

Anästhesie Nachr

<https://doi.org/10.1007/s44179-026-00382-x>

Angenommen: 14. Juli 2026

© The Author(s) 2026



Das Innsbrucker Handwerkszeug

Ein strukturierter Vier-Fragen-Ansatz zur ethischen Entscheidungsfindung bei komplexen medizinischen Behandlungsfällen

Barbara Friesenecker¹ · Georg Gasser² · Raffaella Fantin¹ · Gabriele Werner-Felmayer³ · Christina Kaneider⁴ · Elisabeth Medicus¹ · Sasa Rajsic¹ · Simon Mathis¹ · Bernd Wallner¹ · Benjamin Treichl¹ · Petra Hillinger¹ · Julia Abram¹ · Bettina Pfausler⁵ · Sarah Iglseder⁵ · Monika Buchart⁵ · Elena Kircher⁶ · Anna-Lena Wyremblewsky¹ · Bettina Böttcher⁷ · Stefan Höfer⁸ · Ursula Kiechl-Kohlendorfer⁸ · Benjamin Hetzer^{9,10}

¹ Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich; ² Katholisch-theologische Fakultät, Universität Augsburg, Augsburg, Deutschland;

³ Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich; ⁴ Österreichische Gesellschaft für ein humanes Lebensende (ÖGHL), Wien, Österreich; ⁵ Universitätsklinik für Neurologie, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich; ⁶ Klinik für Allgemein-, Viszeral- und

Transplantationschirurgie, Klinikum der Landeshauptstadt Stuttgart gKAöR, Stuttgart, Deutschland;

⁷ Klinik für Gynäkologie, Endokrinologie und Reproduktionsmedizin, Department Frauenheilkunde, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich; ⁸ Universitätsklinik für Psychiatrie II, Innsbruck, Österreich; ⁹ Department für Kinder- und Jugendheilkunde, Univ.-Klinik für Pädiatrie II (Neonatalogie), Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich; ¹⁰ Department für Pädiatrie I, Pädiatrische Hämatologie, Onkologie und Stammzelltransplantation, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich

Problemstellung und These

Die medizinische Entscheidungsfindung bei komplex erkrankten Hochrisikopatient:innen gehört zu den anspruchsvollsten Aufgaben im klinischen Alltag. Besonders herausfordernd sind Situationen, in denen technisch Machbares nicht mehr mit einem realistischen Therapieziel vereinbar ist oder dem dokumentierten bzw. mutmaßlichen Patient:innenwillen widerspricht. Diese Konstellationen führen aufgrund häufig fehlender Klarheit in der Argumentation zu kontroversen Diskussionen und Konflikten innerhalb interdisziplinärer und multiprofessioneller Behandlungsteams. Die Diskussionen sind dann erfahrungsgemäß emotional aufgeladen und zugleich unzureichend begründet. In der klinischen Praxis orientiert sich die Argumentation dabei nicht selten primär an der technischen Machbarkeit einzelner Maßnahmen. Patientenzentrierte, ethische und rechtliche Aspekte werden hingegen häufig unsystematisch, unvollständig oder gar nicht berücksichtigt. Fehlende argumentative Struktur

erschwert nachvollziehbare Therapieentscheidungen, erhöht das Konfliktpotenzial innerhalb der Behandlungsteams und erschwert die Kommunikation auch mit Patient:innen sowie deren An- und Zugehörigen oder Stellvertreter:innen. Diese Beobachtung bildet die deskriptive Ausgangsprämisse des vorliegenden Beitrags (P1; siehe Abschnitt Methodische Vorbemerkung).

Das *Innsbrucker Handwerkszeug* wurde entwickelt, um die Diskussion komplexer medizinischer Behandlungssituationen anhand einer einfach anwendbaren und leicht zu merkenden, argumentativen Struktur mit Hilfe von **vier Leitfragen** zu systematisieren (■ **Infobox 1**). Ziel ist es, ethische, medizinische, rechtliche und kommunikative Aspekte in einer nachvollziehbaren Argumentationsstruktur zusammenzuführen und dadurch eine transparente, interdisziplinär und multiprofessionell getragene Entscheidungsfindung zu ermöglichen. Eine in dieser Weise im Team aller involvierten Behandler:innen getroffene Entscheidung wird somit von mehreren Schultern getragen, ist ethisch



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Infobox 1

Das Innsbrucker Handwerkszeug – ein strukturierter Vier-Fragen-Ansatz zur ethischen Entscheidungsfindung bei komplexen medizinischen Behandlungsfällen

Frage 1: Schildern Sie den Fall

- Wer ist beteiligt und um welche *Interessen/Konflikte* geht es?
- Welche *bio-psycho-sozialen Dimensionen* hat der Fall?
- Welche Rolle spielt *Kommunikation* beim Fall?

Frage 2: Welche *medizinethischen Prinzipien* sind betroffen und wo geraten sie in Konflikt?

- „Georgetown Mantra“ (Autonomie, Nicht-Schaden, Wohltun, Gerechtigkeit)
- Balance der Prinzipien?

Frage 3: Besprechen Sie den Fall basierend auf dem 2-Säulenmodell

- *Konflikt* zwischen Ärzt:in und Patient:in (An- und Zugehörigen/Stellvertreter:in)
- *Ethisch-rechtliche Dimension* (Ärztengesetz, Erwachsenenschutzgesetz Patientenverfügungsgesetz, Kinderschutz/ Kindeswohl, Sterbeverfügungsgesetz)

Frage 4: Was ist gut gelaufen und warum? Falls etwas nicht gut gelaufen ist, welche *Lösungsvorschläge* gibt es?

- Wie hätte man es *besser machen* dürfen/ können/müssen?
- Erwägen sie dabei auch eine weiterführende Argumentation: beste medizinische Versorgung, Gerechtigkeit (*ius suum/ Verteilungsgerechtigkeit*), Advance Care Planning (ACP)/Klinische Perspektiven Konferenz (KPK), relationale Autonomie, Sorgeprinzip, organisationsethische Aspekte.

Das *Innsbrucker Handwerkszeug* wurde entwickelt, um die Diskussion komplexer medizinischer Behandlungssituationen anhand einer einfach anwendbaren und leicht zu merkenden, argumentativen Struktur mit Hilfe von **vier Leitfragen** zu systematisieren.

und rechtlich besser abgesichert und trägt zur Entwicklung einer offeneren Team- und Kommunikationskultur bei. Eine zeitnahe schriftliche Dokumentation erhöht darüber hinaus die Nachvollziehbarkeit des Entscheidungsprozesses und trägt zur rechtlichen Absicherung insbesondere bei Therapiezieländerungen bei.

Das *Innsbrucker Handwerkszeug* soll weder eine als notwendig erachtete klinische Ethikberatung noch eine juristische Einzelfallprüfung ersetzen. Es versteht sich vielmehr als strukturierte Argumentationshilfe, die Behandler:innen dabei unter-

Im klinischen Alltag werden Therapieentscheidungen bei komplex erkrankten Hochrisikopatient:innen oft ohne klare argumentative Struktur getroffen und primär an technischer Machbarkeit orientiert, während patientenzentrierte, ethische und rechtliche Aspekte unzureichend berücksichtigt werden. Das *Innsbrucker Handwerkszeug* bietet hierfür eine einfach memorierbare *Vier-Fragen-Struktur*, die hilft, multiprofessionelle Diskussionen zu strukturieren und Entscheidungen ethisch, rechtlich und teambezogen nachvollziehbar zu machen. Einer am bio-psycho-sozialen Modell orientierten Fallschilderung folgt die ethische Fallanalyse anhand der Prinzipienethik (Autonomie, Nicht-Schaden, Wohltun, Gerechtigkeit) und des 2-Säulen-Modells (medizinische Indikation und Patient:innenautonomie) unter Berücksichtigung der österreichischen Rechtslage und einer Evaluation in Hinblick auf die beste medizinische Versorgung, Gerechtigkeit, relationale Autonomie, Sorgeethik, organisationsethische Faktoren und Schnittstelleninstrumente wie Advance Care Planning (ACP) und Klinische Perspektiven Konferenz (KPK). Das bewusst niedrigschwellige, am Patient:innenbett anwendbare Instrument ersetzt weder Ethikberatung noch juristische Prüfung, fördert aber eine gemeinsame Sprache und Argumentationsstruktur im Team, verbessert Transparenz, Dokumentation sowie Kommunikation mit Patient:innen und An- und Zugehörigen. Die ethisch begründete *Rationalisierung* ärztlicher Entscheidungen wird dadurch gegenüber einer rein betriebswirtschaftlichen Ressourcenlogik gestärkt.

Schlüsselwörter

Futility · Advance Care Planning (ACP) · Klinische Perspektiven Konferenz (KPK) · Beste medizinische Versorgung · Therapiezieländerung · Ethiklehre

stützt, medizinische Indikation, Wünsche und Wertvorstellungen von Patient:innen, ethische Prinzipien, rechtliche Rahmenbedingungen und kommunikative Aspekte in einer nachvollziehbaren Reihenfolge zu prüfen und im Team transparent zu diskutieren.

Einordnung in die bestehende Literatur

Dieser Abschnitt verortet das *Innsbrucker Handwerkszeug* im Stand der Diskussion. In der rezenten Literatur finden sich mehrere, unterschiedlich komplexe Handlungsanleitungen, anhand derer klinische Fälle im Rahmen von ethischen Falldiskussionen aufgearbeitet werden können. Dazu zählen das 2009 vorgestellte Modell einer prinzipienorientierten Falldiskussion nach Marckmann und Mayer [1], die 2005 von Steinkamp und Gordijn vorgestellte Arbeit zur Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung [2], der Fragenkatalog zur Nimwegener Methode einer ethischen Fallbesprechung [3], ein klinisches Ethik-METAP (Modul, Ethik, Therapieentscheide, Allokation, Prozess) [4] sowie das 4-Box Ethical Decision-Making Tool [5]. Mittlerweile steht außerdem ein Lehrvideo zur prinzipienorientierten Ethikberatung als Leitfaden

für ethische Fallbesprechungen zur Verfügung [6].

