

Anästhesie Nachr

<https://doi.org/10.1007/s44179-026-00364-z>

Eingegangen: 9. April 2026

Angenommen: 9. April 2026

© The Author(s) 2026



Mit einem Bein im Knast: Therapiezieländerung auf dem Prüfstand

Barbara Friesenecker¹ · Simon Mathis¹ · Raffaella Fantin¹ · Sasa Rajsic¹ ·
Bernd Wallner¹ · Barbara Sitter² · Michael Zink³ · Rudolf Likar⁴ · Markus Bruckner⁵ ·
Rainer Thell⁶ · Irene Rauscher-Pötsch⁷ · Christian Bodinger⁸ · Birgit Stöger Müller⁹ ·
Astrid Steinwendtner-Kolator¹⁰ · Helga Dier¹¹ · Benjamin Hetzer¹²

¹ Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich; ² Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Klinik Floridsdorf, Wien, Österreich;

³ Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, St. Veit an der Glan, Österreich; ⁴ Abteilung für Anästhesiologie und allgemeine Intensivmedizin, Klinikum Klagenfurt, Klagenfurt, Österreich; ⁵ Universitätsklinikum für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Kepler Universitätsklinikum, Linz, Österreich; ⁶ Klinik Favoriten (KAV Krankenhaus GmbH, Donauespital Wien), Wien, Österreich; ⁷ Abteilung Anästhesiologie und Intensivmedizin, Landeskrankenhaus Horn-Allentsteig, Horn, Österreich; ⁸ Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Landeskrankenhaus Korneuburg – Stockerau, Korneuburg, Österreich; ⁹ Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Bezirkskrankenhaus Schwaz, Schwaz, Österreich; ¹⁰ Universitätsklinik für Anästhesiologie, perioperative Medizin und allgemeine Intensivmedizin, Salzburger Landeskliniken (SALK), Salzburg, Österreich; ¹¹ Klinische Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Universitätsklinikum St. Pölten, St. Pölten, Österreich; ¹² Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich

Zusammenfassung

Mit zunehmendem Bewusstsein für die Notwendigkeit einer strengeren Indikationsstellung, um eine Übertherapie und deren negative Folgen zu vermeiden, gewinnt auch das Thema der Therapiezieländerung an Bedeutung. Um Therapiezieländerungen *lege artis* durchführen zu können, sollten Ärzt:innen die grundlegenden ethischen und rechtlichen Basics ebenso verinnerlicht haben und praktisch anwenden können wie die Regeln einer fürsorglichen, aber unmissverständlichen Kommunikation.

Schlüsselwörter

Behandlungsfehler · Mord · Ethiklehre · Postpromotionelle Ethikausbildung · End of life decisions

Es ist unübersehbar, dass mit zunehmendem Bewusstsein in der medizinischen Community für die Notwendigkeit einer strengeren Indikationsstellung (Ziel: Übertherapie und deren negative Folgen vermeiden) das Thema der Therapiezieländerung (TZÄ) vermehrt negative mediale Aufmerksamkeit erregt. Im Papier von Th. Bein „Anklage Mord: Was Intensivärzte fürchten (müssen). Ein Bericht über einen besonderen Strafprozess“; *INTENSIV-NEWS*. 2026;1:6–8, wird von einem Facharzt für Anästhesie berichtet, gegen den im Jahr 2025 am Landesgericht Regensburg aufgrund einer anonymen Strafanzeige im Rahmen eines Strafprozesses verhandelt wurde (Az:Ks204 Js

22394/23). Der Angeklagte wurde nach 420 Tagen Untersuchungshaft (Fluchtgefahr) und 15 Verhandlungstagen freigesprochen. Allerdings kam es nur zu einem „Freispruch 2. Klasse“, da „das Gericht erhebliche Fehler im Handeln des Angeklagten sah, ihm aber keine Mordabsicht nachgewiesen werden konnte“. (Anm.: In Österreich entspricht der ‚Freispruch 2. Klasse‘ einem Freispruch gemäß § 259 Z 3 StPO, wenn nicht erwiesen ist, dass der Angeklagte die ihm zur Last gelegte Tat begangen hat).

Zeitnahe ging 2025 ein Fall in einem österreichischen Krankenhaus durch die Medien, ebenfalls mit einer gerichtsanhängigen Mordanklage eines an einer Therapie-



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

zieländerung beteiligten Arztes. Auch dieser Fall endete für den Angeklagten mit einem Freispruch. Beide Fälle haben die medizinischen Communities in Deutschland und Österreich erschüttert und bei Kolleg:innen zu einer starken Verunsicherung geführt, die noch bestärkt wurde durch die von einem größeren Kongress berichtete, öffentliche Empfehlung eines Medizinrechtlers, „hinkünftig besser keine TZÄ mehr durchzuführen, um so einer Mordanklage aus dem Weg gehen zu können“.

