

# Medizinisch-ethische Richtlinien zu Grenzfragen der Intensivmedizin

## I. Präambel

In der Intensivmedizin sind im Grenzbereich zwischen Leben und Tod immer wieder schwierige Entscheidungen zu treffen. Nicht selten hat dies unter erheblichem Zeitdruck und bei lückenhaftem Informationsstand zu geschehen. Die folgenden Richtlinien sollen Ärzten<sup>1</sup> und den übrigen Medizinalpersonen, die den Patienten auf der Intensivstation als Team betreuen, in dieser Situation eine Hilfe sein; es kann sich dabei aber nur um allgemeine Grundsätze und nicht um spezielle Anweisungen handeln. Diese Richtlinien können die Beteiligten nicht von ihrer persönlichen Verantwortung für ihr Verhalten im Einzelfall entbinden.

Intensivmedizin dient der Ueberbrückung einer akut lebensbedrohlichen Situation infolge Versagens eines vitalen Organsystems. Im Bewusstsein, dass vielerlei Umstände und Personen, einschliesslich zuweisende Aerzte, in der Phase vor einer intensivmedizinischen Betreuung und beim Entscheid zur Aufnahme des Patienten auf eine Intensivstation involviert sind, richten sich die folgenden Richtlinien vorwiegend an die die Patienten auf Intensivstationen betreuenden Personen.

Die Richtlinien stehen im Einklang mit allgemeineren ethischen Grundsätzen für die Betreuung von lebensbedrohlich erkrankten Patienten und Kranken auf Intensivstationen, wie sie etwa in den "Ethical Principles in Intensive Care" der "World Federation of Societies of Intensive Care and Critical Care Medicine" (1) und in der "Helsinki Deklaration" (2) formuliert sind. Nicht behandelt werden Fragen der Sterbehilfe und der Feststellung des Todes, die sich zwar auf Intensivstationen ebenfalls häufig stellen, für welche die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) aber separate Richtlinien zur Verfügung stellt (3, 4).

## II. Richtlinien

### 1. Allgemeine Regeln

Der grundsätzliche Auftrag der Intensivmedizin, Leben zu erhalten, erfährt in der praktischen Durchführung unter ethischen Gesichtspunkten wie auch im Blick auf knappe Ressourcen gewisse Einschränkungen. Diese können sowohl die Richtlinien für die Aufnahme in die Intensivstation als auch für den Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen oder deren Abbruch betreffen.

---

<sup>1</sup> Der Einfachheit halber gilt in diesem Text die männliche Bezeichnung für beide Geschlechter.

### 1.1. Patientenaufnahme,

### Therapieverzicht und Therapieabbruch

Bei den Fragen bezüglich Aufnahme eines Patienten auf eine Intensivstation sowie betreffs Therapieverzicht oder -abbruch ("withhold", "withdraw") sind folgende Gesichtspunkte massgebend (5):

- a. Die allgemein für die Arzt-Patienten-Beziehung geltenden ethischen und rechtlichen Grundsätze sind auch in der Intensivmedizin verbindlich.
- b. Die Rechte des Patienten sind zu respektieren. Das gilt vor allem für sein Recht auf Selbstbestimmung. Der Patient hat, unter Berücksichtigung situativ bzw. krankheitsbedingter Einschränkungen infolge starker Schmerzen, Atemnot oder eines psychischen oder mentalen Ausnahmezustandes, grundsätzlich als urteilsfähig zu gelten. Beim nicht oder nicht voll urteilsfähigen Patienten kommt es auf seinen mutmasslichen Willen an. Dazu<sup>2</sup> sind Patientenverfügungen und Auskünfte von Angehörigen und Vertrauenspersonen sowie von vorbehandelnden Ärzten zu berücksichtigen (6, 7).
- c. Zu beachten sind ferner patientenbezogene Faktoren wie das biologische Alter des Betroffenen, seine Lebensgeschichte und seine bisherige und voraussichtliche Lebensqualität, seine Grundkrankheit, sein Akutzustand und die Prognose.
- d. Entspricht es dem geäusserten oder mutmasslichen Willen des Patienten, so sollte bei infauster Prognose eine lebenserhaltende Massnahme (z.B. Respirator-Behandlung) unterlassen oder beendet werden, wenn die Behandlung lediglich eine Verlängerung des Sterbeprozesses bedeutet. Das gleiche gilt bei einem zerebral schwerst und irreversibel geschädigten Patienten, der kein bewusstes Leben mehr wird führen können (8).
- e. Erscheint es ausnahmsweise gerechtfertigt, vom Patientenwillen abzuweichen, muss besonders sorgfältig abgewogen und individuell entschieden werden. Wo der Arzt dies erwägt, muss er den Patienten in jedem Falle über die sonst bestehenden Risiken aufklären und sein Einverständnis herbeizuführen versuchen.

