Gesundheit Österreich GmbH

Mythen im Gesundheitswesen zum Thema Ethik und Qualität

Zusammenfassung des GÖG-Colloquiums vom 26.11.2024

Eva Potura[1], Barbara Friesenecker[2], Michael Halmich[3]
November 2024
[1]GÖG, [2]Medizinische Universität Innsbruck / ÖGARI, [3]öGERN / FORUM Gesundheitsrecht

In diesem Colloquium wurde die enge Verbindung zwischen ethischen Prinzipien schwieriger medizinischer Entscheidungsfindung, dem geltenden Recht und der Qualität der Gesundheitsversorgung beleuchtet. Ethische Fragestellungen, deren Beantwortung immer auf geltendem Recht basieren muss, sind ein unverzichtbarer Bestandteil in der Arbeit im Gesundheitswesen und bilden die Grundlage für vertrauensvolle Beziehungen zwischen zu versorgenden Menschen, ärztlichem Personal und Pflegepersonal. Gleichzeitig ist die Qualität der Versorgung entscheidend für das Wohl und die Zufriedenheit aller Beteiligten. Die Referierenden haben aufgezeigt, wie ethische Überlegungen und das Wissen um die rechtlichen Grundlagen ärztlicher Tätigkeit nicht nur die Art und Weise der Versorgung von Menschen beeinflussen, sondern auch direkte Auswirkungen auf die Qualität dieser Versorgung haben. Anhand von häufig kolportierten Mythen im Bereich der medizinisch-ärztlichen Entscheidungsfindung werden diese komplexen Fragestellungen im ethischen und rechtlichen Kontext aufgearbeitet.

Referierende

Ao. Univ.-Prof. Dr. med. Barbara Friesenecker ist Professorin an der Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin der Medizinischen Universität Innsbruck und Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Ethik der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI). Sie setzt sich unter anderem mit der Thematik der Vermeidung von Übertherapie und dem guten Leben am Ende des Lebens auseinander.

Dr. Michael Halmich LL.M. ist Jurist und Ethikberater im Gesundheitswesen. Er leitet das FORUM Gesundheitsrecht, ist als Fachbuchautor, Vortragender und Berater zu diversen gesundheitsrechtlichen Themen tätig und ist seit der Gründung im Jahr 2013 Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfallmedizin (öGERN).

Beste medizinische Versorgung / beste Versorgungsqualität

MYTHOS: Menschen sind am besten medizinisch versorgt, wenn Ärztinnen bzw. Ärzte immer alles technische Machbare anbieten und auch durchführen.

Der Machbarkeitswahn der modernen Medizin führt oft zu der Annahme: *„Wenn ich alles mache, mache ich nichts falsch."* Dabei wird häufig nicht bedacht, dass zu viel Tun – ohne strenge Indikation und Therapieziel oder etwa gar gegen den Willen von Patientinnen und Patienten – kein „Kavaliersdelikt" ist, sondern die vier ethischen Grundprinzipien medizinischer Entscheidungsfindung (Georgetown Mantra) verletzt: das Prinzip der Autonomie, des Wohltuns, des Nicht-Schadens und der Gerechtigkeit. Unreflektiertes Handeln führt zu Übertherapie und kann juristisch eine Körperverletzung/Gesundheitsschädigung der Menschen bedeuten, die sich dem ärztlichen Rat anvertrauen. Das Ziel ärztlicher Entscheidungsfindung sollte sein, es richtig zu machen, also weder zu viel (Übertherapie) noch zu wenig (Untertherapie) zu tun (Elshaug et al. 2017). Dies macht im Gegensatz zum häufig praktizierten „Medizinmechanikertum", wo undifferenziert alles gemacht wird, was technisch möglich ist, erst ärztliche Heilkunst aus.

Jedes Individuum wünscht sich – unabhängig von Alter und Erkrankungsschwere – die beste medizinische Versorgung. Das Beste bedeutet jedoch für jede:n Einzelne:n – abhängig davon, was individuell angemessen, verhältnismäßig und wirkungsvoll ist – etwas anderes und spiegelt sich auch im Prinzip der Gerechtigkeit sehr gut wider: Im „ius suum" wird abgebildet, was für den einzelnen Menschen in der jeweiligen Situation angemessen, verhältnismäßig und wirkungsvoll ist (Nutzen größer als der mögliche Schaden) (Friesenecker et al. 2024). Die Verteilungsgerechtigkeit zieht die gerechte Verteilung der – unter Umständen auch knappen – Ressourcen (Coronapandemie!) in einem Gesundheitssystem in Betracht. Demnach gilt in unserem solidarischen Gesundheitssystem folgender Grundsatz: „Die Krankenbehandlung muss ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen persönlichen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden" (§ 133 Abs. 2 ASVG). Somit haben die Menschen in einem Solidarsystem nicht Anspruch auf eine „uferlose Spitzenmedizin", sondern auf eine ausreichende und zweckmäßige Krankenbehandlung.

Aus rechtlicher und medizinischer Perspektive benötigt jede medizinische Intervention eine Indikation, die sich neben der Machbarkeit an einem wirkungsvollen Therapieziel und der Autonomie der Patientin bzw. des Patienten orientieren muss. Ärztinnen und Ärzte sind angehalten, ihre Entscheidungen, die sie zum Zeitpunkt der Intervention getroffen haben, zeitnahe schriftlich zu begründen und zu dokumentieren.

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

Palliativmedizin ist die fürsorgliche, mitfühlende und ganzheitliche Betreuung von Menschen mit schwerer oder fortschreitender unheilbarer Krankheit sowie die Betreuung ihrer Angehörigen. Dies erfolgt in der Regel multidisziplinär. Die palliativmedizinische Begleitung sollte mit dem Auftreten einer schweren Erkrankung beginnen und gewinnt mit deren Fortschreiten an Bedeutung. Das oberste Ziel der Palliativmedizin ist die bestmögliche Symptomlinderung, das Wohlergehen der Patientinnen und Patienten,

Freude am Leben, das Vermeiden belastender und nicht zielführender Interventionen sowie ein gut begleitetes Sterben in Würde.

Aus rechtlicher Perspektive ist die Definition von Palliativmedizin eine Aufgabe der Medizin und nicht des Rechts. Die Österreichische Palliativgesellschaft betont stets die Wichtigkeit einer frühzeitigen Implementierung palliativer Aspekte in die medizinische Behandlung und Betreuung.

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

Maßnahmen zur Lebensverlängerung sind nur dann sinnvoll, wenn sie mit einer guten Lebensqualität verbunden sind, die sich über die Wertewelt der Patientin bzw. des Patienten definiert. Es geht nicht darum, *„dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den verbleibenden Tagen mehr gutes Leben zu verleihen"* (Cicely Saunders). Die Qualität des Lebens sollte immer aus der Sicht der Patientin bzw. des Patienten betrachtet werden, da sich Wünsche und Wertvorstellungen mit dem Alter und dem Fortschreiten einer schweren Erkrankung ändern können. Menschen sollten ihr Recht wahrnehmen, zu definieren, was sie sich wünschen, wenn es ihnen schlechter geht, beziehungsweise welche Behandlungen sie nicht mehr wünschen (Abwehrrecht!). Für den Fall, dass eine Patientin oder ein Patient diese Wünsche nicht mehr selbst äußern kann, sollte bereits im Vorfeld eine Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht errichtet oder mindestens eine Vertrauensperson oder selbst gewählte Erwachsenenvertretung benannt werden, um den mutmaßlichen Willen der vertretenen Person in die ärztliche Entscheidungsfindung mit einfließen zu lassen (2. ErwSchG).

Dies entspricht dem österreichischen Ärztegesetz. § 49 ÄrzteG, das besagt, dass eine Ärztin oder ein Arzt *„verpflichtet ist, nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren"*. Es ist also keinesfalls juristisch gefordert, das Leben zu erhalten oder jede Krankheit zu heilen, sondern das Wohl eines fortgeschritten kranken Menschen zu wahren. Dies kann auch bedeuten, fürsorglich einen Menschen palliativ zu begleiten und ein Sterben in Würde zuzulassen. Ein Lebenserhalt um jeden Preis ist weder rechtlich vorgegeben (ÄrzteG 1998, § 49) noch ethisch geboten.