Die Autor:innen möchten die beiden Fälle zum Anlass nehmen zu bekräftigen, dass das Treffen schwieriger Entscheidungen in der Medizin – und dazu gehören auch die End-of-Life-Decisions (EOLD) – eine unabdingbar ärztliche Aufgabe ist. EOLDs nicht zu treffen aus Angst vor dem Vorwurf der fahrlässigen Tötung/Mord und um medikolegale Konsequenzen zu vermeiden, ist keine gute Entscheidung im Sinne fortgeschritten kranker Patient:innen und ihrer Angehörigen. Eine Therapie rein aufgrund ihrer technischen Machbarkeit ohne Indikation und ohne realistisches Therapieziel fortzusetzen, führt zu einer Verlängerung des Leidens und zum Hinauszögern des Sterbeprozesses, was weder ethisch noch rechtlich geboten ist und eine Körperverletzung darstellt.

Um medikolegale Konsequenzen bei der Durchführung einer TZÄ bestmöglich vermeiden zu können, muss streng darauf geachtet werden, dass eine TZÄ – gleich wie alle anderen medizinischen Handlungen auch – *lege artis* durchgeführt wird. Dafür sollten Ärzt:innen sowohl die grundlegenden ethischen und rechtlichen Basics als auch die Regeln einer fürsorglichen, aber unmissverständlichen Kommunikation (innerhalb der medizinischen Teams und auch mit Patient:innen und/oder deren Angehörigen/Stellvertreter:innen) verinnerlicht haben und praktisch anwenden können. Zusätzlich ist eine zeitnahe und lückenlose schriftliche Dokumentation unabdingbar notwendig, um juristisch möglichst wenig angreifbar zu sein [1–3].

Folgende vier Punkte aus dem Gerichtsurteil des Regensburger Falls sollen anschließend auf Basis ethischer Grundsätze und mit Bezug auf die österreichische Rechtslage diskutiert werden:

1. *„Im Rahmen der TZÄ seien alle Medikamente abgesetzt worden, eine überproportional hohe Opiatdosis sei begonnen und innerhalb kürzester Zeit grundlos verdoppelt worden“* (diese Verdopplung konnte dem Angeklagten nicht nachgewiesen werden).
2. *„Der Vorsorgebevollmächtigte habe die Erlaubnis zur TZÄ bei erneuter Verschlechterung erteilt“ ... Es wird dem Angeklagten außerdem vorgeworfen „die Befunde, die Grundlage für die Entscheidung zur TZÄ waren, zum Zeitpunkt der Durchführung nicht ausreichend erneut geprüft zu haben“.*
3. *„Die TZÄ sei objektiv richtig, aber schlecht begründet gewesen. Die vorsorgebevollmächtigte Person (Angehörige) sei zwar prinzipiell über eine angedachte TZÄ informiert worden, sei dann aber zum Zeitpunkt der Durchführung der TZÄ nicht nochmals ausreichend in die Entscheidung eingebunden worden, sondern wurde nur über den nahenden Tod informiert“.*
4. *„Eine Verurteilung wegen Mordversuchs sei dem Angeklagten nur deswegen erspart geblieben, da die vorsorgebevollmächtigte Person die Palliativentscheidung vermutlich mitgetragen hätte, wenn ihm der Angeklagte die wahren Gründe für die TZÄ ausreichend erklärt hätte“.*

Es fällt bei der genaueren Betrachtung des Falls auf, dass bereits wenige Tage nach Anlage einer Tracheotomie vom angeklagten Oberarzt eine TZÄ beschlossen wurde. Typischerweise wird auf einer Intensivstation eine Tracheotomie bei erwarteter prolongierter invasiver Beatmung, zur Erleichterung des Weanings/Airway-Managements und gleichzeitig verbessertem Patient:innenkomfort oder zur Erleichterung von Rehabilitationsmaßnahmen erwogen und wenn die generelle Prognose zumindest *quo ad vitam* günstig ist. Entweder hat sich der Patient unerwartet rasch schlechter entwickelt als erwartet, oder es wurde vor dem Eingriff im Team nicht ausreichend über Indikation und realistisches Therapieziel diskutiert und die Entscheidung zur Tracheostomie rein auf Basis

technischer Machbarkeit getroffen. Für Defizite in Team- und Kommunikationskultur spricht auch die Beobachtung, dass aus dem Behandlungsteam (Pflegerpersonen und Ärzt:innen) kaum entlastende Aussagen verfügbar waren bzw. sich viele Beteiligte schlecht an den Entscheidungsprozess zur TZÄ erinnerten – es wird von „skurrilen“ oder „verweigerten Zeugenaussagen“, „lückenhafter“ oder „fehlender Dokumentation“ und einer „Gutachter:innenschlacht“ berichtet.

