

## **Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs**

### **Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und -beendigung an Intensivstationen**

**Interdisziplinärer österreichischer Konsensus-Arbeitskreis Therapiebegrenzung an der Intensivstation**

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

#### **Präambel**

Intensivmedizinisches Handeln findet zu einem großen Teil in Grenzsituationen statt, in denen die Möglichkeiten des medizinisch „Machbaren“ dem tatsächlichen Nutzen für einen Patienten gegenübergestellt werden müssen. Es besteht Einverständnis darüber, dass es Aufgabe und Ziel der Intensivmedizin ist, Leben zu erhalten und nicht Sterben zu verlängern. Darüberhinaus stellt sich aber aufgrund intensivmedizinischer Fortschritte und auch der Entwicklungen in anderen medizinischen Bereichen die Frage, ob es in einer konkreten, aussichtslos gewordenen Situation gerechtfertigt ist, eine Behandlung zu begrenzen oder zu beenden.

Intensivmedizinische Entscheidungen müssen den ethischen Grundprinzipien des Respekts vor der Autonomie und Würde des Patienten\*, des Handelns zum Wohle des Patienten, der vorrangigen Vermeidung einer Schädigung, sowie der Gerechtigkeit im Umgang mit den verfügbaren Mitteln folgen [1]. Dabei handelt es sich um zutiefst ärztliche Entscheidungen, die in verantwortlicher Weise getroffen werden müssen und nicht delegiert werden können. Die Anerkennung der Begrenztheit menschlichen Lebens und damit auch der Begrenztheit therapeutischer Maßnahmen ist unabdingbarer Bestandteil einer am Menschen orientierten Intensivmedizin.

#### **Ziele und Grenzen der Empfehlung**

Die intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs verfolgen mit diesem Text folgende Ziele:

- Thematisierung des Problems der Therapiebegrenzung und -beendigung,
- Beschreibung der Rahmenbedingungen, in denen eine derartige Entscheidung erfolgen kann,
- Beschreibung der Gründe, die zu einer derartigen Entscheidung führen können,

\* Der Einfachheit halber gilt in diesem Text die männliche Bezeichnung für beide Geschlechter.

- Darstellung rechtlich abgesicherter Entscheidungsgrundlagen,
- Argumentationshilfen im Gespräch mit Angehörigen und gegenüber Vorgesetzten bzw. zuweisenden Ärzten,
- Stimulation von Diskussion und Schulung der in den Entscheidungsprozess einzubeziehenden Personengruppen,
- Förderung der Ausarbeitung von lokalen stationsspezifischen Vorgangsweisen,
- Förderung der Sorge um die Würde, Angst- und Schmerzfreiheit von sterbenden Patienten an Intensivstationen,
- Einheitliche Meinungsäußerung der intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs

Wir weisen ausdrücklich auf folgende Einschränkungen dieser Empfehlung hin:

- Dieser Text bezieht sich ausschließlich auf Situationen, in denen Patienten nicht mehr in der Lage sind, eigene Entscheidungen hinsichtlich der gewünschten Maßnahmen im Sinne der Patientenautonomie zu treffen.
- Dieser Text beinhaltet keine verbindlichen Richtlinien.
- Der Umsetzung dieser Empfehlungen muss eine individuelle und eigenverantwortliche Entscheidung des behandelnden Arztes zugrunde liegen.
- Obwohl dieser Text im Konsens der maßgeblichen intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs und unter juristischer Beratung formuliert wurde, sind in der Bewertung einer konkreten Umsetzung dieser Empfehlungen im Einzelfall unterschiedliche Rechtsauffassungen nicht auszuschließen.
- Im Zusammenhang mit der intensivmedizinische Führung von Organspendern auftretende Fragen sind nicht Gegenstand der vorliegenden Empfehlungen. Nach dem mittels Hirntoddiagnostik festgestellten

Tod eines Menschen erübrigt sich eine weitere Auseinandersetzung zu Fragen der Therapiebegrenzung und -beendigung.

