

# Was wäre Medizin ohne Ethik?

**Barbara Friesenecker**

*Anästhesistin, Intensivmedizinerin, Palliativmedizinerin und Medizinethikerin*

Univ.-Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin,  
Medizinische Universität Innsbruck

*Vorsitzende ARGE Ethik der ÖGARI*

**Innsbrucker Forum für Intensivmedizin und Pflege –  
IFIMP**

Wann: Do, 16.4.2026 **13.45-15.15 Uhr**

Friesenecker | Medizin ohne Ethik | IFIMP 2026

Ort: **Congress Innsbruck**

Zukünftige Medizin

zur **Machbarkeit** → **Menschlichkeit**



Wissen um  
**Medizinethik**  
Medizinrecht  
Kommunikation

**Moderne Medizin**

(über) - große

**Möglichkeiten**

**Machbarkeit**

**EOLDs / Übertherapie / TZÄ**



Hippokrates .... Heraklit ... Imhotep...

Friesenecker | Medizin ohne Ethik | IFIMP 2026

## Zukünftige Medizin

**Machbarkeit & Menschlichkeit**

↑  
Wissen um  
Medizinethik  
Medizinrecht  
Kommunikation

**Ethik in der Medizin...**  
... kann helfen für all diese schwierigen Fragestellungen gut **begründete Antworten** zu finden ...

**Moderne Medizin**  
(über) - große **Möglichkeiten**  
**Machbarkeit**

?   
↙ ↘

Hippokrates .... Heraklit ... Imhotep...

Zwang    Gentherapie

Teure Medikamente

Patientenrechte

Transplantation

Etc...etc...

Big Data / KI

Assistierter Suizid

Komplexitätsforschung

Kinderschutz

Seltene Erkrankungen

Lebensanfang  
PID / PND

**EOLDs / Übertherapie / TZÄ**

Friesenecker | Medizin ohne Ethik | IFIMP 2026



**Hausärztin...**

- „compliant“
- ist medikamentös „gut“ eingestellt,

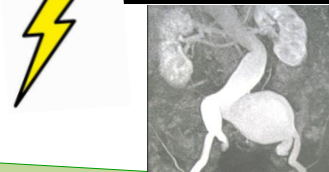
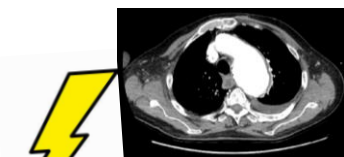
**keine ...**

- Pat.- Verfügung ??
- Vorsorgevollmacht



## Ein klassischer Fall

- 89j. Herr M.**
- arterielle Hypertonie
  - KHK III (CAG 19.06.2012)
  - Multiple subakute **Hirn-Infarkte**
  - **Makula-Degeneration** 2003 (re. Auge **blind**, li. Auge **10% Sehkraft**)
  - **chron. Niereninsuffizienz**
  - **COPD II**
  - Z.n. Prostatektomie 1994
  - Z.n. Hüft-TEP bds.
  - **Aneurysma der Ao. thoracalis**
  - **Aneurysma A. iliaca links**

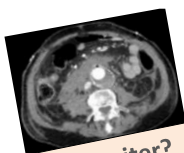


Pat **lehnt** seit Jahren **OP ab**, er sagt, „er hatte ein **gutes Leben**“, „will **kein Pflegefall** werden“

WCS: Das kann perforieren!

Pat lebt im **Heim**, ist auf **Versorgung** angewiesen, aber mit **Gehbock** mobil  
→ „nette“ **Angehörige**, die ihn besuchen, mit denen er aber „darüber“ nicht wirklich spricht





Wie geht's weiter?  
 Sturz → unklare  
**abdominelle Schmerzen** und  
**Erbrechen**  
 → Peripheres Krankenaus  
 → **gedeckte Perforation** der  
 Aorta. Abdominalis/A. Iliaca li ...

**Postoperatives SIRS/MODS/MOF**  
 • Steigender **Katecholaminbedarf** in  
 den letzten 24h (**Kreislaufversagen**)  
 • **Weaning-failure** mit stark  
 verzögertem Aufwachen (**DELIR**)  
 • **Nierenversagen** (multiple  
 Niereninfarkte)  
 → Wird dann unserer **Klasse III - ICU**  
 angeboten zur Beatmung + Weaning,  
**HF** und zur Therapie des **MODS**

# Ein klassischer Fall ...

**Herr M., 89j**  
 • arterielle **Hypertonie**  
 • **KHK III** (CAG 19.06.2012)  
 • Multiple subakute H  
**Makula-Degenerati**  
**blind**, li. Auge 10%  
 • **Niereninsuff**  
 • **ostatektomi**  
**ift-TEP** bds.  
**ysma der Ao. thor**  
**ysma A. iliaca link**  
 m Heim, ist auf V  
 en, aber mit Geh  
 ngehörigen

