

Diplomarbeit

Vorsorgevollmacht – Vorsorge oder volle Macht?
Ein Fallbeispiel

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der gesamten Heilkunde
(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Innsbruck

ausgeführt am / an der

Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin

unter der Anleitung von

Ao. Univ.-Prof. Dr. med. Barbara Friesenecker

eingereicht von

Jana Renno

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Jana Renno, erkläre an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen/Hilfsmittel nicht benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Diese Arbeit wurde bisher bei keiner Hochschule oder Universität zur Erlangung eines akademischen Abschlusses oder Diploms eingereicht.

STATEMENT OF ORIGINALITY

I, Jana Renno, declare that I have authored this thesis independently, that I have not used other than the declared sources / resources and that I have explicitly marked all material which has been quoted either literally or by content from the used sources.

This work has not previously been submitted for a degree or diploma in any university.

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt **Ao. Univ.-Prof. Dr. med. Barbara Friesenecker**, die das Thema dieser Arbeit zur Verfügung gestellt und mich während des gesamten Entstehungsprozesses begleitet hat. Ihre regelmäßigen Rückmeldungen und Denkanstöße haben den Arbeitsprozess maßgeblich bereichert. Durch ihre fachliche Expertise und konstruktive Kritik konnte die Argumentation weiter geschärft und zentrale Fragestellungen präzisiert werden.

Mein Dank gilt zudem **Mag. Dennis Huber, MSc.**, Studienadministration der Medizinischen Universität Innsbruck, für seine Beratung sowie die sorgfältige und kritische Prüfung der Zitierweise, die zur formalen Qualität dieser Arbeit wesentlich beigetragen hat.

Meinen Eltern danke ich für die intensiven fachlichen Diskussionen und die kritischen Rückfragen, die wesentlich zur Reflexion und Weiterentwicklung einzelner Aspekte dieser Arbeit beigetragen haben.

Meiner Familie gilt auch mein Dank für ihre Geduld, Motivation und Zuversicht in der intensiven Phase dieser Arbeit.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	1
Tabellenverzeichnis.....	1
Verzeichnis der beteiligten Personen	1
Zusammenfassung.....	2
Abstract.....	3
Eigenleistung.....	4
1 Einleitung	5
2 Grundlagen	7
2.1 Rechtliche und ethische Grundlagen ärztlichen Handelns	7
2.1.1 Rechtliche Grundlagen.....	7
2.1.2 Ethische Grundlagen.....	10
2.2 Entscheidungsrahmen in der Medizin.....	14
2.2.1 2-Säulen-Modell und Patient*innenwille	14
2.2.2 Entscheidungsfähigkeit	17
2.3 Therapieangemessenheit und Therapieziel.....	19
2.3.1 Über- und Untertherapie	19
2.3.2 Therapiezieländerung (TZÄ)	20
2.4 Palliativmedizin und Lebensende	22
2.4.1 Comfort Terminal Care (CTC) und Sterben in Würde.....	22
2.4.2 Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF)	25
2.5 Assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen.....	26
3 Zielsetzung.....	28
4 Material und Methoden.....	29
5 Fallbericht.....	30
6 Diskussion.....	41
6.1 Rechtliche Diskussion	41
6.1.1 Rechtliche Kernprobleme des Falls.....	41
6.1.2 Entscheidungsprozesse, Verantwortung und Einflussnahme	44
6.2 Ethische Diskussion	46
6.2.1 Ethische Bewertung anhand zentraler Prinzipien	46
6.2.2 Kommunikation, Fürsorge und professionelle Haltung	48
7 Der Fall der Patientin als Wegweiser – ein Lösungsvorschlag.....	50
7.1 Zentrale Lehren aus dem Fall.....	50
7.2 Handlungsempfehlungen für vergleichbare Situationen.....	52
8 Konklusion.....	54
Literaturverzeichnis	56

Abkürzungsverzeichnis.....	61
----------------------------	----

Abbildungsverzeichnis

Abb. 2.1: Die zwei Säulen des Medizinrechts (35), Lizenz über RightsLink, ID: 6061910960085, 04.07.2025.....	14
Abb. 2.2: Therapiezielbestimmung nach §§ 630 ff BGB (35), Lizenz über RightsLink, ID: 6061910960085, 04.07.2025.....	15
Abb. 5.1: Wortlaut der im Altenheim errichteten Patientenverfügung der Patientin	32

Tabellenverzeichnis

Tab. 2.1 Abkürzungen der Therapiezieländerung (29).....	20
---	----

Verzeichnis der beteiligten Personen

Patientin = 87-jährige Patientin mit Schlaganfall

Vorsorgebevollmächtigte = an erster Stelle vorsorgebevollmächtigte Tochter

Zweitbevollmächtigte = an zweiter Stelle vorsorgebevollmächtigte Tochter; Ärztin

Schwiegersohn = Ehemann der zweitbevollmächtigten Tochter; auch Arzt

Zusammenfassung

Hintergrund

Die medizinische Versorgung am Lebensende stellt eine komplexe Herausforderung dar, in der rechtliche und ethische Fragen eng miteinander verbunden sind. Instrumente wie Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht sollen die Selbstbestimmung von Patient*innen sichern. In der Praxis werfen sie jedoch Fragen nach ihrer Reichweite, ihrer Anwendung und ihrem Verhältnis zum aktuellen Willen der betroffenen Person auf. Daraus ergibt sich die Leitfrage dieser Arbeit: *„Verleiht eine Vorsorgevollmacht der bevollmächtigten Person volle Macht über das Leben der vertretenen Person?“*

Methode

Die Arbeit verbindet eine Analyse österreichischer Rechtsgrundlagen mit medizinethischen Konzepten. Ausgewertet wurden gesetzliche Regelungen, Stellungnahmen, Leitlinien und wissenschaftliche Publikationen. Ergänzend wurde der anonymisierte Fall einer 87-jährigen Patientin auf Grundlage von Gesprächen mit beteiligten Personen dokumentiert und rechtlich wie ethisch analysiert. Der Fall dient dazu, die zuvor dargestellten Grundlagen auf eine konkrete Versorgungssituation am Lebensende anzuwenden.

Ergebnisse

Die Untersuchung zeigt, dass rechtlich und ethisch tragfähige medizinische Entscheidungen einen aktiven und sorgfältigen Prozess voraussetzen. Maßgeblich sind die medizinische Indikation, die Prüfung der Entscheidungsfähigkeit und die Ermittlung des aktuellen Willens der Patient*innen. Erst das Zusammenspiel dieser Elemente ermöglicht patient*innenorientiertes Handeln. Der analysierte Fall verdeutlicht, dass problematische Entwicklungen insbesondere dann entstehen können, wenn diese Prüfung ausbleibt, wenn die Bedeutung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht schematisch verstanden wird und wenn Kommunikation mit der betroffenen Person und ihrem Umfeld nur unzureichend erfolgt. Die Analyse legt nahe, dass dies zu einer medizinischen Unterversorgung führen kann, die sowohl ethisch problematisch ist als auch rechtlich relevante Fragen aufwirft.

Schlussfolgerung

Die Arbeit zeigt, dass eine Vorsorgevollmacht der bevollmächtigten Person keine „volle Macht“ über das Leben der vertretenen Person verleiht. Sie dient ausschließlich der Umsetzung des Willens der vertretenen Person und setzt fehlende Entscheidungsfähigkeit voraus. Der aktuelle Wille der betroffenen Person bleibt maßgeblich. Rechtliche und ethische Grundlagen entfalten ihre Schutzfunktion nur dann, wenn sie in der konkreten Versorgungssituation sorgfältig angewendet werden. Dafür sind vor allem drei Elemente zentral: offene und respektvolle Kommunikation, ein empathischer Umgang und die Bereitschaft, Entscheidungen konsequent am Willen, an der Würde und am Wohl der Patient*innen auszurichten.

Abstract

Background

End-of-life medical care is a complex field in which legal and ethical questions are closely intertwined. Instruments such as advance directives and powers of attorney are intended to safeguard patient autonomy. In practice, however, they raise important questions regarding their scope, their application, and their relationship to the current will of the person concerned. This leads to the central research question of this thesis: *“Does a power of attorney grant the authorized person full power over the life of the represented individual?”*

Methods

This thesis combines an analysis of Austrian legal frameworks with medical-ethical concepts. Legal regulations, official statements, guidelines, and scientific publications were examined. In addition, the anonymized case of an 87-year-old patient was documented on the basis of conversations with involved persons and analyzed from both a legal and an ethical perspective. The case serves to apply the previously outlined principles to a concrete end-of-life care situation.

Results

The analysis shows that legally and ethically sound medical decisions require an active and careful process. Medical indication, assessment of decision-making capacity, and determination of the patient's current will are essential. Only the interplay of these elements enables patient-oriented action. The analyzed case illustrates that problematic developments may arise particularly when such assessment is omitted, when advance directives and powers of attorney are interpreted schematically, and when communication with the person concerned and the people close to them is insufficient. The findings suggest that this may result in undertreatment that is ethically problematic and also raises legally relevant questions.

Conclusion

This thesis demonstrates that a power of attorney does not grant the authorized person “full power” over the life of the represented individual. Its sole purpose is to implement the will of the represented person, and it presupposes a lack of decision-making capacity. The current will of the person concerned remains decisive. Legal and ethical principles can only fulfill their protective function if they are applied carefully in the specific patient care context. Three elements are particularly important in this regard: open and respectful communication, an empathetic approach, and the willingness to align decisions consistently with the patient's will, dignity, and well-being.

Eigenleistung

Die vorliegende Arbeit wurde von der Autorin eigenständig erarbeitet. Sämtliche Inhalte beruhen auf eigener Recherche und wurden ohne fremde Hilfe verfasst. Das zugrunde liegende Fallbeispiel entstand auf Basis persönlicher Gespräche mit den beteiligten Personen und wurde von der Autorin selbstständig formuliert.

Zur Unterstützung bei der sprachlichen und formalen Ausgestaltung kamen digitale Werkzeuge zum Einsatz. Microsoft Copilot diente der Überprüfung von Rechtschreibung, Zeichensetzung, Kohärenz, Konsistenz und Zitierweise. DeepL Write wurde verwendet, um stilistische und grammatikalische Feinheiten zu optimieren. Die Anwendung dieser Tools erfolgte stets unter Wahrung der inhaltlichen Eigenständigkeit und ohne Beeinträchtigung der gedanklichen Originalität.

Die Autorin trägt die volle Verantwortung für sämtliche Aussagen, Bewertungen und Schlussfolgerungen, die in dieser Arbeit getroffen wurden. Sie versichert, dass alle verwendeten Quellen korrekt angegeben sind und dass die Arbeit den Grundsätzen wissenschaftlicher Redlichkeit entspricht.

1 Einleitung

Die medizinische Versorgung von Patient*innen ist eine komplexe und verantwortungsvolle Aufgabe. Besonders die letzte Lebensphase stellt Ärzt*innen, Pflegekräfte und Angehörige vor große Herausforderungen. Medizinische Entscheidungen bewegen sich hier in einem Spannungsfeld zwischen medizinischer Machbarkeit, rechtlicher Zulässigkeit und ethischer Verantwortung. Im Zentrum stehen dabei stets die Würde der Menschen, ihr Recht auf Selbstbestimmung und der Anspruch auf eine fürsorgliche Behandlung.

Klare gesetzliche Regelungen und ethische Grundsätze sollen diese Rechte sichern. In der Praxis entstehen jedoch immer wieder Konflikte, insbesondere dann, wenn Patient*innen ihren Willen nicht mehr eindeutig selbst äußern können oder wenn frühere Festlegungen mit aktuellen Äußerungen nicht übereinstimmen. Instrumente wie Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht gewinnen deshalb zunehmend an Bedeutung. Ihre Anwendung wirft zugleich wichtige Fragen auf: Wann greifen diese Dokumente? Wie ist mit widersprüchlichen Willensäußerungen umzugehen? Wie wird Entscheidungsfähigkeit festgestellt? Welche Verantwortung ist mit einer Vorsorgevollmacht verbunden, und wo liegen ihre Grenzen? Diese Fragen werden besonders relevant, wenn familiäre Konflikte oder Unsicherheiten im Behandlungsteam hinzukommen.

Die vorliegende Arbeit stellt die rechtlichen und ethischen Grundlagen ärztlichen Handelns mit besonderem Bezug zur Vorsorgevollmacht dar und untersucht die zentrale Frage:

„Verleiht eine Vorsorgevollmacht der bevollmächtigten Person volle Macht über das Leben der vertretenen Person?“

Dies ist die Leitfrage der vorliegenden Arbeit.

Im Mittelpunkt steht die Analyse des Falls einer Patientin, an dem sich exemplarisch zeigen lässt, welche Folgen es haben kann, wenn rechtliche und ethische Maßstäbe in einer hoch vulnerablen Situation nicht hinreichend beachtet werden. Der Fall macht die Problematik besonders deutlich, die entsteht, wenn der aktuelle Wille von Patient*innen nicht mit früheren Festlegungen übereinstimmt und medizinische Entscheidungen maßgeblich auf Dokumente oder Angaben Dritter gestützt werden, ohne den Dialog mit den Patient*innen und ihrem Umfeld ausreichend zu suchen. Zugleich verdeutlicht er, wie eng Fragen der Selbstbestimmung, der Fürsorge, der professionellen Verantwortung und der rechtlichen Einordnung miteinander verbunden sind.

Die Arbeit verfolgt das Ziel, zur Verbesserung medizinischer Entscheidungsfindung beizutragen und aufzuzeigen, wie Instrumente wie Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht unter Beachtung ihrer Reichweite und ihrer Grenzen sinnvoll eingesetzt werden. Sie verbindet dafür rechtliche und ethische Grundlagen mit einem konkreten Fall und leitet daraus Handlungsperspektiven für vergleichbare Situationen ab.

Sie richtet sich an Medizinstudierende, ärztliches Fachpersonal, Pflegekräfte, Ethikkomitees, Entscheidungsträger*innen im Gesundheitswesen sowie an alle, die sich mit einer fürsorglichen und würdevollen Versorgung von Menschen am Lebensende befassen. Ziel ist es, Wissen zu vermitteln und zugleich für eine Praxis zu sensibilisieren, die Selbstbestimmung, offene Kommunikation und menschliche Zuwendung neben einer medizinisch hochwertigen Versorgung gleichermaßen ernst nimmt. Damit soll ein Beitrag zu einer Medizin geleistet werden, die dem Menschen in seiner Verletzlichkeit gerecht wird.

2 Grundlagen

2.1 Rechtliche und ethische Grundlagen ärztlichen Handelns

Ärztliches Handeln in Grenzsituationen des Lebens ist nicht nur medizinisch anspruchsvoll, sondern auch rechtlich und ethisch hochkomplex. Die folgenden Ausführungen stellen die zentralen gesetzlichen Grundlagen und ethischen Leitideen dar, die für Entscheidungen am Lebensende von besonderer Bedeutung sind. Im Mittelpunkt stehen dabei die Pflichten des medizinischen Personals, die Rolle von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht sowie grundlegende Maßstäbe ärztlicher Verantwortung.

2.1.1 Rechtliche Grundlagen

Ärztegesetz und Strafgesetzbuch

Die rechtliche Basis ärztlicher Tätigkeit in Österreich bildet das Ärztegesetz 1998 (ÄrzteG 1998). Es erfasst sämtliche ärztlichen Handlungen, „die unmittelbar am Menschen oder mittelbar für den Menschen ausgeführt“ (1) werden. Besonders relevant sind die §§ 48–49 ÄrzteG 1998, die Ärzt*innen zur Hilfeleistung in lebensbedrohlichen Situationen und zur gewissenhaften Betreuung aller Patient*innen verpflichten, unabhängig von Identität, Gesundheitszustand oder sozialem Hintergrund. Damit sichern sie den Zugang zu medizinischer Versorgung und schützen vor Diskriminierung im Behandlungsprozess.

Der Arzt darf die Erste Hilfe im Falle drohender Lebensgefahr nicht verweigern. [...] Ein Arzt ist verpflichtet, jeden von ihm in ärztliche Beratung oder Behandlung übernommenen Gesunden und Kranken ohne Unterschied der Person gewissenhaft zu betreuen. Er hat [...] das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren. (1)

Auch das Strafgesetzbuch (StGB) bezieht sich in § 110 auf medizinisches Handeln. Eine medizinische Maßnahme ohne Einwilligung ist danach nur dann strafbar, wenn die angenommene Gefahr nicht bestand und dies bei gebotener Sorgfalt erkennbar gewesen wäre (2). Die Regelung schützt ärztliches Handeln in Notfällen, verlangt aber zugleich eine sorgfältige Prüfung der Umstände.

