

Anästhesie Nachr

<https://doi.org/10.1007/s44179-025-00300-7>

Angenommen: 24. April 2025

© The Author(s) 2025



Mythen moderner Medizin: beste medizinische Versorgung, Übertherapie und rechtzeitige Therapieentscheidungen

Barbara Friesenecker¹ · Michael Halmich² · Eva Potura³¹ Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich² FORUM Gesundheitsrecht/ÖGERN, Wien, Österreich³ Gesundheit Österreich GmbH, Wien, Österreich

Zusammenfassung

Im Rahmen eines Online-Kolloquiums der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im November 2024 haben sich die Anästhesistin, Intensivmedizinerin, Palliativmedizinerin und Medizinethikerin Univ. Prof. Dr. Barbara Friesenecker und der Jurist Dr. Michael Halmich mit Dr. Eva Potura (GÖG) über Mythen moderner Medizin unterhalten. Es wurde betont, dass sich angesichts großer Machbarkeit schwierige Entscheidungen einerseits streng an einem individuellen Therapieziel und andererseits an den Wünschen und Wertvorstellungen der erkrankten Personen orientieren sollten, um Übertherapie und deren negative Folgen für alle zu vermeiden. Die hohe Qualität medizinischer Versorgung im solidarischen österreichischen Gesundheitssystem kann nur über eine notwendige Rationalisierung mit Fokus auf strenge ärztliche Indikationsstellung erhalten bleiben, um so weiter zur Zufriedenheit aller Beteiligten beizutragen. Wissen über Ethik und Recht bildet eine wichtige Entscheidungsgrundlage, um jede einzelne erkrankte Person bestmöglich im Rahmen von komplexen medizinischen Fragestellungen medizinisch zu versorgen. Am Lebensende bei fortgeschrittener Erkrankung bedeutet dies eine rechtzeitige Änderung des Therapieziels von Heilung Richtung Palliation mit dem Ziel, Sterben zuzulassen, Leiden nicht zu verlängern und Sterben nicht hinauszuzögern, was weder ethisch geboten noch rechtlich erlaubt wäre.

Schlüsselwörter

Therapieziel · Palliation · Autonomie · Würde · Mehr-Klassen-Medizin · Klinische Perspektivenkonferenz (KPK)

Dieses Papier ist eine Zusammenfassung der Inhalte des GÖG-Colloquiums vom 26. November 2024. Häufige im Gesundheitssystem kursierenden Mythen wurden aufgegriffen und unter kritischer ethisch-rechtlicher Betrachtung aufgelöst. Link zur GÖG-Homepage: www.goeg.at/veranstaltungen/coll_ethik_gw



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Thema beste medizinische Versorgung

MYTHOS: *Menschen sind am besten medizinisch versorgt, wenn Ärzt:innen immer alles technische Machbare anbieten und auch durchführen.*

Falsch! Der Machbarkeitswahn moderner Medizin führt oft zu der Annahme: „Wenn ich alles mache, mache ich nichts falsch.“ Dabei wird häufig nicht bedacht, dass zu viel Tun – ohne strenge Indikation, die immer auf einem individuellen Therapieziel basieren muss, oder etwa gar gegen den

Willen von Patient:innen – kein „Kavaliersdelikt“ ist, sondern die vier ethischen Grundprinzipien medizinischer Entscheidungsfindung verletzt (Georgetown-Mantra; [1]): das Prinzip der Autonomie, des Wohltuns, des Nicht-Schadens und der Gerechtigkeit. Unreflektiertes medizinisches Handeln führt zu Übertherapie und kann juristisch eine Körperverletzung/Gesundheitsschädigung der Menschen bedeuten, die sich dem ärztlichen Rat anvertrauen. Das Ziel ärztlicher Entscheidungsfindung sollte sein, es richtig zu machen, also weder zu viel (Übertherapie) noch zu wenig (Untertherapie) zu tun

[2]. Dies macht im Gegensatz zum häufig beobachteten „Medizinmechanikertum“, wo undifferenziert alles gemacht wird, was technisch möglich ist, erst *ärztliche Heilkunst* aus.

Jedes Individuum wünscht sich – unabhängig von Alter und Erkrankungsschwere – die beste medizinische Versorgung. Das medizinische Beste bedeutet jedoch für jede einzelne erkrankte Person – abhängig davon, was individuell medizinisch angemessen, verhältnismäßig und wirkungsvoll ist – etwas anderes und spiegelt sich auch im Prinzip der Gerechtigkeit sehr gut wider: Im „*ius suum*“ wird abgebildet, was für den einzelnen Menschen in der jeweiligen Situation angemessen, verhältnismäßig und wirkungsvoll ist (Nutzen größer als der mögliche Schaden). Die Verteilungsgerechtigkeit zieht die gerechte Verteilung der – unter Umständen auch knappen – Ressourcen (Corona-Pandemie!) in einem Gesundheitssystem in Betracht [3]. Demnach gilt in unserem solidarischen Gesundheitssystem folgender Grundsatz: *„Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden. [...]“* (§ 133 Abs. 2 ASVG). Somit haben alle Menschen in einem Solidarsystem Anspruch auf eine angemessene und für sie „beste“ medizinische Behandlung.

Aus rechtlicher und medizinischer Perspektive benötigt jede medizinische Intervention eine Indikation, die sich neben der Machbarkeit gleichwertig an einem wirkungsvollen Therapieziel und an der Autonomie des erkrankten Menschen orientieren muss. Health Care Professionals (HCP) sind angehalten, ihre Entscheidungen, die sie im Rahmen medizinischer Interventionen treffen, zu begründen und zeitnah schriftlich zu dokumentieren.

MYTHOS: *Palliativmedizin kommt am besten am Ende einer schweren Erkrankung oder bei der Sterbebegleitung zum Einsatz.*

Falsch! Palliativmedizin ist die fürsorgliche, mitfühlende und ganzheitliche Betreuung von Menschen mit schwerer oder fortschreitender unheilbarer Krankheit sowie von deren Angehörigen. Dies erfolgt in der Regel multidisziplinär. Die palliativmedizinische Begleitung sollte mit dem Auftreten der unheilbaren Erkrankung, möglichst frühzeitig nach der Erstellung der Diagnose, beginnen und gewinnt mit dem Fortschreiten der Erkrankung an Bedeutung. Das oberste Ziel palliativmedizinischer Versorgung ist das Wohlergehen kranker Menschen, der möglichst lange Erhalt der Qualität und Freude am Leben, eine bestmögliche Symptomlinderung, das Vermeiden belastender und nicht zielführender Interventionen sowie ein gut begleitetes Sterben in Würde.

Die Palliativmedizin wurde im Jahr 2019 im Ärztegesetz normiert (§ 49a ÄrzteG 1998; [4]). Die Definition der medizinischen Inhalte von Palliativmedizin ist jedoch Aufgabe der Medizin. Die Österreichische Palliativgesellschaft betont stets die Wichtigkeit einer frühzeitigen Implementierung palliativer Aspekte in die medizinische Behandlung und Betreuung.

MYTHOS: *Oberste Prämisse ärztlichen Handelns ist der Erhalt des Lebens!*

Falsch! Maßnahmen zur Lebensverlängerung sind nur dann sinnvoll, wenn sie die Lebensqualität erreichen/wiederherstellen können, die sich über die Wertewelt der erkrankten Person definieren muss. Es geht nicht darum, *„dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den verbleibenden Tagen mehr gutes Leben zu verleihen“* (Cicely Saunders). Die Qualität des Lebens sollte immer aus der Sicht der erkrankten Person betrachtet werden, da sich Wünsche und Wertvorstellungen mit dem Alter und dem Fortschreiten einer schweren Erkrankung ändern können. Menschen sollten daher öfter ihr Recht wahrnehmen, zu definieren, was sie sich wünschen, wenn es ihnen schlechter geht, beziehungsweise welche Behandlungen sie nicht mehr wünschen (Abwehrrecht im Rahmen einer Patientenverfügung!). Für den Fall, dass eine erkrankte Person diese Wünsche nicht mehr selbst äußern kann, sollte bereits im Vorfeld eine Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht errichtet

oder mindestens eine Vertrauensperson oder gewählte Erwachsenenvertretung benannt worden sein, um den mutmaßlichen Willen der vertretenen Person in die ärztliche Entscheidungsfindung mit einfließen lassen zu können (Zweites Erwachsenenschutzgesetz – 2. ErwSchG; [5]).

Der § 48 des österreichischen Ärztegesetzes besagt, dass *„Ärzt:innen im Falle drohender Lebensgefahr erste Hilfe nicht verweigern dürfen“*. Die Verpflichtung zur Hilfeleistung in einer medizinischen Not-situation wird häufig fälschlicherweise als Verpflichtung zur Reanimation oder zum bindingslosen Erhalt des Lebens interpretiert. *Erste Hilfe nicht verweigern* ist aber lediglich eine Aufforderung, adäquat und situationsangepasst Beistand zu leisten, die gefährdete Person fürsorglich zu begleiten und im Rahmen bestehender Indikation zu behandeln. Dies wird weiter im § 49 des österreichischen Ärztegesetzes bestärkt. Danach ist eine Ärztin oder ein Arzt *„[...] verpflichtet, [...] nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung [...] das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren“*. Es ist also keinesfalls juristisch gefordert, das Leben zu erhalten oder zu versuchen, jede Krankheit in jedem Stadium zu heilen. Das Wohl eines fortgeschritten kranken Menschen zu wahren kann auch bedeuten, einen Menschen fürsorglich im Rahmen palliativmedizinischer Behandlung zu begleiten und Sterben in Würde zuzulassen. Ein Lebenserhalt um jeden Preis ist weder rechtlich vorgegeben noch ethisch geboten [4].

Um ein Sterben in Würde zu ermöglichen und Übertherapien zu vermeiden, ist eine umfassende Kommunikation zwischen allen Gesundheitseinrichtungen und in den medizinischen Teams – interdisziplinär und multiprofessionell – notwendig. Es gibt eine medizinische, institutionell-organisationsethische und auch politische Verantwortung, „Menschlichkeit“ in der Medizin möglich zu machen. Dazu gehört neben der ausführlichen Schulung der Mitarbeiter:innen in ethisch-rechtlichen Themen die flächendeckende Umsetzung des Konzepts des Advance Care Plannings (ACP), das aus dem niedergelassenen und Langzeitpflege-Bereich kommt und auch in den

medizinischen Einrichtungen der Krankenhäuser sinnentsprechend umgesetzt werden sollte (Klinische Perspektivenkonferenz/gesamtmedizinische Indikation) [6–8]. Dies inkludiert die Registrierung von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten in den Krankenhausdokumentationssystemen sowie auch die Umsetzung des Konzepts eines Klinischen Ethik-Komitees.

