



ICU - Triage im Falle von Ressourcen-Mangel

Empfehlungen aus Anlass der SARS-CoV-2-Pandemie

In Krisensituationen führt **Ressourcenknappheit/-mangel** (Personal, Material: Intensivbetten, Geräte, Medikamente, Masken, Handschuhe etc...) zu **Rationierung**. ÄrztInnen sind gezwungen forciert Entscheidungen unter Zeitdruck, zu treffen. Ethisch/rechtliche Grundlagen müssen dabei, gleich wie unter „normalen“ Bedingungen, Basis ärztlicher Indikationsstellung bleiben*.

Im Rahmen einer Triage ist nur für diejenigen PatientInnen eine *maximale Therapie* (z.B. ICU, ECMO) indiziert, die im Rahmen einer **Schaden/Nutzen-Abwägung** durch eine technisch machbare medizinische Behandlung prognostisch eine hohe **Überlebenswahrscheinlichkeit** haben. Gleichwertig zum Ziel der **Lebenserhaltung** muss die Frage nach der **künftigen Lebensperspektive** und der **Vermeidung einer ‚Chronisch Kritischen Erkrankung‘** die Indikationsstellung begründen. Intensivtherapie darf in der Triage-Situation nur nach Ausschöpfung aller möglichen **Alternativen** (z.B. Transfer auf eine andere ICU) vorenthalten oder beendet werden.

Zur besseren Abschätzung der **Prognose** und des **Mortalitätsrisikos** und falls eine laufende Intensivtherapie aufgrund der besseren Outcome-Prognose (=Überlebenswahrscheinlichkeit) einer anderen PatientIn beendet werden muss, empfehlen wir folgende Vorgehensweise:

1. **Normalstation (& ICU): ADL – Score** (Activity of Daily Life) & **Clinical Frailty Scale** (CFS Dalhousie; Gebrechlichkeit) zur Abschätzung von **Rehabilitationpotential** und Risiko der Entwicklung einer **‚Chronisch Kritischen Erkrankung‘** (kritisch bei ADL < 10/18 & CFS > 4/9).
 2. Bei **chirurgischen PatientInnen** sollte zusätzlich *präoperativ* der **POS-POM-Score (Präoperativer Score** zur Vorhersage **postoperativer Mortalität**) erhoben werden, der **Co-Morbidität** und **Invasivität** des geplanten chirurgischen Eingriffs mit **Outcome** korreliert.
 3. **ICU:** Zusätzlich zum ADL/Frailty-Score den **SOFA- Score** zur Beurteilung der **Überlebenschance** erheben. SOFA-Score korreliert mit **ICU-Mortalitätswahrscheinlichkeit** ($\geq 15/24 \rightarrow 80\%$ Mortalität)
- Alle 4 Scores sind **einfach** und **schnell** erhebbar. ADL/CFS/Co-Morbiditäten müssen, falls möglich, bei Aufnahme auf Normalstationen durchgeführt werden, um den Triagedruck zu mindern.

ECMO muss bei SARS-CoV-2 PatientInnen im hypoxischen Lungenversagen streng indiziert werden**.

Falls möglich sollte der **PatientInnenwille** so früh wie möglich (bei Aufnahme) eruiert werden.

Alter wird immer wieder als alleiniges Triage-Kriterium unter katastrophenmedizinischen Bedingungen berichtet. Alter alleine zur Prognoseeinschätzung zu verwenden verletzt das verfassungsrechtlich verankerte Diskriminierungsverbot, weil ältere Menschen dann **‚weniger wert‘** wären als junge Menschen. Das Gerechtigkeitsprinzip bemühend kann aber präsumiert werden, dass steigendes Alter einschränkend auf die Überlebenswahrscheinlichkeit wirkt, weil ältere Menschen häufiger gebrechlich sind und/oder an Co-Morbiditäten leiden. Bei einem Massenansturm schwerst Erkrankter muss Alter daher im Falle großen Triagedrucks im Rahmen kurzfristiger Prognosestellung als Risikofaktor für Sterblichkeit berücksichtigt werden (z.B. Alter > 85a bei SARS-CoV-2) ***.

