

Dr. med. Dietmar Weixler MSc (palliative care)

Muss „immer“ reanimiert werden?

HERZKREISLAUFWIEDERBELEBUNG BEI SCHWERER ODER UNHEILBARER ERKRANKUNG?



Bei nahezu der Hälfte aller Todesfälle in Europa gehen medizinische Entscheidungen zu Therapiebegrenzungen voraus. Nicht regelhaft werden die von den Entscheidungen Betroffenen einbezogen.

Die Frage „Soll versucht werden, einen Menschen mit unheilbarer Erkrankung wiederzubeleben, falls ein Herz-Kreislaufstillstand auftritt?“ berührt medizinisches Wissen, Fragen der Moral, der Ethik und des Rechts, Wertmaßstäbe, Sinndeutungen, soziale und ökonomische Kontexte.

Unter cardiopulmonaler Reanimation (*cardiopulmonary resuscitation, CPR*) versteht man die Bemühungen zur Wiederherstellung eines Spontankreislaufs und die Unterstützung der Atemtätigkeit durch Anwendung von 1. Thoraxkompressionen (früher „Herzmassage“) + Beatmung (*basic life support*) 2. Defibrillation mittels Elektroschock ± Medikation ± Beatmung (*advanced life support*).

Medizinische Behandlungen sind durch drei Legitimationskriterien gerechtfertigt: Indikation, Einwilligung und Sorgfaltspflicht

Der Entscheidungsprozess zu einer medizinischen Behandlung ist idealer Weise zunächst von den Fragen geleitet: „Kann diese Therapie ihr Ziel erreichen?“ „Was ist das Ziel der Therapie und wer hat das Recht, es zu definieren?“

Autor: Dr. Dietmar Weixler

© Dezember 2012 · NÖ PPA · Laut gedacht · Muss „immer“ reanimiert werden?
Herz-Kreislaufwiederbelebung bei schwerer oder unheilbarer Erkrankung?

1. Indikation

„Eine Indikation ist gegeben, wenn eine Maßnahme mit dem Blick auf das Therapieziel für einen individuellen Patienten notwendig und wirksam ist“ (Winkler 2010). Das Therapieziel stellt einen erstrebenswerten und umfassenden Nutzen für eine Person dar.¹ „

Eine Herzkreislaufwiederbelebung kann durch die Wiederherstellung von Herzrhythmus und Atmung *physiologisch wirksam* sein (führt dann z.B. zu einer „spontanen elektrischen Herzaktivität mit messbaren Kreislaufwerten“). Darüber hinaus ist sie *erfolgreich*, wenn sie ein Überleben ohne wesentliche Organfunktionsstörungen bei unbeeinträchtigten Persönlichkeitsmerkmalen ermöglicht. Erfolgreich kann eine CPR sein, wenn mit einiger Wahrscheinlichkeit behandelbare Ursachen vorliegen und keine unmittelbar das Leben begrenzenden Erkrankungen bestehen.

Zuckerkrankheit, Schuppenflechte (und viele Erkrankungen mehr) sind nach gegenwärtigem Wissenstand als *unheilbar* zu klassifizieren. Es ist augenscheinlich ungerecht, alle mit unheilbaren Erkrankungen lebenden Menschen von lebensrettenden Maßnahmen auszuschließen. Den Fortschritten bei den Krebstherapien ist es zu verdanken, dass z.B. gewisse Formen metastasierter Karzinome (Brustkrebs, Dickdarmkrebs etc.) auch in weit fortgeschrittenen und metastasierten Stadien ein oft über Jahre nahezu unbeeinträchtigtes Leben hinsichtlich körperlicher und psychosozialer Funktionen und in subjektiv guter Lebensqualität ermöglichen können.

Die Indikation zu lebensverlängernden medizinischen Therapien entfällt, wenn ein Mensch infolge einer unheilbaren, zum Tode führenden Erkrankung in die letzte Phase dieser Erkrankung eingetreten ist (wenn das Sterben begonnen hat) bzw. wenn es nach ärztlichem Ermessen keine Aussicht gibt, dass eine Therapie zu diesem Zeitpunkt ihr Ziel erreichen kann.

