

Anästhesie Nachr
<https://doi.org/10.1007/s44179-025-00324-z>
Angenommen: 5. September 2025

© The Author(s) 2025



Klinische Perspektiven Konferenz

Vorsorgedialog im Krankenhaus – Konzept der ARGE Ethik der ÖGARI zur Vermeidung von Übertherapie

Barbara Friesenecker¹ · Astrid Steinwendtner² · Sonja Fruhwald³ · Helga Dier⁴

¹ Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich

² Universitätsklinik für Anästhesiologie, perioperative Medizin und Intensivmedizin, Salzburger Landeskliniken – Universitätsklinikum Salzburg, Salzburg, Österreich

³ Klinische Abteilung für Herz-, Thorax-, Gefäßchirurgische Anästhesiologie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Graz, Graz, Österreich

⁴ Klinische Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum St. Pölten, St. Pölten, Österreich

Zusammenfassung

Klinische Perspektiven Konferenz (KPK) ist wie das international rechtlich verankerte und im niedergelassenen Bereich etablierte Advance Care Planning (ACP) ein ethisch reflektiertes, klinikinternes Konzept zur Vermeidung von Übertherapie. Beide sollen verhindern, dass Patient:innen am Lebensende und in Akutsituationen gegen ihren wahren oder mutmaßlichen Willen behandelt werden. Die dynamische Inhaltsanpassung des Vorsorgedialogs an den Krankheitsverlauf ist wie ein professionelles Schnittstellenmanagement für den zeitnahen Zugang zu relevanten Informationen für alle involvierten Behandler:innen essenziell. Im klinischen Alltag werden bei oft fehlendem Bewusstsein für ein realistisches Therapieziel medizinische Handlungen nur auf Basis technischer Machbarkeit begründet, was Leiden verlängert und Sterben hinauszögert. Dies ist weder ethisch geboten noch rechtlich erlaubt. Die multiprofessionelle Erarbeitung einer gesamtmedizinischen Indikation schafft tragfähigere Entscheidungen und garantiert gleichzeitig einen sinnvollen Ressourceneinsatz.

Schlüsselwörter

Futility · Advance Care Planning · Palliativversorgung · Tumorboard · Ethikberatung

Einleitung

Im klinischen Alltag sind wir mit einer zunehmenden Anzahl an multimorbiden Patient:innen konfrontiert (Patient:innen mit hoher Gebrechlichkeit, hohem Alter, fortgeschrittener Demenz, Komorbiditäten aller Art, nach einem schweren Polytrauma – viele mit einer Kombination aus Genanntem). Ein beträchtlicher Teil wird übertherapiert – teilweise aus Angst vor medikolegalen Konsequenzen, aber auch durch ärztliche Übermotivation, durch die Nicht-Anerkennung der Endlichkeit des Seins, durch Versagensgefühle oder schlichtweg durch Ignoranz. Oft erscheint es einfacher und zunächst auch zeitsparender, medizinische Maßnah-

men einzuleiten, als erklären zu müssen, warum sie nicht indiziert sind. Auch die oberflächlich-tröstliche Idee, „*zumindest nichts versäumt*“ bzw. „*alles Menschenmögliche getan*“ zu haben, wird fälschlich als Sicherheitsstrategie gesehen und lässt uns im „Machen“ verharren. Es gibt noch zu wenig ärztliches Bewusstsein dafür, dass Übertherapie – beginnend bei der Durchführung *nicht oder nicht mehr indizierter Maßnahmen* bis hin zu einer medizinischen *Handlung gegen den Willen* einer Patient:in – eine *Körperverletzung* darstellt und damit eine strafbare Handlung ist. Die Aneignung von ethischem Bewusstsein und rechtlichem Wissen ist die Voraussetzung für eine differenzierte medizinische Entscheidungsfindung, die



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Infobox 1

Mitwirkende Expert:innen

Folgende Expert:innen waren an der Erstellung dieses Konzepts beteiligt:

Mitglieder der ARGE Ethik der ÖGARI (alphabetisch)

Dr. Christian Bodinger (Korneuburg); Dr. Markus Bruckner (Linz); Univ.-Prof. Dr. Walter Hasibeder (Zams); Dr. Maria Luise Hoffmann (Baden); Univ.-Prof. Dr. Christoph Hörmann (St. Pölten); Dr. Andrea Lenhart-Orator (Wien); Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar MSc (Klagenfurt); Dr. Edith Oberascher (Linz); Doz. Dr. Thomas Pernerstorfer (Linz); PD Dr. Bettina Pfaußler (Innsbruck); Dr. Irene Rauscher-Pötsch (Horn); Dr. Christian Roden (Ried); Assoc.-Prof. PD Dr. Eva Schaden (Wien); Dr. Julia Sieber PMME (Vöcklabruck); Dr. Barbara Sitter (Wien); Dr. Rainer Thell (Wien); Dr. Dietmar Weixler MSc (Horn); PD Dr. Michael Zink (St. Veit/Glan)

Nicht-Mitglieder der ARGE Ethik der ÖGARI (alphabetisch)

Dr. Benjamin Hetzer, Innsbruck; Univ.-Prof. Dr. Janett Kreutziger, Innsbruck; Mag. jur. Birger Rudisch, Tiroler Patientenvertretung, Innsbruck.

– gleich wie jede andere medizinische Handlung auch – gelehrt, erlernt und geübt werden sollte. Um auch die Wünsche und Wertewelt von Patient:innen ausreichend in die medizinische Entscheidungsfindung integrieren zu können, ist eine bewusste und vorausschauende Planung seitens der entscheidungstragenden Ärzt:innen wichtig – dies gilt sowohl für den niedergelassenen Bereich (zu Hause, Pflegeheim, Palliativstation etc.) als auch für alle anderen medizinischen Einrichtungen. Gleichwertige Fachbegriffe wie „Vorsorgedialog[®]“, „gesundheitliche Versorgungsplanung“, „vorausschauende Versorgungsplanung“ oder „Vorausplanung der gesundheitlichen Versorgung“ und „Advance Care Planning“ (ACP) legen den Fokus auf eine patient:innenzentrierte Behandlung bei schwerer und/oder fortgeschrittener Erkrankung [1–4]. Grundlage ist ein individuell zu definierendes, realistisches Therapieziel, aus dem sich die Indikation für eine technisch machbare medizinische Behandlung ableiten lässt – oder eben auch nicht, weil die eingeleitete/angedachte Behandlung zwar prinzipiell wirksam, aber für individuelle Patient:in nicht nutzbringend ist.

Wenn das Therapieziel von kurativ auf palliativ geändert wird, muss eine weiterführende, adäquate palliativmedizinische Versorgung durch das Behandlungsteam selbst oder durch Übergabe an ein Palliativteam gewährleistet werden [5]. Auch auf einer Intensivstation kann es wichtig sein, bei medizinischen Entscheidungen den palliativen Gedanken in das individuelle Versorgungskonzept eines schwer kranken Menschen zu integrieren, z. B. bei Menschen in hohem Alter und/oder mit höhergradiger Gebrechlichkeit und/oder Komorbiditäten – Umstände, die die Wahrscheinlichkeit verringern, das angestrebte Therapieziel/das gewünschte Outcome zu erreichen [6, 7].