Es ist den Autor:innen wichtig darauf hinzuweisen, dass nach dem 2-Säulenmodell [4] eine ärztliche Behandlung nur dann stattfinden darf, wenn es einerseits dafür eine medizinische Indikation gibt, die sich über ein realistisches Therapieziel ableiten muss, und wenn andererseits die medizinische Handlung mit den Wünschen und Wertvorstellungen der:des Patient:in übereinstimmt (Beachtung des Rechts auf Autonomie). Die Änderung des Therapieziels (z. B. von Heilung Richtung Palliation) ist immer eine ärztliche Entscheidung und muss erwogen werden, wenn es entweder einen ablehnenden Patient:innenwillen oder keine Indikation für Beginn oder Aufrechterhaltung einer medizinischen Handlung auf Basis eines nicht oder nicht mehr vorhandenen realistischen Therapieziels gibt (Patient:in ist fortgeschritten krank, es gibt keine Heilungs- oder Besserungsaussicht, kein Ansprechen auf Therapieversuche etc.).

Um den späteren Vorwurf der Fahrlässigkeit zu vermeiden, sollte eine TZÄ, wenn irgend möglich, keine alleinige Entscheidung einzelner Ärzt:innen sein. Entsprechend dem österreichischen Erwachsenenschutzgesetz (ErwSchG) [5] braucht es rechtlich für eine TZÄ weder die Zustimmung der Patientin/des Patienten noch die der Angehörigen oder Stellvertreter:innen (z. B. Vorsorgebevollmächtigte, gewählte, gesetzliche oder gerichtliche Vertretung in Österreich), wenn die TZÄ auf Basis einer nicht oder nicht mehr vorhandenen Indikation für den Beginn oder die Fortführung intensivmedizinischer Maßnahmen ausgesprochen wird [1–3]. Dabei ist es mitunter eine große kommunikative Herausforderung, auf Heilung fixierte Angehörige auf diesen Weg mitzunehmen und ihnen einfühlsam, aber unmissverständlich die Inhalte einer TZÄ und den damit verbunde-

nen Beginn und wahrscheinlichen Verlauf einer auf palliativmedizinische Maßnahmen ausgerichteten Behandlung zu kommunizieren.

An- und Zugehörige und/oder Stellvertreter:innen müssen jedenfalls zeitnahe und unmissverständlich über die geplante TZÄ und deren Beginn informiert werden: Falls keine Patientenverfügung vorhanden ist, sollte mit Hilfe der An- und Zugehörigen/Stellvertreter:innen der mutmaßliche Wille der:des Patient:in eruiert werden, um deren Wünsche und Wertvorstellungen in die ärztliche Entscheidungsfindung einfließen lassen zu können. Im gegenständlichen Fall wurde wohl das Erwägen einer TZÄ angesprochen, aber zum tatsächlichen Zeitpunkt der Durchführung der TZÄ nicht mehr mit der:dem Stellvertreter:in/Angehörigen gesprochen, was im Sinne einer gewünschten zeitnahen und unmissverständlichen Kommunikation ungünstig war und mutmaßlich auch zu den Vorwürfen beigetragen hat, die dann erst im Rahmen eines langwierigen Gerichtsprozesses entkräftet werden konnten.

In den deutschen Gerichtsdokumenten wird davon gesprochen, dass die vorsorgebevollmächtigte Person ihre „Erlaubnis zur TZÄ gegeben hätte“, wenn sie ordnungsgemäß aufgeklärt worden wäre. Dies ist – zumindest nach österreichischem Recht – sachlich/fachlich falsch: Angehörige und selbst nach dem österreichischen ErwSchG bestellte Stellvertreter:innen (z. B. Vorsorgebevollmächtigte, gewählte, gesetzliche, gerichtliche Vertreter:innen) können keine „Erlaubnis zu einer TZÄ“ erteilen. Sie haben lediglich die Aufgabe, den mutmaßlichen Patient:innenwillen in die ärztliche Entscheidungsfindung einzubringen. Basierend auf dem 2-Säulen-Modell (und unter zusätzlich kritischer Reflexion der vier Prinzipien schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung – Autonomie, Nicht-Schaden, Wohltun und Gerechtigkeit; Georgetown Mantra; Prinzipienethik nach Beauchamp and Childress) [6], kann das behandelnde Ärzt:innen-Team dann die Entscheidung zu einer TZÄ treffen – entweder begründet durch einen ablehnenden Patient:innenwillen (selbst vermittelt oder durch Vorliegen einer Patientenverfügung oder durch Angehörige und/oder Stellvertreter:innen übermittelt), selbst wenn eine medizinische Maßnahme