MYTHOS: *Recht auf Unvernunft heißt, dass ein:e Patient:in eine nicht indizierte Behandlung einfordern darf.*

Falsch! Recht auf Unvernunft heißt, dass eine Patientin bzw. ein Patient eine Behandlung ohne Angabe von Gründen ablehnen kann (Abwehrrecht) – auch wenn sie medizinisch indiziert ist und daher ein sinnvolles Therapieziel hätte. Erscheint die Ablehnung einer Behandlung aus Sicht der HCP nicht sinnvoll, so spricht man von Recht auf Unvernunft [9]. Dabei muss die erkrankte Person aber verständlich und nachvollziehbar ärztlich über die Konsequenzen – bis hin zum Tod – aufgeklärt werden (zeitnahe schriftliche Dokumentation; evtl. Beiziehung einer Gesprächszeugin bzw. eines Gesprächszeugen – vor allem bei fraglicher Entscheidungsfähigkeit). Erkrankte Personen oder deren stellvertretende Personen können keine Therapien einfordern, wenn es keine Indikation hierfür gibt, da sich das Behandlungsteam bei seinen Entscheidungen immer an einem sinnvollen Therapieziel orientieren muss. Ohne Indikation darf also keine Therapie erfolgen. Das Zwei-Säulen-Modell [10] besagt, dass Autonomie und ärztliche Indikation gleichberechtigte Säulen sind. Wenn eine der beiden Säulen wegfällt, darf die medizinische Handlung nicht stattfinden. Das Georgetown-Mantra bestärkt in diesem Zusammenhang, dass eine nicht indizierte Behandlung gegen das Prinzip des Wohltuns und Nicht-Schadens sowie gegen das Prinzip der Gerechtigkeit verstößt, sowohl im Sinne des „ius suum“ (was ist angemessen, verhältnismäßig, wirkungsvoll?) als auch im Sinne der Verteilungsgerechtigkeit (Verursachung nicht begründbarer Kosten durch Futility).

Wenn eine erkrankte Person und/oder deren Angehörige eine nicht indizierte Therapie fordern, besteht die Kunst darin,

das auf Basis einer Therapiezieländerung (TZÄ) begründete ärztliche „Nicht-Handeln“ einfühlsam, aber unmissverständlich zu kommunizieren, um rechtliche Konsequenzen (Vorwurf der unterlassenen ärztlichen Hilfeleistung bis hin zur fahrlässigen Tötung) zu vermeiden. Dabei ist es wichtig, die erkrankte Person sowie deren Angehörige gleichzeitig über die Möglichkeiten einer palliativen Betreuung zu informieren mit dem Hinweis, dass bei schwerer Erkrankung eine rechtzeitige Änderung des Therapieziels Richtung Palliation verlängertes Leiden verhindert und ein gutes/besseres Leben am Ende des Lebens ermöglicht.

MYTHOS: *Gerechtigkeit heißt, dass alle Menschen bei gleicher Grunderkrankung die gleiche Therapie erhalten müssen. Denn jemandem eine Behandlung zu verwehren, die anderen mit gleicher Erkrankung gewährt wurde, wäre ungerecht.*

Falsch! Gerechtigkeit ist das komplexeste Prinzip des Georgetown-Mantras (Beauchamp und Childress 1989; [1]). Gerechtigkeit hat im Rahmen der medizinischen Entscheidungsfindung zwei wichtige Aspekte [3]:

Das „ius suum“ bezieht sich darauf, was für den einzelnen Menschen gerecht ist. Es umfasst Aspekte wie Angemessenheit, Verhältnismäßigkeit und Wirksamkeit im individuellen Fall und berücksichtigt die Wünsche einer:ines Patient:in in deren individuellem Wertesystem.

Verteilungsgerechtigkeit bedeutet die gerechte Verteilung der Ressourcen eines Gesundheitssystems. Dabei ist die Vermeidung von Übertherapie in einem reichen Gesundheitssystem wie z. B. in Österreich der vordringlichste, am „einfachsten“ und auch schnell umsetzbare Mechanismus, finanzielle Entlastung zu bringen. Eine solche wünschenswerte und dringend nötige *Rationalisierung* der Medizin auf Basis von ethischen Entscheidungskriterien (nur mehr Therapien durchzuführen, die gerecht im Sinne des „ius suum“ sind) hätte automatisch auch positive Nebeneffekte wie die Vermeidung von chronisch kritischer Erkrankung und dem dadurch bedingten unnötigen Leid für die erkrankte Personen [11, 12], von Stress, Depression

und Schlaflosigkeit für Angehörige [13] sowie von Burn-out bei HCP durch Futility (Sinnlosigkeit einer technisch machbaren medizinischen Handlung; [14, 15]).

Bei der Verteilungsgerechtigkeit ist es wichtig, zu verstehen, dass zwei erkrankte Personen „*niemals gleich*“ sein können. Selbst bei gleicher Grunderkrankung im gleichen Krankheitsstadium, gleicher Histologie (z. B. bei Tumorpatient:innen) unterscheiden sich zu behandelnde Personen immer im Alter, ihren Komorbiditäten, der Gebrechlichkeit, ihren Wünschen und Wertvorstellungen, ihrer biopsychosozialen Situation und damit in ihrem individuellen Rehabilitationspotenzial und sind daher höchstens „*vergleichbar*“. Eine Entscheidungsfindung im Sinne des „ius suum“, die sich individuell am Wohltun, dem Prinzip des Nicht-Schadens und den Wünschen und Wertvorstellungen einer erkrankten Person orientiert, ist daher immer notwendig und erklärt, warum eine erkrankte Person eine medizinische Intervention erhält und eine andere, vergleichbar kranke Person unter Umständen nicht.

Das Vorenthalten einer technisch möglichen, aber medizinisch nicht (mehr) wirkungsvollen Intervention hat daher nichts mit Untertherapie oder Unterlassung einer medizinischen Hilfeleistung zu tun, sondern entspricht dem Nichtbeginn oder der Beendigung einer für die erkrankte Person nicht mehr wirkungsvollen Therapie (= Wegfall der Säule der Indikation im Zwei-Säulen-Modell!). Auch hier sei nochmals darauf hingewiesen, dass die einfühlsame und verständnisvolle Kommunikation des Nicht-Handelns in Richtung Heilung – immer verbunden mit dem Einleiten einer palliativmedizinischen Therapie – eine große ärztliche Kunst darstellt – und, wenn gut gelungen, den Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung bis hin zur fahrlässigen Tötung vermeiden hilft!

Zur Vermeidung von Übertherapie, die weltweit in reichen Medizinsystemen ein großes Problem darstellt [16], ist es daher unumgänglich, dass Ärztinnen und Ärzte sich rückbesinnen auf eine rationale Medizin, in der ärztliche Entscheidungen getroffen werden, die sich am individuellen Nutzen, an der systemischen Gerechtigkeit und am „ius suum“ orientieren müssen (Rationalisierung) und nicht nur an der reinen Machbarkeit. Nur eine strenge ärztliche In-

dikationsstellung, die sich an einem wirkungsvollen Therapieziel orientiert, kann helfen, Übertherapie zu vermeiden.

Ärztliche Heilkunst heißt daher, die an einem sinnvollen, individuellen Therapieziel orientierte medizinische Entscheidung immer individuell für die jeweilig erkrankte Person in Übereinstimmung mit deren Wünsche-, und Wertewelt rechtzeitig zu treffen.

Bei Ressourcenmangel (z. B. Triage – Massenansturm schwerst Erkrankter durch Hitze, Naturereignisse, Unfälle, Pandemie etc.) kommt es im Gegensatz zur besprochenen Rationalisierung zur durchaus inhaltlich negativ konnotierten *Rationierung*. Hier wird Menschen, die noch ein wirkungsvolles Therapieziel hätten, bei Ressourcenknappheit eine Therapie vorenthalten, da sie eine schlechtere Prognose haben als andere (utilitaristisches Prinzip – medizinische Entscheidungen, die sich nicht am Einzelwohl, sondern am Wohl/Überleben der Mehrheit orientieren). In Ländern mit eingeschränkten medizinischen Ressourcen kommt es bereits unter Normalbedingungen häufig zu einer Triage-Situation (Unterversorgung; [2]). Wenn *Rationierung* notwendig wird, weil *Rationalisierung* nicht oder nicht in dem für das Gesundheitssystem notwendigen Ausmaß durch HCPs stattgefunden hat (s. oben), wird es erwartbar zu einer ungerechten Mehr-Klassen-Medizin kommen, wo Betriebswirt:innen entscheiden, was leistbar ist und was nicht. Finanziell gut gestellte Menschen werden sich die knappe Ressource leisten können, während andere diese trotz medizinischer Indikation nicht mehr erhalten werden. Das wäre der Niedergang unseres derzeit noch solidarischen Gesundheitssystems in Österreich. Die Indikation für eine medizinische Handlung ist im Rahmen von Rationierung nicht mehr nur am sinnvollen Therapieziel und dem Willen der erkrankten Person orientiert, sondern wird wesentlich durch die Leistbarkeit bestimmt, die dann in der Regel nicht mehr nur ärztlich definiert ist. Das würde eine zunehmende Ungerechtigkeit für viele Menschen bedeuten.

MYTHOS: Nur eine verbindliche Patientenverfügung muss berücksichtigt werden.

Falsch! Wenn eine erkrankte Person den eigenen Willen (schriftlich) festhält, ist dieser sowohl in Form einer *verbindlichen* als auch einer *nicht verbindlichen* (sog. „anderen“) Patientenverfügung zu berücksichtigen (Patientenverfügungsgesetz; [17]). Lehnt eine erkrankte Person eine medizinisch indizierte Handlung ab (Recht auf Autonomie, Recht auf Unverwundtheit), muss diese im Rahmen des *Shared Decision Makings* über die Konsequenzen (bis hin zum Tod) aufgeklärt werden. Dies ist schriftlich zu dokumentieren.

Eine zu berücksichtigende Behandlungsablehnung liegt auch vor, wenn erkrankte Personen mittels Mimik oder Gestik äußern, was sie nicht wünschen (Abwehrrecht). Ein Beispiel hierfür sind fortgeschritten demente Menschen, die z. B. beim Versuch der Nahrungszufuhr den Mund schließen oder den Kopf wegdrehen und damit zu verstehen geben, dass sie dies nicht wünschen. Bei fortgeschrittener Demenz ist eine Aufklärung oftmals nicht möglich, eine ablehnende Willensäußerung ist aber dennoch zu beachten und darf nicht einfach übergangen werden. Es empfiehlt sich eine gemeinsame Beurteilung im Team der Behandelnden oder, falls nötig, die Beiziehung eines Klinischen Ethik-Komitees, um eine schwierige Entscheidung gemeinschaftlich zu tragen. Es gibt hinreichend Literatur, die dokumentiert, dass die Anlage einer Magen- oder PEG-Sonde bei fortgeschrittener Demenz, deren Mortalität der einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung entspricht, kontraindiziert ist, einen Behandlungsfehler darstellt und auf eine Körperverletzung hindeutet, selbst wenn Angehörige (auch in Stellvertreterposition) dies fordern sollten, da es dafür kein sinnvolles Therapieziel und somit auch keine Indikation gibt (2-Säulen-Modell!). Das gilt gleichermaßen auch für die Anlage eines Tracheostomas bei fortgeschrittener Demenz oder anderen fortgeschrittenen Erkrankungen mit schlechter Prognose und kurzer Überlebenszeit, für die es kein sinnvolles Therapieziel gibt.