In den letzten Jahren wurden unzählige Belege dafür erbracht, dass in den letzten Lebensmonaten von Menschen sehr häufig Therapieexzesse und –eskalationen durchgeführt werden. Dem Sterben gehen oft unangemessene, aggressive und belastende Therapien voran. Sie sind durch ärztliche Fehleinschätzungen hinsichtlich

¹ „umfassend“ ist im weitesten Sinne zu verstehen: welchen Effekt hat eine Maßnahme auf mein Mensch- und Personsein, auf mein Wirken in der Gemeinschaft, auf meine Beziehungen, meine Zukunft, meine Ziele und meine Sinnkontexte?

Autor: Dr. Dietmar Weixler

© Dezember 2012 · NÖ PPA · Laut gedacht · Muss „immer“ reanimiert werden?
Herzkreislaufwiederbelebung bei schwerer oder unheilbarer Erkrankung?

der Prognosen bedingt, durch defensive Strategien (Ängste vor juristischer Verfolgung bei Unterlassen) und durch das systemimmanente Desinteresse an den Werten, Bedürfnissen und Prioritäten der PatientInnen und ihrer Angehörigen. Sehr häufig bestehen schwere Informations- und Kommunikationsmängel, die zu unerfüllbaren Erwartungen geführt haben

End-of-life-Gespräche (EOL-discussions) sind hinsichtlich einiger Ergebnisse enorm wirksam: sie reduzieren die Wahrscheinlichkeit von unangemessen-aggressiven Therapien am Lebensende (nicht zielführende Herzkreislaufwiederbelebung, Operationen, aussichtslose Beatmungstherapien, Aufenthalte an Intensivstationen, nicht zielführende onkologische Therapien). Wesentlich ist das Erkennen und Anerkennen des Umstandes, dass das Leben begrenzt ist. Der Erkrankte kann diesen Umstand jedoch nur unter der Bedingung anerkennen, dass ihm die zugrunde liegenden Informationen verfügbar werden. Von dem Moment an, an dem nicht (unerreichbare) Zeitquanten die Perspektiven der Betroffenen erfüllen, kann das Augenmerk auf Lebensqualität gelenkt werden (Gawande 2010). EOL-Gespräche könnten auch „Zukunftsgespräche“ genannt werden und vom Arzt in ruhiger Atmosphäre mit dem Satz eröffnet werden: „Was wäre für Sie wichtig, wenn Sie nur mehr wenig Zeit hätten?“ „Der Patient ist der Experte für seine Werte, Ziele und Präferenzen, der Arzt ist der Experte für die Mittel, welche die Perspektiven des Patienten würdigen“ (Andrew-Billings 2011). Eine Herzkreislaufwiederbelebung sollte nicht angeboten werden, wenn sie – basierend auf den Kriterien des *Patienten* - in der Nutzens-Schadens-Abwägung vom Patienten ungünstig bewertet wird, so Andrew-Billings.

Eine Forschungsgruppe um Murphy konnte nachweisen, dass von älteren Patienten (60-99 Jahre) 56% eine CPR ablehnen. Wenn ihnen jedoch die Informationen über die Ergebnisse des Verfahrens bereitgestellt werden, lehnen 78% das Verfahren ab. Angesichts einer chronischen Erkrankung mit einer Lebenszeitaussicht von weniger als 1 Jahr lehnen 95% der älteren Menschen eine CPR ab (Murphy 1994).

Fried und Mitarbeiter (Fried 2002) führten Interviews mit 226 älteren PatientInnen, die an Erkrankungen litten, welche die Lebenszeit verkürzten (Krebs, Herzversagen, COPD). Sie konnten zeigen, dass nicht die medizinische Maßnahme an sich, sondern das Ergebnis der Maßnahme und die Wahrscheinlichkeit ihres Auftretens die Patientenpräferenzen bestimmen. So zeigte sich, dass Therapien die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Einbußen der geistigen Leistungsfähigkeit führen, von 90% der Patienten abgelehnt werden. Auch das Ausmaß der mit Therapien verbundenen Belastungen (Krankenhausaufenthalte, Aufenthalte an Intensivstationen, schmerzhaft

Autor: Dr. Dietmar Weixler

© Dezember 2012 · NÖ PPA · Laut gedacht · Muss „immer“ reanimiert werden?
Herzkreislaufwiederbelebung bei schwerer oder unheilbarer Erkrankung?