Das Konzept der *Klinischen Perspektiven Konferenz* (KPK) wurde von der ARGE Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der ÖGARI erstmals 2019 auf ihrem Jahreskongress vorgestellt. KPK ist – vergleichbar mit dem im niedergelassenen Bereich etablierten ACP – ein Instrument zur vorausschauenden Versorgungsplanung mit Fokus auf den *innerklinischen Bereich*. ACP und KPK sind also gleichermaßen Instrumente, die es durch eine vorausschauende Planung des Behandlungspfades möglich machen, Menschen am Lebensende und/oder in Notfallsituationen gemäß ihren *Wünschen und Wertvorstellungen* zu behandeln, vor allem dann, wenn sie diese nicht mehr äußern können. ACP und KPK haben beide das Ziel, nach kritischer Abwägung des *Mortalitätsrisikos* und Einschätzung des *Rehabilitationspotenzials* durch eine *rechtzeitige Therapiezieländerung (TZÄ) Übertherapien* und deren Folgen zu vermeiden [8]. Deutschland hat gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen, die die Umsetzung von ACP erleichtern, wodurch ACP im niedergelassenen Bereich mittlerweile ein weitläufig umgesetztes Konzept ist (www.advancecareplanning.de). ACP unterstützt Patient:innen aktiv dabei, zu reflektieren, welche medizinischen Behandlungen gewünscht bzw. nicht gewünscht sind und wie das Leben bei fortgeschrittener Erkrankung bis hin zum Lebensende entsprechend den eigenen Wünschen und Wertvorstellungen gestaltet werden soll. Patient:innen sollen dabei unterstützt werden, im Rahmen eines Vorsorgedialogs eine verbindliche

oder zumindest eine „andere“ (= nicht-verbindliche) Patient:innenverfügung zu errichten und eine Vertretung nach dem österreichischen Erwachsenenschutzgesetz (ErwSchG) zu bestimmen [9]. Die Gesprächsinhalte im Rahmen des ACP müssen zeitnah schriftlich dokumentiert werden.

Die KPK ermöglicht es, den klinischen Behandlungspfad vor allem für Hochrisikopatient:innen in medizinischen Einrichtungen klarer zu planen und ein für die Patient:in nutzbringendes Therapiekonzept anzubieten bzw. rechtzeitig eine TZÄ (unter Umständen eine „gestaffelte TZÄ“; siehe unten) in Richtung Palliation zu treffen. Hochrisikopatient:innen sind Patient:innen, die mit großer Wahrscheinlichkeit ein schlechtes Outcome bei der Durchführung einer geplanten medizinischen Behandlung haben (hohes Mortalitätsrisiko, schlechtes Rehabilitationspotenzial, große Wahrscheinlichkeit, ein Pflegefall zu werden). Der Leidensdruck von Patient:in muss mit der Größe des chirurgischen Eingriffs, der Invasivität und/oder den Nebenwirkungen einer geplanten Behandlung und den Komorbiditäten, dem Alter, dem Grad an Demenz und Gebrechlichkeit etc. kritisch abgewogen werden. In der Interaktion zwischen Ärzt:in und Patient:in soll durch eine einfühlsame, aber unmissverständliche Aufklärung im Rahmen eines über den üblichen „informed consent“ hinausgehenden Prozesses des „shared decision making“ ein gemeinsamer Weg definiert werden [10, 11]. Dabei wird entsprechend den Wünschen und Wertvorstellungen von Patient:in und dem gemeinsam erarbeiteten Therapieziel folgend definiert, welche der technisch machbaren Handlungen noch gemacht und welche nicht mehr gemacht werden [12].

Sind mehrere Behandler:innen in die Behandlung einer schwer erkrankten Patient:in involviert, sollte bei Hochrisikopatient:innen dem Aufklärungsgespräch eine KPK zur Klärung der medizinisch möglichen Optionen vorausgehen. Dabei sollte im Rahmen einer multidisziplinären ärztlichen Teambesprechung – auch in Abstimmung mit der Pflege und etwaigen anderen Disziplinen (z. B. Physiotherapie, Psychologie) – das individuelle und realistische Therapieziel für Patient:in medizinisch

Infobox 2

Therapiezieländerung braucht **KLARHEIT** in der Kommunikation

Beispielhafte Formulierungen für die schriftliche Dokumentation einer TZÄ in einem Arztbrief zur Transferierung von Patient:innen, die beliebig variierbar sind und situationsadäquat erweitert werden sollen:

- Auf Grund der Schwere der Erkrankung ...
- bei weit fortgeschrittener Grunderkrankung
- bei schlechter Prognose ‚quo ad rehabilitationem‘ ...
- bei infauster Prognose ...
- etc....

wird bei erneuter bzw. weiterer Verschlechterung des Gesundheitszustandes im Rahmen der Therapiezieländerung ...

- ...eine Wiederaufnahme auf eine Intensivstation nicht empfohlen/abgelehnt und der Beginn einer Comfort Terminal Care zur Sterbebegleitung empfohlen
- ... eine Comfort Terminal Care im Rahmen der Sterbebegleitung auf der Normalstation/zuhause unter Beiziehung eines mobilen Palliativteams empfohlen
- ... die Hinzuziehung des Palliativ-Konsiliardienstes zur Festlegung des palliativen Behandlungsplanes für eine bestmögliche Symptomlinderung empfohlen
- ...eine erneute Krankenhausaufnahme auf die Normalstation zur Durchführung einer Comfort Terminal Care im Rahmen der Sterbebegleitung empfohlen, sofern eine adäquate Symptomlinderung im niedergelassenen Bereich nicht möglich ist

Zusatz, wenn es keinen Palliativ Konsiliardienst gibt, kann bei Transfer von ICU auf Normalstation ergänzt werden:

- ...Wir sind gerne bereit, bei der Einstellung/Anpassung der palliativen Therapie auf der Normalstation beratend zur Seite zu stehen...

Empfehlung:

Es ist wichtig, die Worte „Sterben“, „infaust“, „Therapiezieländerung“, „palliativ“, „Sterbebegleitung“, „Comfort Terminal Care“, „Symptomlinderung“ etc. im Text einzubauen, um die Ernsthaftigkeit einer End-of-Life-Situation bewusst zu machen. „Um den heißen Brei herumzureden“, ohne ein klares Wort zum „Sterben“ ausgesprochen zu haben, ist missverständlich. Gerade weil es beim Thema „end-of-life decisions“ viel emotionale Ablehnung und manchmal auch falsche Hoffnung gibt (auch auf ärztlicher Seite), ist Klarheit und Unmissverständlichkeit wichtig.

definiert werden. Aus den zunächst nebeneinanderstehenden Einzelindikationen der involvierten Fachdisziplinen (z. B. Anästhesie, Intensivmedizin, Onkologie, Radiologie, Chirurgie etc.) soll dann, abhängig vom vorher gemeinsam ärztlich definierten, individuellen Therapieziel eine *gesamtmmedizinische Indikation* abgeleitet werden, in der festgelegt ist, welche der zur Verfügung stehenden, prinzipiell wirksamen Therapieoptionen abhängig vom individuellen Therapieziel angeboten bzw. nicht mehr angeboten werden. Über mögliche, aber im individuellen Fall nicht wirksame Therapien muss dann im nachfolgenden Aufklärungsgespräch auch nicht aufgeklärt werden. Das angebotene Therapiekonzept kann alle Abstufungen von einer indizierten, auf Heilung ausgerichteten Therapie bis hin zur TZÄ in Richtung palliative Versorgung und Sterbebegleitung beinhalten, falls die Patient:in auf Grund einer fortgeschrittenen Erkrankung von einer technisch machbaren Behandlung nicht mehr oder nur sehr fraglich profitieren würde („gestaffelte TZÄ“; siehe unten).