Um ein Sterben in Würde zu ermöglichen und Übertherapien zu vermeiden, ist eine umfassende Kommunikation zwischen allen Gesundheitseinrichtungen und in den medizinischen Teams – interdisziplinär und multiprofessionell – notwendig. Es gibt eine medizinische, institutionell-organisationsethische und auch politische Verantwortung, „Menschlichkeit" in der Medizin möglich zu machen. Dazu gehört neben der ausführlichen Schulung der Mitarbeiter:innen in ethisch-rechtlichen Themen die flächendeckende Umsetzung des Konzepts des Advance Care Planning (ACP), das aus dem niedergelassenen und Langzeitpflege-Bereich kommt und in den medizinischen Einrichtungen der Krankenhäuser entsprechend umgesetzt werden sollte (Klinische Perspektivenkonferenz / gesamtmedizinische Indikation) (Coors/Jox 2015; Hammes/Briggs 2011; Petri et al. 2022). Dies inkludiert die Registrierung von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten in den Krankenhausdokumentationssystemen sowie auch die Umsetzung des Konzepts eines Klinischen Ethik-Komitees.

MYTHOS: Recht auf Unvernunft heißt, dass eine Patientin bzw. ein Patient eine nicht indizierte Behandlung einfordern darf.

Recht auf Unvernunft heißt, dass eine Patientin bzw. ein Patient eine Behandlung ohne Angabe von Gründen ablehnen kann (Abwehrrecht) – auch wenn sie indiziert ist. Erscheint die Ablehnung aus Sicht

der Behandlerin oder des Behandlers nicht sinnvoll, so spricht man von Recht auf Unvernunft (Ulsenheimer et al. 2015). Dabei muss die Patientin bzw. der Patient aber nachvollziehbar ärztlich über die Konsequenzen – bis hin zum Tod – aufgeklärt werden (zeitnahe schriftliche Dokumentation; evtl. Beiziehung einer Gesprächszeugin bzw. eines Gesprächszeugen – vor allem bei fraglicher Entscheidungsfähigkeit). Patientinnen und Patienten oder deren Stellvertreter:innen können keine Therapie einfordern, wenn es keine Indikation hierfür gibt, da sich das Behandlungsteam immer an einem sinnvollen Therapieziel orientieren muss. Ohne Indikation darf also keine Therapie erfolgen. Das Zwei-Säulen-Modell (entwickelt von Petra Mayer und Petra Dietz-Laukemann Mayer 2022) besagt, dass Autonomie und ärztliche Indikation gleichberechtigte Säulen sind. Wenn eine der beiden Säulen wegfällt, gibt es keine Behandlung. Das Georgetown-Mantra betont in diesem Zusammenhang, dass eine nicht indizierte Behandlung gegen das Prinzip des Wohltuns und Nicht-Schadens sowie gegen das Prinzip der Gerechtigkeit verstößt, sowohl im Sinne des „ius suum" (was ist angemessen, verhältnismäßig, wirkungsvoll?) als auch der Verteilungsgerechtigkeit.

Bei dem Wunsch von Patientinnen bzw. Patienten und/oder deren Angehörigen nach einer nicht indizierten Therapie besteht die Kunst darin, das auf Basis einer Therapiezieländerung (TZÄ) begründete ärztliche „Nicht-Handeln" einfühlsam und verständlich zu kommunizieren, um rechtliche Konsequenzen (Vorwurf der unterlassenen ärztlicher Hilfeleistung bis hin zur fahrlässigen Tötung) zu vermeiden und die Patientinnen und Patienten gleichzeitig in Richtung palliative Betreuung zu informieren.

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

Gerechtigkeit ist das komplexeste Prinzip des Georgetown-Mantras (Beauchamp/Childress 1989). Gerechtigkeit hat zwei Komponenten:

Das „ius suum" bezieht sich darauf, was für den einzelnen Menschen gerecht ist. Es umfasst Aspekte wie Angemessenheit, Verhältnismäßigkeit und Wirksamkeit im individuellen Fall und berücksichtigt die Wünsche einer Patientin bzw. eines Patienten in deren individuellem Wertesystem.

Verteilungsgerechtigkeit bedeutet die gerechte Verteilung der Ressourcen eines Gesundheitssystems. Dabei ist die Vermeidung von Übertherapie in einem reichen Gesundheitssystem wie z. B. in Österreich der vordringlichste, am „einfachsten" und auch schnell umsetzbare Mechanismus, finanzielle Entlastung zu bringen. Automatisch inkludiert wären durch eine solche wünschenswerte und dringend nötige *Rationalisierung* der Medizin auf Basis von ethischen Entscheidungskriterien (nur mehr Therapien durchzuführen, die gerecht im Sinne des „ius suum" sind) positive Nebeneffekte wie die Vermeidung von unnötigem Leid für Patientinnen und Patienten, Stress für Angehörige und Burn-out bei medizinischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durch Futility (Sinnlosigkeit).

Bei der Verteilungsgerechtigkeit ist es wichtig, zu verstehen, dass zwei Patientinnen bzw. Patienten *„niemals gleich"* sein können. Selbst bei gleicher Grunderkrankung im gleichen Krankheitsstadium, gleicher Histologie (z. B. bei Tumorpatientinnen bzw. -patienten) unterscheiden sich zu behandelnde Personen immer im Alter, ihren Co-Morbiditäten, der Gebrechlichkeit, ihren Wünschen und Wertvorstellungen, ihrer biopsychosozialen Situation und damit in ihrem individuellen Rehabilitationspotenzial und sind daher höchstens *„vergleichbar"*. Eine Entscheidungsfindung im Sinne des „ius suum", die sich individuell am Wohltun, dem Prinzip des Nicht-Schadens und den Wünschen und Wertvorstellungen einer Patientin

bzw. eines Patienten orientiert, ist daher immer notwendig und erklärt, warum eine Patientin bzw. ein Patient eine medizinische Intervention erhält und eine andere, vergleichbar kranke Patientin bzw. ein anderer, vergleichbar kranker Patient unter Umständen nicht.

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

Zur Vermeidung von Übertherapie, die weltweit in reichen Medizinsystemen ein großes Problem darstellt (Cardona-Morrell et al. 2016), ist es daher unumgänglich, dass Ärztinnen und Ärzte sich rückbesinnen auf eine rationale Medizin, in der ärztliche Entscheidungen getroffen werden, die sich am individuellen Nutzen, an der systemischen Gerechtigkeit und am „ius suum" orientieren müssen (Rationalisierung) und nicht nur an der reinen Machbarkeit. Nur eine strenge ärztliche Indikationsstellung, die sich an einem wirkungsvollen Therapieziel orientiert, kann helfen, Übertherapie zu vermeiden.

Ärztliche Heilkunst heißt daher, die an einem sinnvollen, individuellen Therapieziel orientierte medizinische Entscheidung immer individuell für die jeweilige Patientin bzw. den jeweiligen Patienten rechtzeitig zu treffen.

Bei Ressourcenmangel (z. B. Triage – Massenanfall schwerst Erkrankter durch Hitze, Naturereignisse, Unfälle, Pandemie etc.) kommt es im Gegensatz zur besprochenen Rationalisierung zur nicht gewünschten *Rationierung*. Hier wird Menschen, die noch ein wirkungsvolles Therapieziel hätten, eine Therapie vorenthalten, da sie eine schlechtere Prognose haben als andere (utilitaristisches Prinzip – medizinische Entscheidungen, die sich nicht am Einzelwohl, sondern am Wohl/Überleben der Mehrheit orientieren). In Ländern mit eingeschränkten medizinischen Ressourcen kommt es auch unter Normalbedingungen häufig zu einer Triage-Situation (Unterversorgung). Wenn eine Rationierung notwendig wird, weil Rationalisierung nicht oder nicht in dem für das Gesundheitssystem notwendigen Ausmaß durch Ärztinnen und Ärzte stattgefunden hat, die ihre Entscheidungen nach ethischen Gesichtspunkten treffen (s. o.), wird es erwartbar zu einer ungerechten Mehr-Klassen-Medizin kommen, wo Betriebswirtinnen und Betriebswirte entscheiden, was leistbar ist und was nicht. Menschen mit Geld werden sich die knappe Ressource kaufen können, während andere diese trotz medizinischer Indikation nicht mehr erhalten werden. Das wäre der Untergang unseres solidarischen Gesundheitssystems. Die Indikation für eine medizinische Handlung ist unter Rationierung nicht mehr nur am sinnvollen Therapieziel (und dem Patientenwillen), sondern wesentlich auch an der Leistbarkeit orientiert, die dann in der Regel nicht ärztlich definiert ist. Das würde eine maximale Ungerechtigkeit für viele Menschen bedeuten.