Eingriffe, Trennung von den Angehörigen etc.) beeinflusst die Entscheidungen zu Therapien bei Menschen mit Lebenszeit verkürzenden Erkrankungen. Funktionalität (Folgt der Maßnahme eine Verschlechterung der Alltagsfähigkeiten?) und geistiger Zustand scheinen die wichtigsten entscheidungsleitenden Faktoren zu sein.

Das Ergebnis nach Herzkreislaufwiederbelebung ist in den letzten 30 Jahren nahezu unverändert geblieben: die Wahrscheinlichkeit, nach einer Reanimation, die nach Herzkreislaufstillstand außerhalb eines Krankenhauses begonnen wird (out of hospital cardiac arrest, OHCA) lebend das Krankenhaus zu verlassen, beträgt im Mittel 10,7% (bei Kammerflimmern beträgt die Wahrscheinlichkeit 21,2%) - beim IHCA (in hospital cardiac arrest) 17,6% (Kammerflimmern 37%) (Nolan 2010). Eine Arbeit, die im November 2012 im renommierten New England Journal of Medicine erschienen ist, hat nun anhand einer Beobachtung an 84.625 reanimierten PatientInnen aus den USA gezeigt, dass sich im Beobachtungszeitraum von 2001 bis 2009 die Chance von 13,7 auf 22,3% erhöht hat, nach einem Herzkreislaufstillstand, der sich im Krankenhaus ereignet, das Krankenhaus lebend zu verlassen (Girotra 2012). Diese ganz jungen Daten zeigen einen erfolgreichen Trend, widersprechen jedoch den „Erfahrungen“ von Fernsehzusehern, welche bei medizinischen TV-Serien wesentlich höhere Erfolgsraten beobachten können. Die Wiederbelebungserfolge in den TV-Serien liegen bei 67% - d.h. es wird dargestellt, dass 2 von 3 PatientInnen in TV-Serien bei Herzkreislaufstillstand wiederbelebt werden können (Diem 1996). Es ist vorstellbar, dass diese „Erfahrungen“ durch Medienkonsum eine nicht realisierbare Erwartungshaltung fördern. Tatsächlich ist jedoch bei 78-89 von hundert Betroffenen der Tod die Folge eines Herzkreislaufstillstandes.

Von jenen, die nach Herzkreislaufwiederbelebung ein Krankenhaus lebend verlassen, haben nach 3 Monaten 75% eine gute körperliche, geistige und seelische Verfassung und eine gute Lebensqualität, 17% sind geistig beeinträchtigt, 16% leiden an Depressionen – wobei das Ergebnis mit den Gesundheitsbedingungen vor dem Ereignis korreliert. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Herzkreislaufwiederbelebung in einen persistent vegetative state (früher: „apallisches Syndrom“) führt, wird mit 3% angegeben (de Vos 1999). Neue Daten aus einem großen Kollektiv zeigen, dass 28-32% der Reanimierten geistig behindert bleiben, insgesamt ist bei jedem 10. Reanimierten davon auszugehen, dass eine schwere geistige Beeinträchtigung die Folge der Herzkreislaufwiederbelebung ist (Girotra 2012).

Autor: Dr. Dietmar Weixler

© Dezember 2012 · NÖ PPA · Laut gedacht · Muss „immer“ reanimiert werden?
Herzkreislaufwiederbelebung bei schwerer oder unheilbarer Erkrankung?

Mit der Zunahme und Schwere begleitender Erkrankungen (Karzinome, Herzschwäche, Leber- und Nierenfunktionsstörungen, Zuckerkrankheit, COPD, hoher Blutdruck, Abhängigkeitssyndrome etc.) reduziert sich die Wahrscheinlichkeit, nach Herzkreislaufwiederbelebung lebend ein Krankenhaus zu verlassen (Carew, de Vos 1999). Das chronologische Alter selbst ist nur ein schwacher unabhängiger Vorhersagefaktor (Herlitz, 2005). Bei chronisch kranken älteren Menschen beträgt die Wahrscheinlichkeit einer Spitalsentlassung nach Herzkreislaufwiederbelebung 0-5% (Awoke 1992).