### 1. Grundsätzliches

Viele Religionsgemeinschaften, Standesvertretungen und medizinische Gesellschaften haben Position zur Frage bezogen, unter welchen Bedingungen medizinische Maßnahmen bzw. intensivmedizinische Interventionen nicht mehr gerechtfertigt sind und beendet werden sollten [2–6]. Es besteht ein klarer Konsens darüber, dass Intensivmedizin nicht eine Leidens- bzw. Sterbensverlängerung darstellen darf. Wenn nach bestem medizinischen Wissen eine Besserung des Zustandes nicht mehr erzielt werden kann, also keine intensivmedizinische Therapiemöglichkeit mehr besteht, ist eine Fortsetzung der nicht mehr zielführenden Maßnahmen aus ethischer und auch juristischer Sicht nicht vertretbar.

*Leitsatz: Eine nicht mehr begründbare Therapie ist ethisch nicht vertretbar und kann eine Körperverletzung darstellen, sofern dadurch irreversible Abläufe nur verlängert werden.*

Dies bedeutet, dass z.B. eine Beatmung beendet werden muss, wenn diese Maßnahme den irreversiblen Sterbeprozess lediglich verlängern würde und nicht mehr durch die Aussicht auf die Wiederherstellung autonomer Lebensfunktionen gerechtfertigt werden kann. Dies ist keine aktiv das Leben verkürzende Maßnahme („aktive Euthanasie“) sondern die Nicht-Durchführung oder Nicht-Weiterführung einer medizinisch nicht oder nicht mehr gerechtfertigten, das Sterben und Leiden verlängernden Maßnahme.

Nachdem der Sinn einer Behandlung nur über den Nutzen für den Patienten definiert werden kann, ergibt sich sowohl bei (primärem) Nichtvorhandensein als auch (späterem) Wegfall des Nutzens die gleiche Konsequenz. Ein primärer Therapieabbruch und ein sekundärer Therapieabbruch unterliegen daher derselben medizinischen und ethischen Beurteilung.

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

Entscheidungen auf Grundlage des Kriteriums „nach bestem medizinischen Wissen besteht keine Aussicht auf Besserung des Zustandes“ werden immanent einer individuellen ärztlichen Betrachtungsweise folgen. Eine vollständige und zweifelsfreie Objektivierung dieses Entscheidungsprozesses ist auch aus wissenschaftstheoretischen Gründen nicht erreichbar. Trotzdem existieren typische klinische Konstellationen auf die das obige Kriterium zutrifft und einen irreversiblen Sterbeprozess charakterisieren. Einige dieser Situationen werden im Folgenden beispielhaft angeführt:

- Progredientes Multiorganversagen unter maximaler intensivmedizinischer Therapie ohne Aussicht auf kausalen therapeutischen Angriffspunkt,
- Terminales Versagen eines vitalen Organs ohne Aussicht auf Transplantation oder dauerhaften adäquaten Organersatz,
- Lebensbedrohliche interkurrente Erkrankung/Komplikation oder vollkommener Verlust autonomer Le-

bensfunktionen nach schwerster irreversibler zerebraler Schädigung,

- Terminales Stadium einer therapeutisch nicht mehr beeinflussbaren chronischen oder malignen Erkrankung,

Obwohl nicht primäre Aufgabe einer Intensivstation, ist es eine Tatsache, dass Sterben heute sehr häufig auf Intensivstationen stattfindet, weil medizinische Entscheidungen am Lebensende eines Menschen an die Intensivmedizin delegiert werden. Es ist jedoch keinesfalls zu begründen, dass Patienten, denen nicht mehr geholfen werden kann, auf die Intensivstation verlegt werden, dass Patienten zum Sterben aufgenommen werden. Neben der medizinischen Fragwürdigkeit dieses Vorgehens, ist damit bei knappen intensivmedizinischen Ressourcen auch eine Verletzung des ethischen Prinzips der Verteilungsgerechtigkeit gegeben.