Ein besonders sensibler Bereich ärztlicher Tätigkeit ist die Begleitung sterbender Menschen. § 49a ÄrzteG 1998 verpflichtet zur würdevollen Betreuung am Lebensende. Palliativmedizinische Maßnahmen, die der Linderung schwerster Leiden dienen, bleiben auch dann zulässig, wenn sie eine Verkürzung der Lebenszeit zur Folge haben können. (1) Damit verschiebt sich der Fokus von der maximalen Lebensverlängerung auf die Wahrung von Würde und Lebensqualität aus der Sicht der Patient*innen. Ziel ist eine auf Wissenschaft und Erfahrung basierende Entscheidungsfindung zum Wohl der Patient*innen. Dieses kann bei fortgeschrittener Erkrankung neben einer auf Heilung ausgerichteten Therapie auch eine rechtzeitige Therapiezieländerung (TZÄ) in Richtung Palliativmedizin mit dem Gedanken des

Zulassens des Sterbens unter bestmöglicher Symptomlinderung im Sinne einer Comfort Terminal Care (CTC) bedeuten.

Patientenverfügung

Die Patientenverfügung ist ein zentrales Instrument zur Wahrung der Autonomie von Patient*innen. Sie ermöglicht es, medizinische Maßnahmen im Voraus ganz oder teilweise abzulehnen (3–5), falls die eigene Entscheidungsfähigkeit verloren geht. Sie dient damit der Ermittlung des Patient*innenwillens, wenn Patient*innen nicht mehr selbst für sich sprechen können. Geregelt ist sie im Patientenverfügungsgesetz (PatVG) (3).

Gemäß § 1 PatVG „ist jede vorliegende Patientenverfügung der Ermittlung des Patientenwillens zu Grunde zu legen“ (3). Voraussetzung ist nach § 3 PatVG, dass sie persönlich errichtet wird und die Patient*innen zum Zeitpunkt der Errichtung entscheidungsfähig sind (3).

Das Patientenverfügungsgesetz unterscheidet zwischen *verbindlichen* und *anderen Patientenverfügungen* (3).

Eine *verbindliche Patientenverfügung* muss nach §§ 4–6 PatVG konkrete medizinische Maßnahmen eindeutig ablehnen; die Entscheidungsfähigkeit muss ärztlich festgestellt und die Errichtung vor einer rechtskundigen Person vorgenommen werden. Hinzu kommt eine umfassende Aufklärung über Folgen und Widerruf. Ihre Gültigkeit beträgt acht Jahre, kann jedoch nach erneuter ärztlicher Aufklärung verlängert werden; bei Verlust der Entscheidungsfähigkeit bleibt sie gültig (§ 7 PatVG). (3)

Andere Patientenverfügungen, die nicht alle formalen Anforderungen erfüllen (§ 8 PatVG), sind ebenfalls zu beachten. Ihre Relevanz steigt mit dem Maß, in dem die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt sind, und mit ihrer Aktualität – je näher die letzte Unterschrift am Ereignis liegt und je besser die beschriebenen Umstände zum Ereignis passen – sowie der Häufigkeit ihrer Erneuerung. (3) Auch sie sind zur Willensermittlung heranzuziehen, insbesondere wenn keine verbindliche Patientenverfügung vorliegt.

Die Unwirksamkeit einer Patientenverfügung regelt § 10 PatVG. Sie ist bei Zwang, Irrtum oder Täuschung, bei strafrechtlich unzulässigem Inhalt oder bei wesentlichen Änderungen des medizinischen Wissensstandes nichtig. Darüber hinaus wird sie durch Widerruf in jeder Form durch die Patient*innen selbst ungültig. (3)

Im Notfall, aber auch sonst gilt eine Patientenverfügung in Österreich derzeit nur dann, wenn sie vorliegt (Bringschuld); ihre Suche darf nicht das Leben oder die Gesundheit der Patient*innen gefährden (§ 12 PatVG) (3). Sollte es keine Patientenverfügung geben, können Angehörige und nahestehende Personen den mutmaßlichen Willen der Patient*innen an das Behandlungsteam herantragen und damit in den Entscheidungsprozess einbringen. (40,50)

Kritische Perspektiven zur Patientenverfügung

Die Praxis zeigt, dass rechtliche Klarheit und praktische Anwendung nicht immer deckungsgleich sind. Die Bundesgesundheitsagentur betont, dass eine verbindliche Patientenverfügung rechtlich ebenso bindend ist wie eine aktuell ausgesprochene Ablehnung medizinischer Maßnahmen (5). Zugleich zeigt eine Evaluierungsstudie zum Patientenverfügungsgesetz übereinstimmend mit einer Veröffentlichung der deutschen Bundesärztekammer, dass der aktuelle Wille stets Vorrang vor früheren, möglicherweise abweichenden Willenserklärungen hat (4,6). Patientenverfügungen dürfen daher nicht isoliert betrachtet werden; besonders bedeutsam ist ihre Verbindung mit einer Vorsorgevollmacht. Handlungsleitend bleibt dabei der Grundsatz „Im Zweifelsfall für das Leben – in dubio pro vita“ (6).

Kritische Stimmen weisen zudem darauf hin, dass Laien künftige medizinische Situationen oft nur begrenzt voraussehen können. Spittler und Fritscher-Ravens plädieren deshalb für eine empathische Auseinandersetzung mit den Patient*innen und ihrem Umfeld sowie für eine tolerante Aufmerksamkeit gegenüber ihrem Wertesystem, statt für „das buchstabengetreue Befolgen“ (7) der Patientenverfügung.

Auch Pleschberger hebt hervor, dass sich Einstellungen zum Lebensende gerade unter dem Eindruck eigener Krankheit oder belastender Erfahrungen im persönlichen Umfeld rasch verändern können (8). Im Einklang damit wird in der *SOP Therapiezieländerung* ausgeführt, „dass Meinungen sich ändern können, wenn aus einem gesunden Menschen ein Patient wird.“ (9).

Die Bundesärztekammer Deutschland differenziert entsprechend zwischen Patientenverfügungen, die im gesunden Zustand, und solchen, die unter dem Einfluss einer Erkrankung errichtet wurden. Ärzt*innen dürfen nur dann nach einer Patientenverfügung handeln, wenn deren Gültigkeit zweifelsfrei feststeht. (4)

Daraus folgt, dass das Behandlungsteam den aktuellen Willen von Patient*innen mit allen verfügbaren Mitteln zu ermitteln hat – unabhängig davon, ob eine Patientenverfügung vorliegt oder nicht. Können Patient*innen ihren Willen nicht mehr selbst äußern, sind Hilfsmittel wie eine Patientenverfügung und Aussagen nahestehender Personen zur Willensermittlung heranzuziehen.

2.1.2 Ethische Grundlagen

Die ärztliche Ethik ist ein historisch gewachsenes und zugleich hochaktuelles Fundament medizinischer Praxis. Sie wurzelt in jahrtausendealten Traditionen und wird durch moderne Deklarationen und Prinzipien fortlaufend konkretisiert. Im Zentrum steht der Mensch in seiner Würde, Autonomie und Verletzlichkeit. Während juristische Rahmenbedingungen die äußeren Grenzen des Handelns bestimmen, prägen ethische Prinzipien die innere Haltung und die Qualität und Menschlichkeit der medizinischen Versorgung.

Ethische Dokumente

Die ethischen Grundlagen der Medizin reichen bis in die Antike zurück. Der **hippokratische Eid** gilt bis heute als moralischer Kompass ärztlichen Handelns (10). Mit dem Grundsatz „*Aegroti salus suprema lex* – das Heil der mir Anvertrauten ist das oberste Gesetz“ (11) wird das Wohl der Patient*innen als oberste Priorität formuliert. Daraus leiten sich zentrale Verpflichtungen wie das Tötungsverbot und die Sorgfaltspflicht ab. Die ärztliche Haltung ist dabei von Vertrauen, Ehrlichkeit, Hingabe und Verständnis geprägt. (10) Entsprechend gilt der Auftrag: „Behandle Deine Patienten als Mitmenschen und nicht nur ihre Symptome.“ (11)

Das **Genfer Gelöbnis** des Weltärztebundes formuliert diese ethischen Grundsätze in zeitgemäßer Sprache. Es verpflichtet dazu, das „Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen. [...] [und] den höchsten Respekt vor menschlichem Leben [zu] wahren.“ (12) Zugleich betont es das Wohlergehen der Patient*innen, die Achtung ihrer Autonomie und Würde sowie die Pflicht, Diskriminierung zu vermeiden. (12) Ärzt*innen sollen ihre eigenen Fähigkeiten und Grenzen reflektieren und „selbst unter Bedrohung, [...] [ihr] medizinisches Wissen nicht zur Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Freiheiten anwenden.“ (12) Auch die kollegiale Zusammenarbeit wird ausdrücklich hervorgehoben: „Ich werde [...] meinen Kolleginnen und Kollegen [...] die ihnen gebührende Achtung und Dankbarkeit erweisen.“ (12) Diese Aussagen unterstreichen den Anspruch einer empathischen, menschenzentrierten Medizin, die auch unter schwierigen Bedingungen ihrem ethischen Auftrag treu bleibt.

Auch die **Deklaration von Helsinki** stellt die Gesundheit der Patient*innen an oberste Stelle und fordert, dass Ärzt*innen „im besten Interesse des Patienten handeln“ (13).

Einen übergeordneten Rahmen bildet außerdem die **Allgemeine Erklärung der Menschenrechte**. Artikel 1 hält fest: „Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren.“ (14) bzw. „Die Würde des Menschen ist unantastbar.“ (15) Diese Würde gilt uneingeschränkt auch für Patient*innen. Artikel 3 schützt das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit. Artikel 5 verbietet unmenschliche Behandlung, und Artikel 25 formuliert das Recht auf ärztliche Versorgung und einen angemessenen Lebensstandard. (14)

Die Menschenwürde ist damit nicht nur ein abstrakter Begriff, sondern ein konkretes Leitprinzip ärztlichen Handelns. Sie umfasst den *Schutz von Leben und Gesundheit*, das *Recht auf Selbstbestimmung*, die *Gleichheit aller Menschen* und die *Unverlierbarkeit der Würde* unabhängig von Alter, Krankheit oder sozialem Status (6).

Die Gleichheit aller Menschen schließt ihre Verschiedenheit nicht aus. Die deutsche Bundesärztekammer bringt dies auf den Punkt: „Jeder Mitmensch ist anders und alle haben doch die gleiche Würde“ (11). Daraus folgt, dass jeder Mensch individuelle Bedürfnisse und Wünsche hat, zugleich aber den gleichen Anspruch auf Achtung seiner Rechte. Autonomie ist deshalb nicht nur als isolierte Selbstbestimmung zu verstehen, sondern auch als *relationale Autonomie*, die in soziale Beziehungen und persönliche Lebenskonzepte eingebettet ist (16).

Stimmen zur Medizinethik

Verschiedene Autor*innen betonen, dass medizinische Kompetenz allein nicht ausreicht. Engelhardt beschreibt die Humanmedizin als eine Disziplin zwischen Natur- und Geisteswissenschaften, die nicht nur medizinische Behandlung, sondern auch Beistand und Begleitung umfasst (17). Paracelsus formulierte dies in dem Satz: „Wo aber keine Liebe zum Kranken, da auch keine ärztliche Kunst“ (17), und Maio fasst es zugespitzt zusammen: „Ohne Zuwendung ist alles nichts“ (18). Ärztliche Verantwortung bedeutet danach, auf das Gegenüber zu antworten, nicht nur auf medizinische Fragen, sondern auch auf Bedürfnisse, Sorgen und Ängste (18). Diese Verantwortung bezieht sich nicht allein auf die Patient*innen, sondern auch auf ihr soziales Umfeld. Vertrauen, Einfühlungsvermögen, Gesprächsbereitschaft, Geduld und die Fähigkeit zuzuhören sind daher grundlegende Voraussetzungen einer ethisch fundierten Praxis (18,19).

Auch Hartmanns Verweis auf die Goldene Regel – „Was Du nicht willst, das man Dir tu, das füg auch keinem anderen zu; liebe Deinen Nächsten wie Dich selbst“ (20) – macht deutlich, dass ärztliches Handeln ein ernsthaftes Sich-Hineinversetzen in die Lage der Patient*innen verlangt. Pribilla fasst die Maximen medizinischer Ethik mit den Begriffen „Wohl des Kranken, [...] Erhaltung des Lebens, [...] Vermeidung von Schäden [...] Achtung der Menschenwürde und [...] Vertrauenswürdigkeit“ (21) zusammen. Damit wird erneut sichtbar, dass ärztliches Handeln nicht nur auf Heilung zielt, sondern vor allem auf den Schutz der Würde und der verletzlichen Person.

Das entspricht auch dem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis der WHO, nach dem Gesundheit ein Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens ist und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen (22). Das bio-psycho-soziale Modell versteht Krankheit entsprechend als Störung in der Wechselwirkung körperlicher, psychischer und sozialer Faktoren (23). Daraus folgt, dass die individuelle Auffassung von Gesundheit und

Krankheit im Gespräch zwischen Ärzt*innen, Patient*innen und Angehörigen erarbeitet werden sollte. Maßgeblich bleibt dabei der Leitsatz, „dem Patienten den Vorrang zu geben“ (24). Williams nennt Mitgefühl eine elementare Grundlage erfolgreicher Behandlung und definiert es als Verständnis für die Not eines anderen Menschen sowie den Wunsch, zur Linderung dieser Not beizutragen (24). Zugleich schulden Ärzt*innen ihren Patient*innen „uneingeschränkte Loyalität“ (24).

Auch in der **Pflegeethik** werden Menschenrechte, Respekt, Gerechtigkeit, Mitgefühl und Vertrauenswürdigkeit hervorgehoben; Pflegekräfte werden ausdrücklich als Fürsprecher*innen ihrer Patient*innen verstanden (25).

Georgetown-Mantra und Prinzipienethik

Ein zentrales ethisches Modell in der Medizin ist das sogenannte **Georgetown-Mantra** nach Beauchamp und Childress. Es umfasst vier grundlegende Prinzipien: *Autonomie*, *Schadensvermeidung*, *Wohltun* und *Gerechtigkeit*. (26) Diese Prinzipien ermöglichen es, komplexe Entscheidungssituationen strukturiert und verantwortungsvoll zu bewältigen.

Das Prinzip der **Autonomie** verlangt, dass Patient*innen ihre Entscheidungen frei und informiert treffen können (27). Dazu gehört eine umfassende Aufklärung (18) ebenso wie das Recht, eine einmal erteilte Einwilligung jederzeit zu widerrufen (28). Auch medizinisch indizierte Behandlungen dürfen abgelehnt werden; darin zeigt sich das sogenannte „Recht auf Unvernunft“ (29). Autonomie bedeutet dabei Selbstbestimmung frei von äußerer Kontrolle oder Einschränkung, jedoch nicht ohne angemessene Unterstützung (27).

Das Prinzip der **Schadensvermeidung** verpflichtet Ärzt*innen, Leiden zu lindern und Schaden zu vermeiden, im Einklang mit dem Geist des hippokratischen Eides (10,27,30).

Wohltun geht darüber hinaus und fordert die aktive Förderung des Wohls der Patient*innen, den Schutz ihrer Rechte und Hilfe in Gefahrensituationen, unabhängig von persönlichen Beziehungen (27).

Der Ausschuss für Bioethik des Europarats hebt hervor, dass beide Prinzipien nicht nur ethisch geboten, sondern auch menschenrechtlich verankert sind, insbesondere im Recht auf Leben und im „Schutz vor unmenschlicher oder herabwürdigender Behandlung“ (28).

Das Prinzip der **Gerechtigkeit** verlangt einerseits einen gleichberechtigten Zugang zu medizinischen Ressourcen, andererseits aber auch die individuelle Berücksichtigung von Bedürfnissen und Lebensumständen, um eine faire und angemessene Versorgung zu ermöglichen (27). Der Grundsatz „Suum cuique – Jedem das Seine“ (31) bringt dies prägnant zum Ausdruck. Gleichbehandlung ist nur dann angemessen, wenn auch die Ausgangsbedingungen vergleichbar sind. Eine pauschale Gleichbehandlung würde der individuellen Situation von Patient*innen nicht gerecht und stünde ebenso im Widerspruch zum 2-Säulen-Modell, das eine patient*innenorientierte Indikationsstellung fordert (32).