Reisfield hat das Reanimations-Ergebnis bei KrebspatientInnen in einer Metaanalyse anhand von 42 Studien (1707 PatientInnen) untersucht (Reisfield 2006). Dabei zeigte sich, dass sich die Hospitals-Entlassungs-Rate nach Herzkreislaufwiederbelebung von KrebspatientInnen nicht unterschiedlich von anderen Populationen ist. Wenn jedoch eine Krebserkrankung soweit fortgeschritten ist, dass der Mensch behindert ist und häufig auf fremde Hilfe angewiesen ist, sinkt die Wahrscheinlichkeit auf 2,3%, dass der Patient nach Herzkreislaufstillstand lebend das Krankenhaus verlassen kann.

Bislang konnten keine verlässlichen medizinischen Faktoren identifiziert werden, welche die Aussichtslosigkeit einer CPR verlässlich vorhersagen können (Lippert 2010) – d.h. auch unter dem Kollektiv mit sehr belastenden Begleiterkrankungen gibt es Personen, die gegen jede Wahrscheinlichkeit durch eine Herzkreislaufwiederbelebung überleben können. Das macht die Vorwegnahme von ärztlichen Entscheidungen in dieser Frage so schwer, v.a. wenn die Haltung des Patienten nicht bekannt ist.

Umso mehr ist es bedeutsam, bei Lebensdauer begrenzenden Erkrankungen die Patientenperspektive zu suchen, ehe es zu einer Situation kommt, in welche diese Sicht nicht mehr evaluiert werden kann. Konkret handelt es sich nicht nur um Krebserkrankungen, sondern z.B. um COPD Gold 3 und 4 (schwere und häufige Lungenerkrankung), Herzschwäche mit Atemnotepisoden in Ruhe, Nierenversagen, weit fortgeschrittene Leberzirrhose, beginnende Demenzen etc.

2. Einwilligung

Jeder Mensch hat das Recht, seine Einwilligung in eine medizinische Therapie zu verweigern, vorausgesetzt er ist hinreichend kompetent zum Zeitpunkt der Entscheidung (Einwilligungsfähigkeit). Das Recht auf Verweigerung erstreckt sich auch auf

Autor: Dr. Dietmar Weixler

© Dezember 2012 · NÖ PPA · Laut gedacht · Muss „immer“ reanimiert werden?
Herzkreislaufwiederbelebung bei schwerer oder unheilbarer Erkrankung?

Therapien, die lebensverlängernd sein können und auf Therapien, die medizinisch vernunftbegründet und indiziert sind. Der Gesetzgeber gesteht uns damit ein „Recht auf Unvernunft“ zu. Aus ethischer Sicht kollidiert hier das Prinzip der Autonomie (Selbstherrschaft) und das Prinzip der Benefizienz (Wohltun, Fürsorgepflicht). Im Entscheidungsprozess sind alle Beteiligten angesprochen, Verantwortung zu übernehmen, um das Recht auf Selbstbestimmung bei einem Menschen mit lebenszeitbegrenzender Erkrankung zu respektieren und in einem fairen Entscheidungsprozess zu würdigen. Wesentliche Wendepunkte werden im Rahmen von stationären Aufenthalten augenscheinlich werden (Diagnose, Fortschreiten einer Erkrankung, Krise, Nichtansprechen von Therapien), was die Verantwortlichkeit der Krankenhäuser aufruft. Wesentliche Themen im Langzeitverlauf und aus dem Wertekatalog der Person werden beim Allgemeinmediziner angesprochen, was seine Verantwortlichkeit reklamiert. Die Förderung und Unterstützung der Patienteninteressen mit den vorhandenen Instrumenten (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht) ist mit Nachdruck zu fordern.

3. Sorgfaltspflicht

Die Pflicht zur Sorgfalt ist der dritte Grund, der eine medizinische Therapie legitimiert. Die sachkundige Ausführung entsprechend der geltenden Richtlinien sollte für jede Institution selbstverständlich sein. Die Fragen der Organisationsethik berühren jene Kontexte, die das gerichtete Zusammenspiel aller beteiligten Berufsgruppen fördern sollen (Ausbildung, Training). Institutionale Ethik muss auch Probleme ethischer und rechtlicher Spannungsfelder ansprechen und Lösungsprozesse fördern. Tatsächlich ist die Ethik in den meisten Österreichischen Krankenhäusern ein Nischenthema. Sorgfalt bedeutet in diesem Zusammenhang, dass eine medizinische Institution die Verantwortung dafür wahrnimmt, dass die alltäglichen Fragen von Therapiegrenzen bzw. Therapiezielen in konsensuellen patientenorientierten Prozessen transparent und nachvollziehbar geleitet werden. Sorgfalt bedeutet, dass ein Krankenhaus Fragen von Gerechtigkeit, Autonomie, Patientenorientierung, Interessenskonflikten proaktiv und suchend angeht. Sorgfalt bedeutet auch, dass man als Patient Informationen zur Verfügung stellt, die der Mitverantwortlichkeit entsprechen.