*Leitsatz: Die geplante Aufnahme an eine Intensivstation ist an das Vorhandensein einer potentiell positiven Prognose für das Weiterleben gebunden.*

Eine Intensivstation sollte dem Sterben eines Patienten eine würdige Atmosphäre bieten und auch eine „Qualität des Sterbens“, eine bewusste Sterbebegleitung entwickeln. Dazu zählt insbesondere auch die Betreuung von Angehörigen eines sterbenden Patienten.

*Leitsatz: Sobald einem lebensbedrohten Patienten intensivmedizinisch nicht mehr geholfen werden kann, hat die Sorge darum, dem Patienten ein Sterben in Würde zu ermöglichen, oberste Priorität.*

Im Kontext der Intensivmedizin und der ihr eigenen Maßnahmen ist der Beginn eines Sterbeprozesses nicht definierbar. Der zunehmende und irreversible Verlust lebensbegründender biologischer Funktionen ist häufig erst im nicht mehr Ansprechen auf intensivmedizinische Maßnahmen erkennbar. Dies begründet die Verpflichtung des Intensivmediziners, ständig und wiederkehrend die Effekte und Ziele intensivmedizinischer Maßnahmen zu überprüfen.

*Leitsatz: Die Frage nach den Zielen intensivmedizinischer Maßnahmen und deren Erreichbarkeit ist im Behandlungsprozess stets neu zu überprüfen.*

### 2. Entscheidungsfindung

#### *Die Beteiligten des Entscheidungsprozesses*

Wenn immer möglich sollten in den Prozess der Entscheidungsfindung bezüglich Therapiebegrenzung oder Therapieabbruch alle in die Behandlung und Pflege des Patienten involvierten Personen eingebunden werden. Es kann jedoch kein Zweifel darüber bestehen, dass die Letztverantwortlichkeit in dieser medizinischen Entscheidung beim stationsführenden Arzt bzw. zuständigen Intensivmediziner liegt. In diesem Sinne sollte die Entscheidung vom verantwortlichen Arzt unter Einbeziehung des Intensivteams sowie Berücksichtigung folgender Überlegungen gefällt werden:

#### Patientenwille – Patientenverfügung

Hier wird nicht der einwilligungsfähige, sondern der bewusstlose bzw. sonst einwilligungsunfähige Patient berücksichtigt. Obwohl die Patientenautonomie eines der

höchsten ethischen Grundprinzipien der Medizin darstellt, kommt der (selten vorhandenen) Patientenverfügung rein juristisch nur eine begrenzte Bedeutung zu. Eine Patientenverfügung müsste sich, nach vorangegangener umfassender und detaillierter Aufklärung über einzelne intensivmedizinische Maßnahmen, auf eine konkrete Situation beziehen, um bindend zu sein. Dennoch sollte auch ein diesen Kriterien nicht entsprechender Patientenwille in den Entscheidungsprozess einfließen und wird diesen erleichtern.

Bei Erkrankungen mit absehbarem Verlauf muss eine sorgsame ärztliche Aufklärung dem Patienten die Chance ermöglichen rechtzeitig eine Willensentscheidung zu äußern, welche unter Erfüllung der oben genannten Voraussetzungen bindend ist.

Der „mutmaßliche Patientenwille“ (bei fehlender Patientenverfügung) ist wesentlich schwieriger festzustellen und könnte beispielsweise durch frühere Erklärungen des Patienten gegenüber seinen Angehörigen zum Ausdruck gebracht worden sein. Diese eventuell verfügbare Information kann im Einzelfall in den Entscheidungsprozess einfließen, es kommt ihr aber keine wesentliche juristische Bedeutung zu.

#### Stellung der Angehörigen

Nach österreichischem Recht kommt den Angehörigen eines Patienten keine Rechtsstellung im Hinblick auf zu treffende Behandlungsentscheidungen zu. Dennoch sollten nach Meinung der intensivmedizinischen Gesellschaften die Angehörigen und auch das soziale Umfeld des Patienten in den Entscheidungsprozess involviert werden. Dies darf jedoch keinesfalls dazu führen, dass von Angehörigen Entscheidungen erfragt werden, zu denen sie weder legitimiert noch in dieser emotionalen Extremsituation befähigt sein können.