MYTHOS: Nur eine verbindliche Patientenverfügung muss berücksichtigt werden.

Wenn eine Patientin bzw. ein Patient den eigenen Willen (schriftlich) festhält, ist dieser sowohl in Form einer *verbindlichen* als auch einer *nicht verbindlichen (*sog. „*anderen*") Patientenverfügung zu berücksichtigen. Lehnt eine Patientin bzw. ein Patient eine medizinisch indizierte Handlung ab (Recht auf Autonomie, Recht auf Unvernunft), muss diese bzw. dieser im Rahmen des Shared Decision Making über die Konsequenzen (bis hin zum Tod) aufgeklärt werden. Dies ist schriftlich zu dokumentieren.

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

Eine mündliche oder durch Mimik/Gestik mitgeteilte Willensäußerung sollte immer ehebaldigst verschriftlicht und im ärztlichen und pflegerischen Team kommuniziert werden (Klinische Perspektivenkonferenz (KPK) – Schnittstellenmanagement!). Die einfühlsame und kompetente Kommunikation mit „fordernden" Angehörigen ist Teil ärztlicher Heilkunst.

Bei fraglich entscheidungsfähigen Patientinnen oder Patienten sollte eine zweite Person als Gesprächszeugin bzw. -zeuge hinzugezogen und das Gespräch zeitnah schriftlich dokumentiert werden (ARGE Ethik, ÖGARI-Empfehlung: innerhalb von 24 Stunden).

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

Für die Reanimationssituation gilt, dass – wenn keine Zweifel an der Identität der Person oder der Legalität der Situation bestehen – dem Willen der Patientin bzw. des Patienten (vorliegende Patientenverfügung oder mutmaßlicher Wille, überbracht durch andere, wie z. B. Angehörige) zu entsprechen ist. Wenn die Patientin oder der Patient eine Reanimation ablehnt, so muss das Behandlungsteam auch darauf verzichten (dies gilt auch für Sanitäter:innen, sofern sie die Situation vor Ort zweifelfrei einschätzen können). Im Zweifel gilt *„in dubio pro vita"*[1]. *A*llerdings muss der Zweifel begründet sein und darf keinem Automatismus entsprechen, wie dies derzeit in einigen Rettungsorganisationen gelehrt wird.

Fallbeispiel: Eine demente Patientin will nicht mehr essen und verweigert jegliche Nahrungszufuhr. Darf, soll oder muss man sie ernähren?

Bei fortgeschrittener Demenz ist die Anlage einer Ernährungssonde kontraindiziert (s. o.). Es ist zu beachten, dass reversible Ursachen, wie nicht essen zu wollen aufgrund von Schmerzen bei kariösem Zahnstatus oder entzündeter Mundschleimhaut ausgeschlossen sind.

Generell gilt für alle Patientinnen und Patienten am Lebensende: Befindet sich eine Patientin bzw. ein Patient im Sterbeprozess, ist die Ernährung und Flüssigkeitsgabe einzustellen, da das Therapieziel für eine Ernährungs- und Flüssigkeitstherapie (Aufrechterhaltung der Homöostase) bei sterbenden

[1] im Zweifel für das Leben

Personen wegfällt und man so Symptome der Überwässerung (enteral und parenteral) weitestgehend vermeiden kann (s. u.).

MYTHOS: Angehörige dürfen eine Therapie einfordern, wenn sie denken, dass dies im Sinne der Patientin bzw. des Patienten ist. Shared Decision Making bedeutet, dass Behandelnde Angehörige fragen sollten, wie medizinisch weiter vorzugehen ist.

Wenn es keine Indikation für eine Behandlung gibt, aber die Angehörigen dennoch vehement diese Behandlung einfordern, darf den Forderungen der Angehörigen nicht entsprochen werden. Die Angehörigen sind jedoch im Sinne einer guten Kommunikation einfühlsam und kompetent aufzuklären und auf den gemeinsamen Weg mitzunehmen (nicht zuletzt, um eine Klage zu vermeiden!). Die Angehörigen sind dabei darüber aufzuklären, warum die geforderte Behandlung nicht indiziert ist (z. B. keine Verlängerung der Lebenszeit, keine Verbesserung der Lebensqualität durch Anlage einer PEG-Sonde bei fortgeschrittener Demenz oder aber eine Intervention wäre bei weit fortgeschrittener Erkrankung zwar technisch möglich, ist aber wirkungslos und würde lediglich Leiden verlängern und Sterben hinauszögern, was weder ethisch geboten noch rechtlich erlaubt wäre).

Auch ohne offizielle Stellvertretung nach dem Erwachsenenschutzgesetz können und sollen Angehörige den mutmaßlichen Willen einer Patientin bzw. eines Patienten in die medizinische Entscheidungsfindung einbringen. Behandelnde Ärztinnen und Ärzte dürfen dabei aber weder die Patientin bzw. den Patienten noch deren Angehörige fragen, welche medizinischen Maßnahmen zu ergreifen oder nicht zu ergreifen wären. Ärztliche Aufgabe im Rahmen eines Aufklärungsgesprächs ist die Darlegung der verschiedenen möglichen Handlungsoptionen, inklusive der jeweiligen zu erwartenden Konsequenzen, sodass die Patientin bzw. der Patient oder deren Stellvertreter:innen dann sagen können, was den Wünschen oder Wertvorstellungen der Patientin bzw. des Patienten am meisten entspricht. Dabei ist die häufig von Patientinnen und Patienten gestellte Frage an die aufklärende Ärztin bzw. den aufklärenden Arzt „*Was würden Sie tun, wenn ein Ihnen nahestehender Mensch betroffen wäre?*" durchaus legitim und ein sich darauf beziehender ärztlicher Rat erwünscht und sinnvoll.

Da es in der Praxis bei Aufklärungsgesprächen immer wieder zu Missverständnissen kommt, sei hier nochmals explizit darauf hingewiesen, dass eine Ärztin oder ein Arzt darauf achten muss, eine Patientin bzw. einen Patienten oder deren Angehörige eben nicht zu fragen, was medizinisch als nächstes zu machen sei. Shared Decision Making (Ahmad et al. 2020; Bieber et al. 2016) bedeutet, dass aus allen sinnvollen Handlungsoptionen, die ärztlich ausführlich und samt ihren Konsequenzen kommuniziert werden müssen, die am besten zur Patientin bzw. zum Patienten passende im Aufklärungsgespräch herauszufinden ist, sodass der gewünschte ärztliche Rat die Indikation mit den Wünschen und Wertvorstellungen einer Patientin oder eines Patienten in Einklang bringen kann.

MYTHOS: Eine Patientin bzw. ein Patient, die bzw. der fraglich entscheidungsfähig ist, oder eine Patientin bzw. ein Patient mit einer Vertretungsperson nach dem Erwachsenenschutzgesetz kann und darf bei medizinischen Fragen nicht selbst entscheiden.

Entscheidungsfähigkeit nach dem Erwachsenenschutzgesetz (2. ErwSchG) wird wie folgt definiert: „Entscheidungsfähig ist, wer die Bedeutung und die Folgen seines Handelns im jeweiligen Zusammenhang verstehen, seinen Willen danach bestimmen und sich entsprechend verhalten kann. Dies wird im Zweifel bei Volljährigen vermutet. Juristisch werden drei Stufen der Entscheidungsfähigkeit unterschieden:

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

Die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit darf und muss jede Ärztin und jeder Arzt (Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, Fachärztinnen und -ärzte, Turnusärztinnen und -ärzte) selbst durchführen. Es ist nicht zwingend eine Fachärztin bzw. ein Facharzt für Psychiatrie oder Neurologie beizuziehen. Auch anderen Gesundheitsberufen ist die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit im Rahmen ihrer Kompetenzen gestattet.