Bei fraglich entscheidungsfähigen Personen oder bei einer nur mündlich oder durch Mimik/Gestik mitgeteilten Willensäußerung sollte eine zweite Person (HCP) als Gesprächszeugin bzw. -zeuge hinzugezogen, das Gespräch zeitnah schriftlich do-

kumentiert (ARGE Ethik, ÖGARI-Empfehlung: innerhalb von 24 h; [18]) und im Team kommuniziert werden (Klinische Perspektivenkonferenz (KPK) – Schnittstellenmanagement!). Um „schwierige“ Angehörige, die unter Umständen nicht indizierte medizinische Maßnahmen fordern, auf einen guten Weg im Sinne der erkrankten Person mitzunehmen, ist auf eine einfühlsame, kompetente und unmissverständliche Kommunikation Wert zu legen – bei Gelingen ist auch dies ein Zeichen ärztlicher Heilkunst.

Angehörige dürfen und sollen, unabhängig davon, ob sie befugte Stellvertreter:innen im Sinne des Erwachsenenschutzgesetzes sind oder nicht, den mutmaßlichen Willen der Person, die nicht mehr für sich selbst sprechen kann, in die ärztliche Entscheidungsfindung einbringen (2. ErwSchG).

Für die Reanimationssituation gilt, dass – wenn keine Zweifel an der Identität der Person oder der Legalität der Situation bestehen – dem Willen der erkrankten Person (vorliegende Patientenverfügung oder mutmaßlicher Wille, überbracht durch andere, wie z. B. Angehörige) zu entsprechen ist. Wenn die erkrankte Person eine Reanimation ablehnt, so muss das Behandlungsteam darauf verzichten (dies gilt auch für Sanitäter:innen, sofern sie die Situation vor Ort zweifelsfrei einschätzen können; [19]). Im Zweifel gilt „*in dubio pro vita – im Zweifel für das Leben*“. Allerdings muss der Zweifel begründet sein und darf keinem Automatismus entsprechen, wie dies derzeit in einigen Rettungsorganisationen gelehrt wird.

MYTHOS: Eine Therapie muss durchgeführt werden, wenn Angehörige dies im Namen der:des Patient:in einfordern. *Shared Decision Making* bedeutet, dass Ärzt:innen Angehörige fragen müssen, wie medizinisch weiter vorzugehen ist.

Falsch! Wenn es keine Indikation für eine Behandlung gibt, aber die Angehörigen dennoch vehement eine Behandlung einfordern, darf den Forderungen der Angehörigen nicht entsprochen werden. Die Angehörigen sind jedoch im Sinne einer guten Kommunikation einfühlsam, kompetent, aber unmissverständlich aufzuklä-

Infobox 1

Fallbeispiel

Eine demente Patientin will nicht mehr essen und verweigert jegliche Nahrungszufuhr. Darf, soll oder muss man sie ernähren? Auch fraglich entscheidungsfähige (z. B. demente) Menschen haben einen Willen, der zu beachten ist, wenn sie diesen entweder mündlich oder durch Gestik oder Mimik äußern können [5]. Eine Zwangsernährung wäre nur mit gerichtlicher Genehmigung möglich. Klinisch ist bei fortgeschrittener Demenz (aber auch bei anderen fortgeschrittenen z. B. neurologischen Erkrankungen) die Anlage einer Ernährungssonde für eine künstliche Ernährung nicht indiziert (s. oben), da dies weder die Lebensqualität einer fortgeschritten erkrankten Person (Demenz, andere neurologische Erkrankung) verbessert noch deren Leben verlängert. Wenn also eine z. B. demente Person die Nahrungszufuhr verständlich verweigert, ist dies zu akzeptieren und eine künstliche Ernährung zu unterlassen. Dabei ist zu beachten, dass reversible Ursachen, wie nicht essen zu wollen aufgrund von Schmerzen z. B. bei kariösem Zahnstatus oder entzündeter Mundschleimhaut etc., ausgeschlossen sind. Im Zweifel sollte die nicht mögliche Besserbarkeit einer fortgeschrittenen neurologischen oder psychiatrischen Erkrankung durch eine psychiatrische/neurologische Beurteilung bestätigt werden.

ren und wenn möglich auf den gemeinsamen Weg mitzunehmen (nicht zuletzt, um eine Klage zu vermeiden!). Die Angehörigen sind dabei darüber aufzuklären, warum die geforderte Behandlung nicht indiziert ist: z. B. keine Verbesserung der Lebensqualität im Sinne der Wertewelt der erkrankten Person und auch keine Verlängerung der Lebenszeit durch z. B. Anlage einer PEG-Sonde bei fortgeschrittener Demenz zu erwarten, oder eine Intervention wäre bei weit fortgeschrittener Erkrankung zwar technisch möglich, ist aber wirkungslos und würde lediglich Leiden verlängern und Sterben hinauszögern, was weder ethisch geboten noch rechtlich erlaubt wäre.

Auch ohne offizielle Stellvertretung nach dem Erwachsenenschutzgesetz können und sollen Angehörige den mutmaßlichen Willen einer erkrankten Person in die medizinische Entscheidungsfindung einbringen. Behandelnde Ärzt:innen dürfen dabei aber weder die erkrankte Person noch deren Angehörige fragen, welche

medizinischen Maßnahmen zu ergreifen oder nicht zu ergreifen wären. Ärztliche Aufgabe im Rahmen eines Aufklärungsgesprächs ist die Darlegung der verschiedenen möglichen Handlungsoptionen, inklusive der jeweiligen zu erwartenden Konsequenzen, sodass die erkrankte Person oder deren Stellvertreter:innen dann sagen können, was den Wünschen oder Wertvorstellungen der erkrankten Person am meisten entspricht (dem mutmaßlichen Willen am nächsten kommt). Die endgültige Entscheidung über die Durchführung oder Nicht-Durchführung einer technisch machbaren medizinischen Handlung bleibt aber immer bei der:dem Ärzt:in (*Shared Decision Making*; [20, 21]).

Da es in der Praxis bei Aufklärungsgesprächen immer wieder zu Missverständnissen kommt, sei hier nochmals explizit darauf hingewiesen, dass ein:e Ärzt:in darauf achten muss, eine erkrankte Person und/oder deren Angehörige eben nicht zu fragen, was medizinisch als Nächstes zu machen sei. *Shared Decision Making* bedeutet, dass aus allen sinnvollen Handlungsoptionen, die ärztlich ausführlich und samt ihren Konsequenzen kommuniziert werden müssen, die am besten zur erkrankten Person passende im Aufklärungsgespräch herauszufinden ist, sodass die getroffene ärztliche Entscheidung die medizinische Indikation mit den Wünschen und Wertvorstellungen einer erkrankten Person in Einklang bringt [20, 21].

MYTHOS: *Eine fraglich entscheidungsfähige Person, oder eine erkrankte Person, die eine Vertretungsperson nach dem Erwachsenenschutzgesetz hat, kann und darf bei medizinischen Fragen nicht selbst entscheiden.*

Falsch! Eine fraglich entscheidungsfähige Person und selbst eine erkrankte Person mit Stellvertretung nach dem 2. Österr. ErwSchG kann bei ausreichender Entscheidungsfähigkeit selbst in die medizinische Behandlung einwilligen, sofern diese individuell durch eine Ärztin bzw. einen Arzt festgestellt worden ist. Entscheidungsfähigkeit nach dem Erwachsenenschutzgesetz (2. Österr. ErwSchG) wird wie folgt definiert: „Entscheidungsfähig ist, wer die Bedeutung und die Folgen seines Handelns **im jeweiligen Zusammenhang**

verstehen, seinen Willen danach bestimmen und sich entsprechend verhalten kann. Dies wird im Zweifel bei Volljährigen vermutet“ [5]. Juristisch werden drei Stufen der Entscheidungsfähigkeit unterschieden:

1. entscheidungsfähig
2. zweifelhaft/fraglich entscheidungsfähig
3. nicht entscheidungsfähig

Die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit darf und muss jede:r Ärzt:in (Ärzt:innen für Allgemeinmedizin, Fachärzt:innen, Turnusärzt:innen) selbst durchführen. Es ist nur im Zweifel ein:e Fachärzt:in für Psychiatrie oder Neurologie beizuziehen. Auch anderen Gesundheitsberufen ist die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit im Rahmen ihrer Kompetenzen gestattet.

Eine *entscheidungsfähige*, erkrankte Person muss alle die eigene Person betreffenden medizinischen Fragestellungen selbst entscheiden. Eine *nicht entscheidungsfähige* erkrankte Person braucht in Österreich eine Stellvertretung nach dem Erwachsenenschutzgesetz.

Komplexer ist die fragliche Entscheidungsfähigkeit. Laut § 239. (1)/(2) soll bei Gesprächen mit fraglich entscheidungsfähigen Personen eine Hilfsperson, die in der Gesprächsführung mit fraglich entscheidungsfähigen Personen geübt ist, zur Kommunikation beigezogen werden. Wenn erkrankte Personen dann durch diese Unterstützung die Folgen ihres Handelns *im jeweiligen Zusammenhang* verstehen, dürfen sie selbst entscheiden und es muss keine Stellvertretung bestellt werden. Die Gesprächsinhalte (Einverständnis oder Ablehnung) sind zeitnahe schriftlich zu dokumentieren!

Somit sind erkrankte Personen unter Erwachsenenschutz, aber auch untergebrachte erkrankte Personen jedenfalls dann selbst entscheidungsbefugt, wenn sie ausreichend entscheidungsfähig sind. In diesem Fall ist die Entscheidungssubstitution durch den Vertreter bzw. die Vertreter:in nicht nötig. Es empfiehlt sich ein solches Gespräch mit einer fraglich entscheidungsfähigen erkrankten Person zu zweit zu führen und zeitnah schriftlich zu dokumentieren.

In Zweifelsfragen können Fachärzt:innen und Fachärzte für Psychiatrie oder

Neurologie beigezogen werden, wenn diese in der jeweiligen Situation zur Verfügung stehen.