Die überwiegende Erfahrung zeigt, dass bei entsprechendem Kontakt mit den Angehörigen, bei umfassender Aufklärung und Involvierung in den Entscheidungsprozess (ohne die Verantwortung für Entscheidungen in unzulässiger Weise an die Angehörigen zu delegieren), Konfliktsituationen äußerst selten sind. Es muss jedoch auch klar sein, dass Konflikte bei anderen Vorstellungen der Angehörigen nicht immer vermieden werden können. In diesen Einzelfällen sollte den Angehörigen, soweit dies möglich ist, durch eine (vorübergehende) Weiterführung der Therapie Zeit gegeben werden, um die Situation besser zu erfassen und zu akzeptieren.

#### Mitspracherecht der sonstigen betreuenden bzw. zuweisenden Ärzte

Andere betreuende Ärzte, insbesondere der hauptverantwortliche Operateur müssen in die Diskussion der Entscheidungsfindung einbezogen werden. Die prognostische Beurteilung der Vitalparameter und der Sinnhaftigkeit weiterer intensivtherapeutischer Maßnahmen obliegt dem Intensivmediziner, grundsätzlich sollte jedoch Konsens hergestellt werden.

#### Stellung des Intensivpflegeteams

Erfahrungsgemäß sind Pflegepersonen durch ihren intensiven und ununterbrochenen Kontakt mit dem Patien-

ten und seinem Leiden sehr sensibilisiert für die Frage nach der Sinnhaftigkeit intensivmedizinischen Handelns. Dies führt dazu, dass in vielen Fällen eine ärztliche Entscheidung bezüglich Therapiebegrenzung bzw. -beendigung früher erwartet wird als dies geschieht. Der interdisziplinären Kommunikation im Intensivteam kommt hier eine entscheidende Bedeutung zu. Auch wenn die Entscheidung zuletzt vom verantwortlichen Arzt zu fällen ist, sind die Informationen und Meinungen aus dem Pflegeteam ein unverzichtbarer Bestandteil im Prozess der Entscheidungsfindung. Es ist auf jeden Fall darauf zu achten, dass Entscheidungen zur Therapiebegrenzung vom gesamten Team mitgetragen werden können.

#### Seelsorger

Das Hinzuziehen von Seelsorgern oder deren Vertreter sollte auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten bzw. von Angehörigen erfolgen. Obwohl eine formale Beteiligung am Entscheidungsprozess nicht vorgesehen ist, können Vertreter der Religionsgemeinschaften eine wichtige Rolle in der Kommunikation und Bewältigung der Situation mit den Angehörigen des Patienten übernehmen.

#### Kommissionen

Die Gesellschaften vertreten die Meinung, dass eine Einsetzung von Kommissionen in Spitälern (die z.B. durch bestimmte Primarii, den Pflegedirektor, Personen der Spitalsseelsorge etc. gebildet werden), um Entscheidungen hinsichtlich Therapiebegrenzung zu fällen, *nicht empfehlenswert* ist. Die Entscheidungen hinsichtlich Therapiebegrenzung und Therapiebeendigung sind in der überwiegenden Zahl aufgrund medizinischer Tatsachen zu treffen. Nicht unmittelbar mit dem betroffenen Patienten und der Intensivmedizin befassete Personen haben selten den Einblick und die Erfahrung, um substantiell zum Entscheidungsprozess beizutragen. Falls eine weitere ärztliche Meinung zu einer Entscheidungsfindung beitragen soll, wird geraten, auf die Expertise von anderen erfahrenen Intensivmedizinern zurückzugreifen. Von den intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs werden entsprechend qualifizierte Intensivmediziner für die Erstellung externer Konsilien bei Bedarf nominiert.