Im Rahmen einer KPK müssen vor allem auch bei Hochrisikopatient:innen das *Komplikationsmanagement* (Blutung, Kammerflimmern/HerzKreislaufstillstand, allergischer Schock, Graft-versus-host-Reaktion mit Multiorgandysfunktionssyndrom [MODS], Aplasie mit MODS etc.) und die damit verbundene TZÄ besprochen werden (z. B. keine Konversion auf offene Thorakotomie bei minimalinvasivem kardiologischem Eingriff, keine extrakorporale Membranoxygenierungs[ECMO]-Therapie, keine Übernahme auf die Intensivstation [ICU] oder zeitbegrenzter ICU-Trial, keine Organersatztherapie wie Nierenersatztherapie etc., keine Implantation von Assist Devices, etc.). Dies ist wichtig, da das weitere Prozedere dann nicht erst beim eintretenden Notfall unter Zeitdruck entschieden werden muss. Denn dies stellt für die involvierten medizinischen Fachkräfte erfahrungsgemäß eine besondere Belastung dar und führt häufig durch ein falsch verstandenes „in dubio pro vita“ dazu, dass Entscheidungen getroffen werden, die keinem individuellen Therapieziel folgen und auch oft nicht den Wünschen einer gut aufgeklärten Patient:in entsprechen. In einer Notsituation

ist es aufgrund der Zeitknappheit kaum möglich, die Indikation für die einzelnen Therapieoptionen abzuwägen, weswegen dann automatisch erst einmal der Weg des Machbaren eingeschlagen wird. Ein im Rahmen der KPK bedacht ausformulierter Therapieplan Richtung Palliation (DNR [„do not resuscitate“], DNE [„do not escalate“], CTC [„Comfort Terminal Care“]) [13] bietet dem Team auch im Notfall einen vorbesprochenen Behandlungspfad als Option an, entlastet damit alle medizinischen Fachkräfte und berücksichtigt besser den Patient:innenwillen, sodass es dann eigentlich ein „in dubio pro vita“ nur mehr in Ausnahmefällen geben sollte.

Anmerkung der Autor:innen: Schon bei der Implantation *medizinischer Devices* (Ventricular Assist Devices, Total Artificial Heart, Schrittmacher/Defi-Schrittmacher etc.) muss – ethisch korrekt – besprochen werden, wie und wann man insbesondere in der Sterbephase diese Devices wieder abschaltet. Von Patient:innen und An- und Zugehörigen gibt es immer wieder angstvolle Nachfragen wie „was passiert, wenn man stirbt und dann das Herz – künstlich stimuliert – weiter schlägt?“. Ethisch und rechtlich korrekt ist, dass Ärzt:in bei infauster Prognose und bei sterbenden Menschen ein laufendes Unterstützungssystem abschalten darf und muss – dies gilt gleichermaßen wie für die Beendigung aller anderen im Rahmen einer TZÄ definierten wirkungslosen medizinischen Maßnahmen, für die es im Sterbeprozess kein realistisches Therapieziel mehr gibt. Es kann dann keine Indikation für die Fortführung der Behandlung abgeleitet werden! Sollte eine noch nicht im Sterbeprozess befindliche Patient:in die Abschaltung eines Devices fordern, so ist dies im Rahmen des *Rechts auf autonome Entscheidungen* zu gewähren (selbst wenn eine Weiterführung der Therapie medizinisch indiziert erschiene) [9]. Patient:in muss über die Konsequenzen der Device-Abschaltung bis hin zum Tod aufgeklärt werden – am besten in Anwesenheit einer Gesprächszeug:in. Bei nicht nachvollziehbaren und scheinbar „unvernünftigen“ Entscheidungen ist eine psychiatrische Stellungnahme zum Ausschluss einer behandelbaren psychiatrischen Erkrankung (Depression etc.) als Ursache für den

Sterbewunsch einzuholen. Aber selbst wenn eine Depression therapierbar wäre, hätte Patient:in das Recht auf die Abschaltung des Devices, denn Patient:in darf auch die von Fachärzt:in für Psychiatrie vorgeschlagene Therapie ablehnen und ihren Sterbewunsch entsprechend ihrem *Recht auf Unvernunft* (inhaltlich treffendere Formulierung wäre wohl wieder ihr *Recht auf autonome Entscheidungen*) [9] geltend machen. Im Sinne einer wertschätzenden kollegialen Kommunikation in einem multidisziplinären Team, sollten alle in die Behandlung involvierten Kolleg:innen über die Device-Abschaltung informiert werden. Bei großen Unstimmigkeiten im Team und zur Absicherung der Vorgehensweise kann eine klinische Ethikberatung beigezogen werden. Auf eine zeitnahe schriftliche Dokumentation ist wie bei allen medizinischen Entscheidungen auch bei denen im Rahmen einer Therapiezieländerung zu achten.

Damit die im Rahmen von ACP und KPK besprochenen Informationen über Wünsche und Wertvorstellungen von Patient:in und das besprochene medizinische Vorgehen allen potenziell möglichen Behandler:innen bekannt sind, ist auf ein umfassendes *Schnittstellen Management* – sowohl vom niedergelassenen Bereich ins Krankenhaus als auch für den Patient:innenpfad innerhalb der medizinischen Einrichtungen, als auch bei Entlassung an das übernehmende Team im niedergelassenen Bereich großer Wert zu legen. Hier ergibt sich eine sinnvolle und notwendige Verknüpfung von ACP mit KPK. Für das ACP ergeben sich Schnittstellen zwischen Hausärzt:in/betreuendem Pflorgeteam zu Hause/im Wohn-, oder Pflegeheim, Palliativstation/Hospiz etc. mit Notärzt:in/Rettungsstationen:innen, dem Krankenhaus und vice versa. Für die KPK liegen die wichtigen Schnittstellen innerhalb der Krankenhäuser zwischen Notärzt:in/Rettungsteam und dem Schockraum/der Ambulanz sowie zwischen ICU/OP/sonstigen involvierten Therapie- und Diagnostikeinheiten, der Normalstation und von da wiederum zurück zur betreuenden Hausärzt:in/zum betreuenden Pflorgeteam im niedergelassenen Bereich. Ein gut strukturiertes Schnittstellenmanagement ist demnach eine Möglichkeit, der oft unzureichenden

Koordination im Gesundheitssystem Einhalt zu gebieten, die eine der Ursachen für die oft beobachtete und für Patient:innen sehr belastende „Drehtürmedizin“ ist. Diese steht im Konflikt mit den Prinzipien der Fürsorge und Schadensvermeidung. Viele Heimbewohner:innen erleben sie als wiederholtes, kurzfristiges Einweisen und Entlassen in und aus dem Krankenhaus – meist im Kontext chronischer, komplexer oder sozial belastender Erkrankungen. Diese mangelnde Kontinuität in der Betreuung kranker Menschen gefährdet Patient:innen, erschwert deren Behandlung entsprechend ihrer Wünsche- und Wertewelt und widerspricht dem Gerechtigkeitsgebot, da einerseits die Bedürfnisse kranker Menschen nicht wirklich berücksichtigt (Verletzung des *ius suum*) und andererseits auch Ressourcen ineffizient genutzt/verschwendet werden (Verletzung des Prinzips der *Verteilungsgerechtigkeit*) [14]. ACP und KPK sind also Instrumente, die eine ethisch reflektierte Veränderung hin zu einer ganzheitlichen, patientenzentrierten und nachhaltigen Versorgungsstruktur ermöglichen, die die Autonomie, das Wohl und die Versorgungssicherheit der Patient:innen langfristig gewährleistet – das inkludiert auch Entscheidungen im Rahmen einer Therapiezieländerung, die im Sinne des Wohltuns auf ein *gutes Leben am Ende des Lebens* und ein *Sterben in Würde* gerichtet sind.