Bei besonders komplexen Fallkonstellationen kann – sofern vorhanden – auch ein Klinisches Ethik-Komitee beigezogen werden, um einen Handlungsvorschlag zu unterbreiten, der die Entscheidung des medizinischen Teams auf eine breitere Basis stellt.

Thema Therapiezieländerung

MYTHOS: *Bei einer schweren Erkrankung sollte eine Therapiezieländerung Richtung Palliativmedizin so spät wie möglich erfolgen. Das heißt, es sollte immer so lange wie möglich an einem auf Heilung ausgerichteten Behandlungskonzept festgehalten werden.*

Falsch! Vor Beginn jeder Behandlung muss für jede erkrankte Person ein individuelles Therapieziel definiert werden, das angemessen und verhältnismäßig sein und sich an den Wünschen und Wertvorstellungen einer erkrankten Person orientieren muss. Der Nutzen für die erkrankte Person sollte immer über dem möglichen Schaden liegen. Für den Zeitpunkt der Festlegung einer Therapiezieländerung gibt es keine festen Regeln. Sicherlich sollte eine kritische Abwägung des Therapieziels ab dem 21. Tag (Grenze zur chronisch kritischen Erkrankung) regelmäßig (z. B. einmal/Woche) erfolgen, bei schwerer Erkrankung und schlechtem Rehabilitationspotenzial sollte diese jedoch auch schon viel früher und eine Reevaluation bis zu täglich stattfinden [11, 12].

In der Anfangsphase einer schweren, unheilbaren Erkrankung begleitet die Palliativmedizin unter dem Aspekt des Wohltuns und des Erhalts der Leistungsfähigkeit für Dinge, die Spaß machen – trotz schwerer Erkrankung. Es geht um das „gute Leben am Ende des Lebens“ (das über Wochen, Monate, unter Umständen Jahre gehen kann). Die erkrankte Person soll das Leben genießen, so gut es geht. Belastende Behandlungen sind kritisch abzuwägen und rechtzeitig zu unterlassen, sobald sie nicht mehr wirksam sind. Die *Palliativphase des guten Lebens* geht bei einem langsamen Krankheitsverlauf fließend in die *Palliativphase des guten Ster-*

bens über, die das Ziel hat, Sterben in Würde (ohne Angst, Stress, Schmerzen, Atemnot und mit der Möglichkeit für Begleitung) zu ermöglichen. In jeder Phase der palliativmedizinischen Begleitung geht es immer um bestmögliche Symptomlinderung.

Die Überprüfung des Rehabilitationspotenzials und des Therapieziels sollte regelmäßig anhand folgender Entscheidungskriterien erfolgen:

- biopsychosoziale Situation
- Prinzipienethik („Georgetown-Mantra“): Autonomie, Nicht-Schaden, Wohltun, Gerechtigkeit („ius suum“ und Verteilungsgerechtigkeit) [1]
- Zwei-Säulen-Modell [10, 13]

Das Therapieziel ändert sich mit dem Alter oder bei zunehmender Erkrankungsschwere und muss daher im zeitlichen Verlauf angepasst werden. Die Definition eines individuellen Therapieziels sollte immer an den Wünschen und Wertvorstellungen der erkrankten Person sowie an der medizinischen Indikation (Angemessenheit/Verhältnismäßigkeit, Wirksamkeit der Intervention, systemische Leistbarkeit, individuelle Gerechtigkeit – „ius suum“) gemessen werden.

Beispielsweise sollte bei der Entscheidung über eine große Operation oder Chemotherapie bei Risikopatient:innen das Komplikationsmanagement im Vorfeld besprochen werden. Dies kann im Rahmen einer Klinischen Perspektivenkonferenz (KPK) im Team mit allen involvierten HCP erfolgen. Sollte man sich für eine medizinische Intervention entscheiden, muss festgelegt werden, welche Maßnahmen im Falle von Komplikationen nicht mehr durchgeführt werden. Rechtzeitig sollten DNR/DNE („do not resuscitate/do not escalate“) definiert [18] und für den Fall, dass das Sterben erwartet wird, Maßnahmen im Sinne einer CTC (Comfort Terminal Care) besprochen werden [22], sowohl im Team mit den involvierten Behandlerinnen bzw. Behandlern als auch – wenn möglich – mit der erkrankten Person selbst und deren Angehörigen. Bei der Festlegung der Maßnahmen im Rahmen einer Therapiezieländerung ist auf ein einheitliches Wording in den medizinischen Teams zu achten, damit alle vom Selben sprechen und dasselbe meinen. Dies hilft

Missverständnisse vermeiden und ist einer professionellen Kommunikation förderlich [23].

MYTHOS: *Ärzt:innen müssen mit negativen rechtlichen Konsequenzen rechnen (Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung bis hin zur fahrlässigen Tötung), wenn sie eine Therapiezieländerung festlegen und schriftlich dokumentieren. Das darf man nicht aufschreiben!*

Falsch! Im Sinne der Nachvollziehbarkeit getroffener Entscheidung und auch im Sinne der Dokumentationspflicht (§ 51 österr. Ärztegesetz 1998; [4]) müssen medizinische Entscheidungen/Handlungen zeitnah schriftlich begründet und dokumentiert werden. Dabei macht es keinen Unterschied, ob es um Therapien geht, die auf Heilung/Besserung ausgerichtet sind, oder ob es nach einer TZÄ um die Dokumentation von medizinischen Handlungen im Sinne der Palliation bis hin zur Sterbebegleitung geht. Es ist zudem für ein sinnvolles Schnittstellenmanagement unabdingbar notwendig, auch die Entscheidungen/Maßnahmen, die im Rahmen einer TZÄ festgelegt werden, nachvollziehbar zu dokumentieren und im Rahmen von Übergaben in den multidisziplinären Behandlungsteams zu übergeben, um die Durchführung von medizinischen Handlungen zu vermeiden, die aufgrund von technischer Machbarkeit gesetzt werden könnten, aber dem Willen der erkrankten Person widersprechen.

Prinzipiell gilt, dass rechtliche Konsequenzen nur dann möglich sind, wenn gegen rechtliche Vorschriften – allen voran gegen die Sorgfaltspflicht der Gesundheitsberufe – verstoßen wurde. Wird eine Therapiezieländerung *lege artis* (= also nach den Regeln des ärztlichen Berufs) vorgenommen, liegt kein Verstoß gegen die Sorgfaltspflicht vor. Für die palliative Arbeit wurde im Jahr 2019 ein eigener Paragraph im Ärztegesetz eingefügt (ÄrzteG 1998, § 49a), welcher besagt: „Palliativmedizinische Maßnahmen sind auch dann zulässig, wenn ihr Nutzen zur Symptomlinderung das mögliche Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen überwiegt“ (Gesetzestext wurde hier verkürzt und sinngemäß abgebildet).

Infobox 2

Fallbeispiel

Eine über 90-jährige Frau bricht zusammen. Die Angehörigen verständigen die Rettung. Die Sanitäter:innen sind die Ersteintreffenden. Die Angehörigen erzählen, dass ihre Großmutter nie gewollt hätte, reanimiert zu werden. Müssen die Sanitäter:innen eine Reanimation starten? Wenn keine Zweifel an der Identität der Person oder in Hinblick auf die Legalität der Situation bestehen (z. B. vorhandene verbindliche Patientenverfügung, in der eine Wiederbelebung abgelehnt wird, oder bei eindeutiger Übermittlung des mutmaßlichen Patient:innenwillens durch die Angehörigen), dürfen sich auch Sanitäter oder Sanitäter:innen nicht über die Autonomie einer erkrankten Person hinwegsetzen und müssen auf den Beginn einer Reanimation verzichten [19]. Im Zweifel dürfen Wiederbelebungsmaßnahmen (kardiopulmonale Reanimation, CPR) durchgeführt und die Patientin bzw. der Patient ins Krankenhaus gebracht werden („in dubio pro vita“ – im Zweifel für das Leben). Dort kann dann auch sekundär, wenn mehr Informationen vorliegen, über eine Therapiezieländerung entschieden werden (Sterben zulassen und erkrankte Person im Rahmen einer Comfort Terminal Care im Sterbeprozess palliativmedizinisch begleiten) [19].

MYTHOS: *Es gibt eine absolute chirurgische Indikation.*

Falsch! Die Indikation für eine medizinische Handlung darf sich nicht nur über die Machbarkeit ableiten. Sie muss sich immer auch über ein wirkungsvolles individuelles Therapieziel definieren und an den Wünschen und Wertvorstellungen der erkrankten Person orientieren sowie – falls möglich – in einem Team interdisziplinär (inklusive des Komplikationsmanagements) besprochen werden (KPK). Aus genannten Gründen ist daher die Indikation *immer multifaktoriell* zu diskutieren und daher *immer relativ*. Es gibt keine absolute Indikation (und damit auch keine „absolute chirurgische Indikation“).

Die Angemessenheit und Verhältnismäßigkeit einer technisch möglichen medizinischen Maßnahme ist ärztlich zu beurteilen. Im Notfall gilt „in dubio pro vita“ (im Zweifel für das Leben). Allerdings verbietet sich auch im Notfall eine medizinische Intervention, wenn sie nicht mehr wirkungsvoll und damit nicht indiziert ist. Im

Rahmen eines Vorsorgedialogs (Advance Care Planning – ACP – niedergelassener Bereich, Hausärztin oder Hausarzt, Pflegeeinrichtung) oder im Rahmen einer Klinischen Perspektivenkonferenz (KPK) im Team der behandelnden Klinikärztinnen bzw. Klinikärzte sollte mit einer erkrankten Person prinzipiell und rechtzeitig geklärt werden (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Stellvertreter bzw. Stellvertreterinnen oder selbst gewählte Erwachsenenvertretung), welche medizinischen Maßnahmen im Falle einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes nicht mehr gewünscht sind (Abwehrrecht), damit im Notfall bekannt ist, was zu tun und vor allem was zu unterlassen ist, falls die erkrankte Person nicht mehr für sich selbst sprechen kann.

Bei fortgeschrittener Erkrankung ist das „Worst-Case-Szenario“ oft gut vorhersehbar und muss mit der erkrankten Person und – falls von dieser gewünscht – mit den Angehörigen im Voraus besprochen werden. Das Therapieziel bzw. die Therapiezieländerung sollte daher rechtzeitig von den Hauptbehandelnden definiert werden, damit das gerufene Notfallteam weiß, welche medizinischen Maßnahmen sinnvoll und erwünscht und welche nicht mehr indiziert sind. Ein Notfallplan sollte jedenfalls immer im Rahmen von ACP (niedergelassener Bereich, Pflegeeinrichtung) oder KPK (klinischer Bereich) erstellt werden [6, 7].