Das *Innsbrucker Handwerkszeug* versteht sich nicht als Konkurrenz zu diesen etablierten Ansätzen, sondern als bewusst niedrigschwelliges Instrument, das deren zentrale Inhalte in einer leicht anwendbaren **Vier-Fragen-Struktur** bündelt. Es schließt damit eine Lücke speziell für die praktische klinische Anwendung, da bislang ein Instrument fehlte, das die zentralen Prüfschritte der etablierten Modelle in einer kompakten Form zusammenführt, die auch *unter Zeitdruck memorierbar* bleibt, *ohne ethische Spezialausbildung anwendbar* ist, und zugleich die für Österreich *einschlägige Rechtslage systematisch einbezieht*.

Das *Innsbrucker Handwerkszeug* findet bei den Fallbesprechungen im Rahmen der *Ethiklehre* an der Medizinischen Universität Innsbruck [7] seit mehreren Jahren praktische Anwendung und hat sich erfolgreich als praktisches und unkompliziert anwendbares Tool zur Beurteilung komplexer klinischer Fälle sowohl in der studentischen Ausbildung als auch in der klinischen Praxis bewährt. Durch seine klare Struktur eignet es sich sowohl für prospektive Fallbesprechungen beispielsweise im Rahmen der Klinischen Perspektiven Konferenz (KPK) [8] im Vor-

feld einer geplanten medizinischen Behandlung als auch für die retrospektive Analyse komplexer Behandlungsverläufe im Rahmen einer Morbidity- und Mortality-Konferenz. Ziel ist es, häufig schlecht fundierte und oft emotional geprägte Diskussionen über das „Für“ und „Wider“ unterschiedlicher medizinischer Optionen hin zu einer strukturierten, argumentativ nachvollziehbaren Entscheidungsfindung zu führen, die in die Behandlung involvierte Mitglieder eines multiprofessionellen Behandlungsteams schnell erlernen und nach kurzer Übungszeit auch direkt am Patient:innenbett durchführen können. Neben den End-of-Life Decisions (EOLD) lässt sich das *Innsbrucker Handwerkszeug* ebenso auf viele andere ethisch herausfordernde Themen in der modernen Medizin anwenden (z. B. Beginning-of-Life Decisions, Gentherapie, seltene Erkrankungen, Zwang, Kinderschutz, Präimplantationsdiagnostik/Perinataldiagnostik, Transplantationsmedizin, assistierter Suizid, teure Medikamente, Big Data, KI, etc.). Gerade vor dem Hintergrund eines zunehmenden Ressourcenmangels – auch in einem reichen Gesundheitssystem wie dem österreichischen – kann eine transparente und klar strukturierte Besprechung komplexer medizinischer Fälle dazu beitragen, Entscheidungen ethisch fundiert und an den Wünschen und Wertvorstellungen von Patient:innen orientiert (Rationalisierung) statt rein betriebswirtschaftlich begründet zu treffen (Gefahr der Rationierung und Entsolidarisierung) [9].

Methodische Vorbemerkung und das Argument im Überblick

Um den Begründungsgang transparent zu machen, unterscheiden wir im Folgenden vier Ebenen der Analyse, die in ethischen Fallbesprechungen häufig unbemerkt ineinander übergehen:

- i die *begriffliche Analyse*, die klärt, was mit zentralen Begriffen wie Indikation, Entscheidungsfähigkeit, Autonomie oder Futility gemeint ist;
- ii die *Beschreibung* des klinischen Falls einschließlich der Erlebens- und Beziehungsdimension der Beteiligten;
- iii die *normative Bewertung*, die begründet, was getan werden soll;

- iv die *anthropologischen Hintergrundannahmen* über das Menschsein – etwa das Verständnis der Person als relational verfasstes, verletzliches und auf andere angewiesenes Wesen –, die in die normative Bewertung eingehen, ohne selbst rein empirisch begründbar zu sein.

Die vier im nächsten Abschnitt ausgeführten Leitfragen des *Innsbrucker Handwerkszeugs* (Infobox 1) lassen sich diesen Ebenen zuordnen: Frage 1 arbeitet primär deskriptiv, Frage 2 begrifflich und normativ, Frage 3 führt normative und rechtliche Gesichtspunkte in der konkreten Entscheidung zusammen, Frage 4 ist evaluativ.

Das zentrale Argument des Beitrags lässt sich in vier Prämissen und einer Konklusion explizit machen:

(P1) Deskriptive Prämisse: Therapieentscheidungen bei komplex erkrankten Hochrisikopatient:innen werden im klinischen Alltag häufig ohne explizite argumentative Struktur getroffen; die Diskussion orientiert sich dabei primär an der technischen Machbarkeit und ist emotional aufgeladen.

(P2) Normative Prämisse: Eine Therapieentscheidung ist nur dann ethisch und rechtlich tragfähig, wenn medizinische Indikation, Patient:innenwille, die vier medizinethischen Prinzipien (Autonomie, Nicht-Schaden, Wohltun, Gerechtigkeit) sowie der einschlägige rechtliche Rahmen systematisch geprüft, gegeneinander abgewogen und nachvollziehbar dokumentiert werden. Es sei hier angemerkt, dass sich eine medizinische *Indikation* neben der reinen Machbarkeit immer auch über ein realistisches Therapieziel ableiten muss, eine bio-psycho-soziale Komponente hat und auch im kulturellen Kontext gesehen werden muss.

(P3) Brückenprämisse: Ein Instrument, das genau diese Prüfschritte in einer einfachen, leicht zu merkenden und lehrbaren Abfolge operationalisiert, erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass Entscheidungen die in (P2) genannten Bedingungen tatsächlich erfüllen.

(P4) Empirische Prämisse: Das *Innsbrucker Handwerkszeug* operationalisiert diese Prüfschritte in vier Leitfragen und hat sich in der studentischen Lehre sowie in der klinischen Anwendung über meh-

rere Jahre als verständlich, memorierbar und praktikabel erwiesen.

(K) Konklusion: Das *Innsbrucker Handwerkszeug* ist ein geeignetes Instrument, um Therapieentscheidungen bei komplex erkrankten Hochrisikopatient:innen ethisch und rechtlich tragfähiger, transparenter und im Team nachvollziehbarer zu machen; sein Einsatz in Klinik und Lehre ist daher zu empfehlen.

Die Konklusion folgt aus den Prämissen als praktischer Schluss: Wer das normative Ziel tragfähiger Entscheidungen anerkennt (P2) und die deskriptive Diagnose (P1) sowie die empirischen Befunde (P4) akzeptiert, hat über die Brückenprämisse (P3) guten Grund, das Instrument einzusetzen.

Das Innsbrucker Handwerkszeug: die vier Leitfragen

Das *Innsbrucker Handwerkszeug* (Infobox 1) basiert auf vier aufeinander aufbauenden Leitfragen, die den Entscheidungsprozess systematisch strukturieren. Jede Frage beleuchtet einen eigenständigen Aspekt der klinischen Entscheidungsfindung; erst ihre Gesamtschau ermöglicht eine ethisch, medizinisch und rechtlich fundierte Beurteilung des jeweiligen Einzelfalls. Im Folgenden werden diese vier Leitfragen näher erläutert. Jeder Unterabschnitt benennt zu Beginn die Funktion der jeweiligen Leitfrage im Begründungsgang und ordnet sie der entsprechenden Analyseebene zu (siehe Abschnitt Methodische Vorbemerkung).

Erste Leitfrage: Strukturierte Fallschilderung (deskriptive Ebene)

Die **erste Leitfrage** dient der systematischen Erfassung der klinischen Ausgangssituation und schafft die Grundlage für die weitere ethische Analyse. Zu Beginn jeder Fallbesprechung sollte der Fall in wenigen Sätzen strukturiert zusammengefasst werden. Ziel ist es, ein gemeinsames Verständnis der medizinischen Situation innerhalb des inter- und/oder multiprofessionellen Behandlungsteams herzustellen und unterschiedliche Perspektiven frühzeitig sichtbar zu machen. Neben dem klinischen Verlauf sind die *beteiligten Personen*, ihre jeweiligen *Rollen*,

Kommunikationsprobleme sowie mögliche *Interessen* und evtl. bestehende *Konflikte* zu identifizieren. Ebenso sollten das Behandlungssetting und die institutionellen Rahmenbedingungen berücksichtigt werden. Sowohl die Fallanalyse als auch später die Indikationsstellung orientieren sich dabei zusätzlich am *bio-psycho-sozialen Modell* nach Engel, das besagt, dass „biologische, psychische und soziale Faktoren sowie ihre komplexen Wechselwirkungen für die Entstehung und den Verlauf von Krankheit und Erkrankung von zentraler Bedeutung sind“ [10].

Zweite Leitfrage: Ethische Analyse (begrifflich-normative Ebene)

Die **zweite Frage** dient der strukturierten ethischen Analyse des Falls. Grundlage bildet die Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress [11], die aus dem Blickwinkel der vier gleichrangigen, medizinethischen Prinzipien Autonomie, Nicht-Schaden, Wohltun und Gerechtigkeit („Georgetown Mantra“) einen international etablierten Bezugsrahmen für medizinethische Entscheidungen bietet. Diese Prinzipien können in komplexen klinischen Fällen miteinander in Konflikt geraten. Im Rahmen einer ethischen Fallanalyse gilt es, die vier Prinzipien individuell auf den Fall zu beziehen und gegeneinander abzuwägen. Die Funktion dieser Leitfrage ist begrifflich und normativ zugleich: Begrifflich klärt sie, was die einzelnen Prinzipien im konkreten Fall bedeuten; normativ verlangt sie eine begründete Abwägung. Dabei ist offenzulegen, dass die Prinzipienethik kein Ableitungsverfahren bereitstellt: Welche Gewichtung im Einzelfall angemessen ist, bleibt eine Urteilsleistung des Behandlungsteams, die durch die Struktur expliziert und damit kritisierbar gemacht wird.