indiziert wäre (sog. „Recht auf Unvernunft“ im österreichischen ErwSchG) oder aber bei fehlender medizinischer Indikation zu Beginn oder für die Aufrechterhaltung einer medizinischen Maßnahme. Die TZÄ sollte auf Empfehlung der ARGE Ethik der österreichischen Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) zeitnahe (mindestens innerhalb 24 h) schriftlich dokumentiert werden [1] und sollte sowohl dem involvierten (unter Umständen multiprofessionellen) medizinischen Team als auch den An- und Zugehörigen/Stellvertreter:innen im Nicht-Notfall – idealerweise immer VOR Beginn – kommuniziert werden.

Zur Vermeidung von ungerechtfertigten Vorwürfen und zum Schutz der entscheidungstreffenden Ärzt:innen und aller Teammitglieder ist es sehr wichtig, Entscheidung zur TZÄ möglichst immer im Behandlungsteam zu treffen. Die Autor:innen empfehlen daher für die Dokumentation einer TZÄ die Unterschrift von mindestens zwei Ärzt:innen oder einer Ärzt:in und einer Pflegeperson, sog. *4-Augen-Prinzip*. Eine Mordanklage hätte dann sehr wahrscheinlich vermieden oder zumindest klarer entkräftet werden können.

Der Regensburger Fall vermittelt den Eindruck, dass das Team nicht hinter dem angeklagten Kollegen stand. Es wird beschrieben „Pflegepersonen machten überwiegend vom Zeugnisverweigerungsrecht Gebrauch“, „Angehörige und ärztliche Kolleg:innen konnten sich schlecht erinnern“, und es wird in den Akten von „skurrilen oder verweigten Zeugenaussagen“ und von „lückenhafter und fehlender Dokumentation“ gesprochen. Vor dem Hintergrund, dass hier möglicherweise zusätzlich juristische oder institutionelle Aspekte eine Rolle gespielt haben könnten, liegt doch der Gedanke an eine optimierbare Team- und Kommunikationskultur und eine nicht ausreichende schriftliche Dokumentationspraxis nahe, was deren Wichtigkeit für die Nachvollziehbarkeit medizinischer Handlungen betont. Wenn das gesamte Team (Ärzt:innen und Pflegepersonen) in die Entscheidungsfindung zur TZÄ ausreichend mit einbezogen gewesen wäre und sowohl der Entscheidungsprozess als auch die weitere Durchführung der TZÄ gemeinsam schriftlich und zeitnahe

dokumentiert worden wäre (ärztlich und pflegerisch), dann hätte es das Problem mit der „mangelnden Erinnerung“ und der „Nicht-Bereitschaft auszusagen“ in der stattgehabten und für den angeklagten Arzt sehr belastenden Form wahrscheinlich nicht oder deutlich weniger gegeben.

Ein weiterer relevanter Aspekt, der im konkreten Fall nicht optimal gehandhabt wurde, war die alleinige, sehr hochdosierte Opiattherapie im Rahmen der Comfort Terminal Care (CTC), obwohl vom Patienten weder Atemnot noch Husten oder Schmerzen berichtet wurden – er war laut Darstellung lediglich unruhig. Der Patient war wohl zum Zeitpunkt der TZÄ schon längerfristig mit einer höheren Dosis Opiate therapiert. Bei vorbestehender, längerfristiger Opiattherapie wird empfohlen, diese im Rahmen einer CTC weiterzuführen und bei entsprechender Symptomlast (Atemnot, Schmerzen oder starkem Hustenreiz) die Dosis symptomadaptiert und gut dokumentiert zu steigern. Bei therapiebedürftiger Unruhe ist der zusätzliche Einsatz von Benzodiazepinen in Kombination mit dem laufenden Opiat zu erwägen. Bei der Analgosedierung im Rahmen einer palliativmedizinischen Betreuung ist unbedingt darauf zu achten, die verwendeten Medikamente in enger Abstimmung mit den Pflegepersonen symptomorientiert, in kleinen Schritten und an die Symptomlast adaptiert zu steigern. Die Symptomlast, auch z. B. eine unzureichende Verbesserung unter einer laufenden Therapie, sollte mit Hilfe verschiedener Scores – auch hier in enger Abstimmung mit dem Pflegepersonal – zeitnahe schriftlich dokumentiert werden (innerhalb einer Schicht/spätestens innerhalb von 24 h) [2, 7]. Die Re-Evaluierung einer laufenden TZÄ wird von der österreichischen Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) mindestens 1× in 24 h empfohlen [1].