Es besteht bei medizinischen Mitarbeiter:innen immer noch Unsicherheit, ob man Informationen zur TZÄ in der Patient:innendokumentation (Papierform oder elektronisch) bzw. auch in einem Arztbrief überhaupt *verschriftlichen* darf. Die schnittstellenübergreifende Weiterleitung von wichtigen Patient:inneninformationen – und das inkludiert selbstverständlich auch Information zur TZÄ – ist im Sinne des funktionierenden ACP/KPK unabdingbar. Daher ist es wichtig, alle Informationen im Rahmen des Vorsorgedialogs (ACP/KPK) verpflichtend schriftlich zu dokumentieren und an alle behandelnden Teams weiterzuleiten – bei besonders komplexen Fällen sollte eine zusätzlich mündliche/telefonische Information der Nachbehandler:innen erfolgen. *ACP und KPK können ohne klare*

und nachvollziehbare schriftliche Dokumentation nicht funktionieren!

ACP und KPK unterstützen demzufolge als gleichwertige Instrumente das derzeit stark verbesserungswürdige Schnittstellenmanagement auf allen Wegen des Patient:innenpfades – sowohl für den niedergelassenen Bereich als auch im Krankenhaus und auf allen Wegen dazwischen, die sich zeitweise überschneiden und idealerweise ergänzen können. ACP und KPK unterstützen die medizinische Entscheidungsfindung und können dazu beitragen, dass Therapien mehr auf die Wünsche und Wertvorstellungen von Patient:innen abgestimmt sind, Indikationen strenger gestellt werden und damit die derzeit beobachtete Übertherapie und ihre negativen Folgen für alle besser vermieden werden kann. *ACP und KPK spielen sich gegenseitig positiv in die Hände – eines ist ohne das andere weniger effektiv, und beide zusammen potenzieren den positiven Effekt!*

Mit ACP und KPK Übertherapie vermeiden

ACP und KPK sind beides wichtige Instrumente, um *Übertherapie* und deren weitreichende, negative Folgen zu vermeiden. Ärzt:innen indizieren und führen häufig medizinische Handlungen durch, nur weil sie technisch machbar sind, obwohl sie für Patient:innen in einer fortgeschrittenen Phase ihrer Erkrankung nicht mehr wirkungsvoll sind. Elshaug definiert Übertherapie als Durchführung von Behandlungen, die sehr wahrscheinlich weder Lebensqualität noch Lebensdauer steigern, die mehr Schaden als Nutzen anrichten oder denen Patient:innen, wenn sie über potenzielle Benefits und Risiken voll informiert gewesen wären, nicht zugestimmt hätten [15]. Übertherapie ist ein weltweit beobachtetes Phänomen in „reichen“ Medizinsystemen. Die Arbeitsgruppe um Cardona-Morell hat sich dieses Problem in einer großen, retrospektiven Studie mit über 1,2 Mio. Patient:innen (USA, Europa/UK, Kanada, Brasilien, Taiwan/Südkorea und Australien) angesehen: Fast 40% der in den letzten sechs Lebensmonaten durchgeführten Behandlungen waren wirkungslos. Ein Drittel der Patient:innen erhielt *nicht-wirkungsvol-*

le Chemotherapien sogar noch in den letzten sechs Lebenswochen [16]. Übertherapie schadet nicht nur Patient:innen, die *chronisch kritisch krank* werden und deren Leiden verlängert wird [17], sondern auch An- und Zugehörigen, die nach langen Intensivaufenthalten ihrer Familienmitglieder häufig ein posttraumatisches Stresssyndrom entwickeln [18]. Bei Behandler:innen ist Übertherapie die häufigste Ursache für ein Burnout [19]. Die größte Belastung für das Gesundheitspersonal (Ärzt:innen wie Pflegekräfte gleichermaßen) stellt das Fortsetzen einer oft belastenden Behandlung ohne klare Heilungsaussicht dar [20]. Schlussendlich schadet Übertherapie auch der Gesellschaft, indem unter Verletzung des ethischen Prinzips der Gerechtigkeit (Verteilungsgerechtigkeit und *ius suum*) [14] erhebliche sinnlose Kosten im Gesundheitssystem entstehen, sodass wertvolle Ressourcen andernorts nicht zur Verfügung stehen. Eine *chronisch kritische Erkrankung* (CCI) als Folge von Übertherapie muss als negatives Ergebnis einer aufwändigen und nicht/nicht mehr indizierten Intensivtherapie vermieden werden, da CCI eine ethisch *nicht* gebotene Verlängerung von Leiden und Hinauszögern von Sterben bedeutet. Dies würden sich die meisten Patient:innen, wenn sie gut aufgeklärt wären, nicht wünschen. Die Daten zeigen aber, dass CCI eine rasch wachsende Gruppe von Patient:innen betrifft (5–10 %), die eine schwere Erkrankung oder große Operationen zunächst überlebt haben, dann aber unter einem persistierenden Multiorgandysfunktionssyndrom (MODS) leiden, über Monate eine hochspezialisierte Versorgung auf einer Intensivstation benötigen, wochenlang maschinell beatmungspflichtig bleiben, wiederholte Infektionen haben, häufig delirant und sehr schwach sind und nach Entlassung wiederholt auf der Intensivstation wiederaufgenommen werden müssen. Über 50 % der chronisch kritischen Kranken sterben innerhalb eines Jahres, die meisten verlassen das Krankenhaus nicht und bleiben in einem Status der hohen Pflegebedürftigkeit [21]. Die Kosten für diese machbaren, aber wirkungslosen medizinischen Maßnahmen (sog. „Futility“) sind zumeist beträchtlich. Übertherapie ist das Ergebnis von zu

spät oder nicht getroffenen Entscheidungen, von schlechter Kommunikation, von schlechtem Schnittstellenmanagement und zu wenig Wissen über Wünsche und Wertvorstellungen unserer Patient:innen.

Insbesondere bei unklarer Prognose kann eine situationsangepasste, *gestaffelte TZÄ* beschlossen werden, wenn ein positives Outcome möglich, aber nicht sicher erscheint und eine *zeitlich limitierte Therapie* als Option gerechtfertigt ist („ICU-Trial“; OP mit hohem Risiko oder Beatmungstherapie bei Pneumonie mit fortgeschrittener Einschränkung der Lungenfunktion, z. B. chronisch obstruktive Lungenerkrankung [COPD], Status nach Lungen(teil)resektionen etc.). Dabei muss a priori klar definiert werden, wie lange die *zeitlimitierte therapeutische Intervention* dauert und in welchen Abständen der Therapiefortschritt reevaluiert werden soll. Es müssen objektivierbare Indikatoren festgelegt werden, die definieren, ob eine Therapie erfolgreich ist oder nicht. Bei Erfolglosigkeit ist es wichtig, eine mögliche Entscheidung zur palliativen Therapie von Anfang an offen – sowohl im Behandlungsteam als auch mit der Patient:in bzw. deren Vertreter:in kommuniziert zu haben. So kann z. B. im Rahmen der KPK festgelegt werden, dass im Falle eines Herz-Kreislaufstillstands keinesfalls reanimiert wird oder dass im Falle eines sich verschlechternden MODS die laufende Therapie nicht gesteigert wird (DNE: kein Nierenersatzverfahren, keine ECMO-Therapie, keine hochdosierte Herz-Kreislauf-Therapie, oder im Falle von Komplikationen keine weiterführende OP bei minimalinvasiven Eingriffen, vor allem dann, wenn der Patient:in vorher als *„eigentlich zu schlecht zum Operieren“* beurteilt wurde) [13].