Beim Prinzip der **Autonomie/Selbstbestimmung** geht es darum, individuelle Wünsche, Wertvorstellungen und Behandlungsziele der:des Patient:in zu ergründen. Das sollte am besten über die:den Patient:in selbst vermittelt werden oder – sollte ein:e Patient:in nicht entscheidungsfähig bzw. nicht kontaktierbar sein – über eine evtl. existierende Patientenverfügung oder durch An- und Zugehörige bzw. ihre Stellvertreter:in (mutmaßlicher Wille). Die

rechtlichen Rahmenbedingungen dafür sind im 2. österreichischen Erwachsenenschutzgesetz (siehe dort) festgelegt. Werte wie *Freiheit* und *Verletzlichkeit* sollen aktiv wahrgenommen werden. Es geht bei der Wahrung der Patient:innen-Autonomie auch darum anzuerkennen, dass ein:e Patient:in ein Recht auf Rückzug hat – und damit auch das Recht, eine (indizierte) Behandlung ohne Angaben von Gründen ablehnen zu dürfen (sog. *Recht auf Unvernunft*; österreichisches Erwachsenenschutzgesetz; ErwSchG; siehe dort). Auch hier ist es in besonderer Weise die Aufgabe von Ärzt:innen, über die Konsequenzen der Ablehnung einer indizierten medizinischen Handlung bis hin zum Tod aufzuklären und dies zeitnahe (mindestens innerhalb 24 h) schriftlich zu dokumentieren.

Das Recht auf Autonomie sollte zudem unter dem Gesichtspunkt der **relationalen Autonomie** [12] betrachtet werden: Ein Mensch ist als Person eingebunden in Beziehungen, hat daher ein *interdependentes autonomes Selbst* – das heißt, das Leben erreicht Sinn und Tragfähigkeit erst durch seine *Relationalität* und *Kontextualität*. Dies wird durch die gegenseitige Verbundenheit und Angewiesenheit von Hilfebedürftigen (Care-Receiver: Patient:innen, Kinder, Pflegebedürftige etc.) und Hilfegebenden (Caregiver: Ärzt:innen, Pflegenden, Sozialdienst etc.) sichtbar. *Relationale Autonomie* begründet auch unsere Verantwortung für die An- und Zugehörigen einer:ines Patient:in, die:der sich in unserer Obhut befindet. Systematisch betrachtet handelt es sich bei der *relationalen Autonomie* nicht um eine empirische Beobachtung, sondern um eine anthropologische Hintergrundannahme über das Personsein, die die Auslegung des Autonomieprinzips leitet: Autonomie wird nicht als isolierte Selbstverfügung, sondern als in Beziehungen ausgeübte Selbstbestimmung verstanden.

Begrifflich ist *relationale Autonomie* von *Autarkie* abzugrenzen: Autarkie bezeichnet die Vorstellung, dass eine Person vollkommen selbstständig, rational und ohne Einfluss anderer über sich selbst entscheidet, frei von äußeren Einflüssen und in vollkommen unabhängiger Selbstbestimmtheit – eine klinisch eher seltene Konstellation.

Das **Nicht-Schadens-Prinzip** (Non-Malefizien) ist das älteste der vier medizinethischen Prinzipien und aus der Antike tradiert („*primum nihil nocere*“ – „*zuerst einmal nicht schaden*“; Hippokrates und Scribonius Largus – ca. 50 n. Chr., Hofarzt des Kaisers Claudius). Hier geht es um die ärztliche bzw. auch pflegerische Abwägung, ob das Risiko/der mögliche Schaden einer medizinischen Handlung größer wäre als ihr wahrscheinlicher Nutzen. Es muss unter Umständen auch der *individuelle* gegen den *kollektiven Nutzen* bzw. Schaden abgewogen werden und es geht auch um den bewussten Umgang mit valider Evidenz (Fakten) im Rahmen von Forschung sowie um das Bewusstsein, Entscheidungen immer individuell treffen zu müssen. Ein sehr wichtiger Punkt des Prinzips der Non-Malefizien ist die Vermeidung von Diskriminierung. Artikel 14 der europäischen Menschenrechtskonvention verbietet eine Diskriminierung aufgrund des Geschlechts, der Rasse, der Hautfarbe, der Sprache, der Religion, der politischen oder sonstigen Anschauung, der nationalen oder sozialen Herkunft, der Zugehörigkeit zu einer nationalen Minderheit, des Vermögens, der Geburt oder eines sonstigen Status [13].

Das **Prinzip des Wohltuns** (Benefizienz) ist nicht nur das Gegenteil des Nicht-Schadens-Prinzips. Es geht vielmehr um die Ermächtigung einer Patient:in ihren Willen im Rahmen eines „shared decision making“ [14] zu bilden und dadurch zu einer informierten Zustimmung („informed consent“) oder Ablehnung („informed dissent“) der vorgeschlagenen medizinischen Handlung zu kommen (Anmerkung: Der Begriff „informed assent“ wird vor allem bei Kindern und Jugendlichen verwendet und bezeichnet deren zustimmende Haltung zu einer Maßnahme, obwohl sie (noch) nicht rechtsfähig oder nicht vollständig entscheidungsfähig sind). Eine fürsorgliche, aber unmissverständliche Kommunikation ist also unter anderem auch Voraussetzung für Wohltun. Laut Giovanni Maio ist Kommunikation nur unter dem beiderseitigen Erhalt von Verletzlichkeit wahrhaftig möglich: „*Verletzlichkeit ist keine Schwäche, sondern Ausdruck unseres Angewiesenseins auf Andere und Grundlage dafür, dass Empathie, Respekt und Sorge überhaupt möglich werden*“

[15]. Dies ist auch ein Hauptgedanke von *Sorgeethik* („ethics of care“), die eine ethische Perspektive bezeichnet, die menschliche Verletzlichkeit und wechselseitige Abhängigkeit ernst nimmt und moralisches Handeln primär als verantwortliche Sorge um konkrete Beziehungen und Bedürfnisse versteht. Es ist wichtig zu verstehen, dass wir als medizinische Professionisten schwerst kranke Menschen fürsorglich begleiten und auch deren *Andersartigkeit* akzeptieren müssen, selbst wenn deren Werte nicht unseren eigenen Lebensgrundsätzen entsprechen. Dabei gilt es, professionelle Distanz zu wahren, ohne dabei Mitgefühl und Fürsorglichkeit zu verlieren. Professionelle Fürsorge und Achtung der Selbstbestimmung sind dabei nicht als Gegensätze, sondern als sich gegenseitig ergänzende Elemente guter medizinischer Praxis zu verstehen. Für die professionelle Begleitung von Menschen im Rahmen des Sterbeverfügungsgesetzes muss dafür noch mehr Bewusstsein geschaffen werden. Trotz oft unterschiedlicher Zielsetzungen kann ein gedeihliches Zusammenwirken von Fürsorge und Selbstbestimmung dazu beitragen, Patient:innen in ihrer selbstbestimmten Entscheidungsfindung zu unterstützen.

Zur *Benefizienz* zählt schließlich auch die Selbstsorge (*Self-Care*) des medizinischen Personals: Wer in einem emotional und körperlich fordernden Beruf dauerhaft für andere sorgen soll, ohne selbst Schaden zu nehmen, benötigt ausreichende Ressourcen zur Stabilisierung des eigenen Lebens. Normativ folgt daraus eine organisationsethische Forderung: Ärztliche und pflegerische Arbeitsbedingungen sind so zu gestalten, dass Selbstsorge auch im Arbeitsumfeld möglich wird – etwa durch eine angemessene Personalausstattung und gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz.

Schließlich beinhaltet das **Prinzip der Gerechtigkeit** (Justice) die Forderung nach einer gerechten medizinischen Versorgung für alle Menschen, die in einem Gesundheitssystem krank werden. Es geht dabei einerseits um die gerechte Verteilung medizinischer Ressourcen (Verteilungsgerechtigkeit), was bedeutet, dass alle Menschen den *gleichen Zugang zu einer Ressource* haben sollten.

Gleichzeitig bedeutet Verteilungsgerechtigkeit aber nicht, dass eine verfügbare (evtl. auch knappe?) Ressource undifferenziert allen Menschen zugestanden werden muss. Erst nach einer strengen, individuellen Indikationsstellung, die sich einerseits aus einem realistischen Therapieziel ableitet (siehe 2-Säulen-Modell), sich andererseits an den Wünschen und Wertvorstellungen einer Patient:in orientieren muss – die *Angemessenheit* und *Verhältnismäßigkeit* einer medizinischen Maßnahme mitbedenkend – ist die Durchführung einer technisch machbaren medizinischen Handlung im Sinne des *ius suum* geboten [9].

Solange keine Ressourcenknappheit besteht, fällt die Frage der Verteilungsgerechtigkeit praktisch mit der individuellen Indikationsstellung zusammen: Was nach positiver Abwägung des *ius suum* indiziert ist, kann ohne Konkurrenz um knappe Mittel auch verteilungsgerecht erbracht werden. Die eigentliche verteilungsethische Herausforderung entsteht erst unter Bedingungen realer Knappheit – und lässt sich dann nicht mehr allein mit der Einhaltung der Regeln des *ius suum* begründen, sondern verlangt zusätzliche Kriterien einer gerechten Priorisierung.

Die Abwägung von Angemessenheit/Verhältnismäßigkeit, eine sorgfältige Risiko-Nutzenabwägung und die strenge, an einem realistischen Therapieziel orientierte Indikationsstellung (= ärztliche *Rationalisierung*) entsprechen den Kriterien einer „*besten medizinischen Versorgung*“, die sich jeder Patient:in wünscht – unabhängig von Alter oder Schwere ihrer Erkrankung. Dabei sind neben Wünschen und Wertvorstellungen einer:ines Patient:in deren Alter, Komorbiditäten, Gebrechlichkeit, Demenz und Rehabilitationspotenzial im Rahmen der ärztlichen Indikationsstellung mit zu bedenken. Beste medizinische Versorgung heißt daher gerade nicht, unkritisch alles zu tun, was technisch möglich ist. Vielmehr ist stets individuell zu entscheiden, was in einer Situation sinnvoll und angemessen ist und was nicht. Das Ergebnis dieser Einschätzung kann sich im Laufe des Lebens bzw. mit der Schwere einer Erkrankung ändern. Ärztliche *Rationalisierung* hilft machbares, aber für Patient:in nutzloses therapeutisches Handeln (*Futility*) vermeiden [16], wodurch

systemisch Kosten eingespart und drohende *Rationierung* sowie *Entsolidarisierung* des Gesundheitssystems zumindest hinausgezögert werden können.