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Erhebung einer Mordanklage im Zusammenhang mit einer TZÄ sowie die Verhängung einer 420 Tage andauernden Untersuchungshaft zunächst erhebliche Irritationen in der intensivmedizinischen Community ausgelöst haben. Es ist den Autor:innen sehr wichtig festzuhalten, dass bei einer *lege artis* vorgenommenen TZÄ das Risiko für eine strafrechtliche Sank-

Infobox 1

Medikamente zur Symptomlinderung im Rahmen der Durchführung einer Comfort Terminal Care (CTC)

Für eine Sterbebegleitung *lege artis* im Rahmen der CTC werden normalerweise nur wenige Medikamentengruppen benötigt. Die österreichische Palliativgesellschaft (OPG) hat in einem gemeinsamen Papier mit der ARGE Ethik der ÖGARI nochmals darauf hingewiesen, dass eine Analgosedierung im Rahmen palliativmedizinischer Behandlung entsprechend den beobachteten Symptomen, spezifisch indiziert und immer an der Symptomlast (und Prämedikation) orientiert begonnen und abhängig von der beobachteten Symptomlast im Sterbeverlauf angepasst werden muss: Bei Schmerzen, Atemnot und/oder unstillbarem Husten sind Opiate, bei Angst und Unruhe Benzodiazepine, bei Delir und Wahnvorstellungen Neuroleptika, bei starkem Speichelfluss und Rasselgeräuschen Anticholinergika die Substanzklassen der Wahl [2, 7] – zusammen mit einer an den Sterbeverlauf angepassten Reduktion der Flüssigkeitszufuhr (i.v. und p.o.) [8].

tion gering ist. Im gegenständlichen Fall konnten mehrere eindeutige Pflichtverletzungen (im Rahmen der Begründung, Kommunikation und Dokumentation einer TZÄ) dokumentiert werden. Obwohl in sieben Gutachten übereinstimmend festgestellt wurde, dass bei dem Patienten die getroffene Entscheidung zur TZÄ gerechtfertigt war, geriet der Kollege dennoch ins Kreuzfeuer der Kritik und es wurde nur ein Freispruch 2. Klasse (deutsches Recht) gewährt, da das Gericht „erhebliche Fehler im Handeln“ des angeklagten Arztes sah.

Die Autor:innen dieses Papers möchten festhalten, dass die unreflektierte Empfehlung eines Juristen, „hinkünftig daher besser keine TZÄ mehr durchzuführen, wenn man nicht im Knast landen will“, dennoch unbegründet und weder ethisch noch rechtlich haltbar ist.

Mit einer Vorgehensweise *lege artis* (siehe Info-Box 1 und 2) und mehr Wissen über die ethischen und rechtlichen Grundlagen schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung, einer sorgfältigen, unmissverständlichen und einfühlsamen, rechtzeitigen Kommunikation (sowohl innerhalb des medizinischen Teams als auch mit den Angehörigen/Stellvertreter:innen) sowie einer angemessenen, zeitnahen,

schriftlichen Dokumentation hätte wahrscheinlich sogar die Anklage, aber zumindest die Untersuchungshaft verhindert und die sehr mühsame Erhebung aller Daten vereinfacht werden können. Zumindest wären im dann eher unwahrscheinlichen Fall einer Anklage die Fakten für alle beteiligten Ärzt:innen und Pflegepersonen einfacher erinnerlich und damit eine klare Aussage möglich gewesen.

Die Autor:innen wollen mit diesen Gedanken darauf hinweisen, wie wichtig es ist, dass alles, was „*man nicht (mehr) macht*“ (z.B. im Rahmen einer TZÄ bei EOLDs) – gleichermaßen wie alles, was man medizinisch indiziert macht – ausführlich und zeitnahe im Team besprochen und den An- und Zugehörigen/Stellvertreter:innen kommuniziert werden sollte sowie schriftlich zeitnahe und ausreichend dokumentiert werden muss. Nur dann ist man im Falle juristischer Nachfrage gut abgesichert.

Die ARGE Ethik der ÖGARI empfiehlt bei fortgeschrittener Erkrankung und schlechter Prognose eine TZÄ immer/ soweit möglich als Teamentscheidung aller involvierten Behandler:innen auszusprechen. Dazu gehört sowohl eine aktuelle medizinische Begründung über ein nicht mehr erreichbares Therapieziel bzw. die Dokumentation des ablehnenden Patient:innenwillens als auch die Kommunikation mit den Angehörigen/Stellvertreter:innen über die Inhalte und den Zeitpunkt der geplanten Durchführung der TZÄ. Eine Absprache ist sowohl im eigenen Team – immer auch mit den Pflegepersonen – als auch im interdisziplinären und multiprofessionellen Team aller involvierten Behandler:innen, falladaptiert und unter Umständen auch mit einer erweiterten Gruppe der beteiligten Gesundheitsberufe (Physiotherapeut:innen, Logopäd:innen, Sozialarbeiter:innen etc.) notwendig (klinische Perspektiven-Konferenz; KPK) [9]. Eine TZÄ im Nicht-Notfall sollte idealerweise IMMER eine gut reflektierte Teamentscheidung sein (*4-Augen Prinzip*), es sei denn es gibt kein Team (z.B. im Dienst). Entscheidungen zur TZÄ dürfen und müssen bei schlechter Prognose auch allein und auch im Notfall getroffen werden – hier ist umso mehr auf eine nachvollziehbare und zeitnahe schriftliche Dokumentation zu achten.