Eine entscheidungsfähige Patientin bzw. ein entscheidungsfähiger Patient muss alle die eigene Person betreffenden medizinischen Fragestellungen selbst entscheiden. Eine nicht entscheidungsfähige Patientin bzw. ein nicht entscheidungsfähiger Patient braucht in Österreich eine Stellvertretung nach dem Erwachsenenschutzgesetz.

Komplexer ist die fragliche Entscheidungsfähigkeit. Der Gesetzgeber schlägt für Gespräche mit fraglich entscheidungsfähigen Personen vor, eine Hilfsperson, die in der Gesprächsführung mit fraglich entscheidungsfähigen Personen geübt ist, zur Kommunikation beizuziehen. Wenn Patientinnen oder Patienten dann durch diese Unterstützung die Folgen ihres Handelns im jeweiligen Zusammenhang verstehen, dürfen sie selbst entscheiden und es muss keine Stellvertretung bestellt werden. Die Gesprächsinhalte (Einverständnis oder Ablehnung) sind zeitnahe schriftlich zu dokumentieren!

Somit sind Patientinnen und Patienten unter Erwachsenenschutz, aber auch untergebrachte Patientinnen und Patienten jedenfalls dann selbst entscheidungsbefugt, wenn sie ausreichend entscheidungsfähig sind. In diesem Fall ist die Entscheidungssubstitution durch den bzw. die Vertreter:in nicht nötig. Es empfiehlt sich, ein solches Gespräch zu zweit zu führen und zeitnahe schriftlich zu dokumentieren.

In Zweifelfragen können Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie oder Neurologie beigezogen werden, wenn diese in der jeweiligen Situation zur Verfügung stehen.

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

Therapiezieländerung

MYTHOS: Bei einer schweren Erkrankung sollte eine Therapiezieländerung Richtung Palliativmedizin so spät wie möglich festgelegt werden.

Vor Beginn jeder Behandlung muss für jede Patientin und jeden Patienten ein individuelles Therapieziel (zwischen Heilung und Palliation) definiert werden, das angemessen und verhältnismäßig sein und sich an den Wünschen und Wertvorstellungen einer Patientin bzw. eines Patienten orientieren muss. Der Nutzen für die Patientin oder den Patienten sollte immer über dem möglichen Schaden liegen. Für den Zeitpunkt der Festlegung einer Therapiezieländerung gibt es keine festen Regeln. Sicherlich sollte eine kritische Abwägung des Therapieziels ab dem 21. Tag (Grenze zur chronisch kritischen Erkrankung) regelmäßig (z. B. einmal/Woche) erfolgen, bei schwerer Erkrankung und schlechtem Rehabilitationspotenzial sollte diese jedoch auch schon viel früher und eine Reevaluation bis zu täglich stattfinden (Lamas 2014; MacIntyre 2012).

In der Anfangsphase einer schweren, unheilbaren Erkrankung begleitet die Palliativmedizin unter dem Aspekt des Wohltuns und des Erhalts der Leistungsfähigkeit für Dinge, die Spaß machen – trotz schwerer Erkrankung. Es geht um das *„gute Leben am Ende des Lebens"* (das über Wochen, Monate, unter Umständen Jahre gehen kann). Die Patientin bzw. der Patient soll das Leben genießen, so gut es geht. Belastende Behandlungen sind kritisch abzuwägen und rechtzeitig zu unterlassen. Die *Palliativphase des guten Lebens* geht bei einem langsamen Krankheitsverlauf fließend in die *Palliativphase des guten Sterbens* über. Ziel ist hier, das Sterben in Würde (ohne Angst, Stress, Schmerzen, Atemnot und mit der Möglichkeit für Begleitung) zu ermöglichen. In jeder Phase der Palliativmedizin geht es immer um bestmögliche Symptomlinderung.

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

- biopsychosoziale Situation
- Prinzipienethik („Georgetown-Mantra"):

  Autonomie

  Nicht-Schaden

  Wohltun

  Gerechtigkeit („ius suum" und Verteilungsgerechtigkeit)
- Zwei-Säulen-Modell

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

Beispielsweise sollte bei der Entscheidung über eine große Operation oder Chemotherapie bei Risikopatientinnen bzw. -patienten das Komplikationsmanagement im Vorfeld besprochen werden. Dies kann im Rahmen einer Klinischen Perspektivenkonferenz (KPK) im Team mit allen involvierten Behandlerinnen bzw. Behandlern erfolgen. Sollte man sich für eine medizinische Intervention entscheiden, muss festgelegt werden, welche Maßnahmen im Falle von Komplikationen nicht mehr durchgeführt werden. Rechtzeitig sollten DNR/DNE (Do Not Resuscitate / Do Not Escalate) definiert (Friesenecker et al. 2023) und für den Fall, dass das Sterben erwartet wird, Maßnahmen im Sinne einer CTC (Comfort Terminal Care) besprochen werden (Schaden et al. 2024), sowohl im Team mit den involvierten Behandlerinnen bzw. Behandlern als auch – wenn möglich – mit den Patientinnen und Patienten selbst und deren Angehörigen.

MYTHOS: Ärztinnen und Ärzte müssen mit negativen rechtlichen Konsequenzen rechnen (Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung bis hin zur fahrlässigen Tötung), wenn sie eine Therapiezieländerung (Wohltun und bestmögliche Symptomlinderung versus ursächliche Behandlung des Grundleidens) definieren und schriftlich dokumentieren.

Rechtliche Konsequenzen sind nur dann möglich, wenn gegen rechtliche Vorschriften – allen voran gegen die Sorgfaltspflicht der Gesundheitsberufe – verstoßen wurde. Wird eine Therapiezieländerung lege artis (= also nach den Regeln des ärztlichen Berufs) vorgenommen, liegt kein Verstoß gegen die

Sorgfaltspflicht vor. Demnach gibt es auch keine rechtlichen Konsequenzen. Für die palliative Arbeit wurde im Jahr 2019 ein eigener Paragraf im Ärztegesetz (§ 49a) eingefügt (ÄrzteG 1998, § 49a). Dieser besagt Folgendes: *Palliativmedizinische Maßnahmen sind auch dann zulässig, wenn ihr Nutzen zur Symptomlinderung das mögliche Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen überwiegt* (Gesetzestext wurde hier verkürzt und sinngemäß abgebildet).

Fallbeispiel: Eine über 90-jährige Frau bricht zusammen. Die Angehörigen verständigen die Rettung. Die Sanitäter:innen sind die Ersteintreffenden. Die Angehörigen erzählen, dass ihre Großmutter nie gewollt hätte, reanimiert zu werden. Müssen die Sanitäter:innen eine Reanimation starten?

Wenn keine Zweifel an der Identität der Person oder in Hinblick auf die Legalität der Situation bestehen (z. B. vorhandene verbindliche Patientenverfügung, in der eine Wiederbelebung abgelehnt wird, oder bei eindeutiger Übermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens durch die Angehörigen), dürfen sich auch Sanitäter:innen nicht über die Autonomie einer Patientin bzw. eines Patienten hinwegsetzen und müssen auf den Beginn einer Reanimation verzichten (Medicus et al. 2024). Im Zweifel dürfen Wiederbelebungsmaßnahmen (CPR) durchgeführt und die Patientin bzw. der Patient ins Krankenhaus gebracht werden („in dubio pro vita" – im Zweifel für das Leben). Dort kann dann auch sekundär, wenn mehr Informationen vorliegen, über eine Therapiezieländerung entschieden werden (Sterben zulassen und Patientin bzw. Patient im Rahmen einer Comfort Terminal Care im Sterbeprozess palliativmedizinisch begleiten) (Medicus et al. 2024).

MYTHOS: Es gibt eine absolute chirurgische Indikation.