Themen wie *Vulnerabilität* und *Solidarität* sind auch Teil der Abwägungen, die unter dem Stichwort der Gerechtigkeit zu bedenken sind. Die Priorisierung knapper Intensivbetten oder Organe im Rahmen der Organtransplantation sind Paradebeispiele dafür, dass Gerechtigkeit als Verteilungsgerechtigkeit vulnerable Gruppen schützen und vor Diskriminierung bewahren soll. Rechtlich einschlägig ist etwa in Deutschland der Triage-Beschluss des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 16.12.2021 (1 BvR 1541/20), in dem das Gericht den Gesetzgeber verpflichtete, Menschen mit Behinderung bei pandemischer Triage vor Benachteiligung zu schützen.

Dritte Leitfrage: Zusammenführung im 2-Säulen-Modell und rechtlicher Rahmen (normative Synthese)

Die **dritte Fragestellung** des *Innsbrucker Handwerkszeugs* führt die Ergebnisse der medizinischen und ethischen Fallanalyse zusammen und mündet in die konkrete Therapieentscheidung. Grundlage bildet das 2-Säulen-Modell der ärztlichen Entscheidungsfindung, das auf der gleichberechtigten Berücksichtigung von medizinischer Indikation einerseits und Patient:innenautonomie andererseits beruht. Diese beiden Säulen sind für die medizinische Entscheidungsfindung gleichberechtigt [17 18]. Das 2-Säulen-Modell besagt, dass eine medizinische Maßnahme nur dann rechtlich und ethisch zulässig ist, wenn eine medizinische Indikation vorliegt und diese gleichzeitig mit dem Patient:innenwillen übereinstimmt. Die im multiprofessionellen Behandlungsteam getroffene, sog. „gesamtmedizinische“ Indikation, die sich aus den fachspezifischen Einzelindikationen über ein realistisches Therapieziel ableiten muss, wird idealerweise im Team aller involvierten Behandler:innen festgelegt (KPK) [8]. Parallel dazu muss diese medizinische Indikation mit den Wünschen und Wertvorstellungen der Patient:in abgestimmt werden („*wahrer Patient:innenwille*“ durch eigene Aussage bzw. Ergründung des Patient:innenwillens durch eine Patientenverfügung oder durch

Überbringung des *mutmaßlichen Patient:innenwillens* durch An- und Zugehörige/Stellvertreter:in). Bei ablehnendem Patient:innenwillen oder bei nicht vorhandener Indikation darf eine Behandlung gleichermaßen nicht durchgeführt werden. Wird eine Behandlung ohne Zustimmung der Patient:in oder sogar gegen deren Willen trotzdem durchgeführt, ist dies eine *eigenmächtige Heilbehandlung* und damit *Körperverletzung* (Strafrecht). Fordern ein:e Patient:in oder deren An- und Zugehörigen eine Behandlung, die mangels realistischem Therapieziel nicht indiziert ist, darf diese nicht durchgeführt werden (auch wenn die Behandlung technisch machbar wäre). Dies kann – häufig aufgrund unzureichender Kommunikation – zum Vorwurf der *unterlassenen Hilfeleistung* bis hin zur *fahrlässigen Tötung* führen. Um rechtliche Konsequenzen für das Behandlungsteam vermeiden zu können, ist daher eine komplexe medizinische Entscheidung idealerweise immer im Team aller involvierten Behandler:innen zu treffen und dabei größter Wert auf eine ausführliche und zeitnahe schriftliche Dokumentation (mindestens innerhalb 24 h) zu legen [19–23]. So eine inhaltlich oft komplexe und konfliktbeladene Situation lässt sich nur über eine *fürsorgliche*, gleichzeitig aber auch *unmissverständliche Kommunikation* zwischen dem Behandlungsteam und der:dem Patient:in und/oder deren:dessen An- und Zugehörigen/Stellvertreter:in auflösen („*shared decision making*“). Hilfreich kann das Hinzuziehen einer *klinischen Ethikberatung* sein, die im multiprofessionellen Team einen Handlungsvorschlag erarbeitet, dem das anfordernde Behandlungsteam folgen kann, aber nicht muss. Ein multiprofessionaler Handlungsvorschlag kann besorgte und kritische Angehörige beruhigen und damit die Kommunikation mit der:dem Patient:in und/oder deren:dessen An- und Zugehörigen/Stellvertreter:innen argumentativ entlasten und gleichzeitig auch für die multiprofessionelle Teamkommunikation entlastend sein.

Argumentationslogisch bilden diese Überlegungen den Kern des Verfahrens: Aus der deskriptiven Fallerfassung (Frage 1) und der Prinzipienabwägung (Frage 2) wird über die beiden Bedingungen der medizinischen Indikation und

des Patient:innenwillens eine konkrete Handlungsempfehlung abgeleitet. Beide Bedingungen sind dabei jeweils notwendig und nur gemeinsam hinreichend: Fehlt eine von beiden, ist die Maßnahme unzulässig.

Bei der Besprechung eines schwierigen Falls mit Hilfe des 2-Säulen-Modells empfehlen wir neben den ethischen Argumenten auch die rechtlichen Grundlagen heranzuziehen.

Exkurs: Rechtliche Rahmenbedingungen in Österreich (deskriptiv-rechtliche Ebene)

Im Folgenden sollen kurz die wichtigsten Inhalte des österreichischen **Ärztegesetzes**, **Erwachsenenschutzgesetzes**, **Patientenverfügungsgesetzes**, des **Kindeswohls** und des **Sterbeverfügungsgesetzes** besprochen werden. Diese Darstellung ist deskriptiv und benennt geltendes österreichisches Recht, ohne selbst ethisch-normative Bewertungen vorzunehmen. Zugleich gibt das Recht Rahmenbedingungen vor, die jede ethisch begründete Therapieentscheidung einhalten muss:

In der Präambel des **österreichischen Ärztegesetzes (ÄG)** steht, dass Menschen, die uns anvertraut sind, unter Wahrung ihrer Würde zu betreuen sind. Drei Paragraphen aus dem **österreichischen ÄG** sind als Basiswissen für eine schwierige medizinische Entscheidungsfindung besonders wichtig [24].

§ 2 ÄG besagt, dass „jede Ärzt:in Grundkenntnisse in Palliativmedizin und Schmerzmedizin haben muss“. Dies impliziert, dass jeder: Ärzt:in Menschen am Ende ihres Lebens im Sinne einer ausreichenden Symptomlinderung (Angst, Stress, Schmerzen, Atemnot) begleiten können sollte, sofern dies keine außerordentlich komplexe Situation ist. In der klinischen Praxis gestaltet sich das erfahrungsgemäß aber oft unzureichend. Hier ist dringend mehr studentische und postpromotionelle Ausbildung erforderlich.

§ 48 ÄG besagt, dass „Ärzt:in erste Hilfe nicht verweigern darf“. Dies ist der mutmaßlich am häufigsten missverstandene Paragraph in der Notfallmedizin! Erste Hilfe heißt nicht „um jeden Preis Leben erhalten zu müssen“ oder „immer reanimieren zu müssen“! Erste Hilfe zu leisten bedeutet, einer Person, die Hilfe braucht, „beizustehen“

(sie nicht alleine zu lassen) und angemessene medizinische Maßnahmen zu ergreifen. Das kann bei vorhandener medizinischer Indikation eine Reanimation implizieren, darf aber ebenso *Sterben zulassen* und symptomlindernde, medizinische Begleitung im Sterbeprozess bedeuten – also die Durchführung von Maßnahmen im Rahmen der Comfort Terminal Care (CTC) [25]. Bei unklarer Situation (Zeit- und Wissensmangel) gilt der Grundsatz „*in dubio pro vita*“ („im Zweifel für das Leben“). Das heißt, es wird zunächst alles unternommen, das Leben zu sichern und es kann dann in einem zweiten Schritt eine Therapiezieländerung Richtung Palliation durchgeführt werden, wenn sich herausstellen sollte, dass Patient:in eine im Notfall begonnene Behandlung nicht gewünscht hätte oder die Weiterführung der begonnenen Behandlung nicht mehr indiziert ist, weil kein realistisches Therapieziel für diese Behandlung gegeben ist.

§ 49 ÄG gibt vor, dass Ärzt:in verpflichtet ist, nach Maßgabe der *ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung* das *Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden* zu wahren. Es gibt im österreichischen ÄG nirgendwo die Forderung, mit allen Mitteln heilen oder das Leben erhalten zu müssen! „*Zum Wohle der Kranken*“ kann auch bedeuten, gut palliativmedizinisch zu begleiten und Sterben in Würde zuzulassen. Seit 2019 wird die Beistandspflicht für Sterbende und die Zulässigkeit palliativer Maßnahmen im österreichischen ÄG explizit zusätzlich normiert: „*Palliativmedizinische Maßnahmen sind auch dann zulässig, wenn ihr Nutzen der Symptomlinderung das mögliche Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen überwiegt*“. Diese Rechtslage war inhaltlich in Österreich immer schon so, die Verschriftlichung dient der zusätzlichen Absicherung aller in der Palliativmedizin tätigen Kolleg:innen.