Im Nicht-Notfall ist eine Information der Angehörigen/Stellvertreter:innen jedenfalls immer direkt VOR der geplanten Durchführung einer TZÄ geboten. Dieses Vorgehen ist Voraussetzung für einen möglichst frictionsfreien Ablauf im Rahmen der Begleitung der letzten Lebensphase eines fortgeschritten erkrankten Menschen und auch für die Sterbephase. Eine zeitnahe und lückenlose schriftliche Dokumentation der Gesprächsinhalte mit Auflistung aller beteiligten Personen (mindestens innerhalb von 24h) [1] ist als „Erinnerungshilfe“ für alle beteiligten Personen unabdingbar notwendig, schafft Transparenz und hält Inhalte nachvollziehbar fest. Damit können spätere Missverständnisse vermieden werden, da wichtige Information so besser langfristig erinnerlich sind und es damit allen Beteiligten möglich ist, auch zu einem späteren Zeitpunkt konkrete Aussagen zu machen. Dies macht – anders als im diskutierten Fall – auch bei etwaiger juristischer Nachfrage eine zufriedenstellende Kommunikation/ Informationsweitergabe möglich.

Die Autor:innen möchten abschließend noch einmal darauf hinweisen, dass im medizinischen Entscheidungsprozess die Aufgabe sowohl von An- Zugehörigen wie auch aller offiziell bestellten Stellvertreter:innen (Vorsorgebevollmächtigte, gewählte, gesetzliche und gerichtliche Stellvertreter:innen nach dem österr. ErwSchG) ausschließlich das Einbringen des mutmaßlichen Patient:innenwillens ist. Angehörige oder Stellvertreter:innen zu einer medizinischen Entscheidung „aufzufordern“ ist weder ethisch noch rechtlich geboten. Medizinisch schwierige Entscheidungen (z.B. End of Life Decisions) korrekt zu treffen ist eine zutiefst ärztliche Aufgabe mit dem Ziel, Menschen angemessen und in Bezug auf Ihre Wünsche und Wertvorstellungen auf Basis einer strengen Indikationsstellung (die sich an einem realistischen Therapieziel orientieren muss) zu behandeln (*Rationalisierung*). Medizinische Entscheidungsfindung darf weder Jurist:innen noch Betriebswirt:innen überantwortet werden, wenn wir *Rationierung* in medizinischen Systemen vermeiden wollen, da mittlerweile auch in reichen Medizinsystemen wie Österreich angesichts immer teurer werdender Therapien und großer

Infobox 2

Nur eine *lege artis* durchgeführte TZÄ kann medikolegale Konsequenzen verhindern