Im Rahmen der KPK ist eine gesamtmedizinische Indikation im Team mit allen Behandelnden zu erarbeiten. Die Verwendung von Scores (Activities of Daily Life [ADL], Frailty, Preoperative Score to Predict Postoperative Mortality [POSPOM], Sepsis-Related Organ Failure Assessment [SOFA] Score) [24–27] wird von der ARGE Ethik der ÖGARI empfohlen, um Hochrisikopatient:innen zu definieren, bei denen vor Beginn einer technisch machbaren medizinischen Intervention besprochen werden muss, ob man die Intervention aufgrund der Schwere der Erkrankung/Komorbiditäten/Gebrechlichkeit/überhaupt durchführen will und, falls ja, wie man im Falle von Komplikationen vorgehen möchte. Dabei ist genauestens und individuell zu definieren, was man alles nicht mehr machen will (DNR/DNE), zum Beispiel, weil die erkrankte Person aufgrund ihres

schlechten Rehabilitationspotenzials davon mit großer Wahrscheinlichkeit nicht mehr profitieren würde oder man im Falle des Überlebens mit hoher Belastung und Pflegebedürftigkeit rechnen müsste.

Bei Kommunikationsproblemen im Rahmen schwieriger medizinischer Entscheidungsfindungen (innerhalb der medizinischen Teams – interdisziplinär/multiprofessionell), aber auch bei schwierigen Angehörigen etc. kann ein *Klinisches Ethik-Komitee* (KEKo) beigezogen werden, das dann ebenfalls interdisziplinär und multiprofessionell für das behandelnde Team einen differenzierten Handlungsvorschlag ausarbeitet, der nachfolgende Entscheidungen auf eine breitere Basis stellt, was eine Entlastung für die behandelnden Teams, aber auch für die Angehörigen darstellen kann.

MYTHOS: *Wenn es im Behandlungsteam Differenzen bzgl. der Indikation für einen operativen Eingriff gibt, müssen alle Teammitglieder die getroffene (chirurgische?) Entscheidung mittragen und „mitmachen“, ansonsten können sie wegen unterlassener Hilfeleistung belangt werden!*

Falsch! Jede:r einzelne entscheidungsberechtigte Fachärzt:in im Team der Behandelnden ist verantwortlich dafür, dass erkrankte Personen entsprechend ihren Wünschen und Wertvorstellungen unter Wahrung ihrer Würde und Autonomie – nur bei vorhandenem, sinnvollem Therapieziel und einer sich daraus ableitenden Indikation – behandelt werden. Ohne Therapieziel sind operative Maßnahmen nicht indiziert und palliativmedizinische Maßnahmen einzuleiten.

Eine Therapie ohne Indikation/Therapieziel durchzuführen, nur weil sie technisch machbar ist, ist Körperverletzung bzw. Gesundheitsschädigung! Bei unterschiedlichen Auffassungen im Team der Behandler:innen sollte immer eine Teamentcheidung auf Basis eines gemeinsam erarbeiteten Therapieziels angestrebt und daraus eine Indikation oder eben keine Indikation für die vorgesehene medizinische Intervention abgeleitet werden. Die Entwicklung bzw. der Erhalt einer positiven Kommunikationskultur ist Voraussetzung

Infobox 3

Fallbeispiel

Blutung/Ileus/Beatmung bei fortgeschrittener Erkrankung: Bei fortgeschrittener Erkrankung darf eine erkrankte Person, sofern sie unter bestmöglicher Symptomlinderung palliativmedizinisch versorgt ist, verbluten oder auch ohne operativen Eingriff an einem Ileus versterben, wenn es keine technisch sinnvoll machbare Lösung (chirurgisch nicht sanierbare Gesamtsituation) und damit auch kein sinnvolles individuelles Therapieziel für eine operative Intervention gibt. Ein Ileus kann am Lebensende meist gut palliativmedizinisch über einige Zeit ohne Operation versorgt werden. Verbluten ist meist kein leidvoller Tod, sofern die fortgeschritten erkrankte Person gut aufgeklärt und in der letzten Lebensphase sicher palliativmedizinisch angebunden ist. Ein rein mechanisch gedachtes „I have to fix it“ reicht nicht aus als Therapieziel und begründet damit alleine keine Indikation für ein chirurgisches/anästhesiologisches Handeln. Die Beatmung einer fortgeschritten erkrankten Person darf beendet werden – selbst bei nicht ausreichender oder nicht vorhandener Atmung – wenn die Beatmung lediglich Leiden verlängern und Sterben hinauszögern würde. Auch hier ist dafür Sorge zu tragen, dass die erkrankte Person im Sterbeprozess im Rahmen einer CTC unter bestmöglicher Symptomlinderung ärztlich und pflegerisch fürsorglich begleitet wird.

für diese Art der multidisziplinären Besprechung.

Im Rahmen einer *Klinischen Perspektivenkonferenz* (KPK) muss aus den Einzelindikationen der unterschiedlichen an der Behandlung beteiligten Fachdisziplinen eine „gesamtmedizinische Indikation“ im Team festgelegt werden, die sich an einem sinnvollen Gesamttherapieziel orientieren muss. Man kann und muss sich gegen ein „Mitmachen“ wehren, wenn es kein sinnvolles Therapieziel und damit auch keine Indikation für eine technisch machbare medizinische Intervention gibt oder wenn die geplante Intervention im Widerspruch mit den Wünschen und Wertvorstellungen der erkrankten Person steht (Missachtung der Autonomie). Wider besseres Wissen „mitzumachen“, würde für alle beteiligten Gesundheitsberufe bedeuten, sich bewusst an einer Körperverletzung/Gesundheitsschädigung zu beteiligen!

Für die Pflegeberufe ist es schwieriger, eine angeordnete medizinische Intervention/Medikation zu verweigern, da diese

Infobox 4

Unterschied zwischen klinischem Ethik-Komitee und Ethik-Kommission einer Universität

Die Begriffe *Klinisches Ethik-Komitee* (KEKo) und *Ethik-Kommission* (einer österreichischen Universität) sollen hier erklärt werden, da dies immer wieder verwechselt wird:

Die Aufgabe eines *klinischen Ethik-Komitees* als interdisziplinäres Beratungsgremium in Krankenhäusern ist die Erarbeitung eines Handlungsvorschlags für eine schwierige klinische Situation (z. B. Kommunikationsproblem mit erkrankter Person oder deren Angehörigen, Uneinigkeit im Team der Behandelnden, aber auch andere komplexe medizinethische Themen), um eine schwierige Entscheidung auf eine breitere Basis zu stellen. Ein KEKo setzt sich aus Vertreterinnen und Vertretern verschiedener Berufsgruppen wie Ärzte bzw. Ärztinnen, Pflegepersonen, Seelsorge, Philosophie, Rechtswissenschaft und Medizinethiker bzw. Medizinethikerinnen, Sozialarbeiter bzw. Sozialarbeiterinnen, etc. zusammen. Aufgabe der *Ethik-Kommission einer medizinischen Universität* in Österreich ist die unabhängige Bewertung und Begutachtung von Forschungsvorhaben, die Menschen, deren Daten oder biologische Materialien betrifft. Ethikkommissionen sind interdisziplinär besetzt mit Fachleuten verschiedener Disziplinen. Die genaue Zusammensetzung ist in den jeweiligen Satzungen und Geschäftsordnungen der Universitäten geregelt. Fachliche Diversität und juristische sowie ethische Expertise sollen eine unabhängige und vielfältige Perspektive bei der Beurteilung der wissenschaftlichen Projekte gewährleisten.

anordnungsgebunden für die Durchführung ärztlich vorgegebener medizinischer Maßnahmen sind. Gleich wie für weisungsgebundene Ärztinnen bzw. Ärzte in Ausbildung gilt auch für die Pflegeberufe im Falle eines nicht lösbaren Konflikts, in dem Handeln wider besseres Wissen/Gewissen aufgrund der hierarchischen Struktur gefordert ist, zeitnahe ein informelles Gedächtnisprotokoll mit allen wichtigen Informationen (wann, wer, wo, warum, wie) anzufertigen, damit für eventuelle spätere Nachfragen die Vorkommnisse nachvollziehbar und zeitgerecht schriftlich dokumentiert und nachvollziehbar reproduzierbar sind.

Wenn Vorgesetzte Maßnahmen ohne Indikation oder sinnvolles individuelles Therapieziel anordnen, sollten diese

– wenn überhaupt – nur unter Protest und auf schriftliche Weisung ausgeführt und alles gut dokumentiert werden.

Bei Schwierigkeiten innerhalb des Teams oder mit Angehörigen kann das Klinische Ethik-Komitee (KEKo) hinzugezogen werden.

Thema Kinderheilkunde

MYTHOS: *Kleine Kinder haben noch keine Schmerzen! Daher kann beispielsweise eine Zirkumzision ohne Analgesie stattfinden.*

Falsch! Es ist medizinisch falsch, zu behaupten, Kleinkinder hätten kein Schmerzempfinden [28–31]. Operationen an Neugeborenen und Kleinkindern ohne adäquate Analgesie oder Analgosedierung (z. B. Zirkumzision) durchzuführen, ist nicht lege artis, stellt einen Kunstfehler dar und ist eine Körperverletzung. Ab der Geburt muss jede medizinische Intervention ausschließlich mit einer adäquaten Analgosedierung durchgeführt werden.

Die Tatsache, dass Zirkumzisionen möglicherweise wieder in den „schwarzmedizinischen“ Bereich abtauchen könnten, rechtfertigt keinesfalls eine Zirkumzision ohne Analgesie und ohne professionelles medizinisches Setting.

Thema Organspende

MYTHOS: *Durch Organspenden wird der Sterbeprozess verlängert – ein würdevoller Tod ist nicht möglich, wenn Organe entnommen werden.*

Falsch! Wenn eine Explantationssituation keinen würdevollen Tod bedeuten würde, müsste das Transplantieren, das nur über eine vorherige Explantation möglich ist, verboten werden, denn das österreichische Ärztegesetz § 49a (1) besagt, dass „Ärztin bzw. Arzt sterbenden Menschen unter Wahrung ihrer Würde beistehen muss“.

Normalerweise wird der Sterbeprozess durch das medizinische Prozedere, das mit einer Organspende im Rahmen einer *Donation after Brain Death* (DBD) verbunden ist, nicht verlängert [32, 33]. Es gibt aber nach dem eingetretenen Hirntod häufig ein „Warten auf die Explantation“. Dies muss Angehörigen (und

Infobox 5

Begriffsdefinitionen

Donation after Brain Death (DBD):

In der Wartezeit zwischen Hirntod und Organentnahme ist die betroffene Person bereits tot (= hirntot, Hirntodprotokoll).