Das **2. österreichische Erwachsenen-schutz-Gesetz (ErwSchG)** [26], das 2018 in Kraft getreten ist, verfolgt als zentralen Leitgedanken die Stärkung der Selbstbestimmung. Ärztliches Entscheiden entwickelt sich in der modernen Medizin weg vom lange Zeit üblichen *paternalistischen* Umgang mit Patient:innen („Ärzt:in weiß am besten, was für Patient:in gut ist“) und hin zu einem abgestuften System der Ent-

scheidungsfähigkeit, mit dem Ziel, so wenig wie möglich in die Autonomie der betroffenen Person eingreifen zu müssen.

Es werden **drei Stufen der Entscheidungsfähigkeit** unterschieden:

- Ein:e *entscheidungsfähige Patient:in* ist wach und kontaktierbar, muss für sich selbst entscheiden und kann mit einer Behandlung einverstanden sein oder diese auch ablehnen. Ihr:ihm steht das „*Recht auf Unvernunft*“ (siehe oben) zu.
- Ein:e *nicht-entscheidungsfähige Patient:in* ist nicht wach und/oder nicht kontaktierbar. Es muss bei Aufnahme abgeklärt werden, ob es eine Patientenverfügung (verbindlich/ andere?), eine Vorsorgevollmacht oder eine:n gewählte:n, gesetzliche:n oder gerichtliche:n Vertreter:in (früher „Sachwalter:in“) gibt. Genannte Vertretungspersonen müssen den *mutmaßlichen Willen* der:des nicht-entscheidungsfähigen Patient:in in die ärztliche Entscheidungsfindung einbringen – deren eigene Meinung zum Fall ist dabei nicht Inhalt der Diskussion.
- Die Autonomie einer:ines *fraglich entscheidungsfähigen Patient:in* zu wahren, ist in der klinischen Praxis sicher am kompliziertesten. Voraussetzung ist, dass der:die Patient:in wach und kontaktierbar ist. Der Gesetzgeber schlägt vor, zum Aufklärungsgespräch eine zweite Person hinzuzuziehen (Angehörige, andere nahestehende Personen/Vertrauensperson oder im Umgang mit Menschen in schwierigen Lebenssituationen geübte Menschen wie Pflegepersonen, Psycholog:innen, Seelsorger:innen, etc.), um die schwierigen Inhalte zu vermitteln. Wenn eine:in fraglich entscheidungsfähige:r Patient:in durch diese Vermittlung die Inhalte glaubhaft nach Einschätzung der aufklärenden Personen (mindestens zwei!) verstanden hat, darf sie:er einer Behandlung zustimmen bzw. diese ablehnen; es ist dann keine Bestellung einer Erwachsenen-Stellvertreter:in nötig. Die zeitnahe, schriftliche Dokumentation des Aufklärungsgesprächs ist im Krankenhausdokumen-

tationssystem/der Krankengeschichte sichtbar zu hinterlegen.

Auf *die Kriterien der Entscheidungsfähigkeit* sei hier eigens hingewiesen, da Entscheidungsfähigkeit in der klinischen Praxis regelmäßig Schwierigkeiten bereitet. Das 2. Erwachsenenschutz-Gesetz hat den Begriff „Einsichts- und Urteilsfähigkeit“ durch „Entscheidungsfähigkeit“ ersetzt und diese in § 24 Abs. 2 ABGB erstmals legal definiert: „...entscheidungsfähig ist, wer Bedeutung und Folgen seines Handelns im jeweiligen Zusammenhang verstehen, seinen Willen danach bestimmen und sich entsprechend verhalten kann...“. Die Prüfung der Entscheidungsfähigkeit obliegt jeder:jedem klinisch tätigen Ärzt:in und erfordert nur im Ausnahmefall psychiatrische Expertise. Entscheidend ist, dass z.B. psychiatrische Erkrankung, Unterbringung oder Demenz nicht *per se* Entscheidungsunfähigkeit bedeuten, sofern die betroffene Person im konkreten Zusammenhang versteht, worum es geht. Empfohlen werden das Hinzuziehen einer zweiten Person zum Aufklärungsgespräch, eine nachvollziehbare Prüfung der Willenskonsistenz und die zeitnahe schriftliche Dokumentation. Ganzini illustriert humorvoll weit verbreitete Fehlannahmen zur Entscheidungsfähigkeit anhand klinischer Situationen [27].

Weiters wurden im 2. Erwachsenenschutzgesetz zusätzlich **vier Formen der Stellvertretung** eingeführt: **Vorsorgevollmacht** (vorbestehend), **gewählte** (neu), **gesetzliche** (neu) und **gerichtliche** Erwachsenenvertretung (früher: Sachwalterschaft), wobei die gerichtliche Bestellung eines Erwachsenenvertreters ausdrücklich nur als *ultima ratio* gesehen werden sollte, wenn keine andere Form der Vertretung möglich ist.

Das **österreichische Patientenverfügungs-Gesetz** [28] verfolgt das Ziel, das Selbstbestimmungsrecht von Patient:innen über den Verlust der Entscheidungsfähigkeit hinaus rechtlich zu sichern. Es wird in Österreich zwischen einer **verbindlichen Patientenverfügung** (PV) – die bei Einhaltung strenger Formerfordernisse (ärztliche Aufklärung, Notariatsurkunde oder rechtsanwaltliche Beglaubigung, Erneuerung alle acht Jahre) für ärztliches

Entscheiden bindend ist – und einer **anderen Patientenverfügung**, die trotz nicht vollständiger Formerfordernisse bei der Ermittlung des Patient:innenwillens zu berücksichtigen ist und – wie jede andere Willensäußerung auch – ein hohe Beachtlichkeit hat. Mit einer Patientenverfügung (PV) macht eine:n Patient:in von ihrem:seinem Recht Gebrauch, bestimmte medizinische Maßnahmen für den Fall einer späteren Einwilligungsunfähigkeit im Voraus abzulehnen. Vorausgeäußerte Behandlungsablehnungen sind für das medizinische Personal verbindlich oder zumindest beachtlich. Damit steht rechtlich der vorausverfügte Patient:innenwille klar vor einer paternalistischen Behandlungsentscheidung und es wird zugleich Rechtssicherheit für die behandelnden Ärzt:innen geschaffen, die bei Befolgung einer wirksamen Patientenverfügung von der Haftung freigestellt sind. PV dürfen ab dem 14. Lebensjahr errichtet werden, wobei bei schweren, die körperliche Integrität beeinträchtigenden, medizinischen Handlungen die Eltern zusätzlich in die Entscheidung einbezogen werden müssen.

Der **österreichische Kinderschutz** ist als ein Mehrebenen-System konzipiert: Prävention und Unterstützung durch die Kinder- und Jugendhilfe, zivilrechtliche Schutzmaßnahmen durch die Gerichte und strafrechtliche Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft greifen ineinander. Das **Kindeswohl** ist in Österreich im § 138 ABGB (BGBl. Nr. 946/1811 i.d.g.F., RIS – Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch; ABGB) ausformuliert [29]. Das Kindeswohl ist der leitende Grundsatz des österreichischen Kindschaftsrechts und muss in allen das minderjährige Kind betreffenden Angelegenheiten – insbesondere bei Obsorge und persönlichen Kontakten – bestmöglich gewährleistet werden. Es umfasst zwölf nicht abschließend gewichtete Kriterien, die von angemessener materieller Versorgung und medizinischer Betreuung über Schutz der körperlichen und seelischen Integrität, Förderung der individuellen Anlagen und Fähigkeiten, verlässliche Bindungen zu beiden Elternteilen und wichtigen Bezugspersonen bis hin zur altersadäquaten Berücksichtigung der Meinung des Kindes reichen. Das Kindeswohl ist dabei kein starrer Rechts-

begriff, sondern ein flexibler Maßstab, der stets anhand der individuellen Lebensumstände des einzelnen Kindes zu beurteilen ist – wobei Kindeswille und Kindeswohl zwei eigenständige, nicht deckungsgleiche Aspekte darstellen, die bei Unklarheit gegeneinander abzuwägen sind.

Entscheidungsfähigkeit beim Kind ist folgend definiert:

- 0–7 Jahre (nicht geschäftsfähig): Kinder unter 7 Jahren gelten als *geschäftsunfähig* und können keine rechtswirksamen Erklärungen abgeben. Alle medizinischen Entscheidungen treffen ausschließlich die Erziehungsberechtigten (Obsorge-berechtigte Eltern, Vormund). Die Meinung des Kindes ist im Rahmen des Kindeswohls altersadäquat zu berücksichtigen, bindet aber nicht.
- 7–14 Jahre (unmündig minderjährig): Kinder ab 7 Jahren sind *beschränkt geschäftsfähig*. Entscheidungsfähigkeit ist in diesem Bereich nicht sicher vermutet, sondern muss im Einzelfall konkret geprüft werden. Für medizinische Einwilligungen gilt:
 - Fehlt die Entscheidungsfähigkeit des Kindes: alleinige Einwilligung der Erziehungsberechtigten
 - Liegt Entscheidungsfähigkeit ausnahmsweise vor: Einwilligung des Kindes erforderlich, zusätzlich Zustimmung der Erziehungsberechtigten
- 14–18 Jahre (mündig minderjährig): ab Vollendung des 14. Lebensjahres wird die Entscheidungsfähigkeit im Zweifel vermutet (§ 173 Abs. 1 ABGB).
 - *Einfache medizinische Eingriffe*: Eigenständige Einwilligung des mündigen Minderjährigen genügt
 - *Schwere oder nachhaltige Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder Persönlichkeit*: Einwilligung des Kindes und Zustimmung der Erziehungsberechtigten erforderlich (§ 173 Abs. 2 ABGB)
 - *Ablehnung einer Behandlung*: Ablehnung des mündigen Minderjährigen ist zu respektieren, wenn Entscheidungsfähigkeit vorliegt
- ab 18 (Volljährig): Mit Eintritt der Volljährigkeit wird die Entscheidungsfähigkeit generell vermutet (§ 24 Abs. 2 ABGB). Eltern haben keinerlei

Einwilligungsbefugnis mehr; bei fehlender Entscheidungsfähigkeit ist eine gerichtlich bestellte Erwachsenenvertretung erforderlich.