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

Die Angemessenheit und Verhältnismäßigkeit einer technisch möglichen medizinischen Maßnahme ist ärztlich zu beurteilen. Im Notfall gilt „in dubio pro vita" (im Zweifel für das Leben). Allerdings verbietet sich auch im Notfall eine medizinische Intervention, wenn sie nicht mehr wirkungsvoll und damit nicht indiziert ist. Im Rahmen eines Vorsorgedialogs (Advanced Care Planning – niedergelassener Bereich, Hausärztin oder Hausarzt, Pflegeeinrichtung) oder im Rahmen einer Klinischen Perspektivenkonferenz (KPK) (im Team der behandelnden Klinikärztinnen bzw. Klinikärzte) sollte mit einer Patientin oder einem Patienten prinzipiell und rechtzeitig geklärt werden (Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Stellvertreter:innen benennen), welche medizinischen Maßnahmen im Falle einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Patientin bzw. des Patienten nicht mehr gewünscht sind (Abwehrrecht), damit im Notfall klar ist, was zu tun und vor allem was zu unterlassen ist, falls die Patientin bzw. der Patient nicht mehr für sich selbst sprechen kann.

Bei fortgeschrittener Erkrankung ist das „Worst-Case-Szenario" oft gut vorhersehbar und muss mit der Patientin bzw. dem Patienten und – falls von dieser bzw. diesem gewünscht – mit den Angehörigen im Voraus besprochen werden. Das Therapieziel bzw. die Therapiezieländerung sollte daher rechtzeitig von den Hauptbehandelnden definiert werden, damit das gerufene Notfallteam weiß, welche medizinischen Maßnahmen sinnvoll und erwünscht und welche nicht mehr indiziert sind. Ein Notfallplan sollte jedenfalls

immer im Rahmen von ACP (niedergelassener Bereich, Pflegeeinrichtung) oder KPK (klinischer Bereich) erstellt werden.

Im Rahmen der KPK ist eine gesamtmedizinische Indikation im Team mit allen Behandelnden zu erarbeiten. Die Verwendung von Scores (ADL[2], Frailty, POS-POM[3], SOFA[4]-Scores) wird empfohlen, um Hochrisikopatientinnen bzw. -patienten zu definieren, bei denen vor Beginn einer technisch machbaren medizinischen Intervention besprochen werden muss, ob man die Intervention überhaupt durchführen will und, falls ja, wie man im Falle von Komplikationen vorgehen möchte. Dabei ist genauestens und individuell zu definieren, was man alles nicht mehr machen will (DNR/DNE). Zum Beispiel, weil die Patientin bzw. der Patient aufgrund des schlechten Rehabilitationspotenzials davon mit großer Wahrscheinlichkeit nicht mehr profitieren würde oder man im Falle des Überlebens mit hoher Belastung und Pflegebedürftigkeit rechnen müsste.

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

Blutung/Ileus/Beatmung bei fortgeschrittener Erkrankung: Eine Patientin oder ein Patient darf – palliativmedizinisch mit dem Ziel der bestmöglichen Symptomlinderung versorgt – bei einer chirurgisch nicht sanierbaren Gesamtsituation verbluten oder auch ohne operativen Eingriff an einem Ileus versterben (ein Ileus kann über Wochen palliativmedizinisch ohne Operation versorgt werden), wenn es keine technisch sinnvoll machbare Lösung und damit auch kein sinnvolles individuelles Therapieziel mehr für eine Intervention gibt. Ein rein mechanisch gedachtes „I have to fix it" ist kein sinnvolles Therapieziel und begründet damit keine Indikation für chirurgisches/anästhesiologisches Handeln. Die Beatmung einer fortgeschritten erkrankten Patientin oder eines fortgeschritten erkrankten Patienten darf beendet werden – selbst bei nicht oder nicht ausreichend atmenden Patientinnen bzw. Patienten, wenn die Beatmung lediglich Leiden verlängern und Sterben hinauszögern würde. Auch hier ist dafür Sorge zu tragen, dass die Patientin bzw. der Patient im Sterbeprozess im Rahmen einer CTC unter bestmöglicher Symptomlinderung medizinisch begleitet wird.

MYTHOS: Wenn es im Behandlungsteam Differenzen bzgl. der Indikation für einen operativen Eingriff gibt, müssen alle Teammitglieder – auch wider besseren Wissens – die getroffene (chirurgische?) Entscheidung mittragen und „mitmachen".

Nein! Jede einzelne Fachärztin bzw. jeder einzelne Facharzt im Team der Behandelnden, die bzw. der entscheidungsberechtigt ist, ist verantwortlich dafür, dass Patientinnen und Patienten entsprechend ihren Wünschen und Wertvorstellungen unter Wahrung ihrer Autonomie und nur bei Vorhandensein eines Therapieziels und einer sich daraus ableitenden, wirkungsvollen Indikation behandelt werden. Andernfalls sind palliativmedizinische Maßnahmen einzuleiten.

---

[2] „Activities of Daily Living"-Score (Costa et al. 2018)

[3] Preoperative Score to Predict Postoperative Mortality (Katz et al. 1963)

[4] Sequential Organ Failure Assessment (Vincent et al. 1998)

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

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

Für die Pflegeberufe ist es schwieriger, eine angeordnete medizinische Intervention/Medikation zu verweigern, da diese anordnungsgebunden für die Durchführung ärztlich vorgegebener medizinischer Maßnahmen sind. Gleich wie für weisungsgebundene Ärztinnen bzw. Ärzte in Ausbildung gilt auch für die Pflegeberufe im Falle eines nicht lösbaren Konflikts, in dem Handeln wider besseren Wissens/Gewissens aufgrund der hierarchischen Struktur gefordert ist, zeitnahe ein informelles Gedächtnisprotokoll mit allen wichtigen Informationen (wann, wer, wo, warum, wie) anzufertigen, damit für eventuelle spätere Nachfragen die Vorkommnisse nachvollziehbar und zeitgerecht schriftlich dokumentiert sind.

Wenn Vorgesetzte Maßnahmen ohne Indikation oder Therapieziel anordnen, sollten diese – wenn überhaupt – nur unter Protest und auf schriftliche Weisung ausgeführt und alles gut dokumentiert werden.

Bei Schwierigkeiten innerhalb des Teams oder mit Angehörigen kann das Klinische Ethik-Komitee (KEKo) hinzugezogen werden. (CAVE: Eine Ethik-Kommission ist in Österreich als Gremium einer Universität für die Beurteilung wissenschaftlicher Studien zuständig!)

Kinderheilkunde

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

Es ist medizinisch falsch, zu behaupten, Kleinkinder hätten kein Schmerzempfinden (Anand/Hickey 1987; Messerer et al. 2014; Schwarzer/Zenz 2006; Taddio et al. 1997). Operationen an Neugeborenen und Kleinkindern ohne adäquate Analgesie oder Analgosedierung (z. B. Zirkumzision) durchzuführen, ist nicht lege artis, stellt einen Kunstfehler dar und ist eine Körperverletzung. Ab der Geburt muss jede medizinische Intervention ausschließlich mit einer adäquaten Analgosedierung durchgeführt werden.

Die Tatsache, dass Zirkumzisionen möglicherweise wieder in den „schwarzmedizinischen" Bereich abtauchen könnten, rechtfertigt keinesfalls eine Zirkumzision ohne Analgesie durch professionelle Hände.

Organspende

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

Wenn eine Explantationssituation keinen würdevollen Tod bedeuten würde, müsste das Transplantieren, das nur über eine vorherige Explantation möglich ist, verboten werden (österr. Ärztegesetz: Wir müssen Menschen unter Wahrung ihrer Würde beistehen).

Normalerweise wird der Sterbeprozess durch das medizinische Procedere, das mit einer Organspende (DBD – Donation after Brain Death) verbunden ist, nicht verlängert (Dier et al. 2023a; Dier et al. 2023b). Es gibt jedoch häufig ein „Warten auf die Explantation nach dem Hirntod" unter intensivmedizinischer Organerhaltungstherapie. Dies muss gut erklärt werden, da eine Patientin bzw. ein Patient nach dem Hirntod weiterhin beatmet auf einer Intensivstation liegt und „lebendig" (= rosig, mit sich hebendem/senkenden Brustkorb unter künstlicher Beatmung) aussieht. Es ist nur mit einfühlsamer Erklärung für die Angehörigen zu verstehen, dass dieser Mensch tot (weil hirntot) ist, da in unserem ethischen Verständnis mit dem Hirntod der Gesamttod definiert ist. Daher ist das Warten auf die Explantation kein protrahierter Sterbeverlauf.