Gerechtigkeit bezieht sich damit nicht nur auf einzelne Patient*innen, sondern auch auf die Verantwortung gegenüber der Gesellschaft und ihren Ressourcen (33).

Das Georgetown-Mantra ist nicht nur theoretisch bedeutsam, sondern auch praktisch handlungsleitend. Rahbar betont:

Es versteht sich von selbst, dass es nicht ausreicht, mehrere Jahre Medizin zu studieren, um ein guter Arzt zu werden. Nicht fachliches Wissen alleine ist entscheidend, der Arzt sollte vielmehr über ein gewisses Grundgerüst an ethischen Verhaltensweisen verfügen, über das entsprechende Verständnis für Konfliktsituationen im Alltag und die Fähigkeit mit ethischen Problemen lösungsorientiert umzugehen. (26)

Sass sieht in diesem Modell einen wesentlichen Beitrag dazu, „den traditionell starken arztethischen Paternalismus [...] aufzuweichen hin zu einem Soft-Paternalismus“ (11), der Hilfsbedürftigkeit anerkennt, ohne die Mitgestaltung der Patient*innen zu verdrängen (11). Wehkamp und Wehkamp weisen darauf hin, dass schwierige medizinische Entscheidungen schneller, strukturierter und konfliktärmer verlaufen können, wenn Ärzt*innen mit diesen Prinzipien vertraut sind (18).

Ethisches ärztliches Handeln ist damit ein Zusammenspiel aus historischen Leitbildern, modernen Prinzipien und rechtlichen Rahmenbedingungen. Es orientiert sich nicht nur daran, was erlaubt ist, sondern auch daran, was richtig ist. Dies bringt von Engelhardt auf den Punkt: „Nicht alles, was juristisch nicht verboten ist, kann als ethisch vertretbar angesehen werden.“ (17) Die Aufgabe der Medizin besteht deshalb darin, Leben zu schützen, Würde zu wahren und Menschen in schwierigen Situationen respektvoll zu begleiten – mit fachlicher Kompetenz und menschlicher Haltung.

Alle Mitglieder eines Behandlungsteams sollten ihre Rechte und Pflichten im Umgang mit Patient*innen kennen. Fehlt dieses Wissen, kann ein Klima der Unsicherheit entstehen, in dem ärztliche und pflegerische Aufgaben nicht adäquat wahrgenommen werden (11). Das führt nicht nur zu fachlichen Defiziten, sondern auch zu emotionalen und strukturellen Belastungen im klinischen Alltag (34). Die Kenntnis ethischer Grundlagen kann hingegen sowohl dazu beitragen, „eine eigene, klare Argumentationslinie aufzubauen, als auch erfolgreich zwischen streitenden Parteien zu vermitteln.“ (18)

2.2 Entscheidungsrahmen in der Medizin

2.2.1 2-Säulen-Modell und Patient*innenwille

Die Entscheidung über medizinische Maßnahmen beruht auf einem klaren Rahmen, der sich auf zwei zentrale Säulen stützt: die *medizinische Indikation* und die *Einwilligung* bzw. den *Willen der Patient*innen*. Beide Voraussetzungen müssen erfüllt sein, damit eine Behandlung rechtlich und ethisch zulässig ist. (32) Abbildung (Abb.) 2.1 veranschaulicht diese beiden Säulen.

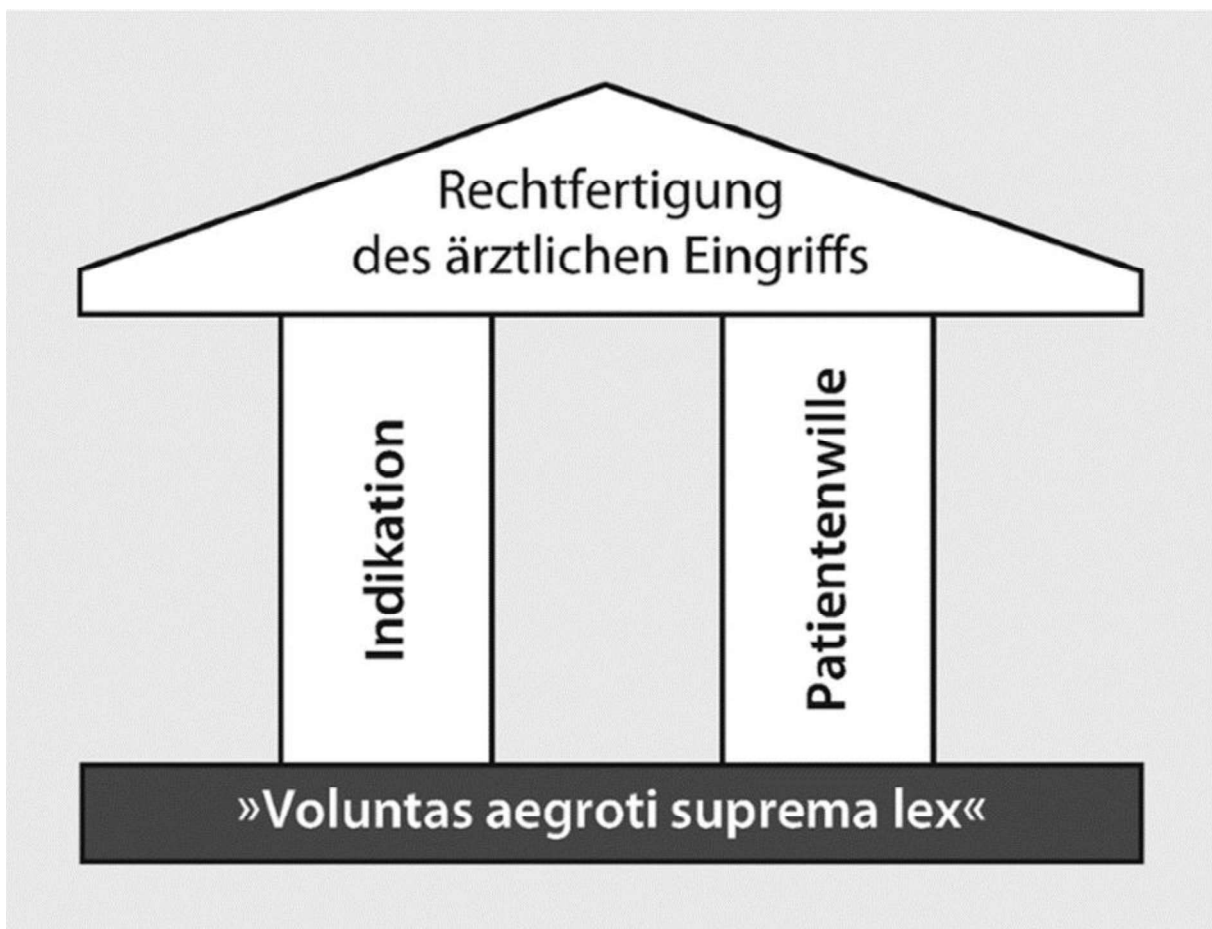


Abb. 2.1: Die zwei Säulen des Medizinrechts (35), Lizenz über RightsLink, ID: 6061910960085, 04.07.2025

Neitzke definiert die Indikation als „fachlich begründete Einschätzung [...], dass eine geplante Diagnostik oder Therapie sinnvoll ist und nutzbringend angewendet werden kann“ (32). Trzeciak betont, dass die Indikation stets individuell für die Patient*innen abzuwägen ist (32). Nach Auffassung der Österreichischen Bioethikkommission beruht sie auf einer Nutzen-Risiko-Abwägung (36). Fehlt eine medizinische Indikation, dürfen Maßnahmen nicht durchgeführt werden, selbst dann nicht, wenn Patient*innen oder deren An- und Zugehörige diese Maßnahmen wünschen (32).

Die Indikation allein genügt jedoch nicht. Erst durch die Einwilligung der Patient*innen wird die medizinische Indikation zur ärztlichen Indikation, wie Trzeciak formuliert (32). Fehlt die Einwilligung, darf die Maßnahme nicht erfolgen, selbst dann nicht, wenn sie medizinisch sinnvoll erscheint. Eine Ausnahme bildet die Notfallsituation. Die Einwilligung ist allerdings nur dann einzuholen, wenn überhaupt eine Indikation für die Behandlung vorliegt (35). Dies wird in Abb. 2.2 verdeutlicht.

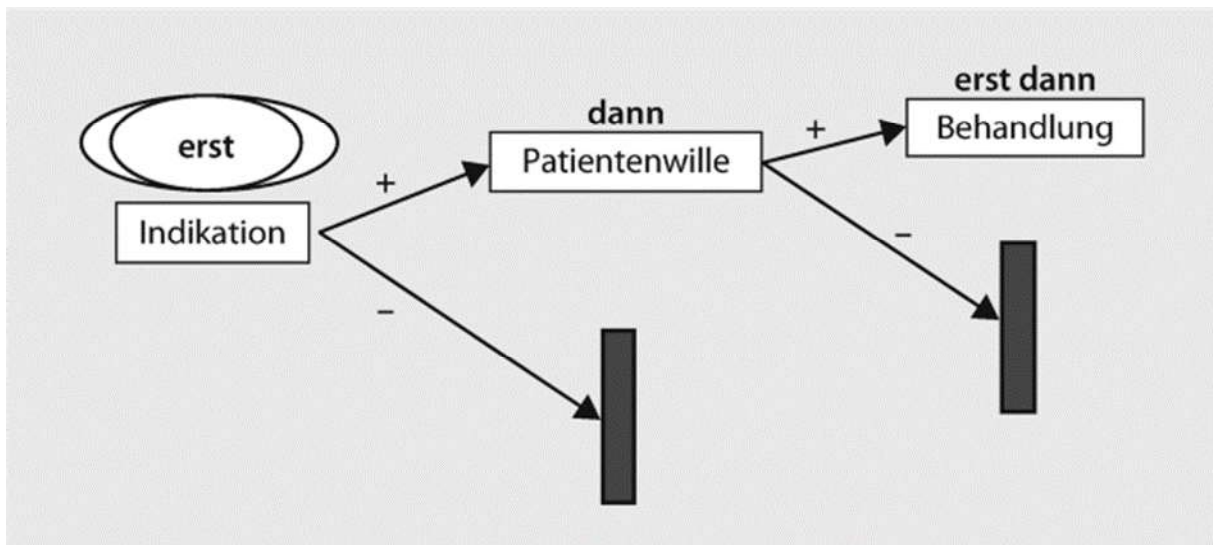


Abb. 2.2: Therapiezielbestimmung nach §§ 630 ff BGB (35), Lizenz über RightsLink, ID: 6061910960085, 04.07.2025

Die Einwilligung ist nicht nur ein formaler Akt, sondern Ausdruck der Patient*innenautonomie. Engelhardt beschreibt hierzu den „informed consent“ (17) und hält fest: „Ohne Aufklärung und Einwilligung stellt therapeutisches Handeln für das geltende Recht in der Bundesrepublik eine Körperverletzung dar“ (17). Eine Behandlung ohne Einwilligung der Patient*innen (eigenmächtige Heilbehandlung) bzw. eine Behandlung ohne medizinische Indikation stellt laut Strafgesetzbuch einen Straftatbestand dar (§§ 83, 90 und 110 StGB) (2).

Für die Einwilligung zu einer Behandlung sind zwei Voraussetzungen zentral: „1. **Fähigkeit** zu verstehen und zu entscheiden 2. **Freiwilligkeit** der Entscheidung“ (37).

Zur Aufklärung gehören nicht nur sachliche Informationen, sondern auch eine Behandlungsempfehlung, das Verständnis der Patient*innen und die Erteilung eines Behandlungsauftrags – mit dem „Ziel [...] [der] Wiederherstellung der Patientenautonomie“ (37). Der Behandlungsauftrag kann von Patient*innen selbst oder deren Stellvertretung basierend auf dem mutmaßlichen Willen der Patient*innen jederzeit widerrufen werden. Die Österreichische Bioethikkommission hebt in diesem Zusammenhang hervor, dass die österreichische Rechtsordnung die Möglichkeit anerkennt, medizinische Behandlungen auch dann abzulehnen, wenn dies zum Tod führen kann (36).

Sass betont die Bedeutung des individuellen Willens: „Und in unserer wertpluralen Welt kann und darf ich nicht davon ausgehen, dass das, was für mich das Leben reich und wertvoll macht, auch für meinen Mitmenschen gilt.“ (11) Ärzt*innen sind entsprechend nicht als Richter*innen über Lebensentwürfe gefragt, sondern als Unterstützer*innen individueller Entscheidungen. Die „Stärkung des individuellen Willens“ (11) ist ein zentraler Bestandteil der Patient*innenrechte. Die Entscheidung über die Durchführung einer Behandlung ist daher nicht allein medizinisch-technisch, sondern zutiefst persönlich.

Indikation und Patient*innenwille sind keine statischen Größen. Sie können sich im Verlauf des Lebens und/oder bei einer fortschreitenden Erkrankung verändern. Entsprechend müssen sie regelmäßig überprüft und die Behandlung an die jeweiligen Bedürfnisse dynamisch angepasst werden. Idealerweise erfolgt die Entscheidung über eine mögliche Behandlung im Sinne des „shared decision making“ (38), also in einem Prozess, in dem Ärzt*innen und Patient*innen gemeinsam Indikation und Willen bewerten und in eine konsensuale Entscheidung überführen (38).

2.2.2 Entscheidungsfähigkeit

„Das neue Erwachsenenschutzgesetz stellt den betroffenen Menschen in den Mittelpunkt, um Autonomie, Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit möglichst lange und umfassend zu erhalten.“ (39) Ziel ist nicht Entmündigung, sondern die Erhaltung der Fähigkeit, das eigene Leben so weit wie möglich selbst zu gestalten.

Das österreichische Erwachsenenschutzgesetz (2. ErwSchG) definiert die *Entscheidungsfähigkeit* als zentrales Kriterium *rechtlicher Handlungsfähigkeit*. Nach § 24 ist eine Person handlungsfähig, wenn sie durch eigenes Handeln rechtlich berechtigt und verpflichtet werden kann. Voraussetzung dafür ist die Entscheidungsfähigkeit, definiert als die Fähigkeit, die Bedeutung und die Folgen einer Handlung *im jeweiligen Zusammenhang* zu verstehen, einen eigenen Willen zu bilden und sich entsprechend zu verhalten. Bei volljährigen Personen wird diese Fähigkeit grundsätzlich vermutet, solange keine gegenteiligen Hinweise vorliegen. (40)

Ist die Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt, sieht das Gesetz verschiedene Formen der Unterstützung vor, etwa durch Angehörige, Pflegepersonal oder psychosoziale Dienste (§ 239 2. ErwSchG). Bei fehlender Entscheidungsfähigkeit sind Ärzt*innen verpflichtet „sich nachweislich um die Beiziehung von Angehörigen, anderen nahe stehenden Personen, Vertrauenspersonen und im Umgang mit Menschen in solchen schwierigen Lebenslagen besonders geübten Fachleuten zu bemühen, die die volljährige Person dabei unterstützen können, ihre Entscheidungsfähigkeit zu erlangen.“ (40) (§ 252 2. ErwSchG)

Für Situationen, in denen eine Stellvertretung notwendig wird, unterscheidet das Erwachsenenschutzrecht zwischen *Vorsorgevollmacht*, *gewählter*, *gesetzlicher* und *gerichtlicher Erwachsenenvertretung*. Allen Formen gemeinsam ist das Prinzip „Selbstbestimmung trotz Stellvertretung“ (40). Äußerungen der vertretenen Person sind zu berücksichtigen, solange dadurch ihr Wohl nicht gefährdet wird (§ 241 2. ErwSchG); Einschränkungen der Handlungsfähigkeit dürfen nur erfolgen, wenn sie zum Schutz der betroffenen Person erforderlich sind (§ 242 2. ErwSchG). (40)

Vertreter*innen haben stets „dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen“, § 1901a Abs. 1 BGB.“ (35). Lehnt eine Vertretung eine Behandlung entgegen dem Willen der vertretenen Person ab, kann das Gericht entweder selbst einwilligen oder eine neue Vertretung bestimmen. (§ 254 2. ErwSchG) (40)

Zur Erfüllung ihrer Vertretungsfunktion sind Vertreter*innen verpflichtet, regelmäßigen persönlichen Kontakt zur vertretenen Person zu halten (§ 247 2. ErwSchG), und es besteht Auskunftspflicht gegenüber nahen Angehörigen, sofern die vertretene Person dem nicht widersprochen hat (§ 248 2. ErwSchG). (40)

Ein Widerruf einer erteilten Vollmacht ist jederzeit und in jeder Form möglich. (40) Zudem hat das Gericht eine Vorsorgevollmacht oder Erwachsenenvertretung bei Eintritt des Todes und in folgenden Fällen zu beenden oder zu ändern:

wenn der Vertreter nicht oder pflichtwidrig tätig wird oder es sonst das Wohl der vertretenen Person erfordert; [...] wenn der Vertreter [...] nicht die erforderliche Eignung aufweist oder durch die Vertretung unzumutbar belastet wird [...], wenn die übertragene Angelegenheit erledigt ist oder die Voraussetzungen für die Bestellung [...] weggefallen sind (§ 246 2. ErwSchG) (40)

Entscheidungsfähigkeit ist kein starrer Zustand. Sie muss individuell beurteilt werden und kann sich im Verlauf des Lebens und/oder einer schweren Erkrankung verändern. Entsprechend darf sie weder pauschal aus Alter, Krankheit oder psychiatrischer Diagnose abgeleitet oder abgesprochen werden noch aus früheren Einschätzungen oder den Einschätzungen anderer Personen unreflektiert übernommen werden. (41) Besonders wichtig zu beachten ist: „Jeder Patient hat einen Willen – immer! Auch in Schlaf, Narkose und Koma!“ (35). Daher ist gerade bei nicht entscheidungsfähigen Patient*innen die Einbindung von Angehörigen und nahestehenden Personen in die Kommunikation essenziell. Es gilt: „Im Zweifel ist davon auszugehen, dass [...] [die nicht entscheidungsfähige Person] eine medizinisch indizierte Behandlung wünscht.“ (40) In Situationen akuter Gefahr ist hingegen keine Einwilligung erforderlich (2,40). Die Aufklärungspflicht besteht immer.