Das **österreichische Sterbeverfügungsgesetz** (StVfG, BGBl. I Nr. 242/2021) [30], ist am 01.01.2022 in Kraft getreten. Es setzt das Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofs um und ermöglicht volljährigen, entscheidungsfähigen Personen, die an einer unheilbaren, zum Tod führenden oder an einer schweren, dauerhaften Krankheit mit nicht anders abwendbarem Leiden erkrankt sind, ihren Sterbewunsch in einer notariell oder patientenanwaltlich errichteten Sterbeverfügung festzuhalten und bei der Durchführung des assistierten Suizids (AS) straffrei die Beihilfe einer dazu bereiten dritten Person in Anspruch zu nehmen. Eine ausschließlich auf die Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen reduzierte Praxis würde jedoch zu kurz greifen (*legaler Minimalismus*). Die professionelle Begleitung von Menschen mit Sterbewunsch umfasst darüber hinaus die sorgfältige Exploration des Sterbewunsches, die Prüfung der Entscheidungsfähigkeit, die Erörterung von Behandlungsalternativen sowie die Unterstützung einer selbstbestimmten Willensbildung. Die ARGE Ethik der österreichischen Gesellschaft für Anästhesie, Reanimation und Intensivmedizin (ÖGARI) hat 2023 Handlungsempfehlungen zum Umgang mit dem Assistierter Suizid im klinischen Alltag publiziert [31 32]. Die österreichische Gesellschaft für ein humanes Lebensende (ÖGHL) hat in ihrem Praxisleitfaden „Fürsorge zur Autonomie“ einen österreichischen Best-Practice-Referenzrahmen für die professionelle, strukturierte und qualitätsgesicherte Begleitung von Menschen mit Wunsch nach assistiertem Suizid entwickelt, der Selbstbestimmung mit professioneller Fürsorge verbindet, klare Abläufe und Standards definiert und das Sterbeverfügungsgesetz über seinen formaljuristischen Mindestrahmen hinaus in eine verantwortete Versorgungspraxis übersetzt [33].

Vierte Leitfrage: Retrospektive Evaluation und Lösungsvorschläge (evaluative Ebene)

Bei der **vierten und letzten Frage** des *Innsbrucker Handwerkszeugs* geht es darum zu beurteilen, was bei dem zu besprechenden Fall gut gelaufen ist bzw. falls etwas nicht gut gelaufen ist, sich entsprechende *Lösungsvorschläge* zu überlegen, wie die Entscheidungsträger:innen es hätten besser machen dürfen, können und müssen. Es soll bei Beantwortung der vierten Frage Bezug genommen werden auf die Frage nach *der besten medizinischen Versorgung*, auf die Prinzipien der *Gerechtigkeit* (*ius suum* und Verteilungsgerechtigkeit) und der *relationalen Autonomie* sowie auf das *Sorgeprinzip* und *organisationsethische Aspekte* (siehe oben). Die Funktion dieser Frage ist evaluativ: Sie überführt die Fallanalyse in institutionelles Lernen, indem sie gelungene und misslungene Aspekte des Entscheidungsprozesses an den zuvor explizierten Maßstäben bewertet – Prinzipien, 2-Säulen-Modell, rechtlicher Rahmen.

Falls anwendbar, ist auch eine Bezugnahme auf die Konzepte des **Advance Care Plannings (ACP)** [34 35] und der **z Klinischen Perspektiven Konferenz (KPK)** [8] als Lösungsvorschlag gefordert. **ACP** ist ein Vorsorgekonzept, das in Deutschland bereits gesetzlich verpflichtend umgesetzt werden muss. Im Rahmen von **ACP** werden durch speziell geschulte Mitarbeiter:innen in Betreuungseinrichtungen wie Wohn- und Pflegeheimen Gespräche über Wünsche und Wertvorstellungen der Klient:innen geführt und die Errichtung einer Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht mit Unterstützung der Hausärzt:innen angeregt. **ACP** kann helfen, das derzeit schlecht funktionierende *Schnittstellen-Management* zwischen niedergelassenem Bereich (zu Hause, Wohn- und Pflegeheime, etc.) und anderen medizinischen Einrichtungen (v.a. Krankenhäuser) zu verbessern, sodass Wünsche und Wertvorstellungen von Patient:innen bei Verlust ihrer Entscheidungsfähigkeit zeitnahe überall für die Behandler:innen greifbar sind. Dies hilft, die Durchführung unerwünschter Behandlungen besser zu vermeiden – vor

allem auch im Notfall oder bei plötzlichem Verlust der Entscheidungsfähigkeit.

Die **Klinische Perspektiven Konferenz** (KPK) [8] ist die Übertragung des ACP-Konzepts in die Klinik. Im Team aller beteiligten Behandler:innen wird vor allem bei Hochrisikopatient:innen ein gemeinsames Therapieziel definiert und daraus eine „gesamtmedizinische Indikation“ abgeleitet. Es muss dabei überlegt werden, ob eine technisch machbare Behandlung überhaupt durchgeführt werden soll. Falls es eine gewisse Chance für ein positives Outcome gibt, muss VOR Beginn der medizinischen Behandlung das *Komplikationsmanagement* im Team besprochen und im Rahmen einer Therapiezieländerung (TZÄ) [19 22] schriftlich dokumentiert werden (z. B. keine Übernahme ad Klasse III-ICU mit Therapie des schweren Multior-gandysfunktionssyndroms (MODS), keine Organersatztherapien, keine weiteren Invasivitäten oder Folgeoperationen etc.). Die Ergebnisse dieser Therapieplanung müssen zeitnahe den Patient:innen und/oder deren An- und Zugehörigen bzw. Stellvertreter:innen kommuniziert und ebenso zeitnahe schriftlich dokumentiert werden.

Die ARGE Ethik der ÖGARI empfiehlt zur **Identifizierung von Hochrisikopatient:innen** die Verwendung von **Scores** für die Planung einer Behandlung. Diese Scores sind Grundlage für das im Team der Behandler:innen festgelegte, *individuelle Therapieziel* sowie zur Begründung einer evtl. notwendigen Therapiezieländerung im Rahmen der Besprechung zum *Komplikationsmanagement* bei fortgeschritten erkrankten Patient:innen mit fraglichem Rehabilitationspotenzial und einem hohen Risikoprofil für schlechtes Outcome (hohe Morbidität und Mortalität) bei der Durchführung von belastenden medizinischen Behandlungen (KPK) [8]. Die ARGE Ethik der ÖGARI empfiehlt zur Einschätzung des Risikoprofils fortgeschritten erkrankter Patient:innen drei unkompliziert durchzuführende Scores: ADL-Score [36], Dalhousie Frailty Scale [37], und POS-POM-Score [38]. Diese Scores, die bereits zu Coronazeiten angesichts von Ressourcenknappheit von der ÖGARI und der Dachgesellschaft der österreichischen intensivmedizinischen Fachgesellschaften (FASIM) zur Begründung einer Outcome

orientierten Triage erstmals vorgestellt wurden [39–41], sind auch sehr gut geeignet, *Hochrisikopatient:innen* schnell und unkompliziert für eine Therapieziel-orientierte Behandlungsplanung zu identifizieren. Schlechte Scores bedeuten für eine:n Patient:in nicht den sicheren Ausschluss von einer technisch möglichen Behandlung, sondern implizieren im Rahmen ihrer „*Ampelfunktion*“ eine Besprechung im Team der involvierten Behandler:innen, in der festgelegt werden muss, ob eine technisch machbare Behandlung überhaupt durchgeführt wird (KPK) [8] – dies ist einerseits abhängig von der ärztlichen Einschätzung, ob ein Therapieziel realistisch erreichbar ist; falls dies medizinisch möglich scheint, muss dann in einem weiteren Schritt diese medizinisch mögliche Behandlung individuell mit den Wünschen und Wertvorstellungen der Patient:in abgestimmt werden (siehe 2-Säulen-Modell). Falls eine:n Hochrisikopatient:in mit der Durchführung der Behandlung einverstanden ist, muss jedenfalls immer VOR Beginn der Behandlung im Team aller involvierten Behandler:innen das *Komplikationsmanagement* besprochen und schriftlich dokumentiert werden. Dieses beinhaltet die Festlegung einer auf den erwarteten zukünftigen Verlauf abgestimmten Therapiezieländerung (Do Not Resuscitate – DNR, Do Not Escalate – DNE, Reevaluate Indication and Deescalate – RID, Comfort Terminal Care – CTC) [42]. Alle oben angeführten Inhalte müssen im Anschluss an die KPK [8] der betroffenen Patient:in und deren An- und Zugehörigen im Rahmen eines „shared decision making“ ausführlich kommuniziert und dabei mit den entsprechenden Patient:innenwünschen und -erwartungen abgestimmt werden.