Autor: Dr. Dietmar Weixler

© Dezember 2012 · NÖ PPA · Laut gedacht · Muss „immer“ reanimiert werden?
HerzKreislaufwiederbelebung bei schwerer oder unheilbarer Erkrankung?

Die Krise – der Notfall – Herzkreislaufstillstand

Für den Fall, dass bei einem Menschen ein Herzkreislaufstillstand auftritt und ein Arzt gerufen wird, ist davon auszugehen, dass der Mensch in eine Herzkreislaufwiederbelebung einwilligt, WENN nicht schlüssige Informationen vorliegen, dass die Indikation zur CPR wegfällt oder der Betroffene die möglicherweise lebensrettenden Maßnahmen ablehnt (entsprechend der alten Regel „Im Zweifel für das Leben!“). Bei unklarer Situation zur Erreichbarkeit eines Therapieziels und unbekanntem Patientenwillen lautet die Empfehlung entsprechend der internationalen Richtlinien:“ Die Herzkreislaufwiederbelebung soll unverzüglich begonnen werden – Fragen sollen später erörtert werden!“ (*resuscitation should begin immediately and questions adressed later*). Da jede Therapie einer fortwährenden Rechtfertigung bedarf, kann auch eine Herzkreislaufwiederbelebung jederzeit beendet werden, sobald erkennbar wird, dass dazu die Legitimationsgründe fehlen oder weggefallen sind (Beenden einer Therapie ist juristisch und ethisch gleichwertig wie Nichtbeginn der Therapie).

Gedanken für die Zukunft

Es gibt eine erhebliche Anzahl von ÄrztInnen, die in irriger Weise glauben, dass „immer reanimiert werden muss“. Es gibt eine große Zahl von Institutionen, welche die Mitarbeiter mit den Grenzfragen der Medizin, der Ethik und des Rechts alleine lassen. Es gibt eine große Zahl von Menschen, die sich der Willkür von Fachleuten ausliefern (*oder anvertrauen, nachdem wie man es sehen kann*) in dem sie keine Position zu den ureigenen Lebensangelegenheiten beziehen. Es gibt vorbildliche Institutionen, die danach trachten, problematischen Fragestellungen der Grenzbereiche der Medizin proaktiv zu begegnen, z.B. die Vinzenzgruppe oder das LKH Graz/Universitätsklinikum. Die Grazer DNR-Richtlinien sind eine Anschauung von „best praxis“ (<http://www-theol.uni-graz.at/~schaupp/Schwerpunkt%20Bioethik/DNR.pdf>).

Die Patientenautonomie kann respektiert werden, wenn am Ende eines Lebens Gespräche über die Ziele im Sterben geführt werden. Das Zeitinvestment ist in vielerlei Hinsicht lohnend. Wir alle werden uns für die Zukunft zwischen den Wertepolen Mitmenschlichkeit und Leistungsorientierung positionieren müssen. Wenn ich mich zu extremer Leistungsideologie bekenne, befürworte ich in letzter Konsequenz, dass ich

Autor: Dr. Dietmar Weixler

© Dezember 2012 · NÖ PPA · Laut gedacht · Muss „immer“ reanimiert werden?
Herzkreislaufwiederbelebung bei schwerer oder unheilbarer Erkrankung?

einer Wertekultur den Weg weise, die mich selbst aus Fürsorgeleistungen ausschließt, sobald ich keinen Beitrag für das Gemeinwohl leisten kann. Irgendwann wird jeder von uns auf das Wohltun anderer angewiesen sein. Mögen alle den Wert von antizipatorischen Willensverfügungen im Allgemeinen anerkennen und fördern.

Als Patient habe ich Abwehrrechte. Die behandelnden ÄrztInnen sind verpflichtet, abgelehnte Therapien, in der Dokumentation zu vermerken. Mein Arzt hat die Pflicht, die von mir errichteten Therapiegrenzen anzuerkennen (z.B. als DNR-Vermerk² oder als Patientenverfügung).