1. **Therapieziel** gemeinsam im Team aller Behandler:innen festlegen (klinische Perspektiven-Konferenz, KPK) [9] und dynamisch an die Veränderung des Gesundheitszustands anpassen
 - Therapieziel schriftlich in der Krankenakte/im Krankenhaus Dokumentationssystem dokumentieren
 - Therapieziel alle 24 h evaluieren und ggf. anpassen
2. Technisch machbare Handlung auf ihre **Angemessenheit, Verhältnismäßigkeit** und im Sinne der **Gerechtigkeit** (*ius suum*/Verteilungsgerechtigkeit) überprüfen [19]!
3. **Wünsche und Wertvorstellungen** der Patient:in kennen (Patientenverfügung bzw. mutmaßlichen Willen über An- und Zugehörige/Stellvertreter:innen eruiieren)
 - **Autonomie** respektieren!
 - ‚**Recht auf Unvernunft**‘ (österreichisches ErwSchG) akzeptieren [5]
4. Sicht der **Pflege** (und evtl. anderer involvierter, medizinischer Fachkräfte wie Physiotherapeut:innen, Logopäd:innen, Sozialarbeiter:innen etc.) bei der Festlegung des Therapieziels berücksichtigen
5. Die **Indikation** für eine technisch mögliche Behandlung anhand des Therapieziels im Team der Behandler:innen festlegen (KPK) [9],
 - bei fortgeschrittener/fortschreitender Erkrankung muss das Therapieziel und die Indikation regelmäßig re-evaluiert/angepasst und zeitnahe in den (multiprofessionellen) Teams kommuniziert werden
6. Bei fortgeschrittener/fortschreitender Erkrankung **TZÄ** von **Heilung** Richtung **Palliation** im Team aller Behandler:innen und unter Anhörung der Pflege und anderer beteiligten medizinischen Fachkräfte festlegen (KPK) [9]
 - a. Schriftliche **Dokumentation** und mündliche **Kommunikation** an alle involvierten Behandler:innen
 - b. Zeitnahe **Information** der Angehörigen/Stellvertreter:innen
 - Sowohl über die Festlegung der TZÄ als auch
 - VOR dem tatsächlichen Start der TZÄ (sollten dies unterschiedliche Zeitpunkte sein)
7. **Klinisch ethische Beratung** (klinisches Ethik Komitee; KEK) bei schwierigen Entscheidungen in Erwägung ziehen für die Erarbeitung einer ethisch (und rechtlich) korrekten Argumentation (*Handlungsvorschlag* des KEK dient auch als Dokumentation einer profunden multiprofessionellen Diskussion im Rahmen schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung).
8. Zeitnahe und nachvollziehbare, **schriftliche Dokumentation** aller oben genannten Schritte (inkl. der Namen aller beteiligten medizinischen Fachkräfte sowie anwesenden An- und Zugehörigen/Stellvertreter:innen)
 - Dokumentation sollte zeitnahe, mindestens innerhalb von 24 h erfolgen [1]

technischer Machbarkeit die Ressourcen enden wollend sind. Rationalisierung führt letztendlich u. a. auch zur Vermeidung von Übertherapie mit ihren negativen Konsequenzen für uns alle (Patient:innen, die chronisch kritisch krank werden [10, 11]; Angehörige, die unbegründet ein posttraumatisches Stresssyndrom erleiden [12]; medizinisches Personal, das ins Burnout getrieben wird [13, 14]) und der Gefahr des Verlusts unseres solidarischen Gesundheitssystems.

Die Autor:innen wollen auch noch einmal in Erinnerung rufen, dass bei schwierigen Entscheidungen eine *klinisch ethische Beratung* (klinisches Ethik Komitee; KEK) hilfreich für das Erarbeiten einer ethisch korrekten Argumentation sein kann. Der vom KEK bereitgestellte *Handlungsvorschlag* dient neben der Abstützung der schwierigen Entscheidung auf breiten Schultern zusätzlich auch der Dokumentation einer strukturierten

Entscheidungsfindung im multiprofessionellen Team.

Die Tatsache, dass es in letzter Zeit wiederholt zur unsachgemäßen Durchführung von Therapiezieländerungen mit rechtlichen Konsequenzen gekommen ist, zeigt, wie wichtig eine breite studentische, aber auch postpromotionelle Ausbildung in Medizinethik, Medizinrecht, Palliativmedizin und Kommunikation ist. Der § 2 des österreichischen Ärztegesetzes [15] schreibt Basiskenntnisse in Schmerztherapie und Palliativmedizin für jede:n in Österreich tätige:n Ärzt:in vor. Ethische Lehrinhalte sind an den medizinischen Universitäten in Österreich mehr oder weniger strukturiert im Curriculum verankert. An der Medizinischen Universität Innsbruck gibt es derzeit beispielgebend eine verpflichtende, studentische Ausbildung in Medizinethik im Ausmaß von insgesamt 52 Unterrichtseinheiten, verteilt auf die drei Studienabschnitte des Medizincur-

riculums [16]. Dies ist ein Lehrkonzept, das sowohl auf andere medizinische Universitäten übertragen werden könnte als auch Platz in der verpflichtenden, postpromotionellen Ärzt:innenausbildung finden sollte. Ein dahingehender Vorstoß bei der Akademie der Ärzte der österreichischen Ärztekammer, die für die Vergabe von DFP-Punkten im Rahmen der postpromotionellen ärztlichen Ausbildung verantwortlich ist, durch das im Januar 2025 neu gegründete Ethikreferat der Tiroler Ärztekammer [17] ist zunächst negativ behandelt worden. Es sind weitere Bemühungen in diese Richtung geplant, da auch Ärzt:innen im Treffen schwieriger Entscheidungen nur besser werden können, wenn sie dies lernen und üben können. Die Sorge, dass mehr Menschen sterben könnten, wenn man ethisch begründete Entscheidungen im Rahmen von TZÄ bei fortgeschrittener Erkrankung rechtzeitig trifft, ist haltlos (1-Jahres Mortalität bleibt gleich) [18]. Schlussendlich kann man nur mit gut begründeter ärztlicher Entscheidungsfindung (*Rationalisierung*) das über uns schwebende Damoklesschwert einer rein betriebswirtschaftlich begründeten *Rationierung* und der damit verbundenen *Entsolidarisierung* unsere Gesundheitssysteme sinnvoll entgegenwirken.