#### *Empfehlungen für eine strukturierte Entscheidungsfindung*

Die Gesellschaften sprechen sich klar für eine strukturierte Entscheidungsfindung aus. Jede Intensivstation ist aufgefordert, sich formale Regeln zu geben, nach denen die Einbeziehung der Beteiligten und der Gesprächsprozess abläuft. Nochmals wird darauf hingewiesen, dass nach Ablauf dieser Gespräche die Letztentscheidung in der Kompetenz des verantwortlichen Arzt liegt.

#### *Dokumentation*

Rein rechtlich ist eine Dokumentation der gefällten Entscheidung nach dem KAKuG [7] erforderlich. Dies sollte auch aus Gründen der Nachvollziehbarkeit für alle Team-Mitglieder und für ein einheitliches Vorgehen nach Dienstwechsel angestrebt werden.

### Wie unumstößlich sind die Entscheidungen?

Gefällte Entscheidungen sollten nie unumstößlich sein, wenn sich die Situation ändert, eine überraschende Besserung des Zustands eingetreten ist, dann müssen Entscheidungen revidiert, modifiziert oder zurückgenommen werden.

### 3. Durchführung von Therapiebegrenzung und Therapieabbruch

Nach der Entscheidung zu einer Limitierung oder zum Abbruch der intensivmedizinischen Maßnahmen sind verschiedene Konstellationen denkbar, die im nachstehenden Begriffsschema zusammengefasst werden.

#### Begriffsbestimmung

Auch in Österreich wurden in der täglichen Praxis Begriffe zur Begrenzung von Intensivtherapie üblich, jedoch meistens ohne damit eine einheitliche Definition ihrer Inhalte zu verbinden. Überlegungen zu einer Therapiebegrenzung liegt häufig eine Situation die dem kaum übersetzbaren Angloamerikanischen Terminus „Medical Futility“ entspricht, zugrunde:

#### „Medical Futility“

Dies bedeutet, dass von einer bestimmten Intervention kein Benefit für den Patienten zu erwarten ist. Der Begriff bezieht sich auf eine gesamtheitliche Betrachtung der Patientensituation und nicht nur einzelne Aspekte wie physiologische Auslenkungen.

Folgende deutschsprachige Terminologie ist derzeit gebräuchlich:

#### Therapieverzicht (primärer)

Dies bedeutet, dass ein Patient aufgrund seiner aussichtslosen Prognose nicht an die Intensivstation aufgenommen wird.

#### Therapiebegrenzung (sekundärer Therapieverzicht)

Dies bedeutet, dass ein bestimmtes Ausmaß Organ-supportiver Maßnahmen nicht überschritten werden soll, eine Therapiesteigerung nicht durchgeführt werden soll, keine zusätzlichen Maßnahmen ergriffen werden sollen. Die einzelnen Limitationen sollten klar definiert, dokumentiert und dem gesamten Intensivteam bekannt sein.

Beispiele: Kein Einsatz oder Dosissteigerung von Katecholaminen, keine (oder keine erneute) Intubation, keine Beatmung, keine kardiopulmonale Reanimation.

Dies entspricht den angloamerikanischen Begriffen Do-not-escalate (DNE) bzw. Do-not-attempt-resuscitation (DNAR) bzw. Do-not-resuscitate (DNR).

#### Therapiereduktion

Dies bedeutet, dass bereits begonnene intensivmedizinische und andere therapeutische Maßnahmen reduziert und/oder zurückgenommen werden.

Beispiele: Keine weitere Antibiotika-Therapie, Auslaufenlassen von Katecholaminen etc.

#### Therapiebeendigung (Therapieabbruch)

Dies bedeutet, die uneingeschränkte Beendigung jener intensivmedizinischen Maßnahmen, die im Hinblick auf

einen konkreten Krankheitsverlauf aussichtslos sind. Dies betrifft jedenfalls die Verfahren Beatmung, Katecholamin- und Vasopressorentherapie, extrakorporaler Organersatz.