**Patient lehnt weiter eine operative Versorgung ab**  
 „ich lass mich nicht mehr operieren“  
 Im ärztlichen Gespräch bei **Zunahme der Beschwerden** wird  
 er „**überredet**“ sich doch operieren zu lassen  
 „...**sie wollen doch nicht verbluten, oder ?**“...  
 • Zur Operation ad Innsbruck (Schockraum)  
 • gefäßschir. **Rohrprothese**  
**Chirurg:innen** sagen: „operieren können wir das!“  
**Anästhesie** sagt: „Anästhesieren können wir das!“  
 → postop. auf **Aufwachstation** (ICU ohne „große“ Geräte)  
 es ist erst mal nichts weiter besprochen  
 Klasse III-ICU **weiss noch nichts vom Pat**  
 → am selben Abend **Komplikation:**  
**Gefäßverschluss** der Beinarterie li  
 Notfall-Thrombektomie A.fem.li (Gefäß-OP)



**s kann platzen!**



# Ein klassischer Fall ...

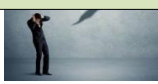
wird auf **Klasse III-ICU** übernommen  
 • **MODS/MOF** - „er ist ja intensivpflichtig“  
 – also „gehört“ er zu uns ???  
 • Er ist gut operiert/anästhesiert worden  
 – jetzt kann n  
 lassen – wer  
 sagen ...  
**Klassisch**  
 → **6 Wochen K**  
**CIP/CIM, TS**

**Hypertonie**  
 (CAG 19.06.2012)

→ Verlegung mit **TS** auf **Obs.-Station**  
 → nach **2 Wochen** Hochzirl zur **REHA** ??

Hatte der Pat. ein  
**„gutes Leben**  
**am Ende des Lebens“ ???**  
 2 Mo im KH (davon 6 Wo ICU), 3 Monate Pflegefall  
**Haben wir gut im Wertesystem des Pat entschieden?**  
**Haben wir ethisch korrekt gehandelt?**  
**Waren unsere Entscheidungen rechtlich korrekt ?**

sehr  
da  
ollte



**Verstirbt** nach  
**Monaten** auf  
**Pflegestation**  
 Hat seine vo  
 „rel.“ **Selbsts**  
**nie** mehr erreicht

Keine Angehörigen

wir waren alle (Chirurgie, Anästhesie, ICU) **technisch gut**  
 .... **aber technisch gut sein** alleine genügt nicht !

## „Übertherapie + CCI“

→ nicht nur **unmenschlich**, sondern auch **teuer**  
**verstärkt Allokationsprobleme**

**Rationalisierung** (ethisch basierte Entscheidungsfindung) kann helfen

**Rationierung** zu vermeiden

→ wir brauchen **ärztlich begründete Entscheidungsfindung**  
 statt **betriebswirtschaftlich getriggerte**, medizinische Entscheidungen

Friesenecker | Medizin ohne Ethik | IFIMP 2026

### **Medizin wird immer teurer: derzeit teuerste Therapien**

moderne **Gentherapien**, innovative **Zelltherapien** und ausgewählte **Hochspezialbehandlungen**

- **Gentherapie Zolgensma<sup>®</sup>** (Onasemnogen Apeparvovec):  
 ca. **2,2 bis 2,4 Mio €/Gabe** (spinale Muskelatrophie)
- **Gentherapie Hemgenix<sup>®</sup>**: **> 2 Mio. €/Behandlung** (Hämophilie B)
- **CAR-T-Zelltherapien** (z.B. Kymriah<sup>®</sup>, Yescarta<sup>®</sup>): **300.000–400.000 €/Infusion**  
 (Leukämien, Lymphomen, multiples Myelom)
- **CRISPR/Cas9 -Gentherapie** (z.B. exa-cel/Casgevy<sup>®</sup>): **1,9 bis 2 Mio. €/Pat**  
 (Beta-Thalassämie, Sichelzellkrankheit).
- **Langzeit-Intensivtherapie mit ECMO**: **3.800–4.000 €/Tag**,  
 mehrere Wochen können **Gesamtkosten weit >200.000 Euro** und mehr
- **Pilzinfekte** (Aspergillosen/Mukormykosen) mit Isavuconazol i.v.: **120.000 – 140.000 €/Fall**

Friesenecker | Medizin ohne Ethik | IFIMP 2026

(Quelle: Perplexity Februar 2026)

## Moderne Medizin im Zeichen des **MACHBARKEITSWAHNS** und der **Übertherapie**

### Ausmaß von 'non-beneficial treatments' (NBT) in den letzten 6 LM

**38 Studien mit 1.213.171 (!!!) Patient:innen weltweit**

10 Länder: USA (18), Europe/UK (7), Canada (5), Brasilien (3), Taiwan/South Korea (3), Australia (2)

→ **33-38% der Pat. erhielten NBT**

- 28% CPR
- 42% ICU
- 30% HF
- 30% Radiotherapie, Transfusionen
- 38% der sterbenden Pat erhielten Antibiotika, cardiovaskuläre, endokrine und digestive Behandlungen
- 33-50% aller Sterbenden erhielten nicht mehr zielführende Labor-Tests
- 10% nicht-sinnvolle ICU-Aufnahmen
- 33% nicht-sinnvolle Chemotherapien in den **letzten 6 LW** !