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, S. Mathis, R. Fanti, S. Rajšić, B. Wallner, B. Sitter, M. Zink, R. Likar, M. Bruckner, R. Thell, I. Rauscher-Pötsch, C. Bodinger, B. Stöger Müller, A. Steinwendner-Kolator, H. Dier und B. Hetzer 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

- Friesenecker B, Fruhwald S, Peintinger M, et al. Therapiezieländerungen auf der Intensivstation - Definitionen, Entscheidungsfindung und Dokumentation [Definitions, decision-making and documentation in end of life situations in the intensive care unit]. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther.* 2013;48(4):216–23.
- Schaden E, Dier H, Friesenecker B, ARGE Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der ÖGARI, et al. Comfort Terminal Care auf der Intensivstation: Empfehlungen für die Praxis. *Anaesthesiologie.* 2024;73:177–85.
- Fruhwald S, Friesenecker B, Dier H. Ethische Therapieentscheidungen auf der Intensivstation. *Internistische Praxis.* 2025;69(2):216–30.
- Müller GH. Zwei-Säulen-Modell der ärztlichen Indikation. *Ethik und Recht in der Behandlungspraxis.* Berlin: Springer; 2002.
- Österreichisches Erwachsenenschutzgesetz: www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2017_I_59/BGBLA_2017_I_59.pdf (abgerufen am 08.04.26)
- Georgetown Mantra, Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics.* 6 ed. Oxford University Press; 2008.
- Likar R, Bruckner M, Weixler D, et al. Anwendungsempfehlungen für Opiode im Sterbeprozess. Ein Konsensuspapier der Österreichischen Palliativgesellschaft (OPG) und der ARGE ETHIK in Anästhesie und Intensivmedizin der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI). *Zeitschrift für Palliativmedizin.* 2025;26(06)2.
- Schaber J, Fruhwald S, Friesenecker B, et al. Verhungern und Verdursten am Lebensende. *Anästhesie Nachr.* 2026;8(Suppl 1):1–11.
- Friesenecker B, Steinwendner A, Fruhwald S, Dier H. Klinische Perspektiven Konferenz. *Anästhesie Nachr.* 2025;7(Suppl 1):1–10.
- Lamas D. Chronic critical illness. *N Engl J Med.* 2014;370(2):175–7.
- Macintyre NR. Chronic critical illness: the growing challenge to health care. *Respir Care.* 2012;57(6):1021–7.

One Step away from Jail: Changes of Treatment Goals Under Review

With growing awareness of the need for stricter indication criteria in order to prevent overtreatment and its harmful consequences, the topic of changing treatment goals timely is gaining importance. To carry out such changes in treatment goals leger artis, physicians should not only have internalized the relevant ethical and legal fundamentals of complex medical decision making, but also be able to apply them in practice as consistently as the principles of compassionate and at the same time unambiguous communication.

Keywords

Medical malpractice · Murder · Ethics teaching · Postgraduate ethics training · End-of-life decisions

- Hickman RL, Douglas SL. Impact of chronic critical illness on the psychological outcomes of family members. *AACN Adv Crit Care.* 2010;21(1):80–91.
- Fumis RRL, 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, Schwarzkopf D, et al.; SepNet Critical Care Trials Group – Ethicus II Studiengruppe. Non-beneficial therapy and emotional exhaustion in end-of-life care : Results of a survey among intensive care unit personnel. *Anaesthesist.* 2018.
- Österreichisches Ärztegesetz: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/Bundesnormen/10011138/%C3%84rzteG%201998%2c%20Fassung%20vom%2008.03.2023.pdf?FassungVom=2023-03-08> (abgerufen am 08.04.26)
- Homepage Innsbrucker Ethiklehre: www.i-med.ac.at/de/medizinethik-lehre/ (abgerufen am 08.04.26)
- Referat für Medizinethik der Tiroler Ärztekammer: www.aektirol.at/kammer/aerztekkammer-fuertiroel/funktionaerinnen (abgerufen am 08.04.26)
- Benoit DD, De Pauw A, Jacobs C, et al. Coaching doctors to improve ethical decision-making in adult hospitalized patients potentially receiving excessive treatment. The CODE stepped-wedge cluster randomized controlled trial. *Intensive Care Med.* 2024;50:1635–46.
- Friesenecker B, Gasser G, Fruhwald S, et al. Reflexion zur Gerechtigkeit bei Therapieentscheidungen. *Anästhesie Nachr.* 2024;6:220–4.

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