Es gibt eine Situation, die unter Umständen zu einem verzögerten Sterbeprozess führen kann, wenn bei potenziellen Spenderinnen oder Spendern mit letaler Schädigung des Gehirns (Trauma, Blutung, Tumor, etc.) der Hirntod protrahiert eintritt. Hier wäre eine Patientin bzw. ein Patient eventuell mit einer Therapiezieländerung (bei Feststellung der infausten Prognose erfolgt eine Umstellung der intensivmedizinischen Maßnahmen auf eine CTC) früher – noch vor dem Eintreten des Hirntods – verstorben. Diese Situation muss gegebenenfalls auch im Team der Behandelnden und mit den Angehörigen thematisiert werden und eventuell muss das „Warten auf den Hirntod" abgebrochen und Sterben im Rahmen einer palliativmedizinisch geführten CTC zugelassen werden. Je nach Sterbeverlauf kann alternativ eine DCD (Donation after Circulatory Death) nach der Therapiezieländerung besprochen und durchgeführt werden.

In Österreich gilt die „Widerspruchsregelung" (oesterreich.gv.at 2024). Daher dürften rechtlich von allen Patientinnen bzw. Patienten, die nicht widersprochen haben, Organe ohne Rückfrage explantiert werden. In der klinischen Praxis werden jedoch üblicherweise immer die Angehörigen gefragt, ob sie einverstanden sind und ob eine Explantation dem mutmaßlichen Willen ihrer oder ihres verstorbenen Angehörigen entsprechen würde. Folglich ist auch die Situation der verlängerten Wartezeit bis zum Eintritt des Hirntods immer offen zu diskutieren.

Begriffsdefinitionen:

- DBD (Donation after Brain Death): In der Wartezeit zwischen Hirntod und Organentnahme ist die betroffene Person bereits tot (= hirntot, Hirntodprotokoll).
- DCD (Donation after Circulatory Death): Der Sterbeprozess wird im Rahmen einer Therapiezieländerung zugelassen. Die Patientin bzw. der Patient verstirbt im Rahmen eines Herz-Kreislauf-Stillstandes (ohne Hirntodprotokoll). Nach dem Herztod und einer in unterschiedlichen Ländern unterschiedlich lange dauernden Wartezeit wird der Hirntod angenommen. Auch bei der DCD wird der Sterbeprozess nicht hinausgezögert (und auch nicht beschleunigt!) – im Sinne der bestmöglichen Organqualität ist eine kurze Sterbezeit von Vorteil. Bei einem protrahiert verlaufenden Sterbeprozess sind für eine DCD sinnvolle Low-Flow-Zeiten für die Organperfusion in situ zu bedenken.

Verläuft der natürliche Sterbeprozess im Rahmen der CTC verzögert, ist eventuell von einer Organentnahme abzusehen, auch wenn Patientinnen oder Patienten und Angehörige einverstanden gewesen wären oder dies sogar gewünscht hätten.

Sterbephase

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

Solange jemand essen und trinken möchte, darf die Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit nicht vorenthalten werden (BMSGPK 2013; Schindler 2004; Volkert et al. 2013). Essen und Trinken entspricht der Befriedigung eines Grundbedürfnisses. Die Patientin bzw. der Patient ist entweder in der Lage, selbstständig zu essen und zu trinken, oder es wird Nahrung und Flüssigkeit pflegerisch durch Handreichung ermöglicht. Sollte eine Patientin oder ein Patient (z. B. nach einer HNO-Tumor-Behandlung) nicht schlucken können, aber essen und trinken wollen, ist dies durch eine Anlage von Sonden (Magensonde, PEG-Sonde) medizinisch zu ermöglichen.

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

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

In der Sterbephase ist die Aufrechterhaltung der Homöostase KEIN Therapieziel mehr, weswegen die Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit beendet werden darf und MUSS! Der Verzicht auf (zuerst) Nahrung und (dann) Flüssigkeit gehört zu einem natürlichen Sterbeprozess! Palliativmediziner:innen klären diese Umstände bereits im Vorhinein mit Patientinnen bzw. Patienten und deren Angehörigen sowie auch mit dem involvierten Pflegeteam.

Die Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit bei Sterbenden ist kontraindiziert und führt sowohl enteral als auch parenteral häufig zu einer nicht zielführenden Flüssigkeitsüberladung, die belastende Symptome verursachen bzw. bestehende Symptome angesichts einer verminderten Pumpleistung des Herzens und eines zunehmenden Nierenversagens verschlechtern kann! Die intravenöse Verabreichung von Flüssigkeit kann bei Sterbenden zu Ödemen führen (Lungenödem und auch schmerzhafte, periphere Ödeme). Ein Lungenödem verstärkt eine unter Umständen vorbestehende Atemnot und kann zur Behinderung der Atemwege mit Rasselgeräuschen führen. Die Gabe von Anticholinergika könnte weitestgehend vermieden werden, wenn die Flüssigkeitsgabe bei Sterbenden rechtzeitig eingestellt werden würde.

Die Weiterführung der peroralen Ernährung in einem im Sterbeprozess minder perfundierten Magen- oder Darmtrakt führt zu Bauchschmerzen, Ileus, Übelkeit, Erbrechen und Aspiration, was durch eine rechtzeitige Einstellung der enteralen Ernährungstherapie bei sterbenden Menschen ebenso weitestgehend vermieden werden könnte.

Wann im Sterbeprozess eine Patientin oder ein Patient keine Ernährung/Flüssigkeit mehr braucht, ist individuell festzulegen. Die Ernährungs- und Flüssigkeitstherapie sollte idealerweise dann beendet werden, wenn die Aufrechterhaltung der Homöostase kein Therapieziel mehr ist, spätestens aber dann, wenn negative Symptome durch eine Flüssigkeitsüberladung sichtbar werden.

Die medizinisch indizierte Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit (perioperativ oder auch bei schwerer Erkrankung) bedarf einer klaren Indikation und muss vorab mit der Patientin bzw. dem Patienten besprochen werden (Magensonde, PEG-Sonde etc.):

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

CAVE: Gibt es kein Therapieziel (Aufrechterhaltung der Homöostase) und damit keine Indikation für Ernährung und Flüssigkeit, ist die Zufuhr sowohl parenteral als auch enteral kontraindiziert. Ein Zuwiderhandeln würde eine Körperverletzung bedeuten, gleich wie die Durchführung jeder anderen Therapie ohne Indikation!

Aus genannten Gründen ist es wichtig, dass – wie der Beginn von Ernährung und Flüssigkeitsgabe – auch die Beendigung der Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit medizinisch begründet und schriftlich dokumentiert werden muss. Die rechtzeitige Aufklärung von Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen ist geboten und erspart Stress und negative Energie.

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

Es stimmt, dass man niemanden unter ärztlicher/pflegerischer Begleitung ersticken lassen darf (Schaden et al. 2024). Aber man muss wissen, dass Sauerstoff nicht gegen Atemnot oder das Gefühl, zu ersticken, hilft. Sauerstoff muss – wie jede andere Substanz auch – in der Palliativmedizin indiziert werden. Das Therapieziel einer Sauerstoffgabe ist die Leistungssteigerung – mit der Gabe von Sauerstoff kann eine Hypoxie bei fortgeschrittener Lungenpathologie über einige Zeit vermieden oder gemindert werden.

Bei Atemnot sind Opiate das Mittel der Wahl. Opiate dämpfen den Atemantrieb und vermindern das Gefühl des Lufthungers, sie senken die Atemfrequenz und führen – adäquat dosiert – auch bei hypoxischen Patientinnen bzw. Patienten häufig zu einer Verbesserung der Oxygenierung und Ventilation durch eine Ökonomisierung der Atmung. Auch für die Behandlung der Hyperkapnie einer fortgeschritten kranken Patientin oder eines fortgeschritten kranken Patienten sind Opiate Mittel der Wahl, da sie den zunächst gesteigerten Atemantrieb dämpfen und damit ebenfalls zu einer Ökonomisierung der Atmung beitragen und durch tiefere und langsamere Atemzüge das Abatmen von CO_2 erleichtern.

Im fortgeschrittenen Sterbeprozess verursachen sowohl fortschreitende Hypoxie als auch Hyperkapnie keine negativen Symptome: Hypoxie und Hyperkapnie führen zunächst zu Euphorie und Hyperkapnie in weiterer Folge zur CO_2-Narkose – beide Symptome sind dem natürlichen Sterbeprozess förderlich und nicht leidvoll.