Sehr problematisch erscheint momentan noch die Kommunikation dieses Themas mit den Notfallorganisationen. Es wäre technisch möglich und juristisch vertretbar, glaubwürdige Hinweise auf Therapiebegrenzungen vorausschauend den Datensätzen zu hinterlegen, welche für die Einsatzdisponenten verfügbar sind. Eintreffendes Personal hätte in der Folge informative Hinweise, die zu beachten wären, um in Entscheidungsprozesse einzufließen. Die Zukunft wird zeigen, ob die Organisationen bereit sind, persönliche Patienten Anliegen von Therapiebegrenzungen zu respektieren.

Fakten:

- Die Entscheidung für oder gegen Herzkreislaufwiederbelebung ist immer eine individuelle, die Interessen der Person würdigende Entscheidung – unklare Sachlage spricht für Herzkreislaufwiederbelebung
- Das Recht auf Selbstbestimmung ist zu würdigen und zu fördern (end-of-life-Gespräche, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht)
- Die Implementierung von DNR-Richtlinien sollte in allen Organisationen zum Standard of Care gehören

² DNR-Vermerk: Anmerkung in der ärztlichen Patientendokumentation, DNR = do not resuscitate (nicht reanimieren)

Autor: Dr. Dietmar Weixler

© Dezember 2012 · NÖ PPA · Laut gedacht · Muss „immer“ reanimiert werden?
Herzkreislaufwiederbelebung bei schwerer oder unheilbarer Erkrankung?

Referenzen:

Winkler EC. Ist ein Therapieverzicht gegen den Willen des Patienten ethisch begründbar? Ethik Med 2010;22:89-102

Gawande A. Letting go. The New Yorker Aug, 2 2010,
http://www.newyorker.com/reporting/2010/08/02/100802fa_fact_gawande

Andrew-Billings J, Krakauer EL. On patient autonomy and physician responsibility in end-of-life care. Arch Int Med 2011;171:849-53

Murphy DJ, Burrows D, Santilli S et al. The influence of the probability of survival on patient's preferences regarding cardiopulmonary resuscitation. N Engl J Med 1994;330:545-9

Fried TR, Bradley EH, Towle VR et al. Understanding the treatment preferences of seriously ill patients. N Engl J Med 2002;346:1061-1066

Nolan JP, Soar J, Zidemann DA et al. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2010. Section 1. Executive summary. Resuscitation 2010;1219-1276

Carew HT, Zhang W, Rea TD. Chronic health conditions and survival after out-of-hospital ventricular fibrillation cardiac arrest. Heart 2007;93:728-31

De Vos R, de Haes HCJM, Koster RW. Quality of survival after cardiopulmonary resuscitation. Arch Intern Med 1999;159:249-254

De Vos R, Koster RW, de Haan RJ et al. In-hospital cardiopulmonary resuscitation, prearrest morbidity and outcome. Arch Intern Med 1999;159:845-50

Herlitz J, Engdahl J, Svensson L et al. Factors associated with an increased chance of survival among patients suffering from an out-of-hospital cardiac arrest in a national perspective in Sweden. Am Heart J 2005;149:61-5

Awoke S, Mouton CP, Parrot M. Outcome of skilled cardiopulmonary resuscitation in a long-term-care facility: futile therapy? J Am Geriatr Soc 1992;40:593-5

Autor: Dr. Dietmar Weixler

© Dezember 2012 · NÖ PPA · Laut gedacht · Muss „immer“ reanimiert werden?
HerzKreislaufwiederbelebung bei schwerer oder unheilbarer Erkrankung?

Reisfield GM, Kish Wallace S, Munsell MF et al. Survival in cancer patients undergoing in-hospital cardiopulmonary resuscitation: a meta-analysis. Resuscitation 2006;71:152-160

Lippert FK, Raffey V, Georgiou M et al. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2010. Section 10. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions. Resuscitation 2010;81:1445-51

Loertscher L, Reed DA, Bannon MP et al. Cardiopulmonary resuscitation and Do-not-Resuscitate orders: a guide for clinicians. Am J Med 2010;123:4-9

Girotra S, Nallamothu B, Spertus J et al. Trends in survival after in-hospital cardiac arrest. New Engl J Med 2012;367:1912-1920

Diem S. Cardiopulmonary Resuscitation on Television — Miracles and Misinformation. New Engl J Med 1996; 334:1578

Autor: Dr. Dietmar Weixler

© Dezember 2012 · NÖ PPA · Laut gedacht · Muss „immer“ reanimiert werden?
HerzKreislaufwiederbelebung bei schwerer oder unheilbarer Erkrankung?