Donation after Circulatory Death

(DCD): Der Sterbeprozess wird im Rahmen einer Therapiezieländerung zugelassen. Die erkrankte Person verstirbt im Rahmen eines Herz-Kreislauf-Stillstands (ohne Hirntodprotokoll). Nach dem diagnostizierten Herztod und einer in unterschiedlichen Ländern unterschiedlich lange dauernden Wartezeit wird der Hirntod angenommen. Auch bei der DCD wird der Sterbeprozess nicht hinausgezögert (und auch nicht beschleunigt!) – im Sinne der bestmöglichen Organqualität ist eine kurze Sterbezeit aber von Vorteil. Bei einem protrahiert verlaufenden Sterbeprozess sind für eine DCD sinnvolle Low-Flow-Zeiten für die Organperfusion in situ zu bedenken. Verläuft der natürliche Sterbeprozess im Rahmen der CTC verzögert, ist eventuell von einer Organentnahme abzusehen, auch wenn die erkrankte Person und ihre Angehörigen damit einverstanden gewesen wären oder dies sogar gewünscht hätten.

unter Umständen auch unerfahrenen, medizinischen Teammitgliedern) gut erklärt werden, da ein schwer kranker Mensch nach seinem Hirntod weiterhin beatmet und unter intensivmedizinischer Organerhaltungstherapie auf einer Intensivstation liegt. Eine verstorbene Person unter künstlicher Beatmung und mit erhaltener Kreislauffunktion sieht fälschlich „lebendig“ (= rosig, mit sich hebendem/senkendem Brustkorb) aus. Es ist nur mit einfühlsamer Erklärung für die Angehörigen zu verstehen, dass dieser Mensch tot (weil hirntot) ist, da in unserem ethischen Verständnis mit dem Hirntod der Gesamttod definiert ist. Daher ist das Warten auf die Explantation kein protrahierter Sterbeverlauf.

Es gibt eine vorstellbare Situation, die unter Umständen zu einem verzögerten Sterbeprozess führen kann, wenn bei potenziellen Spenderinnen oder Spendern mit infauster Schädigung des Gehirns (Trauma, Blutung, Tumor etc.) der Hirntod protrahiert eintritt. Hier würde diese Person eventuell mit einer Therapiezieländerung und Umstellung der intensivmedizinischen Maßnahmen auf eine CTC bei Feststellung der infausten Prognose früher

– noch vor dem Eintreten des Hirntods – versterben. Diese Situation muss gegebenenfalls auch im Team der Behandelnden und mit den Angehörigen thematisiert werden und eventuell muss das „Warten auf den Hirntod“ abgebrochen und Sterben im Rahmen einer palliativmedizinisch geführten CTC zugelassen werden. Je nach zugrundeliegender Erkrankung/Sterbeverlauf kann alternativ eine *Donation after Circulatory Death* (DCD) nach einer Therapiezieländerung besprochen und durchgeführt werden.

In Österreich gilt die „Widerspruchsregelung“ [34]. Daher dürften rechtlich von allen verstorbenen Personen, die nicht widersprochen haben, Organe ohne Rückfrage explantiert werden. In der klinischen Praxis werden jedoch üblicherweise immer die Angehörigen gefragt, ob sie einverstanden sind und ob eine Explantation dem mutmaßlichen Willen ihrer oder ihres verstorbenen Angehörigen entsprechen würde. Folglich ist auch die Situation einer eventuell verlängerten Wartezeit bis zum Eintritt des Hirntods immer offen im Team der Behandelnden und mit den Angehörigen zu diskutieren.

Thema Sterbephase

MYTHOS: *Man darf niemanden verhungern und verdursten lassen – man muss daher auch in der Sterbephase ernähren und Flüssigkeit geben.*

Richtig und falsch! *Man darf niemanden verhungern und verdursten lassen* bedeutet, dass, solange jemand essen und trinken möchte, die Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit nicht vorenthalten werden darf [35–37]. Essen und Trinken zu ermöglichen entspricht der Befriedigung eines menschlichen Grundbedürfnisses. Die erkrankte Person möchte essen und trinken, äußert das und ist entweder in der Lage, selbstständig Nahrung und Flüssigkeit zu sich zu nehmen oder Ernährung und Trinken wird pflegerisch durch Handreichung ermöglicht. Sollte eine erkrankte Person (z.B. nach einer HNO-Tumor-Behandlung) nicht schlucken können, aber essen und trinken wollen, ist eine Ernährung/Zufuhr von Flüssigkeit durch eine Anlage von Sonden (Magen-sonde, PEG-Sonde) im Einverständnis mit

der erkrankten Person medizinisch zu ermöglichen.

Ernährung muss im medizinischen Umfeld – wie jede andere Therapie auch – indiziert sein (Therapieziel ist *Erhalt der Homöostase*) und den Wünschen und Wertvorstellungen der erkrankten Person entsprechen. Eine erkrankte Person gegen ihren bzw. seinen Willen zu ernähren, wäre auch bei gegebener medizinischer Indikation eine Nötigung oder Körperverletzung. Einer erkrankten Person, die essen und trinken will, Ernährung und Flüssigkeit vorzuenthalten, wäre eine Körperverletzung, bei Todesfolge und Vorsatz dahingehend sogar Mord.

Für den Sterbeprozess ist zu bedenken, dass Personen nicht sterben, weil sie nicht mehr essen und trinken, sondern sie essen und trinken nicht mehr, weil sie sterben!

Da die Aufrechterhaltung der Homöostase KEIN Therapieziel im Sterbeprozess ist, ist die Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit bei Sterbenden kontraindiziert und führt angesichts abnehmender Organfunktion sowohl bei enteraler als auch parenteraler Zufuhr häufig zu einer nicht zielführenden Flüssigkeitsüberladung, die belastende Symptome verursachen bzw. bestehende Symptome angesichts einer verminderten Pumpleistung des Herzens und eines zunehmenden Versagens des Magen-Darm-Trakts wie auch eines fortschreitenden Nierenversagens verschlechtern kann! Die intravenöse Verabreichung von Flüssigkeit kann bei Sterbenden zu Ödemen führen (Lungenödem und auch schmerzhafte periphere Ödeme). Ein Lungenödem verstärkt eine unter Umständen vorbestehende Atemnot. Bauchschmerzen durch Ileus, Übelkeit und Erbrechen sowie Aspirationsgefahr bei verminderter/nicht mehr vorhandener Peristaltik und verminderten Schutzreflexen können die Symptomlast der sterbenden Person ohne möglichen Benefit kritisch erhöhen.

Ab wann am Ende des Lebens eine erkrankte Person im Sterbeprozess keine Ernährung/Flüssigkeit mehr braucht, ist individuell festzulegen. Die Ernährungs- und Flüssigkeitstherapie sollte idealerweise dann beendet werden, wenn die Aufrechterhaltung der Homöostase kein Therapieziel mehr ist, spätestens aber dann, wenn negative Symptome durch ei-

Infobox 6

Gemäß § 2 des österreichischen Ärztegesetzes muss jede Ärztin und jeder Arzt über Grundkenntnisse in Schmerztherapie und Palliativmedizin verfügen. § 49a des österreichischen Ärztegesetzes erlaubt explizit die Steigerung der für die Symptomlinderung notwendigen Medikamente, auch wenn dadurch der Tod früher eintreten sollte (beispielsweise durch Verschlechterung der Atmung, einen weniger starken Hustenstoß oder einen verminderten Schluckakt, was u. a. auch zu einer erhöhten Aspirationsgefahr und damit Beschleunigung des Sterbeprozesses führen kann). Wichtig ist die zeitnahe Dokumentation der laufenden Analgosedierung, wobei zu beachten ist, dass eine Dosisanpassung streng *proportional* zu der von der Pflege dokumentierten Symptomlast titriert werden muss [4].

ne Flüssigkeitsüberladung angesichts des fortschreitenden Organversagens sichtbar werden. Dies gilt sowohl für enterale als auch parenterale Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit!

Palliativmediziner:innen kommunizieren dieses Thema idealerweise bereits frühzeitig mit fortgeschritten erkrankten Personen und deren Angehörigen sowie auch mit dem involvierten Pflorgeteam.

Die medizinisch indizierte Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit (z. B. geplant perioperativ oder auch bei schwerer Erkrankung mit der Unmöglichkeit einer oralen Nahrungs-, und Flüssigkeitsaufnahme) bedarf einer klaren Indikation und muss individuell mit der erkrankten Person rechtzeitig besprochen werden (perioperative intravenöse Ernährung, Langzeiternährung über Magensonde, PEG-Sonde etc.).

Bei fortgeschrittener Demenz ist die Anlage einer PEG-Sonde kontraindiziert, da es ausreichend Evidenz dafür gibt, dass in der fortgeschrittenen Demenz durch eine künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr weder die Lebensqualität verbessert noch die Lebenszeit verlängert wird. Die Ablehnung von Nahrung und Flüssigkeit durch Worte oder eindeutige Mimik oder Gestik ist bei fortgeschritten dementen Menschen zu beachten!

Eine Zwangsernährung – wie jede Form der Zwangsbehandlung – bedarf einer gerichtlichen Zustimmung.

CAVE: Gibt es beim Sterbenden kein Therapieziel (Aufrechterhaltung der Homöo-

stase) und damit keine Indikation für Ernährung und Zufuhr von Flüssigkeit, ist die Zufuhr sowohl parenteral als auch enteral kontraindiziert. Ein Zuwiderhandeln würde eine Körperverletzung bedeuten, gleich wie die Durchführung jeder anderen Therapie ohne Indikation! Aus genannten Gründen ist es wichtig, dass wie beim Beginn einer Ernährungs- und Flüssigkeitstherapie auch die Beendigung der Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit medizinisch begründet und schriftlich dokumentiert werden muss. Die rechtzeitige Aufklärung von erkrankten/sterbenden Personen sowie deren Angehörigen ist geboten und erspart Stress und negative Energie.

MYTHOS: *Man darf niemanden ersticken lassen. Daher ist Sauerstoffgabe wichtig, um Atemnot zu verbessern – auch bei sterbenden Menschen!*

Richtig und falsch! Es ist richtig, dass man niemanden unter ärztlicher/pflegerischer Begleitung ersticken lassen darf [22]. Aber man muss auch wissen, dass Sauerstoff nicht gegen Atemnot oder das Gefühl, zu ersticken, hilft. Sauerstoff muss – wie jede andere Substanz auch – im Rahmen palliativmedizinischer Therapie indiziert werden. Das Therapieziel einer Sauerstoffgabe ist die *Leistungssteigerung* – mit der Gabe von Sauerstoff kann eine Hypoxie bei fortgeschrittener Lungenpathologie über einige Zeit vermieden oder gemindert werden.

Bei Atemnot sind Opiate das Mittel der Wahl. Opiate dämpfen den Atemantrieb und vermindern das Gefühl des Lufthungers, sie senken die Atemfrequenz und führen – adäquat dosiert – auch bei hypoxischen Personen häufig zu einer Verbesserung der Oxygenierung durch eine Ökonomisierung der Atmung. Auch für die Behandlung der Hyperkapnie einer fortgeschrittenen Person sind Opiate Mittel der Wahl, da sie den zunächst gesteigerten Atemantrieb dämpfen und damit ebenfalls zu einer Ökonomisierung der Atmung beitragen können und durch tiefere und langsamere Atemzüge das Abatmen von CO₂ erleichtern.