Aus oben genannten Beispielen geht hervor, dass die Limitation oder Rücknahme intensivmedizinischer Verfahren auf verschiedenen Ebenen therapeutischer Maßnahmen erfolgen kann. Obwohl in der Realisierung eines Therapieabbruchs große Unterschiede zwischen Intensivstationen bestehen können [8], sollte bewusst sein, dass scheinbar „einfache“ Maßnahmen, wie die Beendigung einer antibiotischen Therapie gleich zu bewerten sind, wie die Beendigung einer Organunterstützung, wie z.B. die Beendigung einer Beatmung. In beiden Fällen wird eine aussichtslos gewordene, medizinisch nicht mehr begründbare Therapie beendet. Der dabei angewandte Grundsatz einen irreversiblen Sterbeprozess nicht zu verlängern steht im Einklang mit der im Ärztegesetz normierten ärztlichen Berufspflicht das Wohl des Kranken zu wahren [9].

Für die Wahl der zu beendenden intensivmedizinischen Maßnahmen sind aus verschiedenen Intensivstationen unterschiedliche Vorgangsweisen bekannt. Beispiele dafür sind:

- Nicht-Durchführung eingreifender Maßnahmen
  - Intubation
  - Reanimation
  - Beatmung
  - Hämodialyse/Hämofiltration
- Beendigung der antibiotischen Therapie
- Beendigung einer neuroprotektiven Therapie
- Beendigung der Therapie mit Blutprodukten
- Beendigung (Auslaufenlassen) kreislaufstützender Maßnahmen (Katecholamine)
- Beendigung der Beatmung
  - Umstellung auf 0.21 FiO<sub>2</sub>, kein PEEP
  - Diskonnektion vom Respirator
  - Extubation (Terminal weaning)
- Beendigung der Ernährung (enteral/ parenteral)
- Beendigung jeder Flüssigkeitszufuhr

*Beachte: Jede einzelne der oben angeführten Maßnahmen ist aus ethischer und rechtlicher Sicht im Hinblick auf den Grundsatz einen irreversiblen Sterbeprozess nicht zu verlängern, als völlig gleichwertig anzusehen.*

#### Patientenwürde und Schmerzfreiheit bei Therapierückzug

Auf jeder Ebene des Therapierückzugs muss die Würde des Patienten und seine Freiheit von Angst, Schmerz und Atemnot im Vordergrund stehen. Der Einsatz von Opiaten ist in den meisten dieser Situationen unverzichtbar um dem Patienten im Sterben medizinisch beizustehen. Abgesehen von diesen Prinzipien divergieren die Auffassungen welche Maßnahmen für die basale Versorgung eines Sterbenden erforderlich sind. Die Rücknahme der Beatmung und Extubation bei einem terminalen Patienten ist denkbar, solange sichergestellt ist, dass der Patient keine Atemnot leiden oder bewusst erleben wird.

#### Betreuung und Pflege des Sterbenden

Auch nach einem Therapierückzug muss eine umfassende ärztliche und pflegerische Betreuung des Patienten



aufrecht erhalten werden. Dazu gehört die oben genannte Obsorge hinsichtlich Angst, Schmerz und Atemnot, sowie die Aufrechterhaltung der gesamten Grundpflege sowie abgestuften Behandlungspflege. Die Bereitstellung eines Einzelzimmers oder einer abgeschirmten Bettenposition sollte angestrebt werden und das bettseitige Monitoring (Alarmer am Bett) abgeschaltet werden.

Eine Verlegung von der Intensivstation an die Normalstation kann bei einem über einen längeren Zeitraum zu erwartenden Sterbeprozess erfolgen. Auf Wunsch der Angehörigen kann ein sterbender Patient an der Intensivstation belassen werden, um ein Abschiednehmen in der meist bereits vertrauteren Umgebung zu ermöglichen. In Einzelsituationen ist für das Abschiednehmen oder auch die Anreise der Angehörigen die kurzfristige Aufrechterhaltung von intensivmedizinischen Maßnahmen bei sterbenden Patienten zu rechtfertigen.