### 1.2. Entscheidungsprozess

Für den Entscheidungsprozess gilt:

- a. Bei der Frage des Verzichts auf eine lebenserhaltende Massnahme oder ihrer Beendigung bei einem nicht oder nicht voll urteilsfähigen Patienten muss, soweit situativ möglich, den an der Betreuung des Patienten beteiligten Medizinalpersonen eine Mitsprache eingeräumt und ihre Meinung respektiert werden. Anzustreben ist eine gemeinsam erarbeitete, für alle annehmbare Übereinstimmung (Konsensus). Die Ansicht der Angehörigen ist nach entsprechender Aufklärung in den Entscheidungsprozess einzubeziehen. Die Verantwortung aber sollte nicht den Angehörigen übertragen werden. Die letzte Entscheidung liegt bei dem für die Intensivbehandlung verantwortlichen Arzt. Die Entscheidung ist schriftlich festzuhalten.
- b. Der Patient ist auch nach Therapieverzicht oder -abbruch vom gesamten Team zu betreuen. Er und seine Angehörigen haben weiterhin Anspruch auf die nötige Zuwendung und den erforderlichen Respekt. Die Würde des Sterbenden muss gewahrt bleiben.
- c. Beim unmittelbar zum Tode des Patienten führenden Abbruch einer lebenserhaltenden Massnahme muss der verantwortliche / bei Abwesenheit der zuständige Arzt anwesend sein.

---

<sup>2</sup> z.B. "Do-not-resuscitate orders"

### 1.3. Neonatologie / Pädiatrie

Beim pädiatrischen Patienten und speziell beim Neugeborenen ist die Beurteilung der zu erwartenden Lebensqualität besonders wichtig (Ziff. 3.5, "Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten" der SAMW [3]).

Beim Unmündigen gilt auch bei intensivmedizinischen Entscheiden grundsätzlich der Wille des gesetzlichen Vertreters. Erscheint ein noch nicht erwachsener Patient als für eine gegebene Situation urteilsfähig, so ist seine Meinung massgebend. Stimmt der Wille des gesetzlichen Vertreters und des Unmündigen nicht überein, so ist unter den Beteiligten ein Konsens zu suchen.

Bei Neugeborenen mit schweren kongenitalen Fehlbildungen, perinatalen oder später erworbenen Schädigungen, ist die Prognose besonders wichtig. Falls ein Kind nur dank fortwährendem Einsatz aussergewöhnlicher technischer Hilfsmittel überleben kann und wenn mit schwersten, diffusen zerebralen Schädigungen zu rechnen ist, darf mit dem Einverständnis der Eltern und des betreuenden Teams auf den Einsatz solcher Hilfsmittel verzichtet werden.

Ist bei lebenswichtigen Entscheiden ein Konsens zwischen den Beteiligten nicht zu erreichen, so soll der Arzt die Vormundschaftsbehörde miteinbeziehen.

### 1.4. Geriatrie

Mit fortschreitendem Alter der Patienten ist der Einsatz intensivmedizinischer Möglichkeiten zunehmend zurückhaltender zu beurteilen. Insbesondere bei geriatrischen Patienten sind eine vorbestehende Multimorbidität und abnehmende funktionelle Reserven sowie die dadurch eingeschränkten Heilungsaussichten und Prognose stärker zu gewichten. Das chronologische Alter allein ist kein Kriterium, um über die Anwendung intensivmedizinischer Massnahmen zu entscheiden.

### 1.5. Gerechtigkeit / Ressourcen

Der wirtschaftliche Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel ist prinzipiell geboten und periodisch zu überprüfen.

Die für Patienten-Aufnahme und Durchführung der Intensivbehandlung zuständigen Personen haben in ihrem Bereich Mitverantwortung für die gerechte Verteilung der verfügbaren Ressourcen. Dies darf jedoch auf der Intensivstation nicht für Unterlassung oder Abbruch lebenserhaltender Massnahmen im Einzelfall entscheidend sein.