Als *klassisches Beispiel* für die Notwendigkeit der Durchführung eines Vorsorgedialogs und für die sinnvolle Verknüpfung von ACP mit KPK inklusive eines korrekten Schnittstellenmanagements sei die Geschichte einer 86-jährigen, mobilen, sich zu Hause noch selbst versorgenden Patientin mit einem Bauchaortenaneurysma geschildert: Die Patientin war jahrelang in guter Versorgung durch ihre Hausärztin („klassische“ Komorbiditäten wie koronare Herzkrankheit [KHK], Hypertonie, COPD, Niereninsuffizienz) und wollte sich

bewusst nicht operieren lassen – schlussendlich wurde sie chirurgisch als inoperabel eingeschätzt. Es war alles mündlich besprochen, aber schriftlich nichts im Sinne eines ACP dokumentiert. In der nicht anders zu erwartenden (aber meist nicht gut besprochenen) Notfallsituation, die im Rahmen eines Sturzes auftrat, und bei zunehmender Symptomlast, fragte sie nach ärztlicher „Hilfe“ – vornehmlich mit dem Wunsch nach Symptomlinderung. Obwohl vorher als inoperabel eingeschätzt, wurde sie – wie häufig ohne entsprechendes ACP im Vorfeld – im Notfall dann doch operiert (mit dem Argument: *„sie wollen doch nicht verbluten, oder?“*). Der klassische „sunk cost effect“ (*„wer A sagt, muss auch B sagen“*) [22] führte zur Übernahme auf eine Intensivstation bei postoperativen Mehrorganversagen, wo sie sechs Wochen behandelt wurde. Weil Intensivtherapie manchmal einfach „zu gut“ ist (ärztlich wie pflegerisch), ist die Patientin nicht im Zuge des Krankenhausaufenthalts verstorben, sondern erst nach weiteren drei Monaten als schwerer Pflegefall in einem Pflegeheim. Dies ist ein klassischer Fall für eine nicht angemessene Behandlung – ärztliches Handeln steht im Widerspruch zu dem anfangs mit der Patientin besprochenen und von ihr gewünschten Weg. Im Rahmen ihrer *chronisch kritischen Erkrankung* hat die Patientin mehrmals gesagt, dass sie *„sehr unzufrieden ist mit ihrem Zustand“*, sich das *„so nicht gewünscht“* hat und *„lieber gestorben“* wäre. Ohne klare vorausschauende Planung und auch ohne eine unmissverständliche Akut-Aufklärung sowie ohne ausreichende Teamkommunikation nahm die *Futility* ihren Lauf. Wenn eine Patient:in keine Operation wünscht, sollte die Hausärzt:in im Rahmen des ACP so früh wie möglich eine Patientenverfügung und die Festlegung einer Stellvertretung im Sinne des österreichischen ErwSchGs initiieren. Im Zuge eines korrekten „shared decision making“ muss auch das Komplikationsmanagement detailliert besprochen und das Besprochene schriftlich fixiert werden (*„Was macht man im Notfall? Der zu erwartende Notfall in unserem Beispiel wäre z. B. zunehmende Symptomlast durch Perforation/bei Blutung?“*). Sollten im Vorfeld keine Gespräche im Sinne eines ACP stattgefunden haben, dann kann immer noch –

auch im Notfall – im Rahmen einer KPK im Team der anwesenden Behandler:innen (Schockraum, OP, ICU) die Indikation für eine Operation/Intensivbehandlung in Abwägung der bestehenden Komorbiditäten sowie unter Einbezug des Willens der Patient:in kritisch diskutiert und bei fehlendem Therapieziel eine TZÄ mit konservativem Vorgehen und rein palliativer Betreuung beschlossen werden. Bei unklarer Prognose oder fraglichem Therapieziel kann es z. B. indiziert sein, eine Operation durchzuführen (wenn die Patient:in einverstanden ist), aber es muss bei schlechtem Rehabilitationspotenzial für den Fall eines wahrscheinlich notwendigen, längerfristigen Intensivaufenthalts bereits im Vorfeld klar definiert werden, was man im Falle von intraoperativen Komplikationen nicht mehr macht (DNE: z. B. keine Reanimation, kein Nierenersatzverfahren, keine invasive Beatmung, keine ECMO-Therapie, etc.). Im geschilderten Fall galt die Patientin als inoperabel und sie wollte eine OP auch eigentlich nicht – wurde aber dann dazu „überredet“, indem man ihr Angst vor dem Tod durch Verbluten machte! Richtig wäre es gewesen, mit der im Notfall um Hilfe bittenden Patientin (nochmals) ein offenes Gespräch über das Sterben durch Verbluten aus einem großen Gefäß und die dabei gut mögliche Symptomlinderung im Rahmen palliativer Versorgung zu führen – Inhalte, die der Patientin nach durchgeführtem ACP bekannt sein sollten. Eine einfühlsame, aber unmissverständliche Kommunikation ist dann durchaus eine große Herausforderung, aber im Sinne der Vermeidung von Übertherapie und eines nicht gewollten langen Leidensprozesses notwendig.

Der geschilderte Fall ist ein gutes Beispiel für die Notwendigkeit und die Vorteile eines korrekten Schnittstellenmanagements im Rahmen von ACP und KPK: Sollte – anders als im geschilderten Fall – in der Akutsituation nach stattgehabtem ACP die Symptomlast so hoch sein, dass Patient:in in ein Krankenhaus transferiert werden muss, kann bei gutem Schnittstellenmanagement mit der Übermittlung der im Rahmen des ACP festgelegten palliativen Situation, was essenziell auch für die weitere, nichtoperative, palliative Behandlung im Krankenhaus ist, ein *Sterben in Würde* unter *bestmöglicher Symptomlinderung*

ermöglicht werden. Dadurch wird nicht zielführender medizinischer Aktionismus durch das medizinische Team im Krankenhaus verhindert (im gegenständlichen Fall die Durchführung einer medizinisch nicht indizierten – und auch von Patientin nicht gewünschten – Operation mit allen Folgebehandlungen auf der Intensivstation) und eine fürsorgliche Begleitung des Sterbeprozesses im Rahmen einer Comfort Terminal Care (CTC) ermöglicht [23].

Tools zur Identifizierung von Hochrisikopatient:innen im Rahmen einer KPK

Im Rahmen einer KPK soll die Sinnhaftigkeit einer medizinisch machbaren Handlung gegen das realistisch erreichbare, individuelle Therapieziel von Hochrisikopatient:in abgewogen und im Sinne von deren Wünschen und Wertvorstellungen diskutiert werden. Dabei muss das Patient:innenwohl auf Basis der klinisch-wissenschaftlichen Fakten (Evidenz – so vorhanden) und auf Basis der klinischen Erfahrung (österreichisches Ärztegesetz, ÄrzteG § 49a) im Zentrum ärztlichen und pflegerischen Entscheidens und Handelns stehen [24]. Es kann eine große Herausforderung sein, das Mortalitätsrisiko, die Wahrscheinlichkeit des gewünschten Outcomes und das Rehabilitationspotenzial korrekt abzuwägen. Es ist daher sinnvoll, den Entscheidungen Scores zugrunde zu legen, die eine objektivere Betrachtung des Risikopotenzials einer Patient:in ermöglichen, immer bedenkend, dass ein statistisch für ein Kollektiv ermitteltes Risiko die Mortalität für das einzelne Individuum nicht exakt voraussagen kann. Die Scores sollen daher auch explizit nicht dafür verwendet werden, endgültige Entscheidungen zu treffen, sie bieten aber eine Möglichkeit, Hochrisikopatient:innen zu identifizieren und damit ein objektivierbares Kriterium für die Einberufung einer KPK zu haben. Ohne KPK sollte bei Hochrisikopatient:innen eine aufwändige, medizinische Intervention nicht begonnen werden.