→ **sehr technische  
aber keine „gute“ Medizin !**

Friesenecker | Medizin ohne Ethik | IFIMP 2026

Cardona-Morrell M, Kim J, Turner RM, Anstey M, Mitchell IA, Hillman K. **Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem.** Int J Qual Health Care. 2016

### **Futility\* schadet uns ALLEN ....**

(\* Fortsetzen einer technisch machbaren, aber für Pat. „wirkunglosen“ Therapie)

Friesenecker | Medizin ohne Ethik | IFIMP 2026

- **am meisten den Patient:innen** → CCI / Leiden verlängern / Sterben hinauszögern
- den **Angehörigen** → PTSS\*
- den **behandelnden Teams** → Burnout \*

und in Bezug auf die **Gerechtigkeit**

...es entstehen dem **Gesundheitssystem** erhebliche, **nicht begründbare Kosten** für **nicht indizierte** Behandlungen – „**ungerecht**“ iS des „**ius suum**“ (nicht angemessen/verhältnismäßig; Indikation ohne realist. Therapieziel iS der Wünsche und Wertewelt des Pat) - damit auch iS „**Verteilungsgerechtigkeit**“

**Durchführung einer nicht indizierten Behandlung = **Körperverletzung** !**

Hickman RL Jr(1), Douglas SL. **Impact of chronic critical illness on the psychological outcomes of family members.** AACN Adv Crit Care. 2010 Jan-Mar;21(1):80-91.

Hartog CS(1)(2), Hoffmann F(3), Mikolajetz A(3), Schröder S(4), Michalsen A(5), Dey K(6), Riessen R(7), Jaschinski U(8), Weiss M(9), Ragaller M(10), Bercker, S(11), Briegel J(12), Spies C(13), Schwarzkopf D(3); SepNet Critical Care Trials Group – Ethicus II Studiengruppe. **Non-beneficial therapy and emotional exhaustion in end-of-life care : Results of a survey among intensive care unit personnel.** Anaesthesist. 2018 Sep 12.

Moss M, Good VS, Gozal D et al. **A critical care societies collaborative statement: burnout syndrome in critical care health-careprofessionals. A call for action.** Am J Respir Crit Care Med 2016 194(1):106–113

Fumis RRL(1), Junqueira Amarante GA(2), de Fátima Nascimento A(3), Vieira Junior JM(2). **Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers.** Ann Intensive Care. 2017 Dec;7(1):71.

## Physicians' preferences for their own end of life: a comparison across North America, Europe, and Australia

Sarah Mroz,<sup>1,2,3</sup> Sigrid Dierickx <sup>1,2,3</sup> Kenneth Chamberaere <sup>1,3</sup>  
 Freddy Mortier <sup>1,4</sup> Ludovica De Panfilis <sup>5</sup> James Downar <sup>6,7</sup>  
 Julie Lapenskie <sup>7</sup> Koby Anderson <sup>7</sup> Anna Skold,<sup>8,9</sup> Courtney Campbell,<sup>10</sup>  
 Toby C Campbell <sup>11</sup> Rachel Feeney <sup>12</sup> Lindy Willmott <sup>12</sup> Ben P White <sup>12</sup>  
 Luc Deliens <sup>1</sup>

**Participants:** Ärzt:innen aus Belgium, Italy, Canada, USA (Oregon, Wisconsin, and Georgia), Australia (Victoria and Queensland).

- Praktische Ärzt:innen
- Palliativmediziner:innen
- andere

Ärzt:innen fanden **lebenserhaltende Maßnahmen** **selten** (sehr) gute Option (Krebs + Alzheimer)

- cardiopulmonary resuscitation, 0.5% and 0.2%;
- mechanical ventilation, 0.8% and 0.3%;
- Tube feeding, 3.5% and 3.8%.

Ärzt:innen entscheiden für sich ganz anders !!!

Die Hälfte der Ärzt:innen fanden "euthanasia" als eine (sehr) gute Option) 54.2% and 51.5%.