PatientInnen/Angehörige müssen, wenn eine kurative ICU-Therapie nicht (mehr) gerechtfertigt ist, im Sterbeprozess **palliativmedizinisch** betreut werden (ärztlich, pflegerisch, falls möglich auch durch Psychologie, Seelsorge, Sozialarbeit). Ziel ist **beste Symptomkontrolle** (u.U. Indikation zur **‚palliativen Sedierung‘******). Das Team auf den Normalstationen ist mit Hilfe des **Palliativteams** anzuleiten*****.



Anhang - Erläuterungen:

*ad **Ethische Prinzipien als Basis ärztlicher Entscheidungsfindung** – auch in der Triage-Situation:

1. **Gerechtigkeit**, verstanden als Pflicht, knappe Ressourcen so effizient wie möglich einzusetzen und bei Allokationsentscheidungen fair vorzugehen und dabei zugleich der individuell betroffenen PatientIn gerecht zu werden.
1. **Nichtschaden**, verstanden als primäre Pflicht, durch Allokationsentscheidungen zu knappen Ressourcen das Versorgungssystem nicht zu gefährden und dabei zugleich keine Behandlungen durchzuführen, welche für individuell betroffene PatientIn mehr Schaden als Nutzen bringen.
2. **Wohltun**, verstanden als Pflicht, mit den knappen Ressourcen den größtmöglichen Nutzen für die größtmögliche Zahl an Betroffenen zu erzielen und dabei zugleich jene Maßnahmen zu setzen, welche dem Wohl der individuell betroffene PatientIn am meisten entsprechen.
3. **Autonomie (Respekt gegenüber der anvertrauten Person)**, verstanden als Pflicht, die individuell Betroffenen auch in Ausnahmesituationen nicht zum bloßen Objekt von Allokationsentscheidungen zu degradieren und dabei zugleich die Grenzen individueller Freiheit bei Fremdgefährdung im Blick zu behalten.

Quelle: Statement der Arbeitsgruppe Ethik der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ARGE Ethik, ÖGARI) vom 17.03.2020 zu ‚Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid-19-Pandemie – Klinisch-ethische Empfehlungen für Beginn, Durchführung und Beendigung von Intensivtherapie bei Covid-19-PatientInnen‘.

*ad **Rechtliche Grundlage als Basis ärztlicher Entscheidungsfindung** – auch in der Triage-Situation:

Lt. dem **Ärztegesetz** ist ÄrztIn verpflichtet nach Maßgabe der **ärztlichen Wissenschaft** und **Erfahrung** das **Wohl der Kranken** und den **Schutz der Gesunden** zu wahren. Es ist bei Sterbenden insbesondere auch zulässig, im Rahmen palliativmedizinischer Indikationen Maßnahmen zu setzen, deren Nutzen zur Linderung schwerster Schmerzen und Qualen (Symptomlinderung) im Verhältnis zum Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen überwiegt.

Quelle: § 49a ÄrzteG: <https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40211904/NOR40211904.html>,

§ 49 ÄrzteG: <https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40190742/NOR40190742.html>

ÄrztIn ist demnach nicht verpflichtet ALLES technisch Machbare zu tun, wenn dies nicht zum Nutzen/Wohle von PatientIn ist. „Zum Wohle der Kranken“ heißt auch ärztlich und pflegerisch „gut begleiten“ und „Sterben in Würde“ zulassen.

** ad **ECMO**: Interventionen, die unter Umständen überproportional Ressourcen in Anspruch nehmen, müssen streng indiziert werden, z.B. eine ECMO-Therapie bei SARS-CoV-2 PatientInnen im Rahmen von Lungenversagen.

MacLaren G, Fisher D, Brodie D. Preparing for the Most Critically Ill Patients With COVID-19. The Potential Role of Extracorporeal Membrane Oxygenation. *Jama*, published on Feb 19, 2020.

ECMO kann sinnvoll sein bei COVID-19-PatientInnen, die eine therapierefraktäre Hypoxämie haben. Goligher EC, Tomlinson G, Hajage D, et al. Extracorporeal membrane oxygenation for severe acute respiratory distress syndrome and posterior probability of mortality benefit in a post hoc bayesian analysis of a randomized clinical trial. *JAMA*. 2018;320(21):2251-2259.