Eine unvollständige Aufklärung erschwert die informierte Entscheidung von Patient*innen. Dies bedeutet allerdings nicht, dass eine Person entscheidungsunfähig ist – vielmehr muss die Qualität der Aufklärung verbessert werden. Ebenso können auch psychiatrisch erkrankte Menschen entscheidungsfähig sein. Die Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit verlangt eine sorgfältige und direkte Auseinandersetzung mit der betroffenen Person, setzt aber keine spezielle fachpsychiatrische Zusatzqualifikation voraus. Entsprechend sollten alle Ärzt*innen in der Lage sein, die Entscheidungsfähigkeit von Patient*innen zu beurteilen. (41)

2.3 Therapieangemessenheit und Therapieziel

2.3.1 Über- und Untertherapie

Die Frage nach der Angemessenheit medizinischer Maßnahmen berührt den Kern ärztlicher Verantwortung. Eine Therapie ist dann angemessen, wenn sie sich an realistischen, individuell definierten Zielen orientiert und Nutzen, Risiken sowie Ressourcen in ein ausgewogenes Verhältnis bringt. Wird dieses Ziel verfehlt – sei es durch zu viel oder durch zu wenig Behandlung –, spricht man von Über- beziehungsweise Untertherapie. Dabei ist klarzustellen, dass beide Formen Patient*innen jeden Alters betreffen können und dass das Alter allein keine Grundlage medizinischer Entscheidungen sein darf (42).

Übertherapie bezeichnet technisch machbare medizinische Maßnahmen, die Patient*innen voraussichtlich mehr schaden als nützen (43). Solche Maßnahmen widersprechen dem Gerechtigkeitsprinzip des Georgetown-Mantras, das verlangt, dass Patient*innen genau so viele Ressourcen erhalten, wie sie benötigen – nicht mehr und nicht weniger (26,27). Nach Einschätzung der Österreichischen Bioethikkommission verstoßen nicht indizierte Maßnahmen zudem gegen das Nichtschadensprinzip (36). Übertherapie kann körperliche und seelische Belastungen verursachen, nicht nur für Patient*innen, sondern auch für Angehörige und medizinisches Personal. Die Durchführung technisch machbarer Behandlungen trotz medizinischer Aussichtslosigkeit (Futility) gilt als ein häufiger Grund für Burnout und Berufsausstieg im medizinischen Bereich (29,44,45). Typische Beispiele sind Krankenhauseinweisungen und Intensivtherapien ohne klare Indikation, Operationen ohne realistische Aussicht auf Besserung oder aggressive Krebstherapien am Lebensende und vieles mehr (43).

Untertherapie ist das Gegenstück dazu. Sie liegt vor, wenn Patient*innen indizierte und gewünschte Maßnahmen nicht erhalten, obwohl diese einen realistischen Nutzen versprechen würden (46). Auch Untertherapie widerspricht dem Anspruch auf angemessene Versorgung und kann im Vorwurf der unterlassenen Hilfeleistung (§ 95 StGB) (2) gipfeln und erhebliche gesundheitliche Nachteile bis zum Tod nach sich ziehen.

Angemessene Therapie bedeutet daher weder die unreflektierte maximale Ausschöpfung medizinischer Möglichkeiten noch den vorschnellen Verzicht auf Behandlungen angesichts einer fortgeschrittenen Erkrankung. Stattdessen ist eine Therapie dann angemessen, wenn sie einerseits patient*innenorientiert und andererseits sorgfältig medizinisch begründet sowie an einem realistischen Therapieziel ausgerichtet ist.

2.3.2 Therapiezieländerung (TZÄ)

Die Therapiezieländerung (TZÄ) beschreibt den Übergang von einer kurativ orientierten Behandlung zu einer Therapie, die sich vorrangig an palliativmedizinischen Maßnahmen wie Symptomlinderung, Lebensqualität und Begleitung bzw. Zuwendung orientiert (36). Auch das Stillen von Hunger und Durst bleibt dabei ein zentraler Aspekt der Versorgung, sofern es dem Wunsch der Patient*innen entspricht (9).

Eine TZÄ bedeutet somit nicht den Abbruch ärztlicher Verantwortung, sondern eine veränderte Zielsetzung. „Die Begleitung des Patienten im Sterben ist ärztliche Pflicht und muss genau so akribisch erfolgen wie die Begleitung zurück ins Leben.“ (9) Maßgeblich bleibt auch hier, dass die Therapie an der medizinischen Indikation, an realistischen Behandlungszielen und am Willen der Patient*innen ausgerichtet wird.

Eine TZÄ ist jedoch nicht starr, sondern muss kontinuierlich reevaluiert werden. Bei positiven Entwicklungen kann sie jederzeit ganz oder teilweise widerrufen und wieder in eine kurative Therapie überführt werden (9,47,48).

Die in Tabelle (Tab.) 2.1 dargestellten Abkürzungen der TZÄ bleiben dabei als strukturierende Übersicht erhalten.

Tab. 2.1 Abkürzungen der Therapiezieländerung (29)

Abkürzung	Bedeutung
DNR/DNAR	Do Not Resuscitate/Do Not Attempt Resuscitation: mechanisch, medikamentös, elektrisch
DNE	Do Not Escalate: laufende Therapie nicht steigern; genau zu definierende Therapiebegrenzung hinsichtlich bestimmter Maßnahmen z.B. Antibiose, Katecholamine, Gerinnungsfaktoren etc.
RID	Reevaluate Indication and Deescalate: Indikation und Therapieziel überdenken und bei fehlender Indikation deeskalieren
WITHHOLD	Therapie nicht beginnen: CPR, Intubation, Aufnahme ad Intensiv, OP, Hämofiltration, Antibiose etc.
WITHDRAW	Therapie beenden: Antibiose, HF, Beatmung/Tubus, Katecholamine, ECMO etc.
CTC	Comfort Terminal Care: palliativmedizinische Betreuung in der Sterbephase
AND	Allow Natural Death

Eine TZÄ ist klar von einer aktiven Lebensbeendigung und von aktiver Sterbehilfe zu unterscheiden: Absicht einer TZÄ ist nicht die Herbeiführung des Todes, sondern der Verzicht auf den Beginn oder die Fortführung nicht mehr hilfreicher, wenngleich technisch noch möglicher Maßnahmen und die Konzentration auf das, was für die Patient*innen in ihrer

konkreten Situation wohltuend, sinnvoll und hilfreich ist (9). In letzter Konsequenz geht es darum, Sterben zuzulassen (36). Diese Abgrenzung ist auch für die späteren Ausführungen zu Comfort Terminal Care, assistiertem Suizid und Tötung auf Verlangen zentral.

2.4 Palliativmedizin und Lebensende

2.4.1 Comfort Terminal Care (CTC) und Sterben in Würde

Das Lebensende ist für alle Beteiligten eine zutiefst menschliche Herausforderung. Im Zentrum der Begleitung sterbender Menschen steht die Wahrung ihrer Würde. Schütz betont, dass Sterbende „in diesem hilflosen Zustand [...] ein besonderes Anrecht auf eine menschenwürdige Behandlung“ (49) haben und dass „Personsein [...] nicht durch Krankheit, Versehrtheit oder psychischen Verfall verloren“ (49) geht. Pleschberger fordert, am Lebensende auf belastende und wenig nutzbringende Maßnahmen zu verzichten und stattdessen ein tragfähiges Vertrauensverhältnis zwischen Patient*innen, Angehörigen und medizinischem Personal zu schaffen (8). Die ARGE Ethik der ÖGARI empfiehlt hierfür das Konzept der Comfort Terminal Care (CTC) (50).

CTC beschreibt die „gute und menschliche Betreuung schwerst kranker Patient:innen und ihrer An- und Zugehörigen am Lebensende und die Wertschätzung ihres bisherigen Lebens mit der Möglichkeit positiver Erfahrungen bis zuletzt.“ (50) Dieser Ansatz geht über eine rein medizinische Versorgung hinaus. Er umfasst eine ganzheitliche Begleitung, die körperliche, emotionale und soziale Bedürfnisse berücksichtigt und die Angehörigen aktiv einbezieht. Der Leitsatz „Lebensqualität vor Lebenszeit“ (50) bringt das zentrale Anliegen der CTC prägnant zum Ausdruck.

Sie ist eine Form der Therapiezieländerung mit palliativer Ausrichtung. Das Ziel ist, ein „Sterben in Würde“ (50) zu ermöglichen. Leidensverlängernde und sterbeverzögernde Maßnahmen sollen beendet werden. Stattdessen steht die bestmögliche Symptomlinderung im Vordergrund. Pflege und Behandlung folgen dabei dem Grundsatz: „Alles, was gut tut, sollte gemacht werden. Auf alles, was unangenehm ist, sollte verzichtet werden.“ (50)

Schütz hebt die Pflicht zur Sterbebegleitung und die besondere Schutzbedürftigkeit alter und sterbender Menschen hervor. Ihre Hilfsbedürftigkeit darf nicht ausgenutzt werden; vielmehr bedürfen sie menschlicher Zuwendung, Schutz und Respekt. (49)

Jedem Weniger an medizinischer Behandlung oder jedem Verzicht auf weitere medizinische Bekämpfung einer Krankheit muß immer ein Mehr an pflegerischer Betreuung und menschlicher Zuwendung entsprechen, wenn die Würde des einzelnen als Mensch nicht mißachtet werden soll. (49)

Da die letzte Phase des Lebens immer auch das soziale Umfeld der sterbenden Person betrifft, bezieht die Begleitung sowohl Patient*innen als auch ihre Angehörigen und nahestehenden Personen ein. Offene und ehrliche Gespräche mit Patient*innen, Angehörigen und innerhalb des Behandlungsteams sind unerlässlich. Akzeptanz, Empathie und ein respektvoller Umgang sind essenziell, um eine stressfreie und würdevolle Sterbebegleitung zu ermöglichen. (50) Es gilt: „Jede Entlastung, die man für die Familie erreichen kann, erhöht direkt die Lebensqualität

des Patienten.“ (51) Zudem beeinflussen Ereignisse und Erinnerungen der Sterbephase maßgeblich die Trauerbewältigung der Angehörigen; sie können tröstlich wirken oder „als zerstörerisches Andenken“ (52) die Verarbeitung der Trauer erheblich beeinträchtigen.

Darüber hinaus spielt die Einbeziehung der Angehörigen eine wichtige Rolle, wenn Patient*innen nicht mehr für sich selbst sprechen können. Auch wenn Angehörige nicht entscheidungsbefugt sind, kommt ihnen bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens der Patient*innen eine zentrale Rolle zu. (50) Auch hier ist das wichtigste Instrument die Kommunikation, sowohl mit den Angehörigen als auch innerhalb des Behandlungsteams. Die endgültige Therapieentscheidung wird interdisziplinär und multiprofessionell getroffen und liegt in der Verantwortung der behandelnden Fachärzt*innen. Ist eine Entscheidung nicht zweifelsfrei und im Konsens aller Beteiligten möglich, gilt der Grundsatz „in dubio pro vita“ (50). In Situationen, in denen der Ausgang ärztlich nicht klar abgeschätzt werden kann, kann ein „Time-Limited Trial“ (50) hilfreich sein, also eine Therapie auf Zeit mit regelmäßiger Überprüfung und Anpassung der zuvor festgelegten Therapieziele (50).

Ein wichtiger Aspekt betrifft die Ernährung und Flüssigkeitszufuhr. Es ist zwischen der „*pflegerischen Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr*“ (50) und der „*medizinisch indizierte[n] Flüssigkeits- und Ernährungstherapie*“ (50) zu unterscheiden. Pflegerische Ernährung, etwa im Sinne eines „Comfort feeding only care“ (50), bleibt stets indiziert, solange Patient*innen dies wünschen, da sie ein menschliches Grundbedürfnis erfüllt und dem Wunsch nach Verbundenheit sowie Teilhabe am Leben entspricht. Eine medizinisch indizierte parenterale oder orale Versorgung zur Aufrechterhaltung der Homöostase ist in der Sterbephase nicht mehr angezeigt, da die Aufrechterhaltung der Homöostase in dieser Phase kein Therapieziel mehr darstellt. Intravenös oder über Sonden verabreichte Flüssigkeit steht nicht in Zusammenhang mit dem subjektiven Durstgefühl einer sterbenden Person; dieses kann vielmehr durch Mundpflege oder befeuchtete Raumluft gelindert werden. (50) Bei einem klar geäußerten Hunger- oder Durstgefühl darf auch bei fortgeschrittener Erkrankung Nahrung und Flüssigkeit nicht vorenthalten werden (2,17,35,50,53); umgekehrt ist eine Zwangsernährung gegen den Willen von Patient*innen unzulässig (50,53).

Strafrechtliche Konsequenzen ergeben sich einerseits dann, wenn Flüssigkeit oder Ernährung trotz medizinischer Indikation [und vorhandenem Patient*innenwillen] verweigert werden, oder aber die Verabreichung gegen den Willen des:der einwilligungsfähigen Patient:in (Zwangsernährung) erfolgt. (50)

Dabei ist auch eine Willensäußerung durch Mimik oder Gestik zu beachten, falls Patient*innen nicht mehr in der Lage sind zu sprechen. Zudem ist zu unterscheiden, ob Patient*innen aufgrund ihres geschwächten Zustands und eines Sterbewunsches am Lebensende oder im Zusammenhang mit neurologischen Erkrankungen Nahrung nur eingeschränkt selbst zu sich nehmen können oder wollen (52).

Zusammenfassend bedeutet CTC die ganzheitliche Begleitung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen. Im Mittelpunkt stehen die Bedürfnisse der Patient*innen – etwa Durst, Hunger, der Wunsch nach Zuwendung oder die Linderung belastender Symptome. Die zur Erfüllung dieser Bedürfnisse erforderliche Basisversorgung ist verpflichtend sicherzustellen, sofern die Patient*innen ihr nicht ausdrücklich widersprechen (50,54,55). Ebenso soll den Angehörigen ein würdevoller Abschied ermöglicht und ihre Trauer ernst genommen werden. Das wichtigste Instrument in der Sterbebegleitung bleibt der empathische Umgang und eine ehrliche, unmissverständliche, wahrhaftige Kommunikation. (50) Alle diese Ansätze der palliativen Versorgung gelten immer, in jeder Behandlungssituation, auch bei „differenzierenden Barrieren“ (15), da die Angst vor dem Alleinsein eine der größten Sorgen Sterbender und ihrer Angehörigen ist (56).

Das Lebensende und auch das Sterben bedeutet entsprechend nicht nur den korrekten Einsatz medizinischer Maßnahmen im Rahmen der Palliation, sondern auch die Wahrung der Würde, Verbundenheit und die Fürsorge für die sterbewillige Person.

