM)
Österr. Gesellschaft für **Anesthesiologie**, Reanimation und
Intensivmedizin (ÖGARI)
Österr. Gesellschaft für **Neurointensivmedizin** (ÖGNIM)
Österr. Gesellschaft für Chirurgie

*Consensus document of the Austrian Intensive Care Medicine
Societies.*

**Recommendations on *therapy limit* and
withholding therapy on intensive care units.**

Wien Klin Wochenschr. 2004 Nov 30;116(21-22):763-7

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011

Mitglieder der Ethikgruppe der ÖGARI, Section Intensivmedizin

Leitung: Ao.Univ.-Prof.Dr. Walter Hasibeder, Ried im Innkreis

- **Dr. Michael Peintinger**
Referat für **Ethik und Palliativmedizin**, Ärztekammer, Wien
- **Dr. Jürgen Wallner**
Lehrbeauftragter für Medizinethik, **juridische** Fakultät, Wien
- **Dr. Silvia Montag**
Universitätsklinik für **Anästhesiologie**, periop. Medizin und allg.
Intensivmedizin, Salzburg
- **Univ.-Prof. Dr. Barbara Friesenecker**
Universitätsklinik für **Allg. und Chir. Intensivmedizin**, IBK
- **Dr. Christian Roden**
Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Ried im Innkreis
- **Univ.-Prof. Dr. Sonja Fruhwald**
Klinik für **Anästhesiologie** und Intensivmedizin, Graz
- **Univ.-Prof. Dr. Claus Krenn**
Universitätsklinik für **Anästhesie und Intensivmedizin**, AKH Wien
- **Univ.-Doz. Dr. Bettina Pfausler**
Universitätsklinik für **Neurologie**, IBK
- **Univ.-Prof. Dr. Anton Stift**
Universitätsklinik für **Chirurgie**, AKH, Wien

B. Friesenecker, IFIMP 10.6.2011