<https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Intensivmedizin.html>



*** ad **Alter**: Medienbericht zur **Altersgrenze** als Triage Maßnahme, der zeigt, dass Alter als ultima ratio unter katastrophalen medizinischen Bedingungen als alleiniges Triage-Kriterium verwendet wird, auch wenn dies das verfassungsrechtlich verankerte Diskriminierungsverbot verletzt.

<https://www.abc.net.au/news/2020-03-18/ethics-of-medical-care-ventilator-in-the-coronavirus-pandemic/12063536>

Medizinisch ist Alter nur in Zusammenhang mit Comorbiditäten und Frailty ein Prognose relevanter Faktor. *Ethisch/rechtlich* ist Alter nicht als unabhängiges Kriterium für Triage-Entscheidungen zu rechtfertigen. Bei sonst gleichen Voraussetzungen (d.h. auch in Situationen, in denen man auf Grund des Zeitdrucks nichts vom Gesundheitszustand der PatientIn weiß) wäre ethisch/rechtlich eine Zufallszuteilung besser begründet.

Eine Subanalyse der VIP-2 Studie zeigt, dass erst ab 90 Jahren das chronologische Alter per se ein unabhängiger Risikofaktor für Sterblichkeit wird (Co-Autor M. Joannidis; zur Publikation eingereicht).

Guidet B, de Lange DW, Boumendil A, Leaver S, Watson X, Boulanger C, Szczeklik W, Artigas A, Morandi A, Andersen F, Zafeiridis T, Jung C, Moreno R, Walther S, Oeyen S, Schefold JC, Cecconi M, Marsh B, Joannidis M, Nalapko Y, Elhadi M, Fjølner J, Flaatten H. The contribution of frailty, cognition, activity of daily life and comorbidities on outcome in acutely admitted patients over 80 years in European ICUs: the VIP2 study. *Intensive Care Medicine* 2020 Jan;46(1):57-69.

Aktuellen Daten zufolge ist bei SARS-CoV-2 Alter (> 85a) ein Indikator für schlechte Prognose.

Zhou F. et. al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020; Mar 11. pii: S0140-6736(20)30566-3. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30566-3.