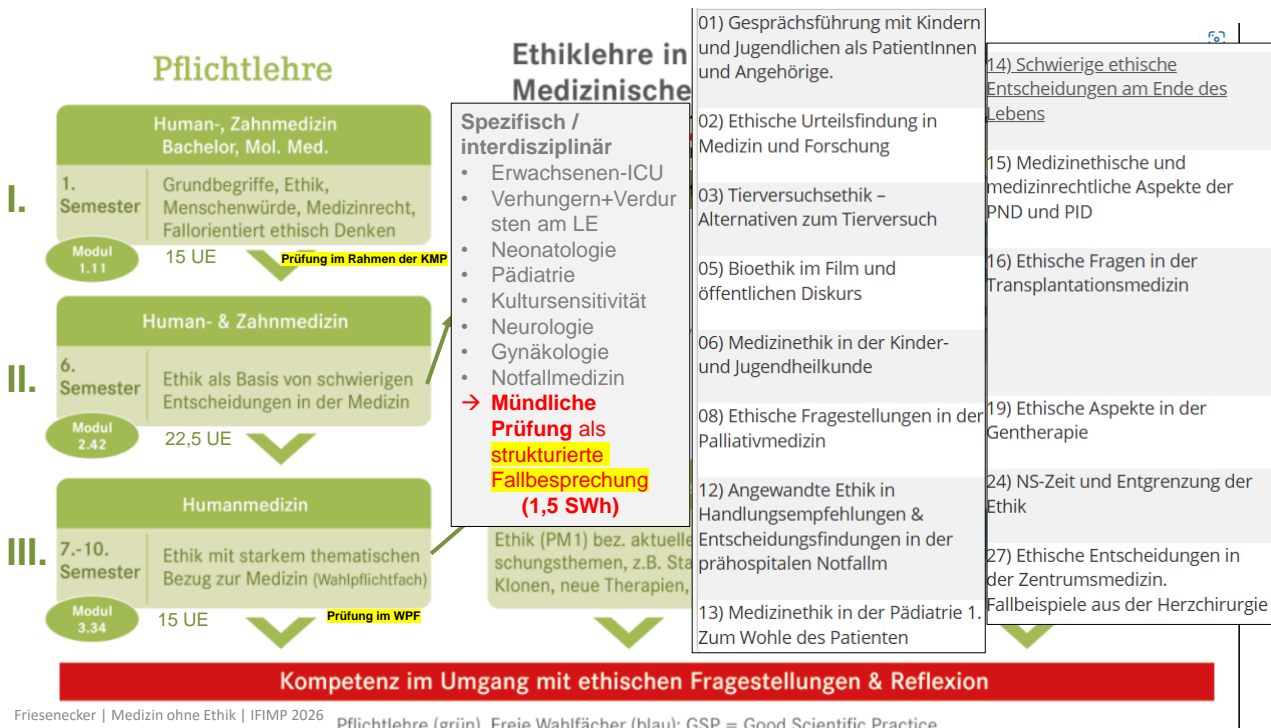
- 37.9% in Italy bis 80.8% in Belgium (cancer scenario), and
- 37.4% in Georgia, USA to 67.4% in Belgium (Alzheimer's scenario).

Mroz S, et al. J Med Ethics 2025;0:1–9. doi:10.1136/jme-2024-110192

Friesenecker | Medizin ohne Ethik | IFIMP 2026







**www.i-med.ac.at/medizinethik-lehre/**

**Vortragende & Prüfer**

**Gründungsmitglieder**  
Gabriele Werner-Felmayer | Barbara Friesenecker

**Mitglieder**  
Julia Abram | Michael Blumer | Bettina Böttcher  
Stephan Eschertzhuber | Andreas Exenberger  
Can Gollmann Tepököyli | Elke Criesmaier-Falkner  
Johannes Hoffeld | Lukas A. Huber | Ann-Christin  
Ursula Kiechl-Kohlendorfer | Claudia Kohl | Mar  
Judith Lechner | Wolfgang Lederer | Deborah Mascalonzi  
Clemens Miller | Maximilian Mörtl | Felix Nägele | Claud  
Josef Quittner | Walter Rabl | Andreas Ritsch | Stefan S  
Gunda Schwaminger | Barbara Sperner-Unterwiesing | Ulrike

**Literatur**

**Therapiezieländerung /**

- Therapiezieländerungen auf d und Dokumentation (Pdf)

**Leitfäden**

- Leitfad am Leb
- Sterbe am Leb
- Bioethi
- Europe palliativ

**Gesetz**

- Österr.
- Österr.
- Österr.
- Österr.
- Österr. Re
- Informatio Behandl

**Diplomarbeiten**

Advance Care Planning im österreichischen Gesundheitssystem: Eine qualitative Expert:innenanalyse  
Stephan Kraus

Der Schwangerschaftsabbruch: Eine Querschnittsstudie unter Studierenden in Tirol  
Viktoria Bachmann

Reproduktive Gesundheit und Rechte: Wissen und ethische Einstellungen von Studierenden in Tirol  
Data, Devis

**Masterarbeiten**

Zum Sterben aufklären?! Konzept für die palliative Betreuung von Patient:innen mit Wunsch nach assistiertem Suizid unter medizinethischen und psychodynamischen Aspekten  
Christina Kaneider

Palliative Care auf der Intensivstation: Bestimmende Faktoren aus der Sicht eines interprofessionellen Behandlungsteams einer ICU für den Zugang zu Palliative Care  
Robert Weindl

Distinktionen der sozialen Nutzung des Körpers: Eine Analyse der medizinischen Kommunikation unter dem Gesichtspunkt der milieuspezifischen Körperwahrnehmung  
Jule Pichler

Friesenecker | Medizin ohne E

## Innsbrucker Handwerkszeug

**Praktische Anleitung** für die **strukturierte Diskussion** eines **schwierigen Falls**

### 1. Frage: Schildern Sie kurz den Fall

- Wer ist beteiligt und um welche **Interessen/Konflikte** geht es?
- Welch **bio-psycho-soziale** Dimension hat der Fall?
- Welche Rolle spielt **Kommunikation** bei ihrem Fall ?

### 2. Frage: Welche **medizinethischen Prinzipien** sind betroffen und wo geraten sie in Konflikt („Georgetown Mantra“; Balance der Prinzipien)?

### 3. Frage: Besprechen Sie den Fall basierend auf dem **2 Säulenmodell** (Konflikt Ärzt:in/Pat. + Angehörige, ethisch rechtliche Dimension - **ÄG, ErwSchG, PatVG, Kinderschutzgesetz** etc...)