2.4.2 Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF)

Der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) ist eine besondere Form selbstbestimmter Lebensverkürzung. Er wird definiert als „eine Handlung, die von einer zurechnungsfähigen Person ohne kognitive Einschränkungen freiwillig und bewusst gewählt wird, um den Tod frühzeitig aufgrund unerträglichen, anhaltenden Leidens herbeizuführen“ (53). Diese rechtlich zulässige Form der Lebensverkürzung ist Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts entscheidungsfähiger Patient*innen. (53)

Im Unterschied zu anderen Formen der Lebensverkürzung – etwa dem assistierten Suizid oder der Tötung auf Verlangen – wird der Tod beim FVNF durch das bewusste Unterlassen der oralen Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit, nicht aber durch die Einnahme eines tödlichen Präparats oder die aktive Beihilfe einer dritten Person herbeigeführt. In den ersten Tagen bleibt die Entscheidung bei einem FVNF reversibel; der Sterbeprozess verläuft natürlich und ohne terminierten Todeszeitpunkt. Zugleich weist der FVNF Gemeinsamkeiten mit Formen des Suizids auf, soweit eine bewusste Unterlassung zur Lebensbeendigung führt. (53)

Wird Suizid nach Studt et al. (...) definiert als Handlung, die darauf abzielt, das eigene Leben aktiv oder durch Unterlassung, z.B. durch das Absetzen lebensnotwendiger Medikamente, zu beenden, könnte auch der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit technisch als allmählicher Suizid klassifiziert werden. (53)

Die Entscheidung zum FVNF sollte interdisziplinär kommuniziert und begleitet werden. Angehörige und Behandlungsteam (Palliativteam, mitbehandelnde Ärzt*innen, Pflegekräfte) sind einzubeziehen, die endgültige Entscheidung – möglicherweise auch wieder zu essen und zu trinken – liegt jedoch immer bei der sterbewilligen Person. (57)

Ist die Entscheidungsfähigkeit unklar, liegt keine verlässliche Willensäußerung vor oder besteht ein medizinisch bedingter Appetitverlust, gilt „in dubio pro vita“ (54). In solchen Fällen ist zunächst zugunsten des Lebens zu entscheiden, bis eine sorgfältige Abklärung erfolgt ist. Ein ethisches Konsil und psychiatrische oder neurologische Mitbeurteilung können dabei unterstützen. (54)

2.5 Assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen

Der **assistierte Suizid** ist in Österreich unter engen gesetzlichen Voraussetzungen, die im Sterbeverfügungsgesetz (StVfG) geregelt sind, zulässig.

Für die Errichtung einer Sterbeverfügung gelten strenge Anforderungen: Sie muss persönlich errichtet werden, die Person muss volljährig und entscheidungsfähig sein, der Entschluss muss frei und selbstbestimmt erfolgen, und es muss entweder eine unheilbare, zum Tode führende oder eine schwere, dauerhafte Erkrankung vorliegen, wobei das Leiden nicht anders abgewendet werden kann. Die hilfeleistende und die dokumentierende Person dürfen nicht identisch sein. (§§ 4 und 6 StVfG) Zwei unabhängige Ärzt*innen – darunter ein*e Ärzt*in mit palliativmedizinischer Qualifikation – müssen Entscheidungsfähigkeit und Freiwilligkeit prüfen und über Alternativen, suizidpräventive Beratungsangebote sowie Einnahme, Dosierung, Wirkung und Nebenwirkungen des tödlichen Präparats aufklären (§ 7 StVfG). Die Sterbeverfügung wird registriert und bei fehlenden Voraussetzungen oder Widerruf unwirksam (§§ 9 und 10 StVfG) (58).

Hilfeleistung im Sinne des Sterbeverfügungsgesetzes ist als physische Unterstützung bei der Durchführung lebensbeendender Maßnahmen definiert, ohne dass die hilfeleistende Person das Präparat selbst verabreichen darf (29,58). Den letzten, zum Tode führenden Schritt muss die sterbewillige Person selbst durchführen. Das Präparat – in der Regel Natrium-Pentobarbital – darf ausschließlich von einer öffentlichen Apotheke abgegeben werden (§§ 3 und 11 StVfG) (58).

Klinische Empfehlungen betonen, dass aus dem Recht auf freie Selbstbestimmung auch ein „Recht auf ein menschenwürdiges, selbstbestimmtes Sterben“ (59) abgeleitet wird. Die Durchführung ist vom Gesetzgeber im privaten Rahmen vorgesehen; in Notfallsituationen ist symptomorientiert und palliativmedizinisch (CTC) zu handeln (59).

Wichtig ist die Abgrenzung zu Therapiezieländerung (TZÄ), Comfort Terminal Care (CTC) und allgemeiner Sterbebegleitung. Diese zielen nicht auf Lebensverkürzung, sondern auf den Verzicht belastender, nicht mehr nützlicher Therapien, auf Symptomlinderung und auf das Zulassen des natürlichen Sterbeprozesses. Auch eine notwendige hochdosierte palliative Medikation, die möglicherweise lebensverkürzend wirkt, ist nach § 49 ÄrzteG 1998 erlaubt und ethisch geboten (1). Im Unterschied zum assistierten Suizid gibt es bei einer Therapiezieländerung keinen festgelegten Todeszeitpunkt; der Verlauf hängt von der Grunderkrankung, von Komorbiditäten sowie der individuellen Situation ab.

Die **Tötung auf Verlangen** ist vom assistierten Suizid grundlegend zu unterscheiden. Hier wird die tödliche Handlung nicht von der sterbewilligen Person selbst ausgeführt, sondern von einer dritten, aktiv handelnden Person mit dem Ziel, den Tod auf Wunsch der sterbewilligen Person herbeizuführen (29,36). Auch bei ernsthaftem Verlangen der sterbewilligen Person

bleibt diese Form der Fremdtötung in Österreich strafbar und ist klar vom straffreien assistierten Suizid abzugrenzen (36).

Auch religionsethisch wird die Tötung auf Verlangen kritisch beurteilt. Kardinal Franz König formulierte in diesem Zusammenhang: „Der Mensch soll an der Hand, nicht durch die Hand eines Menschen sterben.“ (König 2004)“ (60). Lang greift dieses Bild auf und schreibt, dass die „Hand [...] zum Sinnbild von Nähe und Begleitung“ (60) wird. Das aktive Herbeiführen oder Unterstützen des Todes eines Menschen wäre im Rahmen einer Tötung auf Verlangen zu verstehen als ein Sterben „durch die Hand“ (60). Die palliativmedizinische Perspektive betont die Bedeutung umfassender Aufklärung über palliativmedizinische Optionen, wirksame Symptomlinderung (Angst, Schmerzen, Atemnot etc.) und umfassende Begleitung, die den Wunsch nach aktiver Lebensbeendigung unter Umständen relativieren kann (60).

„Was wir auf der Palliativstation wirklich nie vermisst haben, war die Möglichkeit der Freigabe von Tötung auf Verlangen. Es geht immer um gute Schmerztherapie und um die wirksame Linderung sonstiger Krankheitssymptome“ (Harald Retschitzegger, In: Österreichisches Parlament 2014b, 27) (60)

3 Zielsetzung

Diese Arbeit befasst sich mit der Selbstbestimmung von Patient*innen in der letzten Phase ihres Lebens. Sie zeigt, welche rechtlichen Pflichten und ethischen Grundsätze ärztliches Handeln in dieser Situation prägen und warum ihre genaue Kenntnis für die medizinische Praxis wesentlich ist. Im Mittelpunkt steht die Einsicht, dass medizinisches Handeln nicht allein auf fachlicher Kompetenz beruhen darf. Es erfordert ebenso ein klares Bewusstsein für die rechtlichen und ethischen Rahmenbedingungen, die Entscheidungen im Behandlungsalltag leiten.

Ein besonderer Schwerpunkt liegt auf der Analyse eines konkreten Falls, in dem zentrale Prinzipien ärztlicher Verantwortung nach Darstellung der Beteiligten nicht oder nur unzureichend berücksichtigt wurden. Das Beispiel macht deutlich, wie stark die Qualität der Behandlung – und damit die Lebensqualität der Patient*innen – davon abhängt, ob Ärzt*innen diese Grundsätze kennen und anwenden. Der Fall dient dabei nicht nur der Veranschaulichung, sondern auch als Ausgangspunkt für eine kritische Betrachtung struktureller und individueller Probleme im medizinischen Alltag.

Im weiteren Verlauf untersucht die Arbeit die Rolle von Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung. Beide Instrumente sollen die Selbstbestimmung sichern, sind in der Praxis jedoch häufig mit Unsicherheiten und Missverständnissen verbunden. Daraus ergibt sich die Frage, ob diese Dokumente den Willen der Patient*innen tatsächlich immer zuverlässig schützen oder ob sie unter bestimmten Umständen Fehlentwicklungen begünstigen können.

Zudem zeigt die Arbeit, wie ein Klima der Unsicherheit und mangelnde Kommunikation Leben, Würde und Versorgung der Betroffenen beeinträchtigen können. Dem steht das Potenzial einer empathischen, rechtlich fundierten und sorgfältigen Behandlung gegenüber, die medizinisch wirksam und menschlich unterstützend zugleich ist. Eine gelingende Versorgung hängt dabei wesentlich von der Zusammenarbeit im interdisziplinären und multiprofessionellen Team, vom offenen Dialog mit Patient*innen und Angehörigen sowie von der Bereitschaft zur Selbstreflexion ab.

Ziel der Arbeit ist es daher, Medizinstudierende, Ärzt*innen und andere medizinische Fachkräfte für die Bedeutung einer menschenwürdigen, ethisch reflektierten und rechtlich abgesicherten Behandlung zu sensibilisieren. Neben der Vermittlung von Wissen soll sie eine Haltung fördern, die Patient*innen mit Respekt, Achtsamkeit und Verantwortungsbewusstsein begegnet.

4 Material und Methoden

Diese Diplomarbeit untersucht die rechtlichen und ethischen Rahmenbedingungen medizinischer Entscheidungsprozesse allgemein und mit besonderem Blick auf Österreich. Eine Genehmigung durch die Ethikkommission war nicht erforderlich, da keine personenbezogenen Daten erhoben oder verarbeitet wurden und die Fallanalyse ausschließlich auf anonymisierten Schilderungen beruht.

Im Mittelpunkt steht die Frage, ob eine Vorsorgevollmacht der bevollmächtigten Person tatsächlich umfassende Entscheidungsbefugnisse über das Leben der vertretenen Person verleiht. Zur Klärung dieser Frage wurde ein mehrstufiges methodisches Vorgehen gewählt, das juristische Grundlagen und medizinethische Perspektiven miteinander verbindet.

Zunächst erfolgte eine systematische Literaturrecherche zu den in Österreich geltenden gesetzlichen Bestimmungen. Herangezogen wurden insbesondere das Ärztegesetz (ÄrzteG 1998), das Erwachsenenschutzgesetz (2. ErwSchG), das Patientenverfügungsgesetz (PatVG), das Sterbeverfügungsgesetz (StVfG) und das Strafgesetzbuch (StGB). Diese Dokumente stammen aus Veröffentlichungen des Österreichischen Bundeskanzleramts und bilden die rechtliche Grundlage der Arbeit.

Ergänzend wurden wissenschaftliche Publikationen und Fachartikel aus medizinischen Datenbanken wie PubMed, SpringerMedizin, Elsevier, SpringerLink und Thieme ausgewertet. Die Recherche umfasste unter anderem Begriffe wie „Medizinethik“, „Advance Care Planning“, „Flüssigkeits- und Ernährungstherapie“, „Patient*innenwille“, „Bio-psycho-soziales Modell“, „Beziehungsmedizin“ sowie „Kommunikation und Empathie“. Zusätzlich wurden Stellungnahmen und Leitlinien von Institutionen wie der Österreichischen Bundesgesundheitsagentur, dem Bundesministerium für Justiz, der Bioethikkommission des Bundeskanzleramts sowie der Deutschen Bundesärztekammer und ihrer Zentralen Ethikkommission berücksichtigt. Das Literaturverzeichnis verweist auf weitere Quellen, darunter Internetseiten und -portale. Ebenso wurden Vorlesungsunterlagen der Ethiklehre der Medizinischen Universität Innsbruck berücksichtigt.

Ergänzt wurde diese Literatur- und Dokumentenanalyse durch die anonymisierte Darstellung eines konkreten Falls. Das Fallbeispiel beruht auf Gesprächen mit beteiligten Personen und wird im weiteren Verlauf der Arbeit sowohl rechtlich als auch ethisch analysiert. Es dient dazu, die zuvor dargestellten Grundlagen auf eine konkrete Versorgungssituation anzuwenden und ihre praktische Relevanz sichtbar zu machen.

5 Fallbericht

Die folgende Darstellung beschreibt den Fall der 87-jährigen Patientin, auf den die zuvor erläuterten rechtlichen und ethischen Grundlagen ärztlichen Handelns angewendet werden. Der Fall ist ein komplexes medizinisch-ethisches Praxisbeispiel, das sich im Sommer 2023 über mehrere Tage entwickelte. Im Mittelpunkt stehen Fragen der Selbstbestimmung, der Versorgung und der ärztlichen Verantwortung.

Die Patientin lebt seit rund dreieinhalb Jahren in einem Altenheim. Sie musste dort einziehen, nachdem ihr Ehemann sie nicht mehr zu Hause pflegen konnte. Bis zu seinem Tod im Januar 2021 wohnten beide gemeinsam im Heim. Der Umzug fiel ihr schwer. Anfangs sprach sie kaum mit Fremden oder dem Pflegepersonal und blieb auch später eher zurückhaltend. Mit der Zeit fand sie sich jedoch besser zurecht. Sie nahm regelmäßig an den Mahlzeiten im Speisesaal teil und beteiligte sich gelegentlich an Gesellschaftsspielen.

Die Patientin hat vier Kinder – drei Töchter und einen Sohn – sowie zehn Enkelkinder. Die Familie ist durch Erbstreitigkeiten belastet. Regelmäßigen Kontakt pflegt die Patientin nur zu den beiden jüngeren Töchtern, vorsorge- und zweitbevollmächtigte Tochter, und deren Familien. Besonders die zweitbevollmächtigte Tochter, selbst Ärztin, motiviert ihre Mutter zu Ausflügen in die nahegelegene Altstadt und zu Restaurantbesuchen. Enge soziale Beziehungen zu anderen Heimbewohner*innen bestehen nicht.

Medizinisch leidet die Patientin an mehreren chronischen Erkrankungen: essenzielle arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, Psoriasis vulgaris, chronische Niereninsuffizienz, Zustand nach Myokardinfarkt, Zustand nach tiefer Beinvenenthrombose, Zustand nach Hemikolektomie und Zustand nach Cholezystektomie. Hinzu kommen neurologisch-psychiatrische Erkrankungen wie ein Normaldruckhydrocephalus mit Shuntanlage, eine organisch-affektive Störung und eine Chorea Huntington.

Die bei der Patientin diagnostizierte Spätform der Chorea Huntington beruht auf einem pathologischen Allel mit 40 CAG-Triplet-Repetitionen und einem normalen Allel mit 17 Repetitionen. Die Diagnose erfolgte erst im Alter von 82 Jahren. Ihre Mutter zeigte ähnliche Symptome, erhielt jedoch nie eine gesicherte Diagnose und verstarb mit 92 Jahren. Aufgrund der Erkrankung ist die Patientin nicht mehr selbstständig mobil, wird im Rollstuhl gefahren und leidet unter einer Dysarthrophonie, die ihr das Sprechen erschwert. Sie kann sich jedoch weiterhin mit anderen Menschen, insbesondere ihrer Familie verständigen und selbstständig essen und trinken.

Kognitiv zeigt die Patientin ein dementielles Syndrom mit ausgeprägtem Verlust des Kurzzeitgedächtnisses und zeitlicher Desorientierung. Ihr Langzeitgedächtnis ist weitgehend erhalten. Sie erkennt ihre Familie und erinnert sich gut an ihre Jugend. Zudem kann sie einfache Entscheidungen treffen, etwa zu Essen und Trinken.