## 2. Spezielle Situationen

### 2.1. Organspende

Die für die Behandlung eines Intensivpatienten massgebenden ethischen Grundsätze sind auch dann zu beachten, wenn der Patient für eine Organ-spende in Betracht kommt.

Bei unmittelbar bevorstehendem Hirntod dürfen im Interesse des Organempfängers beschränkte organerhaltende Massnahmen (z.B. diagnostische Untersuchungen, kreislaufstützende Medikamente) angewandt und bis zur definitiven Organentnahme fortgesetzt werden. Das Prozedere zur Organentnahme muss innerhalb von 24 Stunden nach dem Hirntod eingeleitet sein.

Zur Begleitung und kontinuierlichen Information der Angehörigen soll eine Bezugsperson aus dem betreuenden Team bezeichnet werden.

## 2.2. Forschung

Die von der SAMW erlassenen "Richtlinien für Forschungsuntersuchungen am Menschen" (9) gelten auch für den Bereich der Intensivmedizin. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Forschung für diese Patienten, ihre Angehörigen und die Pflegepersonen eine zusätzliche Belastung darstellt; der Information kommt hier besondere Bedeutung zu. Bei der Art und Weise der spezifischen Aufklärung eines unter erheblichem Leidensdruck stehenden Patienten ist auf dessen besondere Situation Rücksicht zu nehmen. Zum Ausgleich sollten in einem solchen Fall verstärkt Angehörige oder geeignete Vertrauenspersonen beigezogen werden.

Die im Interesse des Patienten erforderlichen therapeutischen Massnahmen dürfen durch die Forschungsvorhaben nicht verzögert werden.

## III. Kommentar

### *ad II. 1. Allgemeine Regeln:*

#### *ad 1.1. Patientenaufnahme, Therapieverzicht und Therapieabbruch*

*ad 1.1.a:* Die allgemeinen medizinisch-ethischen Grundsätze wie Autonomie, Heilen, Nichtschaden und gerechte Ressourcenverteilung liegen diesen Empfehlungen zugrunde. Es geht jedoch in erster Linie darum, auch in der Intensivmedizin auf den Dialog zwischen Patient und betreuendem Arzt hinzuwirken, die Willensbildung soweit möglich gegenseitig zu fördern und den direkt oder indirekt zum Ausdruck gebrachten Patientenwillen in den Entscheidungsprozess miteinzubeziehen (5, 8).

*ad 1.1.b:* Patientenverfügungen sind als massgebend anzusehen, solange keine konkreten Anhaltspunkte vorliegen, dass sie dem Willen des Patienten nicht mehr entsprechen. Patientenverfügungen gelten umso eher, je klarer sie formuliert sind, je kürzer die Unterzeichnung zurückliegt und je besser der Patient die Notfallsituation voraussehen konnte. Eine Patientenverfügung ist meist bei subjektiv guter Gesundheit verfasst, unter der stillschweigenden Voraussetzung, dass die betreffende Person ihren Vorstellungen von den Bedingungen des Lebens treu bleiben werde. Die Erfahrung lehrt, dass diese Vorstellungen sich unter dem Eindruck einer akut lebensbedrohlichen Krankheit oder eines schweren Unfalls verändern können. Bei einem nicht oder nicht voll urteilsfähigen Patienten ist es wichtig, auf die Hilfe einer Vertrauensperson zählen zu können, die bei Entscheidungen den vermutlichen Willen des Patienten äussern kann. Diese Vertrauensperson (der sogenannte "Vertreter für Gesundheitsangelegenheiten") kann ein Familienmitglied, eine sonst dem Patienten nahe stehende Person oder auch sein Hausarzt sein.

*ad 1.1.c:* Die voraussichtliche Lebensqualität des Patienten sollte ausschliesslich aus dessen Perspektive beurteilt werden und nicht aus der Sicht seiner Angehörigen oder des betreuenden Teams.

Soziales Umfeld und Lebensgewohnheiten des Patienten sind im Entscheidungsprozess nur insofern zu berücksichtigen, wie sie den Behandlungserfolg beeinträchtigen können.

Der mit zunehmender Betreuungszeit wachsende Informationsstand muss laufend in den Entscheidungsprozess miteinfließen.

*ad 1.1.d:* Bei Therapieverzicht oder -abbruch sind leidensmindernde Massnahmen (sogenannte "Komforttherapie") gerechtfertigt, auch wenn sie lebensverkürzend wirken könnten (Ziff. 1.3 "Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten" der SAMW [3]).