<https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Intensivmedizin.html>

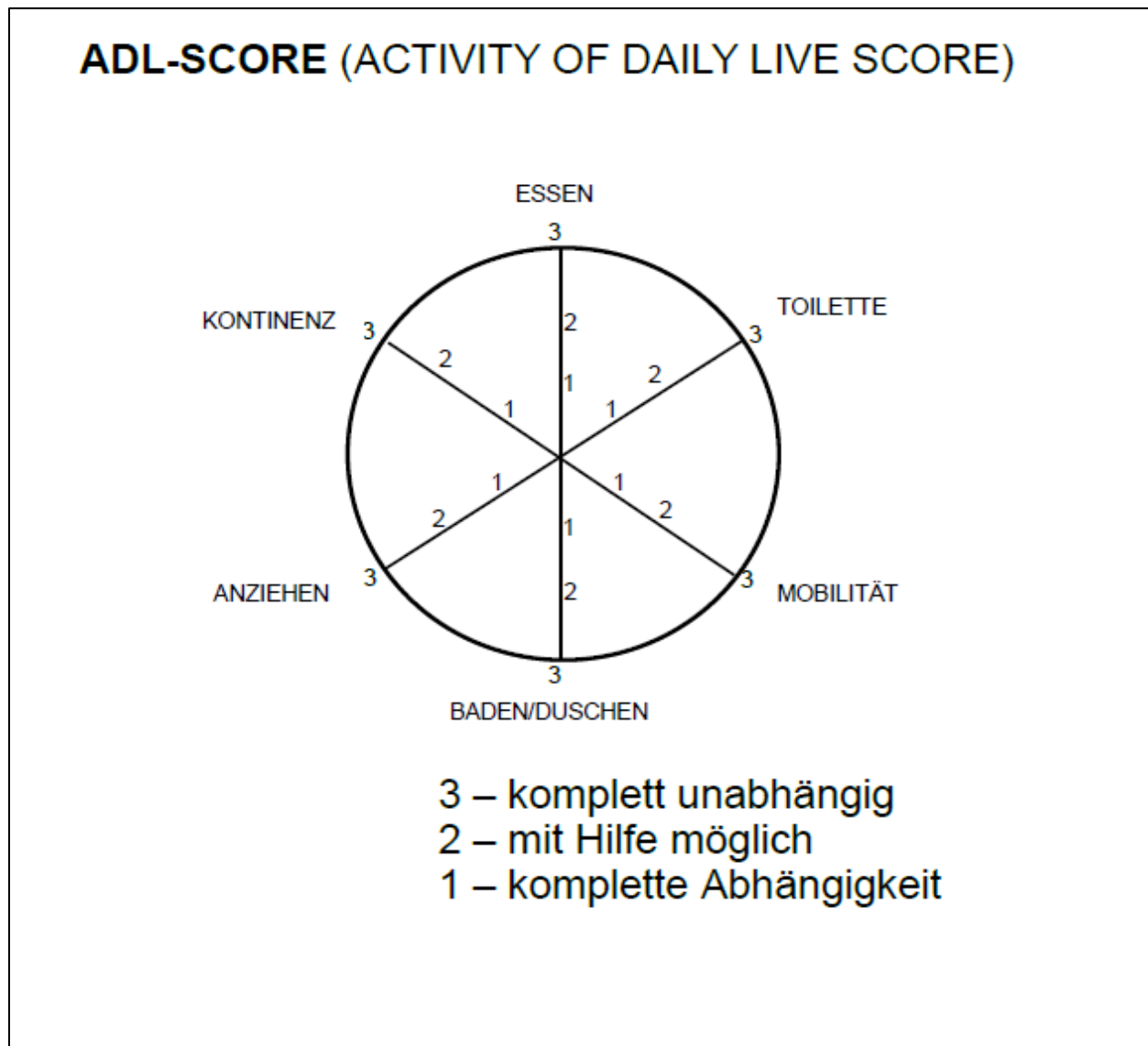
**** ad **Palliative Sedierung**: „...Die Palliative Sedierungstherapie ist eine wichtige und ethisch akzeptierte Therapie in der Versorgung von ausgewählten, sterbenden Menschen, welche aufgrund therapierefraktärer Symptome für sie unerträgliches Leiden erleben... . Die therapeutische (oder palliative) Sedierung wird im palliativmedizinischen Kontext als der überwachte Einsatz von Medikamenten verstanden, mit dem Ziel einer verminderten oder aufgehobenen Bewusstseinslage (Bewusstlosigkeit), um die Symptomlast in anderweitig therapierefraktären Situationen in einer für PatientInnen, Angehörige und MitarbeiterInnen ethisch akzeptablen Weise zu reduzieren. ...“

Quelle: Leitlinie zur Palliativen Sedierungstherapie. Ergebnisse eines Delphi-Prozesses der Österreichischen (Palliativgesellschaft; OPG). Dietmar Weixler, Sophie Roeder-Schur, Rudolf Likar, Claudia Bozzaro, Thomas Daniczek, Angelika Feichtner, Christoph Gabl, Bernhard Hammerl-Ferrari, Maria Kletecka-Pulker, Ulrich H. J. Körtner, Hilde Kössler, Johannes G. Meran, Aurelia Miksovsky, Bettina Pusswald, Thomas Wienerroither, Herbert Watzke. *Wien Med Wochenschr* (2017) 167:31–48

***** ad **Palliativmedizin**: Vergleiche dazu die Handlungsempfehlung zur Therapie von PatientInnen mit COVID-19 aus **palliativmedizinischer Perspektive**. Für die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin: Delis S, Nehls W, Maier BO, Bausewein C; Stand 18.03.2020

https://www.dgpalliativmedizin.de/images/200318_DGP_Handlungsempfehlung_palliative_Therapie_bei_COVID-19_Update2.pdf

ADL-Score (Activity of Daily Life) – kann von Pflege und ÄrztInnen erhoben werden



ADL-Score dient der Beurteilung der **Leistungsfähigkeit** und **Lebensqualität** einer PatientIn
 ADL-Score hilft **Lebenssituation** zu **objektivieren** und **postop. Outcome** (Rehabilitations-Potential) besser einzuschätzen

Score - Ergebnis:

Max = 18 Punkte → komplett unabhängig

Min = 6 Punkte → komplett abhängig

ADL ≤ 10

**Outcome-Verschlechterung
 zunehmend schlechtes REHA-Potential**



POS-POM (Präoperativer Score zur Vorhersage postoperativer Mortalität)