### 4. Frage: Was ist **gut gelaufen und warum** ?

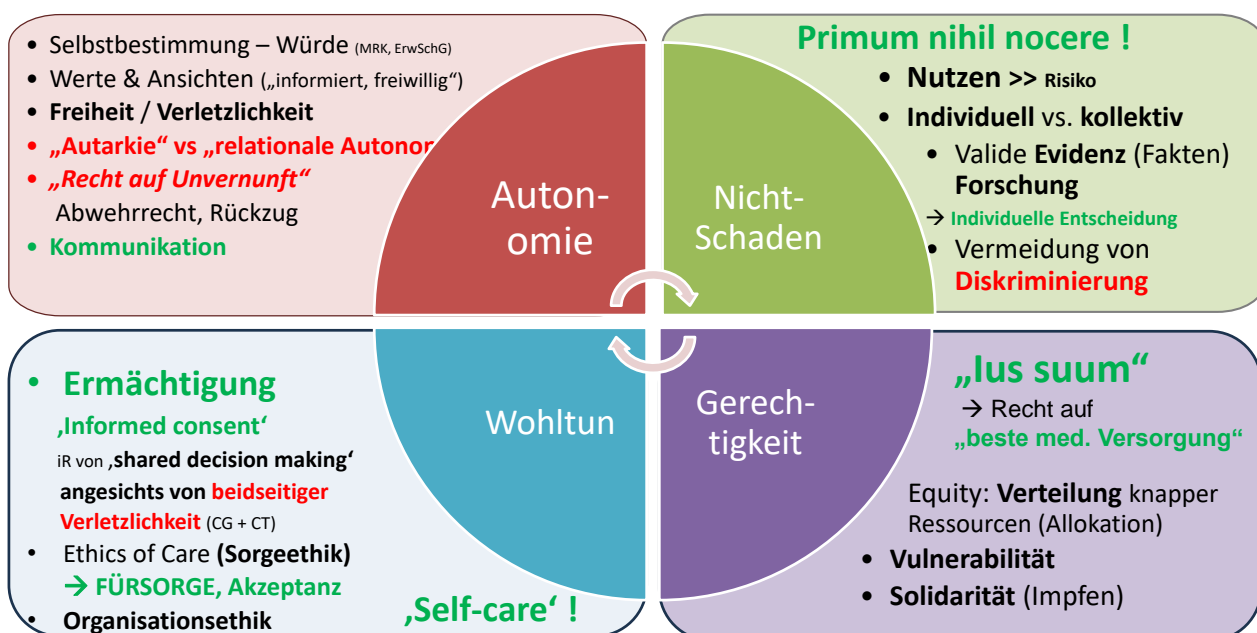
Falls etwas **nicht gut gelaufen** ist, welche **Lösungsvorschläge** gibt es ?

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



Friesenecker | Medizin ohne Ethik | IFIMP 2026

## Das „Georgetown Mantra“ – Prinzipien-Ethik



Beauchamp, Tom L; James F. Childress (2013): Principles of Biomedical Ethics. [1977] Seventh Edition. Oxford University Press. New York/London

Friesenecker | Medizin ohne Ethik | IFIMP 2026

Originalie PALLIATIVMEDIZIN



Anästhesie Nachr  
<https://doi.org/10.1007/s44179-024-00265-z>  
 Angenommen: 16. Oktober 2024  
 © The Author(s) 2024

**Reflexion zur Gerechtigkeit bei Therapieentscheidungen**  
 Eine klinisch-ethische Betrachtung zur „besten medizinischen Versorgung“

Barbara Friesenecker<sup>1</sup> · Georg Gasser<sup>2</sup> · Sonja Fruhwald<sup>3</sup> · Walter Hasibeder<sup>4</sup> · Helga Dier<sup>5</sup> · Andreas Valentin<sup>6</sup>

<sup>1</sup> Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich  
<sup>2</sup> Katholisch-theologische Fakultät, Universität Augsburg, Augsburg, Deutschland  
<sup>3</sup> Klinische Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin 2, Medizinische Universität Graz, Graz, Österreich  
<sup>4</sup> Abteilung für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Krankenhaus St. Vinzenz, Zams, Österreich  
<sup>5</sup> Klinische Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, IBS 1, Universitätsklinikum St. Pölten, St. Pölten, Österreich  
<sup>6</sup> 1. Medizinische Abteilung, Klinik Donaustadt, Wien, Österreich

© Bilder / Gettyimages mit AI / stock.adobe.com / gemeingutlich modifiziert



Anästhesie Nachrichten #4, 2024

Friesenecker, B., Gasser, G., Fruhwald, S., Hasibeder W., Dier H., Valentin A. **Reflexion zur Gerechtigkeit bei Therapieentscheidungen.** *Anästhesie Nachr* (2024).  
<https://doi.org/10.1007/s44179-024-00265-z>

## „Relationale Autonomie“

Patient:innen/Ärzt:innen zwischen **Selbstbestimmung** und **Fürsorge**

Person, die **selbständig, rational** und **ohne Einfluss anderer** über sich entscheidet ? **„AUTARKIE“**

- **Unabhängiges, autonomes Selbst**
- von **äußeren Einflüssen** unabhängige **Selbstbestimmtheit**