*ad 1.1.e:* Ein Abweichen vom Patientenwillen kommt ausnahmsweise dort in Betracht, wo sich nicht entscheiden lässt, ob der aktuell geäusserte dem längerfristig zu vermutenden

Patientenwillen entspricht. Eine solche Situation liegt z.B. dann vor, wenn ein Patient nach einem Suizidversuch in intensivmedizinische Behandlung gelangt und bei Bewusstsein an seinem Todeswunsch festhält oder bei fehlendem Bewusstsein in einem schriftlichen Dokument eine Behandlung ablehnt oder wenn ihn entsprechende Zeugen seines Willens begleiten. Sofern keine der in Absatz 1.1.d aufgeführten prognostisch infausten Situationen gegeben sind, sind die notwendigen Massnahmen zum Ueberleben des Patienten einzuleiten.

#### *ad 1.2. Entscheidungsprozess*

*ad 1.2.a:* Der Arzt kann nicht verpflichtet werden, Massnahmen zu ergreifen bzw. fortzusetzen, die nach seiner Ueberzeugung therapeutisch sinnlos wären oder sinnlos geworden sind. Sollte der wache und urteilsfähige Patient oder - bei nichturteilsfähigen Patienten - seine Angehörigen anderer Auffassung sein, so empfiehlt sich, ihr Einverständnis zu erlangen.

#### *ad 1.3. Neonatologie / Pädiatrie*

Erfahrungsgemäss werden Indikationen zu intensivmedizinischen Aktivitäten bei jüngeren Menschen grosszügiger gestellt. Deshalb muss die Angemessenheit intensivmedizinischer Massnahmen in regelmässigen Intervallen überprüft werden ("best interest" des Patienten). Dies gilt ganz speziell bei Neugeborenen und Frühgeborenen, die selbst bei ausge-dehnten zerebralen Störungen durch intensivmedizinische Massnahmen am Leben gehalten werden können. Bei der Entscheidungsfindung muss insbesondere auch die künftige Lebensqualität des Patienten mitbe-rücksichtigt werden. Die Konsensfindung kann durch Einholen einer ärztlichen Zweitmeinung erleichtert werden.

#### *ad 1.4. Geriatrie*

Beim urteilsfähigen Betagten gelten für intensivmedizinische Massnahmen die gleichen ethischen Grundsätze wie beim jüngeren Patienten (Selbstbestimmung, Heilen, Nichtschaden, gerechte Ressourcen-Verteilung). Bei älteren multimorbiden Patienten muss die Anamnese im Hinblick auf Entscheidungen umfassend erhoben und die Diagnostik sowie der Einsatz von intensivmedizinischen Massnahmen entsprechend differenziert vorgenommen werden.

Bei eingeschränkter Urteilsfähigkeit gilt der aus der Patientenverfügung oder aus Aeusserungen von Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen hervorgehende mutmassliche Wille des Patienten. Drängen sich bei einem solchen Patienten medizinische Massnahmen auf, denen er nicht zustimmt, kann ein Beistand beigezogen werden. Bei Betagten mit vorbestehender Demenz ist diese selbst als schwere, die Prognose beeinträchtigende Begleiterkrankung zu werten.

Das ärztliche Handeln soll sich nicht am negativen Bild, das sich die Gesellschaft vom Alter macht, orientieren. Betagte übernehmen oft bei an sich noch guter Lebensqualität diese negative Haltung und lehnen medizinische Massnahmen für sich selbst als ungerechtfertigt und nutzlos ab. Wirtschaftliche Befürchtungen belasten häufig die Entscheidung des alten Patienten.

#### *ad 1.5. Gerechtigkeit / Ressourcen*

Bei beschränkten Ressourcen ist es unvermeidlich und ethisch vertretbar, die allgemeinen Regeln für die Anwendung intensivmedizinischer Massnahmen entsprechend strikter zu handhaben. Dabei bleiben allein medizinische Kriterien massgebend. Die derzeit gebräuchlichen Schweregrad-Scores, welche eigentlich zum Vergleich verschiedener Patientengruppen eingeführt wurden, erlauben im Einzelfall keine Entscheidung (10).