Im fortgeschrittenen Sterbeprozess verursachen sowohl fortschreitende Hypoxie als auch Hyperkapnie keine negativen Symptome: Hypoxie führt zu Euphorie

und fortschreitende Hyperkapnie zur CO₂-Narkose – beide Symptome sind dem natürlichen Sterbeprozess förderlich und nicht leidvoll.

Jemanden qualvoll ersticken zu lassen, ist ein Kunstfehler. Die adäquat dosierte Gabe von Opiaten (Indikation: Atemnot, Lufthunger, Dyspnoe) und – falls notwendig – die ergänzende Gabe von Benzodiazepinen (Indikation: Stress, Angst) oder Neuroleptika (Indikation: Delir) kann helfen, einen terminalen Erstickungsprozess nicht leidvoll werden zu lassen.

In der Palliativmedizin ist Sauerstoff so lange indiziert, wie eine Leistungssteigerung oder mindestens ein Leistungserhalt das Therapieziel ist. Im Sterbeprozess ist Leistungsfähigkeit kein Therapieziel mehr, weswegen die Sauerstoffgabe nicht mehr indiziert ist. Sauerstoff trägt nicht zur Symptomlinderung (Atemnot, Lufthunger, Dyspnoe) bei. Hypoxie und Hyperkapnie sind im Sterbeprozess nicht leidvoll. Dies erklärt, warum bei sterbenden Menschen auf die Gabe von Sauerstoff verzichtet werden sollte.

Die wichtigsten vier Substanzgruppen, die in der Palliativmedizin für die Symptomlinderung in der Sterbephase verwendet werden:

- *Opiate* zur Linderung von Schmerzen und Atemnot,
- *Benzodiazepine* zur Behandlung von Stress und Angst,
- *Neuroleptika* zur Behandlung von Halluzinationen (Delir) sowie
- *Anticholinergika* zur Reduktion von Rasselgeräuschen, die häufig dadurch entstehen, dass sterbende Menschen ihren Speichel nicht mehr ausreichend abschlucken können.

MYTHOS: *Eine sterbende Person muss monitiert werden, wenn sie Opiate und Benzodiazepine erhält. Alle laufenden Medikamente sind auch in der Sterbephase weiter zu verabreichen.*

Falsch! Im Sterbeprozess müssen Opiate und Benzodiazepine proportional zur Symptomlast titriert und dürfen unter begleitender zeitnaher schriftlicher Dokumentation in guter Zusammenarbeit zwischen ärztlichem und pflegerischem Team auch ohne Monitoring verabreicht werden, da eine Verschlechterung der

Atmung/des Schluckens und Hustens inhärenter Teil des Sterbeprozesses ist und daher beim Sterbenden zugelassen werden darf [22].

Alle medizinischen Maßnahmen, die das Sterben hinauszögern und Leiden verlängern, müssen im Rahmen der Comfort Terminal Care (CTC) beendet werden. Dazu gehört neben Medikamenten, die nicht zur CTC benötigt werden, auch das Ausschalten von Schrittmachern und anderen nicht mehr benötigten Geräten (Hämofiltration, Stickstoffmonoxid [NO], extrakorporale Membranoxygenierung [ECMO] etc.).

Belassen sollte man hingegen alles, dessen Entfernung/Beendigung zusätzliche Symptomlast im Sterbeprozess verursachen könnte, wie beispielsweise eine Magensonde (um Reflux und Übelkeit zu vermeiden), eine Thoraxdrainage (um Blutungen nach Entfernung zu verhindern) und antiepileptische Medikamente (zur Verhinderung von epileptischen Anfällen).

Das bewusste Unterlassen/Beenden machbarer, aber nicht mehr indizierter medizinischer Interventionen im Rahmen einer Therapiezieländerung ist keinesfalls eine unterlassene ärztliche oder pflegerische Hilfeleistung, sondern eine notwendige Maßnahme zur Vermeidung von Übertherapie und entspricht den ethischen Prinzipien der Benefizienz, Non-Malefizienz und dem Gerechtigkeitsprinzip („ius suum“ und Verteilungsgerechtigkeit) des Georgetown-Mantras [1]. Jedenfalls sind im Rahmen einer Therapiezieländerung immer gleichzeitig mit der Beendigung einer auf Heilung ausgerichteten Therapie palliativmedizinische Maßnahmen einzuleiten mit den Zielen des Wohltuns, der Vermeidung von belastenden Interventionen und einer bestmöglichen Symptomlinderung. Schlussendlich dient dies alles der Durchführung einer CTC im Rahmen des Sterbeprozesses [22].

MYTHOS: *Man kann rechtlich belangt werden, wenn durch die Erhöhung der Dosis palliativmedizinisch indizierter Medikamente, die zur Linderung von Angst, Stress, Schmerzen und Atemnot gegeben werden, eine sterbende Person schlechter atmet, hustet und schluckt und Gefahr läuft, zu aspirieren.*

Die Steigerung der in der Palliativmedizin verwendeten Medikamente, die Symptome wie Angst, Stress, Schmerzen und Atemnot lindern, muss proportional zur Symptomlast erfolgen und in enger Abstimmung zwischen dem pflegerischen und ärztlichen Team zeitnah schriftlich dokumentiert werden. Dies ist in § 49a des österreichischen Ärztegesetzes explizit definiert: *„Palliativmedizinische Maßnahmen sind auch dann zulässig, wenn ihr Nutzen zur Symptomlinderung das mögliche Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen überwiegt“* (Gesetzestext wurde hier verkürzt und sinngemäß abgebildet). Progression schlechter werdendes Atmen, Schlucken und Husten gehören zu einem natürlich verlaufenden Sterbeprozess. Eine gut an der Symptomlast orientierte CTC darf beim Sterbenden bis zum Tod weitergeführt und muss im Sterbeprozess NICHT reduziert werden! (ÄrzteG 1998, § 49 und 49a).

Diskussion und offene Fragen

Wer sanktioniert die Nichteinhaltung der Fortbildungspflicht?

Alle Gesundheitsberufe haben eine gesetzlich geregelte Fortbildungspflicht. Für Ärzt:innen wird dies z.B. kammerintern (durch die Akademie der Ärzte) überwacht (DFP-Programm). Notärzt:innen und Sanitäter:innen verlieren bei Nichteinhaltung ihrer Fortbildungspflicht ihre Berufsberechtigung. Bei anderen Gesundheitsberufen hat die Nichterfüllung der Fortbildungspflicht keine unmittelbaren rechtlichen Auswirkungen, dennoch ist die Fortbildung eine Berufspflicht.

Sehen Sie die Pflicht, nach einer Patientenverfügung zu fragen, nur bei nicht entscheidungsfähigen erkrankten Personen oder bei allen? Und worauf ist diese Pflicht juristisch gestützt?

Die Pflicht zur Nachfrage, ob eine Patientenverfügung besteht, ergibt sich aus der allgemeinen *Sorgfaltspflicht* und sollte aus klinischer Sicht selbstverständlich alle erkrankten Personen umfassen, da alle in die Lage kommen können, im Rahmen einer Behandlung zumindest für einen gewissen Zeitraum nicht selbst entscheidungsfähig bzw. so schwer krank zu sein, dass schwerwiegende Entschei-

dungen vom behandelnden Ärzteteam zu treffen sind. Hierbei ist es sehr hilfreich, die Wünsche und Wertvorstellungen einer erkrankten Person zu kennen bzw. den mutmaßlichen Willen von der Person übermittelt zu bekommen, die die erkrankte Person selbst eingesetzt hat als jemand, die ihren Willen am besten kennt (z.B. gewählte Vertretung oder Vorsorgebevollmächtigte). In Krankenhäusern, die ihrer organisationsethischen Verantwortung nachkommen, werden erkrankte Personen automatisch bei Aufnahme nach einer vorhandenen Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht gefragt und – falls vorhanden – werden diese in das Krankhausdokumentationssystem für alle Behandelnden sichtbar eingespeichert. Das ist aus klinischer Sicht hilfreich und für eine möglichst gute Entscheidungsfindung im Sinne der betreuten Personen notwendig.

Wird die Futility-Diskussion (Futurity = Sinnlosigkeit einer technisch machbaren medizinischen Handlung) in anderen Ländern auch in dieser Form geführt?

Die medizinethische Frage nach der Futurity [37] und der Umgang mit Therapieentscheidungen wird international sehr unterschiedlich gehandhabt (England, USA, aber auch Deutschland).

In der Langzeitpflege kennt das Pflegepersonal den Willen der Bewohner:innen oft sehr gut. Dieses Wissen geht häufig beim Transfer ins Krankenhaus verloren. Gibt es Regelungen, ob und wie das Personal der Langzeitpflege in Entscheidungen einzubinden ist?

Es ist notwendig, das Konzept des „Advance Care Plannings“ flächendeckend in ganz Österreich umzusetzen [6–8]. Dabei ist auf ein gutes Schnittstellenmanagement zwischen den unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen (Hausärzt:in, Pflegeheim, sonstige medizinische Einrichtungen und Krankenhaus, aber auch innerhalb des Krankenhauses) Wert zu legen, damit Futurity vermieden werden kann und jede erkrankte Person eine angemessene und gerechte Behandlung erhält. Nur eine professionell geführte Kommunikation mit den wichtigen Informationen über eine erkrankte Person schafft die Grundlage für eine angemessene und verhältnismäßige, auf einem sinnvollen Therapieziel basierende Indikationsstellung. Da-

durch wird es rechtzeitig ermöglicht, eine Therapiezieländerung durchzuführen und damit Übertherapie [16] und deren negative Folgen für die erkrankten Personen (chronisch kritische Erkrankung) [11, 12], Angehörige (posttraumatisches Stresssyndrom) [13], medizinische Mitarbeiter:innen (Burn-out) [14, 15, 38] und das Medizinsystem selbst (Kostenexplosion) zu vermeiden.

Gibt es eine Möglichkeit, sich als erkrankte Person oder als Angehörige einer erkrankten Person über die Behandlung bei schwerer Erkrankung, z. B. auf einer Intensivstation, zu erkundigen?

Es gibt eine kostenlose Online-Plattform, **SELPERS** (www.selpers.com), die kranke Menschen und ihre Angehörigen dabei unterstützt, besser mit ihrer Erkrankung umzugehen. Der Name „selpers“ kommt von „self“ (selbst) und „help“ (Hilfe), was darauf hinweist, dass erkrankte Personen und ihre Angehörigen durch ihr Verhalten den Verlauf ihrer schweren Erkrankung positiv beeinflussen können. Einer der SELPERS-Online-Kurse befasst sich mit dem Leben auf einer Intensivstation – was eine schwer kranke Person erwartet und was man als angehörige Person beitragen kann (www.selpers.com/kurs/betreuung-auf-der-intensivstation/) [39].