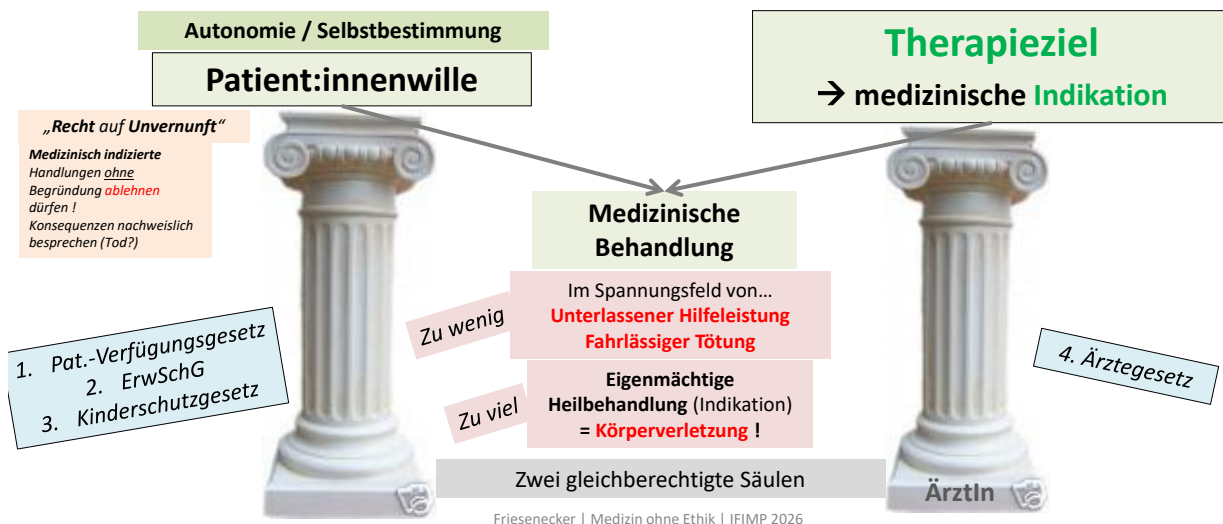
Mensch ist aber als **Person grundsätzlich eingebunden in Beziehungen**

- **Interdependentes**, autonomes Selbst
- Sinn und Tragfähigkeit erst durch **Relationalität** und **Kontextualität**

RA ... beschreibt die **gegenseitige Verbundenheit/Angewiesenheit** von **Hilfebedürftigen** (Patienten:innen, Kinder, Pflegebedürftige etc. ...) und **Hilfegebenden** (Caregiver: Ärzt:innen, Pflegenden, Sozialdienst etc.)

**Shared-Decision-Making-Modell (SDM) / Partizipative Entscheidungsfindung (PEF)**

# „2-Säulen – Modell“



**Ethik muss gelehrt, gelernt und geübt werden**

Ethik muss in die **postpromotionelle Ausbildung**

→ Gründung **Ethikreferat bei der TÄK** (1-2025)

**Ziel: Verpflichtende postpromotionelle Weiterbildung**

- Medizinethik
- Medizinrecht
- Kommunikation
- Palliativmedizin

→ **verpflichtende**  
DFP-Punkte – Arztkademie ÖÄK

→ **Basics müssen alle wissen + Leuchttürme!**

**Zukunftsmusik:**

„Ethik-Kurs“ nach dem Modell  
der palliativmed. Ausbildung (TÄK/ÖÄK)



[www.aektirol.at/kammer/aerztekammer-fuer-tirol/funktionaerinnen](http://www.aektirol.at/kammer/aerztekammer-fuer-tirol/funktionaerinnen)

**Angst**, dass mit Coachings in ethisch basierter Entscheidungsfindung **mehr Pat. sterben ... ???**

Intensive Care Med  
https://doi.org/10.1007/s00134-024-07588-0

2024

ORIGINAL

Coaching doctors to improve ethical decision-making in adult hospitalized patients potentially receiving excessive treatment. The CODE stepped care cluster randomized controlled trial

Check for updates

Dominique D. Benoit<sup>1,2\*</sup>, Aglaja Nele Van Den Noortgate<sup>1,5</sup>, Pieter Jiska Malotau<sup>6</sup>, Wim Van Biesen<sup>1</sup>, Fiona Tromp<sup>1</sup>, Hans Van Vlierberghe<sup>1,7</sup>, Eduard Callebout<sup>8</sup>, Katrjn Goethals<sup>9</sup>, An Lievrouw<sup>1</sup>, Limin Liu<sup>1</sup>, Frank Manesse<sup>10,11</sup>, Stijn Vanheule<sup>12</sup> and Ruth Piers<sup>1,3</sup>

© 2024 The Author(s), corrected publication 2024

Unsere Studie legt nahe, dass das **Coaching** von Ärztinnen bzgl. **ethischer Entscheidungsfindung im Team die zielorientierte Pat.-Versorgung verbessert** (schriftliche TZÄ-Entscheidungen bei erwachsenen Patient:innen während ihres ersten Krankenhausaufenthalts), **ohne deren 1-Jahres-Mortalität zu erhöhen.**