## *ad II. 2. Spezielle Situationen:*

### *ad 2.1. Organspende*

Für Fragen der Organentnahme und der Feststellung des Hirntodes wird auf die entsprechenden Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften verwiesen (Medizinisch-ethische Richtlinien für die Organtransplantationen [11], sowie: Richtlinien zur Definition und Feststellung des Todes im Hinblick auf Organ-transplantationen [4]). Das den potentiellen Organspender betreuende Team muss beachten: "Aerzte, die einem Transplantationsteam angehören, dürfen bei der Feststellung des Todes nicht mitwirken und ihre den Sterbenden betreuenden Kollegen nicht unter Zeitdruck setzen oder anderweitig zu beeinflussen suchen".

Die Regelung bezüglich der Informationspflicht gegenüber Angehörigen eines potentiellen Organspenders ist in der Schweiz kantonal unterschiedlich. Aus ethischen Gründen ist in jedem Fall eine sorgfältige Information zu empfehlen. Den Angehörigen muss eingeräumt werden, ihre einmal gegebene Zustimmung ohne Begründung widerrufen zu können (Vetorecht), sofern das Widerrufen so frühzeitig erfolgt, dass der Organempfänger nicht zusätzlich gefährdet wird.

Das Gespräch mit Angehörigen über eine eventuelle Organspende sollte in der Regel frühestens geführt werden, wenn sich der Hirntod als unausweichlich abzeichnet; der genaue Zeitpunkt muss im Einzelfall sorgfältig abgewogen werden. Der Wunsch der Angehörigen nach einer gewissen Bedenkzeit ist zu respektieren.

In diesem Gespräch sollten die Meinung der Angehörigen sowie der mutmassliche Wille des Patienten im Hinblick auf eine eventuelle Organspende berücksichtigt werden. Klar ist die Situation, wenn eine Spendeverfügung vorliegt.

Gemäss den Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften für Organtransplantationen empfiehlt es sich, den Angehörigen eines potentiellen Organspenders eine Bezugsperson aus dem Betreuer-Team zu nennen. Die Bezugsperson steht den Angehörigen auch nach Organentnahme bei Fragen bezüglich der Behandlung des Körpers des Toten zur Verfügung.

Bei der Organisation einer Organspende scheint aus praktischen Gründen eine Zeitspanne von 24 Stunden zur Einleitung oder Fortsetzung organerhaltender Massnahmen nach festgestelltem Hirntod (2. Untersuchung) sowohl dem Spender beziehungsweise den Angehörigen wie auch dem Organempfänger zumutbar.

Auch nach Organentnahme hat ein würdiger Umgang mit dem Körper des Verstorbenen zu erfolgen.

Es ist angezeigt, der speziellen Belastung des Pflegepersonals bei der Betreuung eines potentiellen Organspenders ausreichend Rechnung zu tragen. Es ist sorgfältig abzuwägen, ob Organspender und -empfänger durch die gleichen Personen gepflegt werden sollen.

### *ad 2.2. Forschung*

Forschung ist auch an Patienten auf Intensivstationen zur Verbesserung ihrer Behandlung und zum Gewinn neuer Erkenntnisse unerlässlich. Im Hinblick auf die Akutsituation soll die vom Patienten oder von seinen Angehörigen einzuholende Einverständniserklärung gut verständlich, kurz gefasst sein und speziell das durch die Forschung bedingte Zusatzrisiko erklären (12). Auf Wunsch der Betroffenen soll - wenn es die Zeit erlaubt - eine Bedenkzeit eingeräumt werden. Die Anwesenheit eines Zeugen bei Aufklärung und Abgabe der Einverständniserklärung ist zu empfehlen, insbesondere, wenn eine bloss mündliche Zustimmung vorgesehen ist.

Bei Forschungsprojekten, die an bewusstseinsgetrübten und deshalb nicht oder nicht voll urteilsfähigen Patienten durchgeführt werden, ist die Zustimmung der Angehörigen einzuholen.

Darauf darf nur verzichtet werden, wenn die Forschungsanlage eine Untersuchung unmittelbar in einer Notfallsituation (z.B. Wiederbelebung bei Kreislaufstillstand) betrifft und aus zeitlichen Gründen ein Einholen der Zustimmung gar nicht möglich ist. Wenn eine solche nicht eingeholt werden kann, sind Patient bzw. Angehörige im Nachhinein über die Untersuchung und das Forschungsprojekt zu informieren.