Validierter, einfacher **Risiko-Score** zur Vorhersage der **in-Hospital Mortalität** bei **chirurgischen PatientInnen**. Der Einfluss von Komorbidität und Größe des chirurgischen Eingriffs wird in Bezug zum postoperativen Outcome gesetzt (1)

Komorbidität ist definiert als die totale Krankheitslast, die unabhängig von der aktuellen Diagnose ist. Komorbidität trägt sowohl zum **klinischen Outcome** (z.B. Mortalität, OP-Ergebnisse, Komplikationsraten, Aufenthaltsdauer) als auch zum **ökonomischen Outcome** (Ressourcen-Verbrauch, Entlassungsziel, Behandlungsintensität) bei (2,3,4)

Mortalitätsraten sind bei älteren ICU-Pat. höher als bei jüngeren. Trotzdem ist es nicht das Alter per se, als vielmehr assoziierte Faktoren wie Schwere der Erkrankung und prämorbidem funktioneller Status, die für schlechtere Prognose verantwortlich sind! Die Präferenzen unserer Pat. bzgl. lebenserhaltender Maßnahmen sind stark von der Wahrscheinlichkeit eines guten Outcomes beeinflusst! (5)

Berechnung des Scores im Internet über: <http://perioperativerisk.com/mortality/>

1. Le Manach Y(1), Collins G, Rodseth R, Le Bihan-Benjamin C, Biccard B, Riou B, Devereaux PJ, Landais P. **Preoperative Score to Predict Postoperative Mortality (POSPOM): Derivation and Validation.** *Anesthesiology*. 2016 Mar;124(3):570-9
2. Kaplan MH, Feinstein AR. **The importance of classifying initial co-morbidity in evaluating the outcome of diabetes mellitus.** *J Chronic Dis*. 1974;27:387-404.
3. Greenfield S, Aronow HU, Elashoff RM, Watanabe D. **Flaws in mortality data. The hazards of ignoring comorbid disease.** *JAMA*. 1988;260:2253-2255.
4. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. **A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation.** *J Chronic Dis*. 1987;40:373-383.
5. Sophia E de Rooij, Ameen Abu-Hanna, Marcel Levi, Evert de Jonge. **Factors that predict outcome of intensive care treatment in very elderly patients: a review.** *Crit Care*. 2005; 9(4): R307-R314.



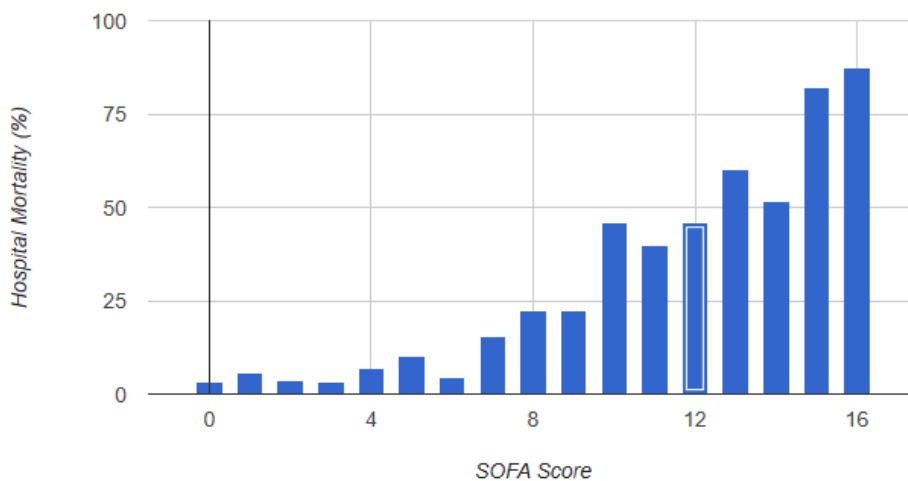
SOFA – Score (Sequential Organ Failure Assessment) beurteilt PatientInnen auf Intensivstationen auf Basis ihrer **Organdysfunktion** und bemisst dadurch das **Mortalitätsrisiko**. An 6 Organsysteme (Atmung, ZNS, Herzkreislauf, Leber, Blutgerinnung, Nieren) wird mit Hilfe organspezifischer Parameter eine Beurteilung der Funktion in Punkten von 0 (normal) bis 4 (stärkst eingeschränkte Funktion) durchgeführt.