Mehrere Dokumente halten ihre Wünsche und Wertvorstellungen fest und sollen ihre Versorgung im Fall eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit regeln. Bereits 2004 verfassten die Patientin und ihr Ehemann ein gemeinsames Testament mit einer Patientenverfügung. Darin heißt es: „Wenn wir nicht mehr über uns selber entscheiden können, sollen unsere Töchter gemeinschaftlich die Entscheidungsgewalt über uns innehaben. [...] Wir wollen nicht künstlich am Leben gehalten werden.“

2012 errichtete die Patientin auf Drängen ihrer zweitbevollmächtigten Tochter eine Vorsorgevollmacht zugunsten der vorsorgebevollmächtigten Tochter. Zu diesem Zeitpunkt bemerkte die Zweitbevollmächtigte erste Verhaltensauffälligkeiten bei ihrer Mutter. Ursprünglich wollte die Patientin alle drei Töchter gleichberechtigt einsetzen. Da ihre zweitbevollmächtigte Tochter jedoch mehrere hundert Kilometer entfernt wohnte, hielt sie dies nicht für sinnvoll. Die Patientin übertrug die Vorsorge daher an erster Stelle ihrer älteren, der vorsorgebevollmächtigten Tochter, die in derselben Straße lebte, und erst in zweiter Linie den beiden anderen Töchtern.

2020 verfasste die Patientin im Altenheim eine weitere Patientenverfügung (Abb. 5.1). Anwesend waren die Vorsorgebevollmächtigte und eine Seelsorgerin, jedoch keine ärztliche oder notarielle Fachperson. Die übrigen Kinder erfuhren weder von der Errichtung noch vom Inhalt dieser Verfügung. Zu diesem Zeitpunkt war die Patientin bereits dement und psychiatrisch vorerkrankt. Zwischen 2017 und 2019 befand sie sich mehrfach aufgrund ihrer organisch-affektiven Störung in stationärer psychiatrischer Behandlung.

1. Diese Verfügung soll in folgenden Situationen gelten

[...]

Die Verfügung soll für den Fall gelten, dass ich **meinen freien Willen nicht mehr bilden oder verständlich verbal äußern** kann und ich

- ☐ mich nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach unabwendbar im **unmittelbaren Sterbeprozess** befinde.
- ☐ mich im **Endstadium einer unheilbaren tödlich verlaufenden Krankheit** befinde, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.
- ☐ infolge einer **Hirnschädigung** meine Fähigkeit, Einsicht zu gewinnen, Entscheidungen zu treffen und mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, nach Einschätzung erfahrener Ärztinnen und Ärzten aller Wahrscheinlichkeit nach unwiederbringlich erloschen ist, selbst wenn der Todeszeitpunkt noch nicht absehbar ist.

Dies gilt für direkte Gehirnschädigungen, z.B. durch Unfall, Schlaganfall, Entzündungen, ebenso wie für indirekte Hirnschädigungen, z.B. nach Reanimation, Schock oder Lungenversagen. Es ist mir bewusst, dass in solchen Situationen die Fähigkeit zu Empfinden erhalten sein kann und dass ein Aufwachen aus diesem Zustand nicht ganz sicher auszuschließen, aber unwahrscheinlich ist.

- ☐ mich im Zustand eines **weit fortgeschrittenen Hirnabbauprozesses** (z.B. bei Demenz) befinde und infolgedessen auch mit ausdauernder Hilfestellung nicht in der Lage bin, Nahrung und Flüssigkeit auf natürliche Weise zu mir zu nehmen.

[...]

6. Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mir des Inhalts und der Konsequenzen meiner Entscheidungen in dieser Erklärung bewusst bin. Ich befinde mich im Vollbesitz meiner geistigen Kräfte und habe diesen Text in eigener Verantwortung und ohne äußeren Druck bearbeitet.

Abb. 5.1: Wortlaut der im Altenheim errichteten Patientenverfügung der Patientin

Im Folgenden werden die Ereignisse geschildert.

Tag 1

Die Patientin wird morgens wie üblich von einer Pflegekraft geweckt. Diese bemerkt, dass die Patientin nicht spricht und weder essen noch trinken möchte. Daraufhin informiert sie die vorsorgebevollmächtigte Tochter telefonisch über den Zustand ihrer Mutter. Die Vorsorgebevollmächtigte entscheidet am Telefon, dass ihre Mutter ab sofort keine medizinischen Maßnahmen erhalten und kein*e Notärzt*in gerufen werden soll.

Gegen elf Uhr kontaktiert die Tochter der Vorsorgebevollmächtigten die Zweitbevollmächtigte, ihre Tante, aus dem Altenheim. Sie berichtet, die Patientin verweigere Essen und Trinken, spreche nicht mehr und wolle sterben. Deshalb solle die Zweitbevollmächtigte die Möglichkeit erhalten, sich zu verabschieden.

Die Zweitbevollmächtigte vermutet ein akutes Delir, möglicherweise ausgelöst durch einen Infekt oder eine Exsikkose, und fordert eine sofortige Krankenhauseinweisung. Die Tochter der Vorsorgebevollmächtigten lehnt dies im Namen ihrer Mutter ab. Die Vorsorgebevollmächtigte

verweigert zudem den direkten Kontakt mit ihrer Schwester und beruft sich auf die bestehende Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht.

Daraufhin ruft die Zweitbevollmächtigte den Vertreter der Hausärztin an – die Hausärztin ist im Urlaub – und bittet ihn, den Gesundheitszustand ihrer Mutter zu beurteilen. Er ordnet bereits telefonisch eine subkutane Kochsalz-Infusion an.

Gegen 12.30 Uhr trifft die Zweitbevollmächtigte (Ärztin) im Altenheim ein und untersucht ihre Mutter. Sie beschreibt sie als „wach, vital, aber unfähig zu sprechen und zu schlucken“. Sie stellt eine schlaffe Halbseitenlähmung der gesamten rechten Körperhälfte mit positivem Babinski-Reflex rechts fest. Zudem sei die Patientin „weder sterbend noch selbstbestimmt ablehnend“.

Aufgrund der klinischen Befunde vermutet die Zweitbevollmächtigte einen Schlaganfall. Sie möchte nach Rücksprache mit ihrer vorsorgebevollmächtigten Schwester eine*n Notärzt*in alarmieren. Die Vorsorgebevollmächtigte lehnt dies sowie jede weitere Abklärung, Diagnostik und Therapie strikt ab.

Die Zweitbevollmächtigte ruft daraufhin eine ihr bekannte Oberärztin einer Stroke Unit an. Diese empfiehlt, auf den bereits verständigten Hausarzt zu warten. Das Zeitfenster für eine Lyse-Therapie sei abgelaufen, sodass entsprechende Maßnahmen nicht mehr sinnvoll seien. Dadurch ließen sich auch mögliche Konflikte mit der Vorsorgebevollmächtigten vermeiden.

Die Zweitbevollmächtigte erwartet vom Hausarzt, dass er die Indikation für eine Krankenhauseinweisung stellt, um Diagnostik und gegebenenfalls weitere therapeutische Schritte einzuleiten. Inzwischen trifft auch ihr Ehemann, Schwiegersohn der Patientin und ebenfalls Arzt, im Altenheim ein und äußert wie seine Frau den Verdacht auf einen Schlaganfall.

Erst zwei Stunden später erscheint der Hausarzt im Altenheim. Nach seiner Untersuchung geht auch er von einem Schlaganfall als Ursache der Verschlechterung aus. Er stellt die Indikation für eine Einweisung auf eine Stroke Unit und bespricht dies telefonisch mit der Vorsorgebevollmächtigten. Diese lehnt die Krankenhauseinweisung weiterhin ab und beruft sich auf ihre Vorsorgevollmacht.

Der Hausarzt verlässt das Altenheim, ohne die Patientin in ein Krankenhaus zu überweisen. Er informiert die Patientin nicht über ihren Zustand oder das weitere Vorgehen und spricht auch nicht mit der anwesenden (zweitbevollmächtigten) Tochter. Er erklärt, er müsse ausschließlich mit der vorsorgebevollmächtigten Tochter sprechen und ihm seien „die Hände gebunden, weil das Gesetz das so möchte“.

Daraufhin entscheidet sich die Zweitbevollmächtigte, den Rettungsdienst zu rufen, und informiert das Pflegepersonal. Eine Pflegekraft entgegnet: „Wenn der Rettungsdienst kommt, lassen wir Ihre Mutter nicht aus dem Heim.“ Aufgrund dieser Aussage entscheidet die

Zweitbevollmächtigte den Rettungsdienst doch nicht zu rufen. Stattdessen wendet sie sich noch am selben Abend an die Polizei, um die Vorsorgevollmacht vorübergehend außer Kraft setzen zu lassen und ihrer Mutter eine diagnostische Abklärung und Therapie im Krankenhaus zu ermöglichen.

Zwei Polizist*innen verschaffen sich im Altenheim einen Überblick und kontaktieren anschließend telefonisch eine Richterin. Diese erklärt, ihr seien die Hände gebunden, da die Patientin bereits von einem Arzt gesehen worden sei.

Der Hinweis, dass sowohl die Zweitbevollmächtigte als auch ihr Ehemann Ärzt*innen sind und dass die beigezogene Oberärztin einer Stroke Unit sowie der Hausarzt eine Krankenhauseinweisung befürworten, bleibt unberücksichtigt. Die Richterin begründet ihre Entscheidung damit, dass die vorsorgebevollmächtigte Tochter einen Transport ins Krankenhaus verweigere.

Bis zum Abend wird die Patientin – abgesehen von ihrer zweitbevollmächtigten Tochter und ihrem Schwiegersohn – von keiner der anderen beteiligten Personen (Vorsorgebevollmächtigte, deren Tochter, Pflegekräfte, Hausarzt) über ihren Zustand oder über die Gründe für die ausbleibende Krankenhauseinweisung informiert.

Alle Bemühungen, Diagnostik und Therapie für die Patientin einzuleiten, bleiben an diesem ersten Tag erfolglos.

Tag 2

Am nächsten Tag besucht die Zweitbevollmächtigte gemeinsam mit ihren Töchtern erneut ihre Mutter bzw. Großmutter im Altenheim. Entgegen allen Erwartungen finden sie die Patientin in einem deutlich besseren Zustand vor. Trotz der weiterhin bestehenden Halbseitenlähmung rechts umarmt die Patientin ihre Tochter und Enkelinnen mit dem linken Arm und hält Blickkontakt. Sie versucht zu trinken, indem sie die in Wasser getränkten Mundtupfer, die man ihr reicht, mit den Lippen auspresst und zu schlucken versucht.

Den Enkelinnen gelingt es nun, mit ihr zu kommunizieren – etwas, das am Vortag noch nicht möglich war. Sie nutzen dafür eine einfache Strategie: Für „ja“ soll die Patientin blinzeln, für „nein“ die Augen offen halten.

Mit dieser Methode kann die Patientin zunächst mitteilen, dass sie Durst hat. Auf die Frage „Hast du Durst?“ schließt sie die Augen deutlich für mehrere Sekunden. Auf die Frage „Möchtest du Kaffee trinken?“ hält sie die Augen unnatürlich lange offen, ohne zu blinzeln. Auf die Frage „Möchtest du Cola trinken?“ schließt sie die Augen. Cola war ihr Lieblingsgetränk, und sie kann diesen Wunsch weiterhin klar äußern.

Nach dieser ersten Kontaktaufnahme versuchen die Enkelinnen, ihren weiteren Willen zu erfassen. Sie stellen mehrfach Ja-/Nein-Fragen, um die Antworten zu überprüfen. Die

Kommunikation bleibt klar und konsistent. Die Patientin bejaht, dass sie leben und ins Krankenhaus möchte. Sie verneint, dass sie sterben möchte.

Die Enkelinnen beschließen, die Willensäußerungen ihrer Großmutter mit dem Handy zu filmen.

Daraufhin ruft die Zweitbevollmächtigte erneut den Rettungsdienst und die Polizei. Der Notarzt stellt ebenfalls die Verdachtsdiagnose Schlaganfall. Er erklärt, dass das Zeitfenster für eine Lyse-Therapie abgelaufen sei, aber eine Indikation für Physio-, Logo- und Ergotherapie sowie weitere therapeutische Maßnahmen bestehe, um den Zustand der Patientin zu verbessern. Auch er spricht sich für eine Krankenhauseinweisung aus.

Er bespricht dies telefonisch mit der Vorsorgebevollmächtigten. Diese lehnt die Einweisung erneut ab, obwohl der Notarzt und die beiden anwesenden Polizist*innen versuchen, sie umzustimmen. Am Ende des Gesprächs erklärt die Vorsorgebevollmächtigte lediglich, sie wolle „eine Nacht darüber schlafen“.

Die Patientin bleibt daher auch am Ende des zweiten Tages im Altenheim – weiterhin ohne Diagnostik und Therapie. Auf Wunsch der Vorsorgebevollmächtigten erhält sie weder Nahrung noch Medikamente und bekommt lediglich subkutane Kochsalz-Infusionen. Die Vorsorgebevollmächtigte verweigert weiterhin jedes Gespräch mit ihrer Schwester. Das Pflegepersonal lehnt es ab, die Videoaufnahmen der Willensbekundungen anzusehen.

Die Patientin zeigt weiterhin deutlich Durst. Sie presst die Mundtupfer mit großer Kraft aus und kommuniziert über Blinzeln, dass sie trinken möchte und welches Getränk – Cola, Wasser oder Kaffee – sie bevorzugt.

Tag 3

Am dritten Tag reicht die Zweitbevollmächtigte beim zuständigen Amtsgericht einen Eilantrag auf Kontrollbetreuung ein. Der Grund: Die Vorsorgebevollmächtigte blockiert weiterhin jede Diagnostik und die damit verbundenen Therapieoptionen. Sie untersagt zudem die Gabe von Nahrung und Flüssigkeit – mit Ausnahme subkutaner Kochsalz-Infusionen – sowie die Verabreichung von Medikamenten. Dabei kann die Patientin kommunizieren, dass sie trinken und essen möchte. Diese Willensäußerungen sind zusätzlich auf Video dokumentiert.

Trotzdem verweigert die Vorsorgebevollmächtigte das Gespräch mit ihrer Schwester.

Tag 4

Am Morgen des vierten Tages erhält die Zweitbevollmächtigte einen Anruf mit der Mitteilung, dass ein Palliativteam für die Patientin eingeschaltet wurde. Im Verlauf des Gesprächs stellt sich heraus, dass der Anruf eigentlich an die Vorsorgebevollmächtigte gerichtet war. Das Altenheim hatte jedoch versehentlich die Handynummer der „falschen“ Tochter weitergegeben.

Die Information, dass das Palliativteam nun „den Sterbeprozess einleiten“ wolle (Aussage des Palliativteams), sollte ausschließlich die Vorsorgebevollmächtigte erhalten und nicht an andere Angehörige weitergegeben werden.

Im Rahmen der palliativen Maßnahmen setzt das Team an diesem Morgen die Kochsalz-Infusionen ab und beginnt eine Therapie mit einem Fentanyl-Pflaster.

Die Zweitbevollmächtigte fährt daraufhin sofort in das Altenheim. Dort findet sie ihre Mutter im Vergleich zum Vortag in einem erneut gebesserten Zustand vor. Trotz der weiterhin bestehenden motorischen Einschränkungen infolge des Schlaganfalls umarmt die Patientin ihre Familie kräftig mit dem linken Arm, hebt auf Aufforderung die linke Hand und hält die Hände ihrer Angehörigen. Sie zeigt über Blinzeln, dass sie Durst und Hunger hat, und versucht, über die Mundtupfer zu „trinken“. Zudem bestätigt sie erneut durch Blinzeln, dass sie leben und ins Krankenhaus eingewiesen werden möchte. Die Frage, ob sie sterben wolle, verneint sie abermals.

Anschließend nimmt die Zweitbevollmächtigte Kontakt zum Palliativteam auf. Sie informiert über den gestellten Eilantrag auf Kontrollbetreuung und bittet darum, die Kochsalz-Infusionen wieder anzusetzen, da ihre Mutter Durst habe. Das Palliativteam stimmt zunächst zu, hält jedoch Rücksprache mit der Vorsorgebevollmächtigten. Diese lehnt die Infusionen weiterhin ab und verweist auf die Patientenverfügung und die Vorsorgevollmacht.

Die Zweitbevollmächtigte fordert das Palliativteam erneut auf, den klar geäußerten Wünschen ihrer Mutter zu folgen und erklärt:

Meine beiden Eltern haben in ihrem Testament niedergeschrieben, dass sie sich wünschen, dass alle ihre drei Töchter gemeinsam für ihre Eltern entscheiden sollen und nicht die Vorsorgebevollmächtigte allein. Außerdem hat meine Mutter ihre eigene Mutter in sehr ähnlichem Zustand – bettlägerig, massiv eingeschränkt durch Chorea Huntington, auf permanente Pflege und Fütterung angewiesen – bis zum Tod gepflegt und dieses Leben als lebenswürdig angesehen. Am wichtigsten ist allerdings, dass meine Mutter jetzt gerade über Blinzeln bekundet, dass sie leben und nicht sterben möchte, und dass sie Durst hat.