**Es sterben nicht mehr Leute, wenn wir ethisch basiert, gut strukturiert, rechtzeitig EOLD treffen**

... **Coaching stärkte das Selbstvertrauen** der Ärzt:innen bei der Umsetzung einer **zielorientierten Versorgung** (schriftliche TZÄ-Entscheidungen)

Friesenecker | Medizin ohne Ethik | IFIMP 2026

Coaching soll Ärzt:innen speziell in Hinblick auf **ethische Entscheidungsfindung** im Team

- **Selbstreflexion lehren,**
- **sie zu einer sicheren Führung ermächtigen** und sie im **Kommunikation**
- **Umgang mit Gruppendynamik** bei schwierigen Entscheidungen (Übertherapie) schulen

Wo sind in unserem Fall die

Herr H., 89j

Handwerkszeug: **Prinzipienethik**

1. **Autonomie ?**
2. **Wohltun?**
3. **Nicht Schaden?**
4. **Gerechtigkeit?**

- COPD II
- Z.n. Prostatektomie
- Z.n. ...
- An ...

Hausärzt:in: → **Verschriftlichung (PV/VM) - ACP**  
 KH → **Angst gemacht** statt aufgeklärt!  
 Informed consent/shared decision making ???  
 → **Pat-Wunsch „nicht operieren“** → „worst case scenario“ gemeinsam zu Ende denken  
 darüber **sprechen, was/wie** passieren kann/wird  
 → **palliativmedizinische Versorgung erklären!**  
 Sterben durch Verbluten - „schöner“ Tod  
 → **Angst nehmen statt machen!**  
 → fürsorglich aber **unmissverständlich** und **ehrlich** kommunizieren / **zuhören !!**

**OP ? Nicht gewünscht ! → überredet statt aufgeklärt!**  
**ICU ? Schaden >> Nutzen / Übertherapie!**

- **ius suum:** nicht angemessen / nicht verhältnismäßig  
 frgl. Indikation für OP/prolong. ICU (OP evtl.? ... nach Aufklärung??, aber ICU ??  
 → war **keine** beste med. Versorgung !
- **Verteilungsgerechtigkeit: Übertherapie (ICU) – nicht gerecht !**



Braucht man für diesen Fall unbedingt ein **KEK**?

Herr H. 89i  
 ... nein, wenn **ärztl. + Team + Pat/Angehörigen-Kommunikation** besser funktionieren würde...

**KPK\* in St. Johann** (evtl. Tel mit IBK, falls Angehörige Verlegung fordern würden)  
 → **Kein Transfer nach IBK** / bessere Aufklärung des Pat über „Tod durch Verbluten“ **TZÄ**  
 → Echter „informed consent“, nicht „Aufklärung durch Angst“

**KPK\* in Innsbruck** **TZÄ**

Falls „ja“ zur OP → **Komplikationsmanagement**: kein Transfer ad Klasse III ICU  
 Falls „ja“ zur Klasse III ICU → „**ICU-Trial**“ → **TZÄ nach 1 Woche/3 Wochen (CCI)**  
 und CTC (Sterbebegleitung) **TZÄ TZÄ**

... aber wenn **Team unsicher** ist, wie man **argumentieren** kann, **wann man was nicht mehr macht**, kann der **Handlungsvorschlag** eines KEK hilfreich sein → **breitere Schultern** und es ist gleichzeitig **schriftliche Dokumentation** einer **strukturierten Entscheidungsfindung!**

\*KPK = klinis

MEDIZINISCHE  
UNIVERSITÄT  
INNSBRUCK

Braucht man für diesen Fall unbedingt ein **KEK**?

Herr H. 89i  
 ... Nein, wenn **ärztl. + Team + Pat/Angehörigen-Kommunikation** besser funktionieren würde...

... und irgendwann kann das Team dann die „einfacheren, komplexen“ Entscheidungen“ auch alleine treffen  
 ... das ist der Effekt von „**gelernt und geübt**“ !

... aber wenn **Team unsicher** ist, wie man **argumentieren** kann, **wann man was nicht mehr macht**, kann der **Handlungsvorschlag** eines KEK hilfreich sein → **breitere Schultern** und es ist gleichzeitig **schriftliche Dokumentation** einer **strukturierten Entscheidungsfindung!**

\*KPK = klinis

MEDIZINISCHE  
UNIVERSITÄT  
INNSBRUCK

Originalie

MEDIZINETHIK

Anästhesie Nachr 2025 · 7 (Suppl 1):S1–S10  
<https://doi.org/10.1007/s44179-025-00324-z>  
 Angenommen: 5. September 2025  
 Online publiziert: 29. September 2025  
 © The Author(s) 2025



# Klinische Perspektiven Konferenz

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

Barbara Friesenecker<sup>1</sup> · Astrid Steinwendtner<sup>2</sup> · Sonja Fruhwald<sup>3</sup> · Helga Dier<sup>4</sup>  
<sup>1</sup> Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich

Friesenecker, B., Steinwendtner, A., Fruhwald, S. *et al.* Konzept zur Klinischen Perspektiven Konferenz. *Anästhesie Nachr* 7, 190–193 (2025). <https://doi.org/10.1007/s44179-025-00328-9>