Die im Folgenden genannten Scores wurden von der AG Ethik der ÖGARI schon zu Pandemiezeiten als Entscheidungstool zur Risikoabschätzung der an Corona erkrankten Patient:innen empfohlen (www.oegari.at/arbeitsgruppen/arge-ethik-in-anaesthesie-und-intensivmedizin/1004)

und sind gut geeignet, unkompliziert und nicht zu zeitaufwändig eine Aussage über das Risikopotenzial einer Patient:in für schlechtes Outcome zu erhalten:

Der *ADL-Score* beurteilt die Fähigkeit von Patient:in, mit den Herausforderungen des täglichen Lebens zurechtzukommen [25]. Die Mortalitätswahrscheinlichkeit steigt signifikant bei einem ADL-Wert < 10. Die *Dalhousie Frailty Scale* (DFS; Synonym CFS = Clinical Frailty Scale) beurteilt die Gebrechlichkeit von Patient:in [26, 27]. Die Mortalitätswahrscheinlichkeit und das Risiko, ein Pflegefall zu werden, steigen signifikant ab einer Frailty von 5. Die ADLs und Gebrechlichkeit sollten auf Grund ihrer hohen Aussagekraft für ein schlechtes Outcome routinemäßig bei allen Patient:innen erhoben werden, wobei speziell die Gebrechlichkeit auch ein *alternsunabhängiger* Prädiktor für schlechtes Outcome ist und positiv mit der Schwere einer Demenz korreliert. Zur Risikoabwägung chirurgischer Patient:innen kann der *POS-POM-Score* [28] herangezogen werden. Er errechnet die postoperative Mortalitätswahrscheinlichkeit in Abhängigkeit von den Co-Morbiditäten und der Invasivität des chirurgischen Eingriffs. Die genannten Scores haben im Entscheidungsprozess eine *Ampelfunktion*. Eine orange Ampel mit einem ADL-/Frailty-Score unter/über den genannten Grenzwerten spricht für eine hohe perioperative Mortalität, was zusammen mit bekannten Begleiterkrankungen die Identifizierung einer Hochrisikopatient:in ermöglicht (z. B. im Vorfeld einer geplanten medizinischen Handlung, vor der Anwendung eines teuren Medikaments, vor Übernahme auf eine ICU etc.). Bei oranger Ampel sollte eine KPK einberufen werden, um im oft multiprofessionellen Team der Behandler:innen das Therapieziel zu überdenken, eine *gesamtmedizinische Indikation* zu erarbeiten und das weitere Vorgehen inklusive der Besprechung des Komplikationsmanagements strategisch festzulegen. Da das vorgeschlagene Scoring *alleine* nicht zu einer Entscheidung über die Durchführung oder Nichtdurchführung einer medizinischen Handlung empfohlen wird, gibt es keine rote Ampel. Die orange Ampel hat nach der erfolgreichen Identifizierung

von Hochrisikopatient:innen erst über die nachfolgende Besprechung im Rahmen einer KPK eine therapeutische Entscheidung zur Folge. Im Anschluss an eine KPK sind immer auch Patient:in und/oder deren Vertreter:innen über besprochene Inhalte ausführlich aufzuklären. Über eine prinzipiell wirksame, aber nicht indizierte Behandlung muss und braucht auch nicht aufgeklärt werden, es sei denn, Patient:in fragt danach.

Der Zeitaufwand für eine KPK kann sehr unterschiedlich sein. Manchmal werden Zusatzuntersuchungen, auch mehrfache Besprechungen notwendig sein, um die Situation im Team der Behandler:innen gemeinsam entscheiden zu können, und manchmal genügt ein Gespräch z.B. im Schockraum unter allen anwesenden Fachärzt:innen oder ein Team-Telefonat, um kurz abzuklären, wie man weiter vorgehen sollte. Selbst im Notfall ist es meist möglich, bei einem kurzen „team timeout“ mit den anwesenden Kolleg:innen gemeinsam abzuwägen, was man macht und – vor allem – was man nicht mehr macht.

Das Wissen um die *medizinethischen* und *-rechtlichen Grundlagen* sowie die Kenntnis der Tools, die es ermöglichen, Hochrisikopatient:innen zu identifizieren, sind Voraussetzung für eine patient:innenzentrierte, gerechte medizinische Entscheidungsfindung und können – praktisch angewendet – bei schwierigen Entscheidungsprozessen im klinischen Setting helfen, Übertherapie und deren negative Folgen für ALLE zu vermeiden.

KPK und Tumorboard sind inhaltlich nicht das Gleiche. Im Tumorboard werden primär die Indikation für technisch mögliche Behandlungen eines Tumors sowie allfällige Behandlungsalternativen interdisziplinär festgelegt. Ein Tumorboard trifft in der Regel seine Entscheidungen basierend auf der prinzipiellen Machbarkeit und nicht unter Einbeziehung der individuellen Wünsche und Wertvorstellungen einer Patient:in. Eine patientenbezogene Werteanalyse in die Betrachtung des therapeutischen Weges mit einzubeziehen, würde den zeitlichen Rahmen einer Tumorboardbesprechung meist sprengen. Nachdem häufig auch nicht alle an der Behandlung beteiligten Ärzt:innen anwesend sind, können im Tumorboard nicht

alle Aspekte einer therapeutischen Entscheidung umfassend beleuchtet werden, die man aber bei Hochrisikopatient:innen im Vorfeld medizinischer Handlungen diskutieren muss. Somit ist ein Tumorboard zwar *ein* wichtiger Teil auf dem Weg zur Erstellung einer *gesamtmedizinischen Indikation*, darf aber ohne umfassende Besprechung im Team aller involvierten Behandler:innen nicht alleine ausschlaggebend für eine Therapieentscheidung sein. Das Tumorboard kann auch ein sehr gut geeigneter Ort sein, um Patient:innen zu identifizieren, die eine weiterführende Besprechung z.B. im Sinne einer KPK benötigen.

Klinische Ethikberatung (Synonyme: *klinisches Ethik-Komitee [KEK]*, *Ethikboard*, *Ethikberatung*, *Ethikberatungsdienst*) ist bereits in vielen Krankenhäusern Österreichs eingerichtet – es ergeht an dieser Stelle die ausdrückliche Empfehlung an alle Krankenhäuser, die noch kein KEK haben, zeitnahe ein multidisziplinäres KEK zur Unterstützung für anstehende, ethisch herausfordernde medizinische Entscheidungen einzurichten. Wenn kein Zeitdruck herrscht, kann eine klinische Ethikberatung in die ärztliche Entscheidungsfindung mit einbezogen werden, falls sich Uneinigkeiten im Rahmen des Entscheidungsprozesses im Team der Behandler:innen nicht klären lassen oder sich kein Konsens für die Besprechung mit Patient:in bzw. deren Vertreter:in/An- und Zugehörigen herstellen lässt. Die Mitglieder des KEK (je nach Fall: Ärzt:in (immer), Pflegeperson (immer), Jurist:in, Theolog:in, Philosoph:in, Sozialarbeiter:in, Physiotherapeut:in etc.) erarbeiten nach ausführlicher Befassung mit dem Fall und Beleuchtung des Problems aus unterschiedlichen Perspektiven einen Handlungsvorschlag und erstellen ein Beratungsprotokoll. Dem behandelnden ärztlichen Team, das die endgültige Entscheidungsverantwortung trägt, steht es frei, diesen Handlungsvorschlag anzunehmen oder sich anders zu entscheiden. Patient:innen und An- und Zugehörigen fällt es besonders in kritischen Lebenssituationen leichter, mit komplexen medizinischen Entscheidungen zurechtzukommen (z.B. eine medizinische Handlung auf Grund fehlender Indikation zu unterlassen – z.B. auf eine weitere Che-

