

Anästhesie Nachr
<https://doi.org/10.1007/s44179-025-00328-9>
Angenommen: 9. September 2025

© The Author(s) 2025



Konzept zur Klinischen Perspektiven Konferenz

Empfehlungen 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 Anesthesiologie, perioperative Medizin und Intensivmedizin, Salzburger Landeskliniken – Universitätsklinikum Salzburg, Salzburg, Österreich

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

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

Zusammenfassung

Die Klinische Perspektiven Konferenz (KPK) ist wie das Advance Care Planning (ACP) ein ethisch reflektiertes Instrument zur Vermeidung von Übertherapie. Über eine realistische Nutzen-/Schadenabwägung für die geplanten Intervention sollten alle involvierten Behandler:innen gemeinsam im Rahmen einer KPK ein realistisches Therapieziel definieren und daraus gemeinsam eine gesamtmedizinische Indikation ableiten. Besonders dort, wo ACP im präklinischen Setting noch nicht ausreichend stattgefunden hat, oder wenn eine fortgeschrittene Erkrankung erst im Krankenhaus evident wird, wäre eine als Vorsorgeinstrument flächendeckend in medizinischen Einrichtungen etablierte KPK ein sehr sinnvolles Instrument, um Hochrisikopatient:innen frühzeitig zu identifizieren, tragfähige Entscheidungen zu treffen, Übertherapie zu vermeiden und Ressourcen sinnvoll einzusetzen.

Schlüsselwörter

Übertherapie · KPK · ACP · Ethikboard · Ethikberatung

Vorbemerkung

Für die Erstellung des vor kurzem publizierten Papiers „*Klinische Perspektiven Konferenz (KPK) – Vorsorgedialog im Krankenhaus – Konzept der AG Ethik der ÖGARI zur Vermeidung von Übertherapie*“ haben Vertreter:innen der AG Ethik gemeinsam mit an ethischen Fragestellungen interessierten Fachkolleg:innen intensiv gearbeitet. Dieser Übersichtsartikel fasst auszugsweise wesentliche Aussagen des Papiers zusammen und verweist in den Details auf die Langversion, die auch entsprechende Literaturverweise beinhaltet (■ Infobox 1).

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, Nicht-Anerkennung der Endlichkeit des Seins, Versagensgefühle oder schlichtweg Ignoranz. Oft erscheint es einfacher und zunächst auch zeitsparender, medizinische Maßnahmen einzuleiten, als erklären zu müssen, warum sie nicht indiziert sind. Es gibt



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Infobox 1

Friesenecker B, Steinwendtner A, Fruhwald S, Dier H, et al. Klinische Perspektiven Konferenz – Vorsorgedialog im Krankenhaus – Konzept der AG Ethik der ÖGARI zur Vermeidung von Übertherapie. Anästhesie Nachr. 2025; <https://doi.org/10.1007/s44179-025-00324-z>. Autor:innen:

- Univ.-Prof. Dr. Barbara Friesenecker, Innsbruck (korrespondierende Autorin)
- OÄ Dr. Astrid Steinwendtner, Salzburg
- Univ.-Prof. Dr. Sonja Fruhwald, Graz
- OÄ Dr. Helga Dier, St. Pölten

Außer den genannten Autor:innen waren folgende Expert:innen in die Erstellung dieses Papiers involviert (in alphabetischer Reihenfolge):

Dr. Christian Bodinger (Korneuburg); Dr. Markus Bruckner (Linz); Univ.-Prof. Dr. Walter Hasibeder (Zams); Dr. Benjamin Hetzer (Innsbruck); Dr. Maria Luise Hoffmann (Baden); Univ.-Prof. Dr. Christoph Hörmann (St. Pölten); Univ.-Prof. Dr. Janett Kreutziger (Innsbruck); Dr. Andrea Lenhart-Orator (Wien); Univ.-Prof. Dr. Rudolf Likar, MSc (Klagenfurt); Dr. Edith Oberascher (Linz); Doz. Dr. Thomas Pernerstorfer (Linz); PD. Dr. Bettina Pfäusler (Innsbruck); Dr. Irene Rauscher-Pötsch (Horn); Dr. Christian Roden (Ried); Mag. Birger Rudisch (Innsbruck); 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).

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:ines Patient:in – eine *Körperverletzung* darstellt und damit eine *strafbare Handlung* ist.

Grundlage jeder medizinischen Entscheidungsfindung sollte ein individuell zu definierendes, *realistisches Therapieziel* sein, aus dem sich die Indikation für eine technisch machbare medizinische Behandlung ableiten lässt.