Forschung an Patienten, bei denen keine Zustimmung (Informed Consent) eingeholt werden kann, muss auch dann zulässig sein, wenn ihre Ergebnisse auf die Behandlung des betroffenen Patienten keinen Einfluss haben können; dies jedoch nur, sofern den Angehörigen keine grundsätzlichen Vorbehalte des Patienten bekannt sind. In dieser speziellen Situation muss das Risiko im Blick auf die Situation des betroffenen Patienten jedoch besonders sorgfältig abgewogen werden.

Die korrekte Behandlung eines Patienten muss auch nach Vorliegen der Zustimmung vollumfänglich gewährleistet bleiben.

Beim Informationsgespräch und beim Einholen der Zustimmung von Patient bzw. von Angehörigen soll stets ein den Patienten direkt betreuender Arzt anwesend sein.

Auch nach Feststellung des Todes dürfen durch Forschungsstudien bedingte Massnahmen auf der Intensivstation nur aufgrund eines vorliegenden und von einer ethischen Kommission genehmigten Protokolls erfolgen.

Bei pädiatrischen und neonatologischen Patienten muss die Zustimmung der Eltern oder des gesetzlichen Vertreters eingeholt werden. Dies gilt auch für Forschungen, die nach der Feststellung des Todes erfolgen. Erscheint ein nicht erwachsener Patient für die betreffende Fragestellung urteilsfähig, so ist seine Meinung zu respektieren.

---

#### **Mitglieder der für die Ausarbeitung dieser Richtlinien tätigen Subkommission:**

Prof. R. Ritz, Basel, Präsident; PD Dr. P.C. Baumann, Zürich; Françoise Billaud, R.N., Lausanne; PD Dr. S. Fanconi, Zürich; Dr. M. Jost, Meilen; Margrit Kessler, R.N., Altstätten; Prof. E. Koller, Zürich; Prof. S. Prod'hom, Blonay; Dr. Bara Ricou, Genf; Prof. Dr. phil. I. H.P. Schreiber, Basel; Prof. H.B. Staehelin, Basel; Prof. Dr. iur. G. Stratenwerth, Basel.

---

*Genehmigt vom Senat der SAMW am 3. Juni 1999.*

*Prof. W.H. Hitzig, Zürich (Präsident der Zentralen Ethikkommission)*

---

#### **Literatur**

1. The World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine: Ethical Principles in Intensive Care. Intensive and Crit Care Digest 1992; 11: 40-41.
2. Declaration of Helsinki. Recommendations Guiding Medical Doctors in Biomedical Research Involving Human Subjects. Adapted by the 18th World Assembly, Helsinki 1964. Revised by the 29th World Medical Assembly, Tokyo 1975, the 35th World Medical Assembly, Venice 1983, the 41st World Medical Assembly, Hongkong 1989 and the 48th World Medical Assembly, Somerset West, South Africa, 1996.
3. SAMW: Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten; Schweiz. Aerztezeitung 76: 1223-1225, 1995.

4. SAMW: Richtlinien zur Definition und Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen; Schweiz. AERztezeitung 77: 1773-1780, 1996.
5. American Thoracic Society: Withholding and Withdrawing Life-Sustaining Therapy. Am Rev Respir Dis 144: 726-731, 1991.
6. Weissauer W.: Chancen und Grenzen der Intensivmedizin - der Wille des Patienten und seiner Angehörigen. Intensivmed 33: Suppl. I, 19-26, 1996.
7. Seckler A.B., Meier D.E., Mulvihill M. and Cammer B.E.: Substituted Judgment: How Accurate are Proxy Predictions? Ann Int Med 115: 92-97, 1991.
8. Stephenson E.: Ethische Aspekte aus pflegerischer Sicht. Handbuch der Intensivpflege. Hrsg. Neander, Meyer, Friesacher. Ecomed Verlag II - 2.2; 1-19, 1993.
9. SAMW: Richtlinien für Forschungsuntersuchungen am Menschen; Schweiz. AERztezeitung 78: 1585-1592, 1997.
10. Luce J.M. and Wachter R.M.: The Ethical Appropriateness of Using Prognostic Scoring Systems in Clinical Management. Crit Care Clinics 10: 229-241, 1994.
11. SAMW: Medizinisch-ethische Richtlinien für die Organtransplantationen; Schweiz. AERztezeitung 76: 1389-1391, 1995.
12. Lemaire F., Blanch L., Cohen S.L., Sprung C., Working Group on Ethics: Informed Consent for Research Purposes in Intensive Care Patients in Europe. Intensive Care Med 23: 435-439, 1997.