**Advance Care Planning  
Deutschland**

[www.advancecareplanning.de](http://www.advancecareplanning.de)

Über uns   Aktuelles   ACP Konkret   Schulungen   Termine   Mitarbeit   FAQ   Kontakt



**Advance Care Planning (ACP)**

Handreichung zum Umgang mit der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Fachliche Empfehlungen und Methodenhinweise für Mitarbeitende in Einrichtungen für Menschen mit körperlichen, kognitiven oder seelischen Beeinträchtigungen





**Advance Care Planning**

→ Schnittstellen - Management


**Advance Care Planning (ACP)...**  
*is the process of  
 thinking about,  
 talking about and  
 planning for future health care  
 and end of life care*


**Pat- Geschichten**





**You tube -VIDEOS**





## Was wäre also **Medizin ohne Ethik** ?

- **unmenschlich**

rein an der Machbarkeit orientiert

- **teuer**

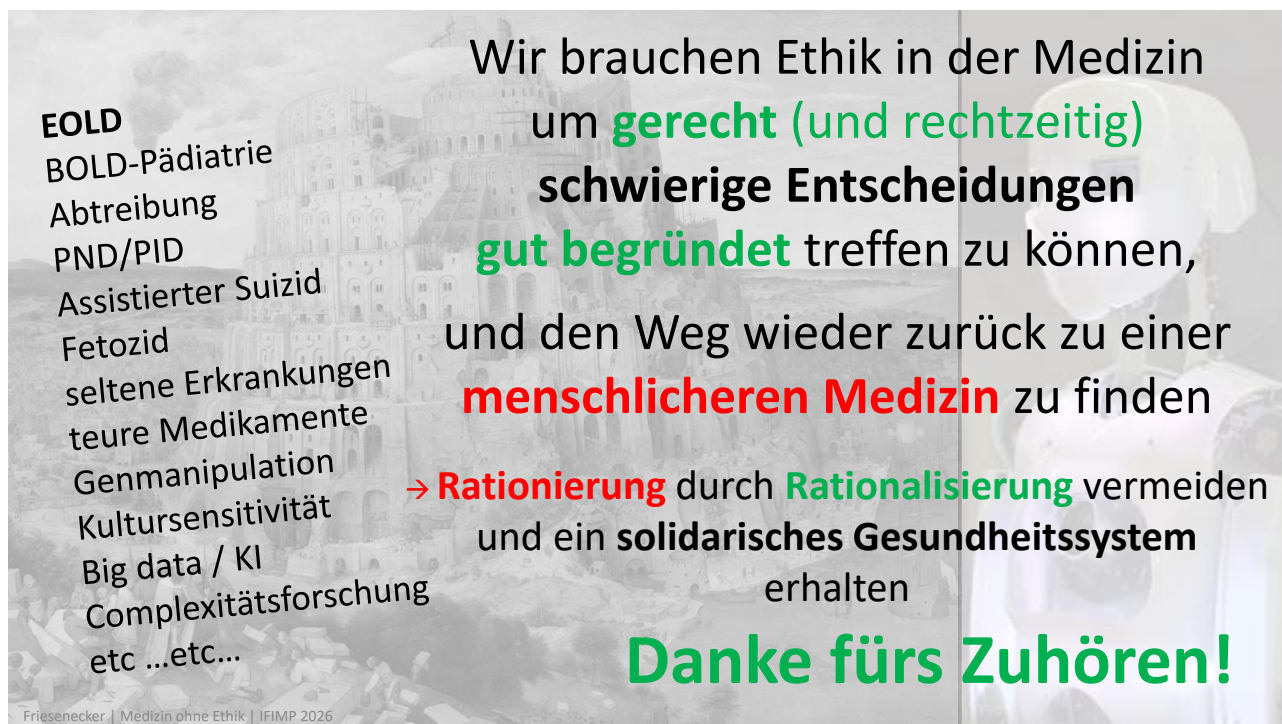
nicht angemessen / nicht verhältnismäßig / schlecht indiziert (Therapieziel?)  
ohne Rücksicht auf Pat Wünsche/Werte → Gefahr der **Übertherapie**

- **ungerecht**

„ius suum“ + Verteilungsgerechtigkeit

→ Gefahr des **Verlustes der Solidarität** - auch in einem reichen Gesundheitssystem wie Österreich → **2- oder Mehrklassen Medizin** !

Friesenecker | Medizin ohne Ethik | IFIMP 2026



Wir brauchen Ethik in der Medizin um **gerecht (und rechtzeitig) schwierige Entscheidungen gut begründet** treffen zu können, und den Weg wieder zurück zu einer **menschlicheren Medizin** zu finden

→ **Rationierung** durch **Rationalisierung** vermeiden und ein **solidarisches Gesundheitssystem** erhalten

**Danke fürs Zuhören!**

EOLD  
BOLD-Pädiatrie  
Abtreibung  
PND/PID  
Assistierter Suizid  
Fetozid  
seltene Erkrankungen  
teure Medikamente  
Genmanipulation  
Kultursensitivität  
Big data / KI  
Complexitätsforschung  
etc ...etc...

Friesenecker | Medizin ohne Ethik | IFIMP 2026