Das Konzept der *Klinischen Perspektiven Konferenz* (KPK) wurde von der AG Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der ÖGARI erstmals 2019 vorgestellt. KPK ist – vergleichbar mit dem im niedergelassenen Bereich etablierten *Advance Care Planning* (ACP) – ein Instrument zur vorausschauenden Versorgungsplanung mit Fokus auf den *innerklinischen Bereich*. ACP und KPK sind also gleicher-

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/zu Hause unter Beiziehung eines mobilen Palliativteams empfohlen
- ... die Hinzuziehung des Palliativ-Konsiliardienstes zur Festlegung des palliativen Behandlungsplans 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 z. B. 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.

maßen 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.

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 Therapiezieländerung (TZÄ) in Richtung Palliation zu treffen. Sind mehrere Behandler:innen in die Behandlung einer:ines 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 eine Patient:in medizinisch definiert werden. Aus den zunächst nebeneinanderstehenden Einzelindikationen der involvierten Fachdisziplinen soll eine *gesamtmedizinische Indikation* abgeleitet werden, in der festgelegt ist, welche der zur Verfügung stehenden, prinzipiell wirksamen Therapieoptionen abhängig vom individuellen Therapieziel und entsprechend dem Patient:innenwillen angeboten bzw. nicht mehr angeboten werden.

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, damit später 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.

» ACP und KPK können ohne klare, unmissverständliche und nachvollziehbare schriftliche Dokumentation nicht funktionieren

Es besteht bei medizinischen Mitarbeiter:innen immer noch Unsicherheit, ob man Informationen zur TZÄ in der Patient:innendokumentation 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. ACP und KPK können ohne klare und nachvollziehbare schriftliche Dokumentation nicht funktionieren!

Tools zur Identifizierung von Hochrisikopatient:innen

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:ines 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:

- Der **ADL-Score** beurteilt die Fähigkeit einer Patient:in, mit den Herausforderungen des täglichen Lebens zurechtzukommen
- Die **Dalhousie Frailty Scale** (DFS; Synonym CFS = Clinical Frailty Scale) beurteilt die Gebrechlichkeit einer Patient:in.

- Der **POS-POM-Score** kann zur Risikoabwägung chirurgischer Patient:innen herangezogen werden. Er errechnet die postoperative Mortalitätswahrscheinlichkeit in Abhängigkeit von den Komorbiditäten und der Invasivität des chirurgischen Eingriffs.

Das Wissen um die *medizinethischen und -rechtlichen Grundlagen* sowie die Tools zu kennen, die es ermöglichen, Hochrisikopatient:innen zu identifizieren, ist Voraussetzung für eine patient:innenzentrierte, gerechte medizinische Entscheidungsfindung.

Klinische Ethikberatung

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. 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, 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.

Ein *palliativer Behandlungsplan* muss nach jeder Therapiezieländerung erstellt werden, der Wünsche und Wertvorstellungen einer:ines 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. Der mögliche „Schaden“, z. B. durch Nebenwirkungen oder belastende Therapien, 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 Wahrscheinlichkeit übertrifft und die vorgesehene Behandlung verhältnismäßig erscheint. Wenn der Schaden mit großer Wahrscheinlichkeit größer als der erwartete Nutzen ist, muss eine Therapiezieländerung durchgeführt werden.

Fazit

Moderne Medizin soll Leiden nicht verlängern und Sterben nicht hinauszögern, daher müssen ihre überaus wirksamen Methoden gezielt eingesetzt und dieser Einsatz regelmäßig auf seine Wirksamkeit und den Nutzen für die Patient:innen überprüft werden. Advance Care Planning (ACP) und KPK sind Instrumente, mit deren Hilfe *Übertherapie* und deren negative Folgen besser vermieden werden können. Ärztliche Entscheidungsfindung wird durch die Definition einer *gesamtmedizinischen 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 der Patient:innen zeitnäher verfügbar sind. Die KPK hat das Ziel, den Behandlungspfad für Hochrisikopatient:innen im innerklinischen Bereich 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* – auch im Krankenhaus! – zuzulassen.

Stellen wir uns der Verantwortung, neben Wissenschaftlichkeit als Grundlage ärztlicher Entscheidungsfindung,

Entscheidungen immer auch ethisch reflektiert und unter dem Gesichtspunkt der Menschlichkeit zu treffen.

Korrespondenzadresse



© Privat

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, 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/>.

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

The Clinical Perspectives Conference Concept. Recommendations of the ÖGARI Ethics Working Group for Avoiding Excessive Treatment

Like advance care planning (ACP), the clinical perspectives conference (CPC) is an ethically reflective tool for avoiding overtreatment. By realistically weighing the benefits and harms of a planned intervention, all practitioners involved should work together to define a realistic treatment goal and derive a multiprofessional and joint indication. Particularly in cases where ACP has not yet been sufficiently implemented in the preclinical setting, or where advanced disease only becomes evident in hospital, a CPC established as a preventive tool across all medical facilities would be a very useful instrument for identifying high-risk patients at an early stage and making decisions in a more structured manner, thus avoiding overtreatment and ensuring a responsible allocation of resources.

Keywords

Overtreatment · CPC · ACP · Ethics board · Ethics consultation