ACP und KPK ergänzen sich bei der schnittstellenübergreifenden Übermittlung von Wünschen und Wertvorstellungen von Patient:innen sowie auch für die zeitnahe Bereitstellung von Informationen zur Weiterführung besprochener Behandlungskonzepte (z. B. einer festgelegten Therapiezieländerung). Dies gilt sowohl für den Teil des Behandlungspfades *aus der Peripherie in ein Krankenhaus*, wo Informationen aus der niedergelassenen Medizin (von zu Hause, vom Wohn- und Pflegeheim) über eine:n Notärzt:in/

Rettungspersonal an das Klinikteam übergeben werden und – idealerweise zeitgleich mit dem Eintreffen der:des Patient:in – im Krankenhaus zur Verfügung stehen. Geregelter Informationsweitergabe kann mittels ACP/KPK auch auf dem weiteren Behandlungspfad *innerhalb des Krankenhauses* (Schockraum – OP – Intensivstation – Intermediate Care – Normalstation) funktionieren, so wie diese Informationen auch im Rahmen dieses optimalen Schnittstellenmanagements *nach Entlassung der Patient:in aus dem Krankenhaus* zeitnahe wieder im niedergelassenen Bereich zur Verfügung stehen sollten (zu Hause oder im Wohn- und Pflegeheim). Dort kann dann bei Bedarf (z. B. fortschreitende Erkrankung) durch die:den betreuende:n Hausärzt:in zeitnahe eine Anpassung der Inhalte der Patientenverfügung mit Übertragung in das aktuelle ACP-Formular durchgeführt werden. Eine Patientenverfügung ist daher idealerweise ein *dynamisches Dokument*, das regelmäßig von Hausärzt:in an den aktuellen Gesundheitszustand (fortschreitende Erkrankung?) und damit an sich eventuell ändernde Wünsche und Wertvorstellungen einer:ines Patient:in angepasst werden sollte. Die flächendeckende, politische Umsetzung eines ACP-Konzepts in Österreich ist dringend notwendig und kann in gutem Zusammenspiel mit einem in den medizinischen Einrichtungen etablierten KPK-Konzeptes helfen, unerwünschte oder nicht indizierte Therapien bei Hochrisikopatient:innen (Futility) [43] zu vermeiden bzw. generell alle Patient:innen besser entsprechend ihren Wünschen und Wertvorstellungen auf allen Stationen ihres Behandlungspfades (innerklinisch und außerklinisch) zu behandeln. Die Initiative „Erster Wille“ ist ein in Österreich in Entwicklung befindliches Konzept, das sich als Orientierungs- und Übersetzungssystem aus der Patient:innenwelt in das klinische Setting versteht und im Rahmen der Umsetzung eines ACP-Konzeptes in Österreich zukünftig breite Anwendung finden könnte [44].

Abschließende Gedanken

Das *Innsbrucker Handwerkszeug* ist ein kompakter, leicht zu merkender Vier-

Fragen-Ansatz zur ethischen Entscheidungsfindung, der es ermöglicht, klar strukturiert und inhaltlich fundiert komplexe medizinische Fälle auf Basis ethischer und rechtlicher Argumente zu diskutieren. Dieses Handwerkszeug hat sich mittlerweile bei der mündlichen Prüfung von mehr als 1200 Medizinstudierenden (Fallbesprechung) im 6. Semester über die letzten drei Jahre an der Medizinischen Universität Innsbruck im Rahmen der Ethik-Pflichtlehre gut bewährt [45]. Dies stützt die empirische Prämisse (P4) des in Abschnitt Methodische Vorbemerkung explizierten Arguments: Ethisch und rechtlich begründete schwierige medizinische Entscheidungsfindung kann gelehrt, gelernt, geübt und erfolgreich angewendet werden. Einschränkend ist festzuhalten, dass diese Evidenz von einem einzigen Standort stammt und primär den Lehrkontext betrifft; kontrollierte Daten zur Wirkung im klinischen Entscheidungsalltag stehen noch aus.

Es sei nochmals betont, dass sich das *Innsbrucker Handwerkszeug* im Unterschied zu bereits etablierten Modellen der klinischen ethischen Entscheidungsfindung in der Medizin nicht als konkurrierendes Konzept, sondern als praxisorientierte Ergänzung versteht. Sein besonderer Mehrwert liegt in der konsequenten Verbindung ethischer, medizinischer und rechtlicher Entscheidungsgrundlagen innerhalb eines einheitlichen, leicht anwendbaren Entscheidungsprozesses. Die bewusst einfach gehaltene *Vier-Fragen-Struktur* ermöglicht eine systematische Analyse komplexer Behandlungssituationen und bleibt gleichzeitig auch unter den zeitlichen und organisatorischen Bedingungen des klinischen Alltags praktikabel.

Darüber hinaus eignet sich das *Innsbrucker Handwerkszeug* in besonderer Weise für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Komplexe ethische und rechtliche Entscheidungsprozesse werden in einer Form strukturiert, die gelehrt, geübt und im Rahmen von Fallbesprechungen oder Prüfungen nachvollziehbar überprüft werden kann. Gleichzeitig integriert das Modell etablierte Konzepte wie die Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress, das 2-Säulen-Modell aus medizinischer Indikation und Patient:innenautonomie, Advance Care Planning (ACP), die Klini-

sche Perspektiven Konferenz (KPK) sowie eine einheitliche Terminologie [42] bei Therapiezieländerungen in einen durchgängigen Entscheidungsablauf.

Ein weiterer Vorteil besteht in der Förderung einer gemeinsamen Sprache und Argumentationsstruktur innerhalb multiprofessioneller Behandlungsteams. Dadurch werden Entscheidungsprozesse transparenter, interprofessionelle Diskussionen nachvollziehbarer und die Kommunikation mit Patient:innen sowie deren An- und Zugehörigen bzw. Stellvertreter:innen erleichtert. Das *Innsbrucker Handwerkszeug* unterstützt sowohl *prospektive Therapieentscheidungen* als auch die *strukturierte Nachbesprechung komplexer klinischer Verläufe* im Rahmen von Morbidity- und Mortality-Konferenzen und leistet damit einen Beitrag zur Qualitätssicherung durch Einbeziehung ethischer Parameter in die klinische Entscheidungsfindung und damit zur kontinuierlichen Weiterentwicklung einer weniger rein technischen, dafür wieder menschlicheren Behandlungskultur.

Die medizinethische Tragweite des Instruments findet sich auf drei Ebenen wieder. Auf der Ebene der *Einzelentscheidung* erhöht es die Wahrscheinlichkeit, dass Therapiezieländerungen ethisch begründet rechtzeitig getroffen, rechtlich abgesichert und zeitnah dokumentiert erfolgen. Es schützt Patient:innen damit sowohl vor Übertherapie als auch vor ungerechtfertigter Vorenthaltung indizierter Behandlungen (Untertherapie). Auf der *Teamebene* fördert es eine gemeinsame Sprache und Argumentationsstruktur, macht Dissens früh sichtbar, ermöglicht eine strukturierte Konsensfindung und entlastet die Kommunikation mit Patient:innen sowie deren An- und Zugehörigen oder Stellvertreter:innen. Auf der *Systemebene* stärkt es die *ärztliche Rationalisierung* als ethisch begründete Alternative zu einer ausschließlich betriebswirtschaftlich geleiteten Kostenlogik und leistet damit einen Beitrag zum Erhalt eines *solidarischen und ethisch fundierten Gesundheitssystems*.

Abschließend seien zwei ernst zu nehmende Einwände formuliert. Erstens ist zu berücksichtigen, dass die bisherige Bewährung des Handwerkszeugs primär die studentische Lehre und die interne An-

wendung betrifft. Ein kontrollierter Nachweis, dass es die Qualität von Therapieentscheidungen am Krankenbett tatsächlich verbessert, steht noch aus. Dieser Einwand betrifft die Brückenprämisse (P3) und markiert einen zentralen offenen Forschungsbedarf: Die randomisiert kontrollierte CODE-Studie von Benoit [46] zeigt, dass sich ethische Entscheidungsprozesse bei potenziell übermäßiger Behandlung durch strukturierte Interventionen messbar positiv beeinflussen lassen, und liefert damit zugleich ein methodisches Vorbild für eine künftige Evaluation des *Innsbrucker Handwerkszeugs*. Zweitens ließe sich einwenden, die Reduktion komplexer ethischer Abwägung auf vier Fragen erzeuge eine trügerische Scheinsicherheit. Dem ist aber entgegenzuhalten, dass dieses Instrument die Urteilslast nicht ersetzt, sondern explizit macht: Es schreibt keine Gewichtung der Prinzipien vor, sondern macht die vorgenommene Abwägung sichtbar, nachvollziehbar und dadurch auch kritisierbar. Der Gewinn liegt nicht in einer Auflösung des Abwägungsproblems, sondern in seiner transparenten Strukturierung.

Korrespondenzadresse



© Privat

OA Dr. Benjamin Hetzer, PhD

Department für Pädiatrie I, Pädiatrische Hämatologie, Onkologie und Stammzelltransplantation, Medizinische Universität Innsbruck
Innsbruck, Österreich
benjamin.hetzer@i-med.ac.at

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

Datenverfügbarkeit. Alle dieser Arbeit zugrunde liegenden Daten sind in diesem Artikel enthalten.

Interessenkonflikt. B. Friesenecker, G. Gasser, R. Fanti, G. Werner-Felmayer, C. Kaneider, E. Medicus, S. Raj-

sic, S. Mathis, B. Wallner, B. Treichl, P. Hillinger, J. Abram, B. Pfäusler, S. Iglseder, M. Buchart, E. Kircher, A.-L. Wyremblewsky, B. Böttcher, S. Höfer, U. Kiechl-Kohlendorfer 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

1. Marckmann G, Mayer F. Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie. Onkologie. 2009;15:980–8. <https://doi.org/10.1007/s00761-009-1695-z>.
2. Steinkamp N, Gordijn B. Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung: Ein Arbeitsbuch. München: Luchterhand; 2005. ISBN 978-3-472-06238-7.
3. Waese, Anna. Fragenkatalog Der Nimwegener-Methode. www.academia.edu/15276844/Fragenkatalog_der_Nimwegener_Methode (zuletzt geöffnet am 12. Juli 2026)
4. METAP klinische Ethik: <http://www.klinischeethik-metap.ch/> (zuletzt geöffnet am 12. Juli 2026)
5. 4-Boxen Modell: www.depts.washington.edu/bhdept/ethics-medicine-bioethics-tools/paradigm-4-boxes (zuletzt geöffnet am 12.7..2026)
6. Marckmann, Ludwig Maximilian Universität München. YouTube Video: https://www.youtube.com/watch?v=pTJZx2K_7Y5 (zuletzt geöffnet am 12. Juli 2026).
7. Ethiklehre-Homepage der medizinischen Universität Innsbruck: www.i-med.ac.at/de/medizinethik-lehre/ (zuletzt geöffnet am 30. Juni 2026)
8. Friesenecker B, Steinwendtner A, Fruhwald S, et al. Klinische Perspektiven Konferenz. Anästhesie Nachr. 2025; <https://doi.org/10.1007/s44179-025-00324-z>.
9. Friesenecker B, Gasser G, Fruhwald S, et al. Reflexion zur Gerechtigkeit bei Therapieentscheidungen. Anästhesie Nachr. 2024;6:220–4. <https://doi.org/10.1007/s44179-024-00265-z>.
10. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;196:129–36.
11. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics. 7. Aufl. New York/London: Oxford University Press; 2013.
12. Mackenzie C, Stoljar N, Hrsg. Relational autonomy: feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self. Oxford: Oxford University Press; 2000. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195123333.001.0001>.
13. Diskriminierungsverbot – europäische Menschenrechtskonvention: www.menschenrechtskonvention.eu/diskriminierungsverbot-9298/ (zuletzt geöffnet am 30. Juni 2026)
14. Charles CA, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it