Trotz dieser Hinweise verweigert das Palliativteam die Infusionen weiterhin mit Verweis auf die Entscheidung der Vorsorgebevollmächtigten.

Auch am vierten Tag zeigt die Patientin klinisch eine weitere Besserung ihres Allgemeinzustands. Dennoch erhält sie – trotz ihrer nonverbal, dennoch unmissverständlich geäußerten Mitteilung von Hunger und Durst – weiterhin keine Nahrung oder Getränke, abgesehen von den Mundtupfern, die die Familie der Zweitbevollmächtigten ihr reicht. Medikamente und subkutane Kochsalz-Infusionen werden ebenfalls nicht mehr verabreicht. Stattdessen erhält sie erstmals ein Fentanyl-Pflaster, obwohl sie weder Schmerzen noch Atemnot angibt.

Wie an den Vortagen verweigert die Vorsorgebevollmächtigte weiterhin jedes Gespräch mit ihrer Schwester, über das eine Lösung gefunden werden könnte.

Am Abend des vierten Tages wendet sich die Zweitbevollmächtigte erneut an die Kriminalpolizei und versucht, Anzeige gegen die Vorsorgebevollmächtigte zu erstatten. Die Polizei erklärt jedoch, dass sie erst eine Strafanzeige aufnehmen könne, wenn das Gericht die Vorsorgevollmacht außer Kraft gesetzt habe. Das Gericht wiederum teilt mit, dass es die Vorsorgevollmacht erst aufheben könne, sobald die Polizei eine Strafanzeige aufgenommen habe. Damit bleibt auch dieser Versuch, der Patientin eine angemessene Versorgung zu ermöglichen, bis zum Abend des vierten Tages erfolglos.

Tag 5

Da es der Zweitbevollmächtigten weiterhin nicht gelingt, mit der Vorsorgebevollmächtigten in Kontakt zu treten, bittet sie die Geschäftsführung des Altenheims um ein Gespräch. Daran nehmen die Zweitbevollmächtigte, der Geschäftsführer, die Geschäftsführerin und ein Arzt des Palliativteams teil. Weder die Geschäftsführung noch der Palliativarzt sind jedoch bereit, den Willen der Patientin selbst zu ermitteln oder sich die Videoaufnahmen ihrer Willensäußerungen anzusehen.

Die Geschäftsführung verweist ausschließlich auf die Vorsorgevollmacht und die Patientenverfügung. Sie lehnt es ab, diese gemeinsam mit der Zweitbevollmächtigten durchzugehen, da aus ihrer Sicht allein die Vorsorgebevollmächtigte zuständig sei. Den Hinweis der Zweitbevollmächtigten, dass die Voraussetzungen für die Anwendung der Patientenverfügung nicht erfüllt seien, weil die Patientin ihren Willen klar äußern könne, ignoriert die Heimleitung.

Auch der Palliativarzt beruft sich auf das Vorliegen einer Patientenverfügung, obwohl er deren Inhalt nicht kennt. Im weiteren Gespräch stimmt er schließlich zu, die Patientin persönlich zu sehen. Im Zimmer stellt er fest, dass die Patientin „noch nicht sterbend“ sei, und ordnet daraufhin erneut Kochsalz-Infusionen an.

Kurz darauf telefoniert er mit der Vorsorgebevollmächtigten. Diese lehnt die Infusionen erneut ab. Der Palliativarzt zieht daraufhin seine Anordnung zurück, verweigert das weitere Gespräch und verlässt das Altenheim.

Auch an diesem Tag kommt kein direkter Kontakt zwischen der Zweitbevollmächtigten und ihrer vorsorgebevollmächtigten Schwester zustande.

Die Patientin erhält am fünften Tag nach dem Insult bereits den zweiten Tag in Folge ein Fentanyl-Pflaster, obwohl keine medizinische Indikation dafür besteht, da sie weder Schmerzen noch Atemnot angibt. Entgegen ihrem klar geäußerten Willen bekommt sie weiterhin weder Flüssigkeit noch Nahrung noch Medikamente. Trotzdem bleibt die Patientin kommunikativ. Sie äußert erneut, dass sie leben möchte, Hunger und Durst hat und einer Einweisung ins Krankenhaus zustimmt.

Tag 6

Am sechsten Tag entwickelt die Patientin plötzlich eine Dyspnoe mit deutlich hörbaren Rasselgeräuschen. Die Zweitbevollmächtigte, die zu diesem Zeitpunkt anwesend ist, ruft wiederum den Rettungsdienst. Beim Eintreffen gelingt es der Patientin, kräftig zu husten. Dadurch bessert sich die Dyspnoe schlagartig, und die Rasselgeräusche verschwinden.

Die Zweitbevollmächtigte schildert dem Notarzt anschließend die Ereignisse der vergangenen Tage. Der Notarzt ist selbst Palliativarzt und beschreibt die Patientin als „sehr gute Patientin, die wach und nicht sterbend ist“. Er erklärt, er spüre ihren Lebenswillen und nehme wahr, wie intensiv sie Blickkontakt aufnehme. Aus seiner Sicht besteht eine klare Indikation für therapeutische Maßnahmen im Sinne einer Neurorehabilitation nach Schlaganfall, insbesondere Physio- und Ergotherapie.

Auch er versucht telefonisch, die Vorsorgebevollmächtigte von einer Krankenhauseinweisung zu überzeugen. Dieser Versuch scheitert erneut. Der Notarzt verlässt daraufhin das Altenheim, und die Patientin bleibt weiterhin vor Ort.

Am Nachmittag erscheint ein vom Gericht bestellter Verfahrenspfleger im Rahmen des Eilantrags auf Kontrollbetreuung. Er spricht zunächst mit der Geschäftsführung und sieht sich anschließend gemeinsam mit dem Palliativarzt die Patientin an. Die Zweitbevollmächtigte und ihre Kinder müssen vor der Zimmertür warten. Sie hören, wie die Patientin zweimal aufgefordert wird, ihren Arm zu heben. Beim Verlassen des Zimmers erklären der Verfahrenspfleger und der Palliativarzt, die Patientin tue dies nicht und verstehe offenbar nicht, was man zu ihr sage.

Der Verfahrenspfleger versucht, den Kontakt mit der Zweitbevollmächtigten und ihrer Familie zu vermeiden. Als die Familie ihn auf dem Flur anspricht und auf die Videoaufnahmen der Willensbekundungen hinweist, entgegnet er, dies interessiere ihn nicht.

Auch der sechste Tag endet für die Patientin ohne Nahrung, Flüssigkeit und Medikamente. Es ist bereits der dritte Tag ohne jegliche parenterale Flüssigkeit, aber mit Fentanyl-Pflaster. Trotz dieser Umstände ist die Patientin sehr wach und aktiv. Sie äußert weiterhin klar ihren Willen: Sie möchte leben, ins Krankenhaus eingewiesen werden und essen und trinken.

Am Abend schreibt der Schwiegersohn einen Brief an den für den Eilantrag zuständigen Richter. Darin schildert er detailliert die Ereignisse der letzten Tage und betont, dass keine der beteiligten Personen bereit sei, den klar erkennbaren aktuellen Willen der Patientin zur Kenntnis zu nehmen oder entsprechend zu handeln. Er hebt hervor, dass die Patientin nicht an den Folgen des Schlaganfalls sterben werde, sondern als Folge des konsequenten Nicht-Handelns und des aktiv praktizierten Wegschauens der betreuenden Personen.

Zusätzlich verfasst die Oberärztin, die bereits am ersten Tag telefonisch hinzugezogen und anhand der Videos kontinuierlich über die klinische Entwicklung informiert wurde, einen

eigenen Brief an den Richter. Darin legt sie ihre neurologische Einschätzung dar. Sie kommt zu dem Schluss, dass die Patientin in der Lage ist, selbstständig zu kommunizieren und aktiv Kontakt aufzunehmen. Daher seien die in der Patientenverfügung genannten Wünsche noch nicht anzuwenden. Aus diesem Grund empfiehlt sie eine Krankenhauseinweisung zur diagnostischen Abklärung und weiteren Versorgung.

Tag 7

Am frühen Morgen des nächsten Tages meldet sich eine Kontrollbetreuerin, die nun von dem Betreuungsgericht eingesetzt wurde, bei der Familie der Zweitbevollmächtigten. Nachdem sie über die Ereignisse der vergangenen Tage informiert wurde und die Patientin persönlich im Altenheim besucht und beurteilt hat, ruft sie den Rettungsdienst und veranlasst die sofortige stationäre Aufnahme.

Im Krankenhaus bestätigt ein Schädel-CT den vermuteten linkshemisphärischen Schlaganfall. Noch am selben Tag erhält die Patientin Flüssigkeitsinfusionen. Am Folgetag bekommt sie breiige Nahrung. Ihre oralen Medikamente kann sie gemörsert mit dem Essen einnehmen. Zudem beginnen die Teams mit intensiver Schluck- und Physiotherapie.

Als eine Logopädin die Patientin zum ersten Mal füttert, zeigt sie sich überrascht über deren stabilen Zustand. Sie beschreibt, wie froh die Patientin beim Essen wirkt und dass sie – wie bereits in den letzten Tagen – klar äußert, dass sie essen und trinken möchte, und dies auch tut.

Der weitere Verlauf bis zum Tod der Patientin

Nach einem fünftägigen Krankenhausaufenthalt mit angemessener medizinischer Versorgung kehrt die Patientin ins Altenheim zurück. Dort erhält sie breiige Nahrung, weiterhin Kochsalz-Infusionen und „trinkt“ kleine Mengen Kaffee oder Cola über Mundtupfer. Sie kommuniziert über Blinzeln und schafft es nach kurzer Zeit wieder, „ja“ zu sagen und einmal ihren Schwiegersohn mit seinem Vornamen zu begrüßen.

Die Atmosphäre zwischen den Familienmitgliedern bleibt angespannt, der Kontakt mit dem Pflorgeteam schwierig. Entscheidungen zu Physio- und Ergotherapie sowie zur Ernährung führen immer wieder zu Konflikten. Zudem hält das Pflorgeteam mehrfach medizinisch angeordnete Maßnahmen nicht ein.

Sowohl das Pflorgeteam als auch die Vorsorgebevollmächtigte behaupten weiterhin, die Patientin wolle sterben und alle Maßnahmen – einschließlich der Fütterung – erfolgten gegen ihren Willen. Gleichzeitig lässt sich die Patientin aber füttern und nimmt Getränke über Mundtupfer an.

Nach etwa drei Monaten trifft die Patientin schließlich selbst die Entscheidung sterben zu wollen. Sie verweigert aktiv das Essen und kommuniziert über Blinzeln, dass sie nun bereit sei zu sterben und zu ihrem Ehemann zu gehen.

Bereits vor dieser endgültigen Essensverweigerung binden die Kontrollbetreuerin und die Zweitbevollmächtigte ein neues Palliativteam ein. Dieses lehnt jedoch aufgrund der familiären Konflikte eine weitere Behandlung ab. Dadurch wird die Patientin in den letzten neun Tagen ihrer Sterbephase ausschließlich von ihrer Familie begleitet.

Die Patientin reduziert ihre Nahrungsaufnahme zunehmend und lässt sich schließlich nur noch von ihrer Familie füttern. Fünf Tage vor ihrem Tod bespricht die Zweitbevollmächtigte mit der Kontrollbetreuerin, dass die Patientin keine Medikamente mehr mit dem Essen erhalten soll, damit sie den letzten Genuss ohne den bitteren Geschmack der Tabletten erleben kann. Einen Tag später verweigert die Patientin vollständig das Essen. Sie entwickelt generalisierte Ödeme, sodass nun auch die subkutanen Kochsalz-Infusionen nach Absprache zwischen der Zweitbevollmächtigten und der Kontrollbetreuerin abgesetzt werden.

In diesen letzten Tagen wirkt die Patientin friedlich. Ihre beiden zweitbevollmächtigten Töchter – Zweitbevollmächtigte und die dritte Tochter – sowie ihre Enkelinnen sind täglich bei ihr. Sie singen für sie, lesen ihr vor und beten mit ihr ein altes Familiengebet.

Einen Tag vor ihrem Tod wirkt die Patientin beim Atmen stark angestrengt. Die Zweitbevollmächtigte veranlasst daher in Absprache mit der Kontrollbetreuerin eine subkutane Gabe von Morphin.

Am nächsten Morgen wird die Patientin von ihrem Sohn und ihrem Bruder besucht, zu denen sie in den letzten Jahren aufgrund von Konflikten kaum Kontakt hatte. Die Zweitbevollmächtigte, ihre Kinder und die dritte Tochter verbringen diesen letzten Tag mit ihr. Die Patientin verstirbt am Abend allein, nachdem das Pflegepersonal sie für die Nacht vorbereitet hat.

Obwohl für die gesamte Familie äußerst belastend, ermöglichte diese Zeit dennoch eine friedliche Annäherung zwischen der Zweitbevollmächtigten, ihrer zweiten Schwester und ihrem Bruder. Letztlich führte sie auch zu einer Versöhnung zwischen der Patientin und ihren Kindern.

6 Diskussion

Der vorliegende Fall zeigt, wie eng rechtliche und ethische Anforderungen in der medizinischen Entscheidungsfindung miteinander verbunden sind. Ziel dieses Kapitels ist es, die wesentlichen Problemfelder des Falls der Patientin systematisch herauszuarbeiten und im Lichte der zuvor dargestellten Grundlagen zu bewerten. Im Mittelpunkt stehen dabei die Fragen, wie der Wille der Patientin zu ermitteln gewesen wäre, welche Rolle Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der konkreten Situation spielten und inwieweit das Verhalten der Beteiligten mit den Anforderungen professionellen ärztlichen Handelns vereinbar war.

6.1 Rechtliche Diskussion

6.1.1 Rechtliche Kernprobleme des Falls

Nach dem Ärztegesetz müssen Ärzt*innen ihre Patient*innen gewissenhaft und unter Wahrung ihrer Würde betreuen. Ziel ärztlichen Entscheidens und Handelns ist das Wohl der Kranken. (1) Im Fall der Patientin spricht die geschilderte Versorgung dafür, dass diese Anforderungen in mehreren Punkten nicht hinreichend beachtet wurden. Bereits am ersten Tag stellte der hinzugezogene Hausarzt die Verdachtsdiagnose eines Schlaganfalls, klärte jedoch weder die Patientin noch die anwesende Familie der Zweitbevollmächtigten über seine Einschätzung oder das weitere Vorgehen auf. Zudem veranlasste er in Rücksprache und auf Wunsch der vorsorgebevollmächtigten Tochter keine Krankenhauseinweisung und leitete aber auch keine weiterführende symptomorientierte Behandlung ein. Damit stellen sich Fragen nach der Aufklärungspflicht sowie nach der Pflicht zur Hilfeleistung – mindestens Symptomlinderung – in einer wie der beschriebenen Notfallsituation (1,2,17,24,61).

Auch der am zweiten Tag hinzugezogene Notarzt stellte nach der Falldarstellung die Verdachtsdiagnose eines Schlaganfalls und sah eine Indikation für weitere Maßnahmen wie Physio-, Ergo- und Logotherapie. Gleichwohl blieb die Patientin im Altenheim, weil die Vorsorgebevollmächtigte eine Krankenhauseinweisung ablehnte. Rechtlich zentral ist hier, dass medizinische Entscheidungen nicht allein auf die Einschätzung einer bevollmächtigten Person gestützt werden dürfen, wenn Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die betroffene Person ihren eigenen Willen äußern kann (4,6,9,41,47). Für die Ermittlung und Berücksichtigung des Willens genügt, wenn Patient*innen nicht sprechen können, bereits eine verständliche nonverbale Äußerung durch Mimik oder Gestik. Bei fraglicher Entscheidungsfähigkeit ist es stets geboten, zunächst den Willen der Patient*innen zu ermitteln (24,39–41). Das Erwachsenenschutzgesetz sieht hierfür ausdrücklich die Hinzuziehung von Personen vor, die die Kommunikation unterstützen können – im vorliegenden Fall also die zweitbevollmächtigte Tochter und die Enkeltochter (40).