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

Gemäß § 2 des österreichischen Ärztegesetzes muss jede Ärztin und jeder Arzt über Grundkenntnisse in Schmerztherapie und Palliativmedizin verfügen. § 49a des österreichischen Ärztegesetzes erlaubt explizit die Steigerung der palliativen Medikamente, die zur Symptomlinderung notwendig sind, auch wenn dadurch der Tod früher eintreten sollte (beispielsweise durch Verschlechterung der Atmung, einen weniger starken Hustenstoß oder einen verminderten Schluckakt, was zu einer erhöhten Aspirationsgefahr und damit Beschleunigung des Sterbeprozesses führen kann). Wichtig ist die zeitnahe Dokumentation einer schrittweisen Steigerung der verwendeten Medikamente in Abhängigkeit von den beobachteten Symptomen.

In der Palliativmedizin ist Sauerstoff so lange indiziert, wie eine Leistungssteigerung oder mindestens ein Leistungserhalt das Therapieziel ist. Im Sterbeprozess ist dies nicht angemessen. Sauerstoff trägt nicht zur Symptomlinderung (Atemnot, Lufthunger, Dyspnoe) bei. Hypoxie und Hyperkapnie sind im Sterbeprozess nicht leidvoll. Diese drei Argumente erklären deutlich, warum auf die Gabe von Sauerstoff bei sterbenden Menschen verzichtet werden sollte.

Die wichtigsten vier Substanzgruppen der Palliativmedizin für die Symptomlinderung in der Sterbephase sind

- Opiate zur Linderung von Schmerzen und Atemnot,
- Benzodiazepine zur Behandlung von Unruhe und Angst,
- Neuroleptika zur Behandlung von Unruhe und Halluzinationen (Delir) sowie
- Anticholinergika zur Reduktion von Rasselgeräuschen, die man durch eine rechtzeitige Beendigung der Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit im Sterbeprozess weitestgehend vermeiden könnte!

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

Im Sterbeprozess dürfen Opiate und Benzodiazepine – symptomorientiert dosiert und schrittweise gesteigert – unter begleitender schriftlicher Dokumentation der Symptomlast und in guter Zusammenarbeit zwischen ärztlichem und pflegerischem Team ohne Monitoring verabreicht werden, da eine Verschlechterung der Atemfunktion/Schluckfunktion/Husten inhärenter Teil des Sterbeprozesses ist und beim Sterbenden zugelassen werden darf (Schaden et al. 2024).

Alle medizinischen Maßnahmen, die das Sterben hinauszögern und Leid verlängern, müssen im Rahmen der Comfort Terminal Care (CTC) beendet werden. Dazu gehört neben Medikamenten, die nicht zur CTC benötigt werden, auch das Ausschalten von Schrittmachern und ähnlichen Geräten.

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

Das bewusste Unterlassen nicht indizierter medizinischer Interventionen im Rahmen einer Therapiezieländerung ist keinesfalls eine unterlassene Hilfeleistung im rechtlichen Sinne, sondern eine notwendige

Maßnahme zur Vermeidung von Übertherapie und entspricht den ethischen Prinzipien der Benefizienz, Non-Malefizienz und dem Gerechtigkeitsprinzip („ius suum" und Verteilungsgerechtigkeit) des Georgetown-Mantras. Jedenfalls sind im Rahmen einer Therapiezieländerung immer mit Beendigung der auf Heilung ausgerichteten Therapie palliativmedizinische Maßnahmen einzuleiten mit den Zielen des Wohltuns, der Vermeidung von belastenden Interventionen und einer bestmöglichen Symptomlinderung. Schlussendlich dient dies alles der Durchführung einer CTC im Rahmen des Sterbeprozesses.

MYTHOS: Man kann rechtlich belangt werden, wenn durch die Erhöhung der Dosis palliativmedizinischer Medikamente, die zur Linderung von Angst, Stress, Schmerzen und Atemnot gegeben werden, eine sterbende Patientin oder ein sterbender Patient schlechter atmet, hustet und schluckt und Gefahr läuft, zu aspirieren.

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

Diskussion und offene Fragen

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

Sehen Sie die Pflicht, nach einer Patientenverfügung zu fragen, nur bei nicht entscheidungsfähigen Patientinnen bzw. Patienten oder bei allen? Und worauf ist diese Pflicht juristisch gestützt?

Die Pflicht zur Nachfrage, ob eine Patientenverfügung besteht, ergibt sich aus der allgemeinen *Sorgfaltspflicht* und sollte aus klinischer Sicht selbstverständlich alle Patientinnen und Patienten umfassen, da alle Patientinnen bzw. Patienten in die Lage kommen können, im Rahmen einer Behandlung zumindest für einen gewissen Zeitraum nicht selbst entscheidungsfähig bzw. so schwer krank zu sein, dass schwerwiegende Entscheidungen vom behandelnden Ärzteteam zu treffen sind. Hierbei ist es sehr hilfreich, die Wünsche und Wertvorstellungen einer Patientin oder eines Patienten zu kennen bzw. den mutmaßlichen Willen von der Person übermittelt zu bekommen, die die Patientinnen bzw. Patienten selbst eingesetzt hat als Person, die ihren Willen am besten kennt (Vorsorgevollmacht). In Krankenhäusern, die ihrer organisationsethischen Verantwortung nachkommen, werden Patientinnen oder Patienten automatisch bei Aufnahme nach einer vorhandenen Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht gefragt und – falls vorhanden – werden diese in das Krankhausdokumentationssystem für alle Behandelnden

sichtbar eingespeichert. Das ist aus klinischer Sicht hilfreich und für eine möglichst gute Entscheidungsfindung im Sinne der betreuten Patientinnen und Patienten notwendig.

Wird die Futility[5]-Diskussion in anderen Ländern auch in dieser Form geführt? Gibt es positive Beispiele von Ländern, die hier schon einen Schritt weiter sind?

Die medizinethische Frage nach der Futility (Hartog et al. 2018) und dem Umgang mit Therapieentscheidungen wird international sehr unterschiedlich gehandhabt (England, USA, aber auch Deutschland).

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

Es ist notwendig, das Konzept des „Advance Care Planning" flächendeckend in ganz Österreich umzusetzen (Coors/Jox 2015; Hammes/Briggs 2011; Petri et al. 2022). Dabei ist auf ein gutes Schnittstellenmanagement zwischen den unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen (Hausärztin oder Hausarzt, Pflegeheim, sonstige medizinische Einrichtungen und Krankenhaus, aber auch innerhalb des Krankenhauses) Wert zu legen, damit Futility vermieden werden kann und jede Patientin bzw. jeder Patient eine angemessene und gerechte Behandlung erhält. Nur eine professionell geführte Kommunikation mit den wichtigen Informationen über eine Patientin oder einen Patienten schafft die Grundlage für eine angemessene und verhältnismäßige, auf einem sinnvollen Therapieziel basierende Indikationsstellung. Dadurch wird es rechtzeitig ermöglicht, eine Therapiezieländerung durchzuführen und damit Übertherapie (Cardona-Morrell et al. 2016) und deren negative Folgen für die Patientin bzw. den Patienten (chronisch kritische Erkrankung) (Lamas 2014; MacIntyre 2012), Angehörige (posttraumatisches Stresssyndrom) (30), medizinische Mitarbeiter:innen (Burn-out) (Fumis et al. 2017; Moss et al. 2016) und das Medizinsystem selbst (Leistbarkeit!) zu vermeiden.