... „The potential risk factors of older age, high SOFA score, and d-dimer greater than 1 µg/mL could help clinicians to identify patients with poor prognosis at an early stage ...“.

- Quelle: Fei Zhou*, Ting Yu*, Ronghui Du*, Guohui Fan*, Ying Liu*, Zhibo Liu*, Jie Xiang*, Yeming Wang, Bin Song, Xiaoying Gu, Lulu Guan, Yuan Wei, Hui Li, Xudong Wu, Jiuyang Xu, Shengjin Tu, Yi Zhang, Hua Chen, Bin Cao. Clinical course and risk factors for mortality of adult in patients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet, März 2020

Unlike other ICU mortality systems, SOFA was not designed to accurately predict mortality, and was originally developed examining ICU mortality (not hospital mortality). While there is no direct conversion of SOFA score to mortality, a rough estimate of mortality risk may be made based on two prospective papers that have been published.^{1,2} Note that this estimation is based on the maximum (highest) SOFA score during a patient's ICU stay.

Maximum SOFA Score	Mortality
0 to 6	< 10%
7 to 9	15 - 20%
10 to 12	40 - 50%
13 to 14	50 - 60%
15	> 80%
15 to 24	> 90%



Above: Hospital mortality rate associated with maximum SOFA score. The mortality rate was nearly 90% in patients with a SOFA score of more than 15.¹

- Vincent JL, de Mendonça A, Cantraine F, et al. Use of the SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units: results of a multicenter, prospective study. Working group on "sepsis-related problems" of the European Society of Intensive Care Medicine. *Crit Care Med*. 1998;26(11):1793-800. PMID 9824069.
- Ferreira FL, Bota DP, Bross A, et al. Serial evaluation of the SOFA score to predict outcome in critically ill patients. *JAMA*. 2001;286(14):1754-8.



Ergänzende Literatur – ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected—interim guidance. Published January 28, 2020. [https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-is-suspected](https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected)

The Hastings Center Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19). Guidelines for Institutional Ethics Services Responding to COVID-19. Managing Uncertainty, Safeguarding Communities, Guiding Practice. March 16, 2020. <https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/HastingsCenterCovidFramework2020.pdf>

Paules CI, Marston HD, Fauci AS. Coronavirus infections—more than just the common cold. *JAMA*. 2020. Published online January 23, 2020.

Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. Published online February 7, 2020.

Chen N, Zhou M, Dong X, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*. Published online January 30, 2020.

Bouadma L, Lescure F, Lucet J. et al. Severe SARS-CoV-2 infections: practical considerations and management strategy for intensivists. *Intensive Care Med* (2020).

Cheung W K, Myburgh J. et al. A multicentre evaluation of two intensive care unit triage protocols for use in an influenza pandemic. *Med J Aust*. 2012;197(3):178–81.

Christian MD, Hawryluck L, Wax RS, et al. Development of a triage protocol for critical care during an influenza pandemic. *CMAJ* 2006;175: 1377–81.

Liao X, Wang B, Kang Y. Novel coronavirus infection during the 2019–2020 epidemic: preparing intensive care units—the experience in Sichuan Province, China. *Intensive Care Med* 46, 357–360 (2020).

MacLaren G, Fisher D, Brodie D. Preparing for the Most Critically Ill Patients With COVID-19. The Potential Role of Extracorporeal Membrane Oxygenation. *Jama*, published on Feb 19, 2020.

Murthy S, Gomersall C D, Fowler R A. Care for Critically Ill Patients With COVID-19. *Jama* published online, March 11, 2020.

Ñamendys-Silva S A. Respiratory support for patients with COVID-19 infection. *The Lancet*, published online March 5, 2020.

Persad G, Wertheimer A, Emanuel E J. Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet* 2009;373(9661):423–31.

Yang X et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med* 2020, published on February 24, 2020.