The Innsbruck Toolkit. A Structured Four-Question Approach to Ethical Decision-Making in Complex Medical Treatment Cases

In clinical practice, treatment decisions for high-risk patients with complex conditions are often made without a clear logical structure and are primarily guided by technical feasibility, whilst patient-centred, ethical and legal aspects are given insufficient consideration. The *'Innsbrucker Handwerkszeug' (Innsbruck Toolkit)* provides an easy-to-remember four-question framework that helps to structure multi-professional discussions and make decisions ethically, legally and team-wise transparent. A case description based on the biopsychosocial model is followed by an ethical case analysis using principle-based ethics (autonomy, do no harm, beneficence, justice) and the two-pillar model (medical indication and patient autonomy), taking into account the Austrian legal framework and an evaluation with regard to the best medical care, justice, relational autonomy, the ethics of care, organisational ethical factors and interface tools such as advance care planning (ACP) and the clinical perspectives conference (KPK). This tool, which is deliberately designed to be accessible and can be used at the patient's bedside, does not replace ethical consultation or legal review; however, it promotes a common language and framework for reasoning within the team, and improves transparency, documentation and communication with patients and their families and caregivers. It thereby strengthens the ethically grounded rationalisation of medical decisions as opposed to a purely business-oriented approach to resource allocation.

Keywords

Futility · Advance care planning (ACP) · Clinical perspectives conference · Best medical care · Change in treatment objectives · Ethics education

- mean? (or it takes at least two to tango). Social Science & Medicine. 1997;44(5):681–92.
15. Maio G. Ethik der Verletzlichkeit. Freiburg i.Br.: Herder; 2024. ISBN 978-3-451-60132-3.
16. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. Ann Intern Med. 1990;112(12):949–54.
17. Dutzmann J, Duttge G, Michalsen A, et al. Indikation als unverzichtbare Grundlage ärztlichen Handelns. MedR. 2025;43:253–7.
18. Grautoff S, Michalsen A, Salomon F, et al. Ethische Entscheidungsfindung im Rettungsdienst. Notf Rett Med. 2026;29:226–34. <https://doi.org/10.1007/s10049-025-01687-1>.
19. Friesenecker B, Fruhwald S, Hasibeder W, Hörmann C, Hoffmann ML, Krenn CG, Lenhart-Orator A, Likar R, Pernerstorfer T, Pfäusler B, Roden C, Schaden E, Valentin A, Wallner J, Weber G, Zink M, Peintinger M. Therapiezieländerungen auf der Intensivstation - Definitionen, Entscheidungsfindung und Dokumentation [Definitions, decision-making and documentation in end of life situations in the intensive care unit]. Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther. 2013;48(4):216–23.
20. Friesenecker B, Mathis S, Fantin R, Rajsic S, Wallner B, Sitter B, Zink M, Likar R, Bruckner M, Theil R, Rauscher-Pötschl I, Bodinger C, Stögermüller B, Steinwendtner-Kolator A, Dier H, Hetzer B. Mit einem Bein im Knast - Therapiezieländerung auf dem Prüfstand. Anästhesie Nachr. 2026;8:78–84. <https://doi.org/10.1007/s44179-026-00364-z>.
21. Fruhwald S, Friesenecker B, Dier H. Ethische Therapieentscheidungen auf der Intensivstation. Internistische Praxis. 2025;69(2):216–30.
22. Friesenecker B. Ethik in Ausbildung und Lehre; Schwerpunkt: Ethische und medizinische Entscheidungen am Lebensende. krebs:hilf!. 2025;6:18–21.
23. Schaden E, Dier H, Weixler D, Hasibeder W, Lenhart-Orator A, Roden C, Fruhwald S, Friesenecker B, ARGE Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der ÖGARI. Comfort Terminal Care auf der Intensivstation: Empfehlungen für die Praxis. Anaesthesiologie. 2024;73:177–85. <https://doi.org/10.1007/s00101-024-01382-9>.
24. Österreichisches Ärztegesetz: www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138 (zuletzt geöffnet am 30. Juni 2026)
25. Schaden E, Dier H, Weixler D, Hasibeder W, Lenhart-Orator A, Roden C, Fruhwald S, Friesenecker B, ARGE Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der ÖGARI. Comfort Terminal Care auf der Intensivstation: Empfehlungen für die Praxis. Anaesthesiologie. 2024;73:177–85. <https://doi.org/10.1007/s00101-024-01382-9>.
26. Österreichisches Erwachsenenstutzgesetz: www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2017_I_59/BGBLA_2017_I_59.pdf (zuletzt geöffnet am 30. Juni 2026)
27. Ganzini L, Volicer L, Nelson W, Fox E, Derse AR. Ten Myths About Decision-Making Capacity. Journal of the American Medical Directors Association. 6:S100–S4.
28. Österreichisches Patientenverfügungsgesetz: www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004723 (zuletzt geöffnet am 30. Juni 2026)
29. Kindeswohl: www.i-med.ac.at/medizinethik-lehre/documents/kindeswohl-138-abgb.pdf (zuletzt geöffnet am 30. Juni 2026)
30. österreichisches Sterbeverfügungsgesetz: www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Begut/BEGUT_COO_2026_100_2_1907048/BEGUT_COO_2026_100_2_1907048.pdf

- [2_1907048.html](#) (zuletzt geöffnet am 30. Juni 2026)
31. Friesenecker B, Fruhwald S, Roden C, ARGE Ethik der ÖGARI. DFP-Fortbildung: Assistierter Suizid: Handlungsempfehlungen für den klinischen Alltag. *Anästhesie Nachr.* 2023;5:141–54. <https://doi.org/10.1007/s44179-023-00136-z>.
 32. Friesenecker B, Roden C, Valentin A, Fruhwald S, Dier H, Weixler D, Birklbauer A. Amendment zum Abschnitt „Totenbeschau nach AS“. *Anästhesie Nachr.* 2024;6:198–9. <https://doi.org/10.1007/s44179-024-00267-x>.
 33. ÖGHL: Praxisleitfaden - Fürsorge zur Autonomie: <https://www.oeghl.at/oeghl-schriftenreihe> (zuletzt geöffnet am 9. Juli 2026)
 34. ACP Deutschland: www.advancedcareplanning.de (zuletzt geöffnet am 30. Juni 2026)
 35. Stephan Kraus: Diplomarbeit ACP (medizinische Universität Innsbruck): www.i-med.ac.at/medizinethik-lehre/documents/da-kraus-stefan_acp_publizierte-version-jan-2026.pdf (zuletzt geöffnet am 30. Juni 2026)
 36. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged: The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA.* 1963;185(12):914–9.
 37. Costa D, Aladio M, Girado C, Pérez de la Hoz R, Berensztejn S. Frailty is independently associated with 1-year mortality after hospitalization for acute heart failure. *Int J Cardiol Heart Vasc.* 2018;21:103–6.
 38. Le Manach Y, Collins G, Rodseth R, Le Bihan-Benjamin C, Biccari B, Riou B, Devereaux PJ, Landais P. Preoperative Score to Predict Postoperative Mortality (POSPOM): Derivation and Validation. *Anesthesiology.* 2016;124(3):570–9.
 39. Konsensuspapier der österreichischen intensivmedizinischen Fachgesellschaften (FASIM) aus Anlass der COVID-19 Pandemie: Allokationsethische Orientierungshilfe für den Einsatz knapper intensivmedizinischer Ressourcen: www.oegari.at/web_files/cms_daten/konsensus_fasim_allokation_intensiv_finale_fassung_text_11.11.2020_korr_neu_fin.pdf (zuletzt geöffnet am 10. Juli 2026)
 40. ARGE Ethik, ÖGARI: SOP - ICU-Triage im Falle von Ressourcen-Mangel - Empfehlungen aus Anlass der SARS-CoV-2-Pandemie www.oegari.at/web_files/cms_daten/gari_sop_triage_covid-19_arge_ethik_final_26.März2020.pdf (zuletzt geöffnet am 10. Juli 2026)
 41. ARGE Ethik, ÖGARI. Checkliste - ICU - Triage im Falle von Ressourcen-Mangel aus Anlass der SARS-CoV-2-Pandemie. 2020. www.oegari.at/web_files/cms_daten/gari_checkliste_triage_icu_final_26.3.2020.pdf. Zugriffen: 10. Juli 2026.
 42. Friesenecker B, Fruhwald S, Roden C, ARGE Ethik der ÖGARI. Erweiterte Nomenklatur und Terminologie rund um die Situationen am Lebensende. *Anästhesie Nachr.* 2023;5:134–7. <https://doi.org/10.1007/s44179-023-00145-y>.
 43. Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO). Ärztliche Verantwortung an den Grenzen der Sinnhaftigkeit medizinischer Maßnahmen. Zum Umgang mit „Futility“. *Deutsches Ärzteblatt.* 2022; https://doi.org/10.3238/arztebl.zeko_sn_futility_2022.
 44. Erster Wille: www.ersterwille.at (zuletzt geöffnet am 8. Juli 2026)
 45. Daniel Feller: Diplomarbeit zur Evaluierung der Ethiklehre an der medizinischen Universität Innsbruck: www.i-med.ac.at/medizinethik-lehre/documents/diplomarbeit_feller_daniel-final-version.pdf (zuletzt geöffnet am 8. Juli 2026)
 46. Benoit, D.D., 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* 50, 1635–1646 (2024). <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07588-0>

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