motherapie zu verzichten, eine Operation nicht durchführen etc.), wenn mehrere Fachleute aus unterschiedlichen Perspektiven den Fall beleuchtet haben. Dann ist das Unterlassen für alle Beteiligten oftmals besser auszuhalten, auch für das behandelnde medizinische Team. Obwohl nur konsiliarisch beratend, kann ein KEK helfen, schwierige Entscheidungen auf einem breiteren Rücken zu tragen. Ein KEK kann auch einen interdisziplinären/multiprofessionellen Diskurs moderieren und damit die Situation in den behandelnden Teams entlasten, wenn die Fronten verhärtet sind. Ebenso kann ein KEK ein gemeinsames Gespräch zwischen den An- und Zugehörigen und dem medizinischen Behandlungsteam moderieren und so zu einer einvernehmlichen Lösung beitragen. Dabei ist großer Wert darauf zu legen, dass die medizinische Therapiestrategie (Therapieziel/Indikation) VORHER im Rahmen einer KPK ärztlich festgelegt wurde. Ärztlicher Dissens vor den An- und Zugehörigen verunsichert und kann zum kommunikativen Chaos führen. Daher ist die Gesprächssituation im großen Kreis mit mehreren Ärzt:innen, Patient:in/An- und Zugehörigen/Vertreter:in gut zu planen und sehr strukturiert durchzuführen – mit einer Person als Moderator:in und erst *nach* ärztlicher Einigung über das *individuelle Therapieziel* und Festlegung einer *gesamtmedizinischen Indikation*.

Ein *palliativer Behandlungsplan* muss nach jeder Therapiezieländerung erstellt werden, der Wünsche und Wertvorstellungen von Patient:in kurz skizziert und Wohltun im Sinne einer ganzheitlichen Behandlung mit bestmöglicher Symptomlinderung für ein „gutes Leben am Ende des Lebens“ bzw. ein „Sterben in Würde“ im Rahmen einer Comfort Terminal Care (CTC) festlegt [23]. Der mögliche „Schaden“ z.B. durch Nebenwirkungen oder belastende Therapien (Chemotherapie, große Operation, Strahlentherapie, nebenwirkungsreiche Medikamente etc.), darf nur in Kauf genommen werden, wenn bei einer indizierten und wahrscheinlich wirksamen Therapie der erwartete Nutzen (z.B. tumorfreies Leben zumindest für eine gewisse Zeit, Wiedererlangung der Selbstständigkeit nach einem neurochirurgischen Eingriff etc.) das Ausmaß des möglichen Schadens mit großer Wahr-

scheinlichkeit übertrifft – entsprechend der Balance der Prinzipien nach der Prinzipienethik von Beauchamp und Childress [29] – und die vorgesehene Behandlung verhältnismäßig erscheint. Wenn der Schaden mit großer Wahrscheinlichkeit größer als der erwartete Nutzen ist, muss eine Therapiezieländerung durchgeführt werden [5]. Der § 2 des österreichischen Ärztegesetzes (1998) schreibt Kenntnisse in Schmerztherapie und Palliativmedizin für jede Ärzt:in vor [24]: „Die Ausübung des ärztlichen Berufes umfasst jede auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründete Tätigkeit, die unmittelbar am Menschen oder mittelbar für den Menschen ausgeführt wird, insbesondere...“ unter anderem wird „Schmerztherapie und Palliativmedizin“ angeführt. Für komplexe medizinische Fälle ist es wichtig und notwendig, weiterhin ein spezialisiertes Palliativteam mit seiner spezifischen Expertise in die Behandlung zu involvieren oder die Patient:in in einen spezialisierten palliativmedizinischen Bereich eines Krankenhauses zu verlegen (Palliativstation/Hospiz).

Konklusion

Moderne Medizin soll Leiden nicht verlängern und Sterben nicht hinauszögern, daher müssen ihre überaus wirksamen Methoden gezielt eingesetzt und dieser Einsatz regelmäßig auf seine Sinnhaftigkeit und den Nutzen für Patient:innen überprüft werden [30]. Medizinischer Machbarkeitswahn fügt betroffenen Patient:innen, aber auch allen anderen (An- und Zugehörigen, betreuenden Teams) großen Schaden zu, verursacht sinnloses Leiden, verbraucht ökonomische und ökologische Ressourcen und gefährdet unsere derzeit noch funktionierenden, solidarischen Gesundheitssysteme. ACP und KPK sind Instrumente, mit deren Hilfe *Übertherapie* und deren negative Folgen besser vermieden werden können. Ärztliche Entscheidungsfindung wird durch die Definition einer *gesamtmmedizinischen Indikation*, die sich aus einem vorher vom Team der Behandler:innen definierten, individuellen Therapieziel ableitet, und durch die Miteinbeziehung der Wünsche und Wertvorstellungen von Patient:innen treffsicherer, auch weil Informationen

über Wünsche und Wertvorstellungen von Patient:innen zeitnäher verfügbar sind. Die KPK hat das Ziel, den Behandlungspfad für Hochrisikopatient:innen festzulegen – wenn möglich Heilung zu erreichen, aber gegebenenfalls auch palliativmedizinisch zu begleiten, um bei schwerer Erkrankung sowohl ein *gutes Leben am Ende des Lebens* unter bestmöglicher Symptomlinderung sicherzustellen als auch ein *Sterben in Würde* zuzulassen. Eine KPK inkludiert auch Entscheidungen, die in anderen ethischen Bereichen der patient:innenbezogenen Entscheidungsfindung (teure Medikamente, seltene Erkrankungen, kultursensitive Fragestellungen, Perinatal-/Präimplantationsdiagnostik etc.) spezifisch zu treffen sind.

Um einen guten Informationsfluss bei Patient:innen mit komplexen Lebensgeschichten und/oder Leidenszuständen zu gewährleisten und nicht nach dem „Stille Post-Prinzip“ Informationen an den Schnittstellen zu verfälschen oder ganz zu verlieren, müssen Befunde, Diagnosen und Therapieziel immer schriftlich dokumentiert und übergeben werden. Die oft rein mündlichen Übergaben führen zur Verfälschung oder dem Verlust wichtiger Informationen, während eine umfängliche und verständliche schriftliche Dokumentation der ethischen, rechtlichen und der für das jeweilige Individuum gemäßen Dimension Rechnung trägt. Nur ein im Vorfeld durch niedergelassene Ärzt:innen durchgeführtes ACP, ein folgend gutes Schnittstellenmanagement mit vollständiger Informationsübergabe bis zum Krankenhaus, eine gute Entscheidungsfindung und Informationsübergabe innerhalb des Krankenhauses (KPK) und die Informationsübergabe wieder zurück in die häusliche oder Pflegeheimbetreuung, ermöglichen eine qualitätsvolle und hochwertige Betreuung schwer kranker Menschen entsprechend ihren Wünschen und Wertvorstellungen. Nur durch eine realistische Entscheidungsfindung im Sinne einer gewünschten *Rationalisierung* können wir Ärzt:innen den Einsatz der zur Verfügung stehenden Ressourcen steuern und so unter anderem wesentlich zum Erhalt unseres solidarischen Gesundheitssystems beitragen, um die bei zunehmender Ressourcenknappheit

drohende, betriebswirtschaftlich gesteuerte *Rationierung*, sowie die Entstehung einer Zwei- oder Mehrklassenmedizin hintanzuhalten.