Wu et al. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med*. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2763184>

Zhou F. et. al. Clinical course and risk factors for mortality of adult in patients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* 2020



Unterzeichnet von folgenden Mitgliedern der ARGE Ethik der ÖGARI:

in alphabetischer Reihenfolge

1. **OÄ Dr. Helga Dier**, Klinische Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum St. Pölten
2. **Ao. Univ.-Prof. Dr. med. Barbara Friesenecker**, Universitätsklinik für Allgemeine und Chirurgische Intensivmedizin, Medizinische Universität, Innsbruck
3. **Ao. Univ.-Prof. Dr. Sonja Fruhwald**, Univ. Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Graz
4. **Prim. Univ.-Prof. Dr. Walter Hasibeder**, Abteilung für Anästhesie und Perioperative Intensivmedizin, St. Vinzenz Krankenhaus Betriebs GmbH, Zams
5. **Prim. Univ.-Prof. Dr. Christoph Hörmann**, Klinische Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum St. Pölten
6. **OÄ Dr. med. Maria Luise Hoffmann**, Allgemeine Intensivstation, Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Landesklinikum Baden-Mödling, Standort Baden
7. **Ao. Univ.-Prof. Dr. Claus Krenn**, Klinische Abteilung für Allgemeine Anästhesie und Intensivmedizin, AKH Medizinische Universität Wien
8. **OÄ Dr. Andrea Lenhart-Orator**, Abt. f. Anästhesie, Intensiv-, und Schmerzmedizin, Wilhelminenspital, Wien
9. **Prim. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar, MSc**, Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Zentrum für interdisziplinäre Schmerztherapie, Onkologie und Palliativmedizin, Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
10. **Univ.-Prof. Dr. Klaus Markstaller**, Universitätsklinik für Anästhesie, Allgemein Intensivmedizin und Schmerztherapie, AKH, Medizinische Universität Wien
11. **Univ. Lektor OA Dr. Michael Peintinger**, Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Krankenhaus „Göttlicher Heiland“, Wien, Lehrbeauftragter für Medizinethik an der Medizinischen Universität Wien, Wirtschaftsuniversität Wien, Donau-Universität Krems, Medizinische Privatuniversität Salzburg, FH Krems, FH Campus Wien
12. **Prim. Univ.-Doz. Dr. Thomas Pernerstorfer**, Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Konventhospital Linz der Barmherzigen Brüder
13. **Univ.-Doz. Dr. Bettina Pfausler**, Universitätsklinik für Neurologie, Medizinische Universität Innsbruck
14. **OA Dr. Christian Roden**, Anästhesie und Intensivmedizin, Leiter der Palliativstation, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Ried
15. **OÄ Dr. Julia Sieber**, Anästhesie und Intensivmedizin am Salzkammergut-Klinikum
16. **OÄ Dr. Astrid Steinwendtner**, Klinik für Anästhesiologie, perioperative Medizin und allgemeine Intensivmedizin, Landeskrankenhaus Salzburg und Paracelsus Medizinische Privatuniversität
17. **OA Dr. Rainer Thell**, Arzt für Allgemeinmedizin, Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Wien, Lehrbeauftragter für Ethik in der Medizin an der Karl Landsteiner Privatuniversität Krems
18. **Prim. Univ.-Prof. Dr. Andreas Valentin**, Abteilung für Innere Medizin, Kardinal Schwarzenberg Klinikum, Schwarzach im Pongau
19. **Prim. Univ.-Doz. Dr. Günther Weber**, Institut für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerzambulanz, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Graz



20. **OA Dr. Dietmar Weixler, Msc**, Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und Notarztdienst, Palliativkonsiliardienst und mobiles Palliativteam, Landeskrankenhaus Horn-Allentsteig
21. **Prim. Priv.-Doz. Dr. Michael Zink**, D.E.A.A., Abteilung f. Anästhesiologie und Intensivmedizin, A. ö. Krankenhaus der Barmherzigen Brüder und A. ö. Krankenhaus der Elisabethinen GmbH, St Veit/Glan, Klagenfurt

am 26.3.2020 erstellt durch die **ARGE Ethik der ÖGARI** in Zusammenarbeit mit dem Klinischen Ethikkomitee der *tiroI kliniken*/Universitätsklinik Innsbruck (**KEKo**). Besonderer Dank gilt Univ.-Prof. Dr. Michael Joannidis für seinen wertvollen Review und Input.