Über den Autor:

Dr. Dietmar Weixler MSc (palliative care)

geboren 1962 in Salzburg

Medizinstudium in Wien, Promotion zum Dr. der gesamten Heilkunde 1990 in Wien

Ausbildungen:

Allgemeinmedizin; Notarzt; Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin; Hypnose und hypnotische Kommunikation; Master of Science in Palliative Care (PMU Salzburg), Hospitationen in New York/USA und Beirut/Libanon

Aktuelle Tätigkeiten: Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin am Landeskrankenhaus Waldviertel Horn, dort Leiter des Palliative Support Teams und des Mobilen Palliativkonsiliardienstes, Notarzt am NAW 058/099 in Horn, Universitätslektor der Medizin-Universität Wien (Interdisziplinäres Patientenmanagement), Leiter der Arbeitsgruppe Palliativmedizin der Sektion Schmerz der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI), Vorträge und Workshops in Notfallmedizin, Schmerztherapie und Palliative Care im In- und Ausland. Lehrgangsorganisation und -begleitung des palliativmedizinischen Universitätslehrganges (PMU Salzburg). Mitglied der AG Ethik der ÖGARI. Kooperationspartner der Salzburger Palliativkurse (www.palliativkurse.at)

Publikationen:

Notfallmedikamente, Autor: Weixler D. Facultas-WUV Wien 2000

Praxis der Sedierung, Autoren: Weixler D, Paulitsch K 2003

Palliative Sedierung im Lehrbuch für Pflegenden, Hg. Cornelia Knipping, 3. Aufl. Hans-Huber-Verlag Bern 2012

Palliative Sedierung, Notfälle in der Palliativmedizin. AutorInnen: Werni, M., Likar, R., Stohscheer, I., Zdrahal, F., Bernatzky, G. (2012) Palliativmedizin – Lehrbuch für Ärzte, Psychosoziale Berufe und Pflegepersonen. UNIVERSIMED-Verlag

Palliative Care im Rettungsdienst. Autoren: Redelsteiner C, Kuderna H, Kühberger et al. Das Handbuch für Notfall- und Rettungssanitäter, 2. Aufl. Braumüller 2011

Mitgliedschaften: ÖSG, ÖGARI, AUPACS, OPG

Aktuelle und geplante Forschungsthemen: Sterben an der Intensivstation, nonenteral routes of administration for palliative medications, Berufungsgründe zu Notfällen in Pflegeheimen

privat: lebt in Niederösterreich, verheiratet, 2 Kinder

website: www.dietmar-weixler.at

email: dietmar.weixler@horn.lknoe.at

Autor: Dr. Dietmar Weixler

© Dezember 2012 · NÖ PPA · Laut gedacht · Muss „immer“ reanimiert werden?

HerzKreislaufwiederbelebung bei schwerer oder unheilbarer Erkrankung?

Impressum

Im Letter LAUT GEDACHT stellen namhafte und erfahrene Experten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenrechte an. Der Letter erscheint unregelmäßig seit Juli 2001 und findet sich auf www.patientenanwalt.com zum kostenlosen Download.

Herausgeber: NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, A 3109 St. Pölten, Rennbahnstrasse 29

Tel: 02742/9005-15575, Fax: 02742/9005-15660, E-Mail: post.ppa@noel.gv.at

Für den Inhalt verantwortlich: Der Letter dieser Reihe repräsentiert jeweils die persönliche Meinung des Autors. Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Ein Obligo kann daraus nicht abgeleitet werden. Herausgeber und Autoren lehnen jede Haftung ab.

© Copyright: Dieser Letter und sein Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder auch nur auszugsweise Weiterverwendungen nur mit Zustimmung des Herausgebers. Zitate mit voller Quellenangabe sind zulässig.

Autor: Dr. Dietmar Weixler

© Dezember 2012 · NÖ PPA · Laut gedacht · Muss „immer“ reanimiert werden?
HerzKreislaufwiederbelebung bei schwerer oder unheilbarer Erkrankung?