Wo findet man unkompliziert Primärliteratur zu den Themen, die in diesem Colloquium besprochen wurden?

Viele der Themen, über die in diesem Colloquium gesprochen wurde, finden sich in den wissenschaftlichen Publikationen und Links, die auf der **Ethiklehre-Homepage der medizinischen Universität Innsbruck** (www.i-med.ac.at/medizinethik-lehre/) angeführt oder *open access* publiziert und damit frei downloadbar sind [40].

Danksagung. Die Autor:innen danken den Mitarbeiterinnen der Rechtsabteilung der GÖG, Frau Mag. Verena Grundei und Frau Mag. Monika Schichl-Zach, für ihren wertvollen Input beim kritischen Korrekturlesen der Arbeit.

Korrespondenzadresse



© Privat

Ao. Univ.-Prof. Dr. Barbara Friesenecker
Universitätsklinik für Anästhesie und
Intensivmedizin, Medizinische Universität
Innsbruck
Innsbruck, Österreich
barbara.friesenecker@i-med.ac.at

Funding. Open access funding provided by University of Innsbruck and Medical University of Innsbruck.

Interessenkonflikt. B. Friesenecker, M. Halmich und E. Potura geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Open Access. This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Literatur

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press; 1989.
2. Elshaug AG, Rosenthal MB, Lavis JN, Brownlee S, Schmidt H, Nagpal S, Littlejohns P, Srivastava D, Tunis S, Saini V. Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care. *Lancet*. 2017;390(10090):191–202.
3. Friesenecker B, Gasser G, Fruhwald S, Hasibeder W, Dier H, Valentin A. Reflexion zur Gerechtigkeit bei Therapieentscheidungen. *Anästhesie Nachr*. 2024;6:224–220.
4. ÄrzteG 1998: Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Ständevertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998, in der geltenden Fassung: www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=1001138. Zugriffen: 11. Apr. 2025.

5. 2. österreichisches Erwachsenenschutzgesetz: www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2017_I_59/BGBLA_2017_I_59.pdf. Zugriffen: 11. Apr. 2025.
6. Coors M, Jox R. *Advances Care Planning*. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung. Stuttgart: Kohlhammer; 2015.
7. Hammes BJ, Briggs L. *Respecting choices: building a systems approach to advance care planning*. LaCrosse: Gundersen Health Systems; 2011.
8. Petri S, Zwißler B, in der Schmitten J, Feddersen B. Behandlung im Voraus Planen – Weiterentwicklung der Patientenverfügung. *Internist*. 2022;63(5):533–44.
9. Ulsenheimer K, Biermann E, Bock R-W. *Arztstrafrecht in der Praxis*. Heidelberg: Müller; 2015.
10. Mayer P. Ethische Entscheidungsfindungen in der letzten Lebensphase. *Palliativmedizin*. 2022;23(04):191–6.
11. Lamas D. Chronic critical illness. *N Engl J Med*. 2014;370(2):175–7.
12. MacIntyre NR. Chronic critical illness: the growing challenge to health care. *Respir Care*. 2012;57(6):1021–7.
13. Hickman RL Jr, Douglas S. Impact of chronic critical illness on the psychological outcomes of family members. *AACN Adv Crit Care*. 2010;21(1):80–91.
14. Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. A critical care societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care health-care professionals. A call for action. *Am J Respir Crit Care Med*. 2016;194(1):106–13.
15. Fumis Rego Lins R, Amarante J, Adolpho G, de Fátima Nascimento A, Vieira Junior JM. Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *Ann Intensive Care*. 2017;7:1–8.
16. Cardona-Morrell M, Kim JCH, Turner RM, Anstey M, Mitchell IA, Hillman K. Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. *Int J Qual Health Care*. 2016;28(4):456–69.
17. Österreichisches Patientenverfügungsgesetz www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/20004723/PatVG%2c%20Fassung%20vom%2026.02.2024.pdf. Zugriffen: 11. Apr. 2025.
18. Friesenecker B, Fruhwald S, Hasibeder W, Hörmann C, Hoffmann ML, Krenn CG, Lenhart-Orator A, Likar R, Pernerstorfer T, Pfausler B, Roden C, Schaden E, Valentin A, Wallner J, Weber G, Zink M, Peintinger M. Therapiezieländerungen auf der Intensivstation – Definitionen, Entscheidungsfindung und Dokumentation [Definitions, decision-making and documentation in end of life situations in the intensive care unit]. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*. 2013;48(4):216–23. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1343753>.
19. Medicus E, Valentin A, Birklbauer A, Fruhwald S, Trimmel H, Friesenecker B. Sind Sanitäter:innen zur kardiopulmonalen Reanimation gegen den Willen von Patient:innen verpflichtet? *Anästhesie Nachr*. 2024;6:160–158.
20. Ahmad M, Tabar NA, Othman EH, Abdelrahim Z. Shared decision-making measures: a systematic review. *Qual Manag Healthc*. 2020;29(2):54–66.
21. Bieber C, Gschwendtner K, Müller N, Eich W. Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) – Patient und Arzt als Team. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2016;66(05):195–207.
22. Schaden E, Dier H, Weixler D, Hasibeder W, Lenhart-Orator A, Roden C, Fruhwald S, Friesenecker B. Comfort Terminal Care auf der Intensivstation:

- Empfehlungen für die Praxis. Anaesthesiologie. 2024;73(3):177–85. ÖGARI, ARGE Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der.
23. Friesenecker B, Fruhwald S, Roden C. Erweiterte Nomenklatur und Terminologie rund um die Situationen am Lebensende. Anästhesie Nachr. 2023;5:134–7. <https://doi.org/10.1007/s44179-023-00145-y>. ARGE Ethik der ÖGARI.
 24. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA. 1963;185:914–9. ADL Score (Activities of Daily Living).
 25. Costa D, Aladio M, Girado CA, Pérez de la Hoz R, Berenzstein CS. Frailty is independently associated with 1-year mortality after hospitalization for acute heart failure. Int J Cardiol Heart Vasc. 2018;21:103–6.
 26. Le Manach Y, Collins G, Rodseth R, Le Bihan-Benjamin C, Biccari B, Riou B, Devereaux PJ, Landais P. Preoperative score to predict postoperative mortality (POSPOM): derivation and validation. Anesthesiology. 2016;124(3):570–9. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000000972>.
 27. Vincent JL, de Mendonça A, Cantraine F, Moreno R, Takala J, Suter PM, Sprung CL, Colardyn F, Blecher S. 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. <https://doi.org/10.1097/00003246-199811000-00016>.
 28. Anand Kanwaljeet JS, Hickey PR. Pain and its effects in the human neonate and fetus. N Engl J Med. 1987;317(21):1321–9.
 29. Messerer B, Grögl G, Stromer W, Jaksch W. Perioperative systemische Schmerztherapie bei Kindern. Schmerz. 2014;1(28):43–64.
 30. Schwarzer A, Zenz M. Fetal Schmerz – ein systematischer multidisziplinärer Überblick. Schmerz. 2006;20:536–40.
 31. Taddio A, Katz J, Illersich AL, Koren G. Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. Lancet. 1997;349(9052):599–603.
 32. Dier H, Friesenecker B, Zink M. Kurzfassung des DCD-Positionspapiers. Anästhesie Nachr. 2023a;5(3):208–9.
 33. Dier H, Friesenecker B, Zink M. Positionspapier der ARGE Ethik der ÖGARI zur DCD (Donation after Circulatory Determination of Death), Maastricht III in Österreich Original: 16. Dezember 2020; Update: 28.03.2023. 2023b. https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/dcd_01_11_positionspapier_gari_briefkopf_28mrz2023_update_fin1.pdf. Zugriffen: 14. Apr. 2025, ARGE Ethik der ÖGARI.
 34. oesterreich.gv.at. Widerspruch gegen die Organspende [online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. 2024. <https://www.oesterreich.gv.at/themen/gesundheit/organtransplantation/3/Seite.2510007.html>. Zugriffen: 14. Apr. 2025.
 35. BMSGPK. Empfehlungen der Nationalen Ernährungskommission. Konsensusbericht „Empfehlungen für die Ernährung im Alter in verschiedenen Lebenssituationen“. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK); 2013.
 36. Schindler T. Zwischen Nahrungsverweigerung und Zwangsernährung – zum Umgang mit künstlicher Ernährung und Flüssigkeitssubstitution am Lebensende. Z Allgemeinmed. 2004;80(8):326–30.

Myths of Modern Medicine: best Medical Care, Overtreatment and Timely Treatment Decisions

As part of an online colloquium organised by Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) in November 2024, anaesthetist, intensive care physician, palliative care specialist and medical ethicist Univ. Prof. Dr. Barbara Friesenecker and lawyer Dr. Michael Halmich discussed the myths of modern medicine with Dr. Eva Potura (GÖG). It was emphasised that, in view of great feasibility, difficult decisions should be based strictly on an individual therapy goal on the one hand and on the wishes and values of sick people on the other, in order to avoid overtreatment and its negative consequences for everyone. Knowledge of ethics and law forms an important basis for decision-making in order to provide each individual patient with the best possible medical care in the context of complex medical issues. At the end of life in the case of advanced illness, this means a timely change in the therapeutic goal from cure to palliation with the aim of allowing dying, not prolonging suffering and not delaying death, which would neither be ethically required nor legally permitted.

Keywords

Therapy goal · Palliation · Autonomy · Dignity · Multi-class medicine · Clinical perspectives conference

37. Volkert D, Bauer JM, Frühwald T, Gehrke I, Leichtleiner M, Lenzen-Großimlinghaus R, Wirth R, Sieber C. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG Klinische Ernährung in der Geriatrie – Teil des laufenden S3-Leitlinienprojekts Klinische Ernährung. Aktuell Ernährungsmed. 2013;38:e1–e48. Committee, und das DGEM Steering.
38. Hartog CS, Hoffmann F, Mikolajetz A, Schroeder S, Michalsen A, Dey K, Riessen R, Jaschinski U, Weiss M, Ragaller M. Non-beneficial therapy and emotional exhaustion in end-of-life care: results of a survey among intensive care unit personnel. Anaesthesist. 2018;67:850–8.
39. SELPERS-Homepage – Intensivkurs www.selpers.com/kurs/betreuung-auf-der-intensivstation/. Zugriffen: 14. Apr. 2025.
40. Ethiklehre-Homepage der medizinischen Universität Innsbruck www.i-med.ac.at/medizinethik-lehre/. Zugriffen: 14. Apr. 2025.

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.