### *Für eine Qualität des Sterbens*

An vielen Intensivstationen hat sich eine Kultur der Sorgfalt und Obsorge in der Betreuung von Sterbenden und Ihrer Angehörigen entwickelt. Diese Bemühungen sind vorbehaltlos zu unterstützen. Vielen administrativen Entscheidungsträgern in Krankenhäusern dürfte nicht bewusst sein, dass hier eine eminent wichtige Aufgabe der Intensivmedizin existiert, für deren wünschenswerte Erfüllung nicht nur ausreichend Personal sondern auch eine räumliche Infrastruktur erforderlich ist.

Wenn Intensivmedizin an ihre Grenzen stößt, muss alle verfügbare Kraft und Erfahrung aufgebracht werden, um den anvertrauten Patienten ein menschenwürdiges und friedvolles Sterben im Beisein der Angehörigen zu ermöglichen.

### **Literatur**

1. Beauchamp TL, Childress JF (1994) Principles of biomedical ethics, 4th edn. Oxford University Press, New York
2. Römische Kongregation für die Glaubenslehre (1980) Ethische Grundsätze über Euthanasie. Herder Korrespondenz 34: 451–454
3. Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (1999) Grenzen der intensivmedizinischen Behandlungspflicht. Anästh Intensivmed 40: 96–99
4. Society of Critical Care Medicine Ethics Committee (1997) Consensus statement of the Society of Critical Care Medicine's Ethics Committee regarding futile and other possibly inadvisable treatments. Crit Care Med 25: 887–891
5. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (1999) Medizinisch-ethische Richtlinien zu Grenzfragen der Intensivmedizin. Schweizerische Ärztezeitung 4: 80
6. Carlet J, Thijs LG, Antonelli M, et al (2004) Challenges in end-of life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care: Brussels, Belgium, April 2003. Intensive Care Med 30: 770–784
7. Krankenanstalten- u. Kuranstaltengesetz § 10 Abs 1 Z 2
8. Schobersberger W, Fries D, Hasibeder W, et al (1999) Durchführung therapielimitierender Maßnahmen an Intensivmedizinischen Stationen: Therapieabbruch, Therapiereduktion und Therapieverzicht an den Intensivmedizinischen Abteilungen der Universitätskliniken Innsbruck. Wien Klin Wochenschr 111: 802–809
9. Ärztegesetz 1998 § 49 (1)

### **Redaktion**

Univ.-Doz. Dr. A. Valentin, Univ.-Prof. Dr. W. Druml,  
Univ.-Prof. Dr. H. Steltzer.

### **Teilnehmer des Konsensus-Arbeitskreis und Manuskriptreviewer**

Univ.-Prof. Dr. P. Sporn, Univ.-Prof. Dr. K. Lenz, Univ.-Prof. Dr. C. Krenn, Univ.-Prof. Dr. F. Lackner, Univ.-Prof. Dr. M. Hiesmayr, Univ.-Prof. Dr. A. Laggner, Univ.-Prof. Dr. R. Roka, Hon.-Prof. MR Dr. G. Aigner, Dr. H. Vesely, Univ.-Prof. Dr. W. Ilias, Univ.-Prof. Dr. E. Schmutzhard, Univ.-Prof. DDr. Ch. Kopetzki, Univ.-Prof. Dr. U. Körtner, Univ.-Prof. Dr. P. Lechleitner, Univ.-Prof. Dr. C. Madl, Univ.-Prof. Dr. K. Ratheiser, Univ.-Prof. Dr. P. Sziostronek, Univ.-Prof. Dr. C. Wiedermann, Univ.-Prof. Dr. M. Joannidis, DGKP G. Eisenbeutel, Univ.-Prof. Dr. L. Kramer, Univ.-Prof. Dr. H.P. Schuster, Univ.-Prof. Dr. J. Slany, Dr. W. Heindl, Univ.-Prof. Dr. K. Lindner, Dr. G. Sumann.

Korrespondenz: Doz. Dr. Andreas Valentin, 2. Medizinische Abteilung, Krankenanstalt Rudolfstiftung, Juchgasse 25, 1030 Wien, Österreich,  
E-mail: andreas.valentin@wienkav.at