Literatur

2. ErwSchG: 59. Bundesgesetz, mit dem das Erwachsenenvertretungsrecht und das Kuratorenrecht im Allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuch geregelt werden und das Ehegesetz, das Eingetragene Partnerschaft-Gesetz, das Namensänderungsgesetz, das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Außerstreitgesetz, die Zivilprozessordnung, die Jurisdiktionsnorm, das Rechtspflegergesetz, das Vereinssachwalter-, Patientenanwalts und Bewohnervertretergesetz, das Unterbringungsgesetz, das Heimaufenthaltsgesetz, die Notariatsordnung, die Rechtsanwaltsordnung, das Gerichtsgebührengesetz und das Gerichtliche Einbringungsgesetz geändert werden (2. Erwachsenenschutz-Gesetz – 2. ErwSchG), BGBl. I Nr. 59/2017, in der geltenden Fassung

Ahmad, Muayyad; Tabar, Nazih Abu; Othman, Elham H; Abdelrahim, Zakaria (2020): Shared decision-making measures: a systematic review. In: Quality Management in Healthcare 29/2:54-66

Anand, Kanwaljeet JS; Hickey, Paul R (1987): Pain and its effects in the human neonate and fetus. In: New England journal of medicine 317/21:1321-1329

ÄrzteG 1998: Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998), BGBl. I Nr. 169/1998, in der geltenden Fassung

[5] Sinnlosigkeit

Beauchamp, Tom L; Childress, James F (1989): Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, Oxford

Bieber, Christiane; Gschwendtner, Kathrin; Müller, Nicole; Eich, Wolfgang (2016): Partizipative Entscheidungsfindung (PEF)–Patient und Arzt als Team. In: PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie 66/05:195-207

BMSGPK (2013): Empfehlungen der Nationalen Ernährungskommission. Konsensusbericht „Empfehlungen für die Ernährung im Alter in verschiedenen Lebenssitautionen". Hg. v. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK), Wien

Cardona-Morrell, Magnolia; Kim, James CH; Turner, Robin M; Anstey, Matthew; Mitchell, Imogen A; Hillman, Ken (2016): Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. In: International Journal for Quality in Health Care 28/4:456-469

Coors, M; Jox, R (2015): Advances Care Planning. Von der Patientenverfügung zur gesundheitlichen Vorausplanung. Kohlhammer, Stuttgart

Costa, Diego; Aladio, Martín; Girado, Camilo A.; Pérez de la Hoz, Ricardo; Berenzsztein, C. Sara (2018): Frailty is independently associated with 1-year mortality after hospitalization for acute heart failure. In: Int J Cardiol Heart Vasc 21/:103-106

Dier, Helga; Friesenecker, Barbara; Zink, Michael (2023a): Kurzfassung des DCD-Positionspapiers. In: Anästhesie Nachrichten 5/3:208-209

Dier, Helga; Friesenecker, Barbara; Zink, Michael; ARGE Ethik der ÖGARI (2023b): Positionspapier der ARGE Ethik der ÖGARI zur DCD (Donation after Circulatory Determination of Death), Maastricht III in Österreich Original: 16. Dezember 2020; Update: 28.3.2023 [online]. https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/dcd_01.11_positionspapier_gari_briefkopf_28mrz2023_update_fin1.pdf [Zugriff am 19.12.2024]

Elshaug, Adam G; Rosenthal, Meredith B; Lavis, John N; Brownlee, Shannon; Schmidt, Harald; Nagpal, Somil; Littlejohns, Peter; Srivastava, Divya; Tunis, Sean; Saini, Vikas (2017): Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care. In: The Lancet 390/10090:191-202

Friesenecker, Barbara; Fruhwald, Sonja; Roden, Christian (2023): Erweiterte Nomenklatur und Terminologie rund um die Situationen am Lebensende. In: Anästhesie Nachrichten 5/2:134-137

Friesenecker, Barbara; Gasser, Georg; Fruhwald, Sonja; Hasibeder, Walter; Dier, Helga; Valentin, Andreas (2024): Reflexion zur Gerechtigkeit bei Therapieentscheidungen. In: Anästhesie Nachrichten6:224-220

Fumis, Renata Rego Lins; Junqueira Amarante, Gustavo Adolpho; de Fátima Nascimento, Andréia; Vieira Junior, José Mauro (2017): Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. In: Annals of intensive care 7/:1-8

Hammes, Bernard J; Briggs, Linda (2011): Respecting choices: building a systems approach to advance care planning. LaCrosse, WI: Gundersen Health Systems.

Hartog, Christiane S; Hoffmann, Falk; Mikolajetz, Anna; Schroeder, Stefan; Michalsen, Andrej; Dey, Karin; Riessen, Reimer; Jaschinski, Ulrich; Weiss, Manfred; Ragaller, Maximilian (2018): Non-beneficial therapy and emotional exhaustion in end-of-life care: results of a survey among intensive care unit personnel. In: Der Anaesthesist 67/:850-858

Katz, S.; Ford, A. B.; Moskowitz, R. W.; Jackson, B. A.; Jaffe, M. W. (1963): Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial Function. In: JAMA 185/:914-919

Lamas, Daniela (2014): Chronic Critical Illness. In: New England Journal of Medicine 370/2:175-177

MacIntyre, Neil R (2012): Chronic critical illness: the growing challenge to health care. In: Respiratory care 57/6:1021-1027

Mayer, Petra (2022): Ethische Entscheidungsfindungen in der letzten Lebensphase. In: Zeitschrift für Palliativmedizin 23/04:191-196

Medicus, Elisabeth; Valentin, Andreas; Birklbauer, Alois; Fruhwald, Sonja; Trimmel, Helmut; Friesenecker, Barbara (2024): Sind Sanitäter: innen zur kardiopulmonalen Reanimation gegen den Willen von Patient: innen verpflichtet? In: Anästhesie Nachrichten6:160-158

Messerer, B; Grögl, G; Stromer, W; Jaksch, W (2014): Perioperative systemische Schmerztherapie bei Kindern. In: Der Schmerz 1/28:43-64

Moss, Marc; Good, Vicki S; Gozal, David; Kleinpell, Ruth; Sessler, Curtis N (2016): A critical care societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care health-care professionals. A call for action. In: American journal of respiratory and critical care medicine 194/1:106-113

oesterreich.gv.at (2024): Widerspruch gegen die Organspende [online]. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. https://www.oesterreich.gv.at/themen/gesundheit/organtransplantation/3/Seite.2510007.html [Zugriff am 19.12.2024]

Petri, S; Zwißler, B; in der Schmitten, J; Feddersen, B (2022): Behandlung im Voraus Planen–Weiterentwicklung der Patientenverfügung. In: Der Internist 63/5:533-544

Schaden, Eva; Dier, Helga; Weixler, Dietmar; Hasibeder, Walter; Lenhart-Orator, Andrea; Roden, Christian; Fruhwald, Sonja; Friesenecker, Barbara; ÖGARI, ARGE Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der (2024): Comfort Terminal Care auf der Intensivstation: Empfehlungen für die Praxis. In: Die Anaesthesiologie 73/3:177-185

Schindler, Thomas (2004): Zwischen Nahrungsverweigerung und Zwangsernährung–zum Umgang mit künstlicher Ernährung und Flüssigkeitssubstitution am Lebensende. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 80/8:326-330

Schwarzer, Andreas; Zenz, Michael (2006): Fetaler Schmerz–ein systematischer multidisziplinärer Überblick. In: Der Schmerz 20/:536-540

Taddio, Anna; Katz, Joel; Ilersich, A Lane; Koren, Gideon (1997): Effect of neonatal circumcision on pain response during subsequent routine vaccination. In: The lancet 349/9052:599-603

Ulsenheimer, Klaus; Biermann, Elmar; Bock, Rolf-Werner (2015): Arztstrafrecht in der Praxis. Müller, Heidelberg

Vincent, J. L.; de Mendonça, A.; Cantraine, F.; Moreno, R.; Takala, J.; Suter, P. M.; Sprung, C. L.; Colardyn, F.; Blecher, S. (1998): Use of the SOFA score to assess the incidence of organ dysfunction/failure in intensive care units: results of a multicenter, prospective study. Working group on "sepsis-related problems" of the European Society of Intensive Care Medicine. In: Crit Care Med 26/11:1793-1800

Volkert, D.; Bauer, J.M; Frühwald, T.; Gehrke, I.; Leichleitner, M.; Lenzen-Großimlinghaus, R.; Wirth, R.; Sieber, C; Committee, und das DGEM Steering (2013): Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für

Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG Klinische Ernährung in der Geriatrie – Teil des laufenden S3-Leitlinienprojekts Klinische Ernährung. In: Aktuel Ernahrungsmed38:e1-e48

Zitiervorschlag: Potura, Eva; Friesenecker, Barbara; Halmich, Michael (2025): Mythen im Gesundheitswesen zum Thema Ethik und Qualität. Gesundheit Österreich, Wien