Stellen wir uns der Verantwortung neben Wissenschaftlichkeit als Grundlage ärztlicher Entscheidungsfindung, Entscheidungen immer auch ethisch reflektiert und unter dem Gesichtspunkt der Menschlichkeit zu treffen. Nur so können wir die Durchführung unangemessener, nicht indizierter Behandlungen vermeiden und dazu beitragen, die drohende Rationierung im Gesundheitssystem hintanzuhalten – auch das ist unsere ärztliche Aufgabe!

Korrespondenzadresse



© Privat

Univ.-Prof. Dr. Barbara Friesenecker

Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck
Anichstr. 35, 6020 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, A. Steinwendtner, S. Fruhwald und H. Dier 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

- Advance care planning deutschland www.advancecareplanning.de. Zugriffen: 2. Sept. 2025.
- Wegleitner K, Medicus E. Palliativer Behandlungsplan und ethischer Orientierungsrahmen. In: Wegleitner K, Heimerl K, Heller A, Hrsg. Zu Hause sterben – der Tod hält sich nicht an Dienstpläne. Ludwigsburg: Hospiz Verlag; 2012. ISBN 978-3-941251-50-2.
- Vorausschauende Betreuung des Landesinstituts für integrierte Versorgung, Tirol www.palliativ-tirol.at/page.cfm?vpath=informationen/vorausschauende-betreuungsplanung. Zugriffen: 2. Sept. 2025.
- Vorsorgedialog, Hospiz Österreich www.hospiz.at/fachwelt/vorsorgedialog/. Zugriffen: 2. Sept. 2025.
- 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. Therapiezielländerungen 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.
- Metaxa V, Anagnostou D, Vlachos S, Arulku-maran N, Bensemmame S, van Dusseldorp I, Aslakson RA, Davidson JE, Gerritsen RT, Hartog C, Curtis JR. Palliative care interventions in intensive care unit patients. Intensive Care Med. 2021;47(12):1415–25. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06544-6>. Erratum in: Intensive Care Med. 2022 Apr;48(4):516. <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06600-1>.
- Kesecioglu J, Rusinova K, Alampi D, Arabi YM, Benbenishty J, Benoit D, Boulanger C, Cecconi M, Cox C, van Dam M, van Dijk D, Downar J, Ef-stathiou N, Endacott R, Galazzi A, van Gelder F, Gerritsen RT, Girbes A, Hawryluck L, Herridge M, Hudec J, Kentish-Barnes N, Kerckhoffs M, Latour JM, Malaska J, Marra A, Meddick-Dyson S, Mentzelopoulos S, Mer M, Metaxa V, Michalsen A, Mishra R, Mistraretti G, van Mol M, Moreno R, Nelson J, Suñer AO, Pattison N, Prokopova T, Puntillo K, Puxty K, Qahtani SA, Radbruch L, Rodriguez-Ruiz E, Sabar M, Schaller SJ, Siddiqui S, Sprung CL, Umbrello M, Vergano M, Zamboni M, Zegers M, Darmon M, Azoulay E. European Society of Intensive Care Medicine guidelines on end of life and palliative care in the intensive care unit. Intensive Care Med. 2024;50(11):1740–66. <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07579-1>.
- Marx G, Hoffmann F, Walcher F. Überversorgung und Übertherapie in der Intensivmedizin – wichtige Themen in einer herausfordernden Zeit, die einen differenzierten Diskurs benötigen. Med Klin Intensivmed Notfallmed. 2021;116:279–80. <https://doi.org/10.1007/s00063-021-00822-3>.
- Österreichisches Erwachsenenschutzgesetz www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2017_I_59/BGBLA_2017_I_59.pdf. Zugriffen: 2. Sept. 2025.
- Veatch RM. Models for ethical medicine in a revolutionary age. Hastings Cent Rep. 1972;2(3):5–7. Shared decision making.
- Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). Soc Sci Med. 1997;44(5):681–92.
- Dutzmann J, Duttge G, Michalsen A, et al. Indikation als unverzichtbare Grundlage ärztlichen Handelns. MedR. 2025;43:253–7. <https://doi.org/10.1007/s00350-025-6998-6>.
- Friesenecker B, Fruhwald S, Roden C. Erweiterte Nomenklatur und Terminologie rund um die Situationen am Lebensende. Anäst Nachr. 2023;5:134–7. <https://doi.org/10.1007/s44179-023-00145-y>. ARGE Ethik der ÖGARI.
- Friesenecker B, Gasser G, Fruhwald S, et al. Reflexion zur Gerechtigkeit bei Therapieentscheidungen. Anäst Nachr. 2024;6:220–4. <https://doi.org/10.1007/s44179-024-00265-z>.
- 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 healthcare. Lancet. 2017 Jul 8;390(10090):191–202. doi: 10.1016/S0140-6736(16)32586-7; [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32586-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32586-7).
- Cardona-Morrell M, Kim J, 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), 456–469.
- Macintyre NR. Chronic critical illness: the growing challenge to health care. Respir Care. 2012;57(6):1021–7.
- Hickman RL Jr, Douglas SL. Impact of chronic critical illness on the psychological outcomes of family members. AACN Adv Crit Care. 2010;21(1):80–91.
- Fumis RR, Junqueira Amarante GA, 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):71.
- Hartog CS, Hoffmann F, Mikolajetz A, Schröder S, Michalsen A, Dey K, Riessen R, Jaschinski U, Weiss M, Ragaller M, et al. Non-beneficial therapy and emotional exhaustion in end-of-life care: results of a survey among intensive care unit personnel. Anaesthetist. 2018;1(0):4–12. SepNet Critical Care Trials Group – Ethicus II Studiengruppe..
- Lamas D. Chronic critical illness. N Engl J Med. 2014;370(2):175–7.
- Arkes HR, Blumer C. The psychology of sunk cost. Organ Behav Hum Decis Process. 1985;35(1):124–40. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(85\)90049-4](https://doi.org/10.1016/0749-5978(85)90049-4).
- 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;73:177–85. <https://doi.org/10.1007/s00101-024-01382-9>. ARGE Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der ÖGARI.
- Österreichisches Ärztegesetz www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10011138/\char196rztG%201998%2c%20Fassung%20vom%2008.03.2023.pdf?FassungVom=2023-03-08.
- 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 Sep 21;185:914–9. doi: 10.1001/jama.1963.03060120024016. PMID: 14044222.
- Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, Mitnitski A. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. ACMAJ. 2005;173(5):489–95. Division of Geriatric Medicine, Dalhousie University.
- Costa D, Aladio M, Girado CA, Ricardo de la Hoz P, Berensztejn CS. Frailty is independently associated with 1-year mortality after hospitalization for acute heart failure. Int J Cardiol Heart Vasc. 2018;21:103–6.
- Le Manach Y, Collins G, Rodseth R, Le Bihan-Benjamin C, Biccari D, Riou B, Devereaux PJ, Landais P. Preoperative score to predict postoperative mortality (POSPOM): derivation and validation. Anesthesiology. 2016;124(3):570–9. Berechnung des Scores: <http://perioperativerisk.com/mortality/> (zuletzt aufgerufen am 24.8.2022).
- Beauchamp TL, James F. Childress: principles of biomedical ethics. 6. Aufl. Oxford University Press; 2008. ISBN 0-19-533570-8.
- Stellungnahme (vom 09.02.2015) – Sterben in Würde der Bioethik Kommission des österreichischen Bundeskanzleramtes www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/bioethikkommission/publikationen-

Keywords

Futility · Advance care planning · Palliative care · Tumor board · Ethics consultation

[bioethik/empfehlungen.html](https://www.bioethik.de/empfehlungen.html). Zugegriffen: 2. Sept. 2025.

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