Der Fall der Patientin wirft damit vor allem die Frage nach Entscheidungsfähigkeit und aktuellem Willen auf. Eine Person kann ihre Entscheidungsfähigkeit vorübergehend verlieren und später wiedererlangen; ab diesem Zeitpunkt ist ihr aktueller Wille maßgeblich (24,40,41). Dabei ist nicht erforderlich, dass Patient*innen die gesamte medizinische Situation vollständig überblicken können. Es genügt, wenn sie die Bedeutung der konkret erforderlichen Entscheidung und deren Folgen erfassen, sich hierzu einen Willen bilden und diesen äußern können – durch Sprache, Mimik oder Gestik (40). Bei der Patientin gab es wiederholt Hinweise darauf, dass sie kommunizieren wollte. Sie äußerte konsistent den Wunsch nach einer Krankenhauseinweisung und einer Behandlung, sowie den Wunsch, leben zu wollen. Sie war in der Lage, durch semantisch kodiertes Blinzeln das Verlangen nach Nahrung und Flüssigkeit klar und konsistent mitzuteilen. Dies wurde von Menschen berichtet, die es gewohnt waren, mit der Patientin zu kommunizieren. Damit wäre zumindest eine persönliche Überprüfung der Entscheidungsfähigkeit durch die involvierten Ärzte (Hausarzt und Notärzte) im Rahmen der Wahrung ihrer Sorgfaltspflicht und entsprechend des Erwachsenenschutzgesetzes unabdingbar gewesen (1,2,10,24,40).

Besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang dem Verhältnis zwischen aktuellem Willen, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht zu. Die Patientenverfügung ist solange der Ermittlung des Patient*innenwillens zugrunde zu legen, wie Patient*innen ihren Willen nicht selbst äußern können; sie tritt jedoch hinter den aktuell geäußerten Willen einer wieder entscheidungsfähigen Person zurück. Dieser aktuell geäußerte Wille hat damit stets Vorrang vor allen zuvor schriftlich niedergelegten Erklärungen. (3,4,6,35,40,47) Gleiches gilt für die Vorsorgevollmacht: Sie dient der Umsetzung des Willens der vertretenen Person, nicht seiner Ersetzung. Wie die Patientenverfügung verliert auch sie ihre Wirksamkeit, sobald die vertretene Person ihren Willen wieder verständlich äußern kann und im betreffenden Zusammenhang entscheidungsfähig ist – eine im vorliegenden Fall gegebene Voraussetzung. (40) Mit der Wiedererlangung der Fähigkeit, ihren Willen zu äußern, war ein schematischer Verweis auf frühere schriftliche Dokumente unzulässig; eine alleinige Orientierung an diesen Dokumenten verletzt die gebotene Sorgfalt und steht einem würdevollen Umgang mit schwer kranken Menschen entgegen. Zudem sind sowohl Patientenverfügung als auch Vorsorgevollmacht widerruflich und im Kontext der konkreten Situation auszulegen (3,6,35,40).

Rechtlich besonders problematisch erscheint im Fall der Patientin auch der Umgang mit dem Thema Ernährung, Flüssigkeitsgabe und symptomorientierter Behandlung. Die Verweigerung von Nahrung und Flüssigkeit trotz wiederholt geäußerten Wunsches der Patientin wirft gewichtige rechtliche Fragen auf. Im Rahmen des 2-Säulen-Modells setzt eine zulässige medizinische Entscheidung sowohl eine medizinische Indikation als auch die Einwilligung oder

Ablehnung der Patient*innen voraus (32,35,47). Unabhängig davon entspricht die Gewährung von Nahrung und Flüssigkeit, wenn ein Mensch Hunger und Durst äußert, der Befriedigung eines menschlichen Grundbedürfnisses und darf nicht vorenthalten werden. Sofern Patient*innen Nahrung und Flüssigkeit wünschen und entsprechende Unterstützung annehmen, wie im vorliegenden Fall, ist eine medizinische und pflegerische Basisversorgung geboten, die auch die Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit einschließt (50,54,55). Die Vorsorgebevollmächtigte hatte in dieser Situation kein Einspruchsrecht, und auch die ablehnenden Inhalte der Patientenverfügung hatten zu diesem Zeitpunkt keine Bedeutung. Gleichmaßen ist die Gabe eines Opiats ohne erkennbare Symptome medizinisch nicht indiziert, daher eine Körperverletzung und eine strafbare Handlung. Im Rahmen palliativmedizinischer Versorgung ist die Verabreichung von Opiaten ausschließlich bei vorliegender Symptomatik – insbesondere Schmerz oder Atemnot – gerechtfertigt; eine Therapie ohne Indikation ist unzulässig. Das aktive Einleiten oder Beschleunigen eines Sterbeprozesses, wie im vorliegenden Fall mittels einer nicht indizierten Opiatgabe durch das Palliativteam, ist rechtlich wie ethisch unzulässig und strafbar. Die Aufgabe eines Palliativteams besteht in der fürsorglichen Begleitung von Menschen am Lebensende und der Linderung belastender Symptome (CTC), sodass zunächst ein gutes Leben am Ende des Lebens und schließlich ein möglichst friedvoller Sterbeprozess ermöglicht werden kann. (1,2,36,50,55)

Insgesamt zeigt der Fall der Patientin mehrere rechtliche Kernprobleme auf: die unterlassene bzw. unzureichende Prüfung der Entscheidungsfähigkeit, die fehlende eigenständige Ermittlung des aktuellen Willens der Patientin, die problematische Umsetzung der in der Patientenverfügung festgehaltenen Wünsche sowie die unkritische Übernahme der Forderungen der Vorsorgebevollmächtigten, die keine Entscheidungsbefugnis hatte. Hinzu kommen das Unterlassen medizinisch indizierter Maßnahmen und eine unangemessene und strafbare palliativmedizinische Behandlung (Verweigerung von Nahrung und Flüssigkeit bei bestehendem Wunsch der Patientin, Durchführung einer nicht indizierten Opiattherapie). Diese Versäumnisse führten zu einer Unterversorgung der Patientin und weisen auf erhebliche Wissensdefizite und Unsicherheiten im Vorgehen der beteiligten Fachkräfte hin. Sie berühren und verletzen den Kern des gesetzlich geschützten Selbstbestimmungsrechts der Patientin (6,26,27,39,40).

6.1.2 Entscheidungsprozesse, Verantwortung und Einflussnahme

Neben den materiell-rechtlichen Fragen ist die Struktur der Entscheidungsfindung selbst rechtlich relevant. Im Fall der Patientin nahm die Vorsorgebevollmächtigte erheblichen Einfluss auf den weiteren Verlauf. Handlungsleitend für die betreuenden medizinischen Fachkräfte hätte jedoch nicht die persönliche Einschätzung der Vorsorgebevollmächtigten sein dürfen, sondern ausschließlich der Wille und die Wertvorstellungen der vertretenen Person (40). Deren Einbringung wäre zugleich Aufgabe der Vorsorgebevollmächtigten gewesen. Sobald die betroffene Person wieder eigene Präferenzen äußern kann, tritt die Vertretungsfunktion in den Hintergrund (4,24,35,39,40). Dies ist vom ärztlichen Team regelmäßig zu evaluieren, insbesondere wenn Vertrauenspersonen der Patientin deren Entscheidungsfähigkeit bestätigen und konkrete Wünsche der Patientin kommunizieren. Eine fürsorgliche und würdevolle Begleitung schwer kranker Patient*innen erfordert in solchen Situationen einen kritischeren Umgang mit innerfamiliären Konflikten.

Auffällig ist, dass die versorgenden medizinischen Teams den Forderungen der Vorsorgebevollmächtigten offenbar unkritisch nachkamen, ohne den Willen oder die Entscheidungsfähigkeit der Patientin selbst zu prüfen. Diese Prüfung gehört jedoch zum rechtlichen und professionellen Verantwortungsbereich der behandelnden Ärzt*innen und des Pflegepersonals; sie kann nicht auf Angehörige oder Bevollmächtigte verlagert werden (1,9,40,41,47,61). Wenn Zweifel an der Entscheidungsfähigkeit, an der Reichweite der Vollmacht oder an der Übereinstimmung zwischen Vertreter*innenentscheidung und Patient*innenwillen bestehen, verlangt das Erwachsenenschutzrecht eine besonders sorgfältige Prüfung (9,40,47). Wenn Stellvertreter*innen nicht im Sinne der vertretenen Person entscheiden, muss zudem ein Entzug der Vertretungsbefugnis oder die Bestellung einer anderen Vertretung veranlasst werden (35,40) – wie im vorliegenden Fall sehr verzögert geschehen.

Vor diesem Hintergrund ist auch der Umgang mit der Familie der Zweitbevollmächtigten bedeutsam. Nach der Falldarstellung verfügten die Zweitbevollmächtigte und ihr Ehemann nicht nur über ärztliche Fachkenntnisse, sondern auch über biografisches Wissen zur Patientin. Solche Informationen sind für die Ermittlung des aktuellen oder mutmaßlichen Willens von erheblicher Bedeutung und hätten daher in die Beurteilung einbezogen werden müssen (4,5,8,9,16,24,28,40,62). Dass Hinweise auf Kommunikationsfähigkeit, Behandlungswillen, Hunger und Durst sowie frühere Wertvorstellungen der Patientin über mehrere Tage hinweg weitgehend unberücksichtigt blieben, deutet auf ein schweres Defizit des ärztlich geleiteten Entscheidungsprozesses hin. Dies stellt sowohl eine Verletzung der Sorgfaltspflicht als auch der Verpflichtung zur Hilfeleistung und Fürsorge dar und ist sowohl rechtlich wie ethisch kritisch zu bewerten.

Auch die spätere Einschaltung des Palliativteams sowie der gerichtlichen und polizeilichen Stellen änderte an dieser Grundproblematik zunächst wenig. Nach der Falldarstellung wurde der Wille der Patientin weiterhin nicht eigenständig ermittelt, obwohl entsprechende Hinweise vorlagen. Der Fall zeigt damit, dass sich die Verantwortung der Fachkräfte gegenüber der Patientin faktisch auf eine einzelne Angehörige verschob. Eine solche Verschiebung auf eine in dieser Situation nicht vertretungsberechtigte Vorsorgebevollmächtigte nahm der Patientin ihr Grundrecht auf eine angemessene palliative Versorgung und ist mit den rechtlichen Anforderungen an eine indikationsgeleitete und am Willen der betroffenen Person ausgerichtete Entscheidungsfindung nicht vereinbar (1,24,32,40,51,63).

6.2 Ethische Diskussion

6.2.1 Ethische Bewertung anhand zentraler Prinzipien

Der Fall der Patientin ist nicht nur rechtlich, sondern auch ethisch in mehrfacher Hinsicht problematisch. Schon von Engelhardts Hinweis, dass nicht alles, was juristisch nicht verboten ist, deshalb auch ethisch vertretbar sei, macht deutlich, dass medizinisches Handeln mehr verlangt als bloße Normbefolgung (17). Für die ethische Bewertung bietet zunächst das Georgetown-Mantra mit den vier Prinzipien **Autonomie**, **Wohltun**, **Schadensvermeidung** und **Gerechtigkeit** einen geeigneten Rahmen (11,16,18,26,27,37).

Im Zentrum des Falls steht das Prinzip der **Autonomie**. Die Patientin erscheint im geschilderten Verlauf über weite Strecken nicht als Subjekt einer fortlaufend zu erkundenden Entscheidung, sondern als Spielball fremder Entscheidungen. Dies steht im Spannungsverhältnis zu einem Verständnis von Autonomie, das auf Aufklärung, Einwilligung und respektvolle Einbeziehung von Patient*innen in den medizinischen Entscheidungsprozess basiert – unabhängig ihrer Entscheidungsfähigkeit (16,26,27,35,37,38,51,62). Dass die Patientin nach der Darstellung ihrer Familie wiederholt versuchte, ihren Willen nonverbal zu äußern und nicht gehört wurde, verstärkt diese Problematik und stellt eine Verletzung ihres Rechts auf Autonomie dar. Es entspricht zudem nicht den Regeln eines *shared decision makings* (16,38,48).

Im Sinne relationaler Autonomie hätte es nahegelegen, die Familie nicht selektiv, sondern differenziert in die ärztliche Entscheidungsfindung einzubeziehen, im Bemühen den Willen der Patientin besser zu verstehen und danach handeln zu können (16,52,62).

Ebenso betroffen sind die **Prinzipien des Wohltuns und der Schadensvermeidung**. Ärztliches und pflegerisches Handeln soll Leid lindern, Schaden vermeiden und sich am Wohl der Patient*innen orientieren (1,5,11,18,24,26–28,36,50,54,55,64). Im vorliegenden Fall spricht die geschilderte Versorgung jedoch eher dafür, dass notwendige Unterstützung, symptomorientierte Maßnahmen und basale Fürsorge über mehrere Tage nicht gewährt wurden. Hunger, Durst, Unsicherheit sowie das Ausbleiben einer angemessenen medizinischen Abklärung und Behandlung können als vermeidbare Belastungen verstanden werden, die mit einer fürsorglichen Begleitung nicht vereinbar sind und sowohl der Patientin als auch ihrer Familie Schaden zufügten. Vor diesem Hintergrund ist bemerkenswert, dass die Patientin über einen so langen Zeitraum ohne Ernährung und Flüssigkeit auskam – dies war vermutlich ihrem ausgeprägten Lebenswillen zuzuschreiben. Dass sie schließlich selbst entschied, nichts mehr zu essen und zu trinken und kurz darauf im Kreis ihrer Familie verstarb, wurde von den meisten Angehörigen als tröstlich wahrgenommen.

Auch das **Gerechtigkeitsprinzip** ist bei diesem Fall berührt. Gerechtigkeit bedeutet im medizinischen Kontext nicht nur eine gerechte Ressourcenverteilung, sondern vor allem, Patient*innen die Behandlung zukommen zu lassen, die ihrer individuellen Situation entspricht – „Suum cuique“ (31) –, also angemessen, verhältnismäßig und auf der Grundlage eines realistischen Therapieziels streng indiziert ist (26,27,31,33,46). Der Fall der Patientin wirft daher die Frage auf, ob ihr der Zugang zu einer angemessenen diagnostischen, palliativen oder rehabilitativen Versorgung in ausreichendem Maß eröffnet wurde. Da medizinisch angezeigte Optionen nicht einmal ergebnisoffen geprüft wurden, handelt es sich hier um Untertherapie, die ethisch ebenso problematisch ist wie eine Übertherapie.

Gerade hier zeigt sich erneut die Relevanz des **2-Säulen-Modells** (32,35,47). Ethisch verantwortliche Entscheidungen können weder allein aus der medizinischen Indikation noch allein aus den Vorstellungen Dritter abgeleitet werden. Sie setzen die sorgfältige Prüfung beider Säulen voraus. Im Fall der Patientin spricht vieles dafür, dass weder die Indikation systematisch neu bewertet noch der aktuelle Wille hinreichend erhoben wurde. Die ethische Problematik liegt damit nicht nur im Ergebnis, sondern bereits in der Struktur des Entscheidungsprozesses.

6.2.2 Kommunikation, Fürsorge und professionelle Haltung

Über die Prinzipienethik hinaus macht der Fall der Patientin deutlich, dass medizinische Ethik immer auch eine Frage professioneller Haltung ist. Zahlreiche ethische und professionsbezogene Texte betonen, dass ärztliches und pflegerisches Handeln sich an Menschlichkeit, Respekt, Würde, Schutzbedürftigkeit und Loyalität gegenüber den Patient*innen orientieren muss (1,6,10–15,19–21,24,25,28,29,36,49–51,60,65). Zuwendung und Liebe werden ausdrücklich als zentrale Elemente ärztlichen Handelns genannt (17,18). Die Grundhaltung besteht darin, andere Menschen so zu behandeln, wie man selbst behandelt werden möchte (20). Gerade bei alten, multimorbiden oder kommunikativ eingeschränkten Menschen gewinnt diese Haltung besondere Bedeutung.

Aus dieser Haltung folgt, dass ein großes Ausmaß an Hilfs- und Schutzbedürftigkeit kranker Menschen nicht dazu führen darf, dass ihnen eine angemessene Behandlung verweigert wird. Auch darf ihr Unvermögen zu sprechen nicht zur grundsätzlichen Verweigerung jeglicher Form von Kommunikation führen und ihr Unvermögen zu essen nicht zur Verweigerung von Nahrung und Flüssigkeit. Vielmehr sollen Ärzt*innen und Pflegekräfte Fürsprecher*innen ihrer Patient*innen sein (25,66). Im Fall der Patientin wurden sie aber zu Fürsprecher*innen der Vorsorgebevollmächtigten.

Für den vorliegenden Fall heißt das zunächst: Kommunikation darf nicht auf verbale Sprache verengt werden. Wenn Patient*innen nur eingeschränkt sprechen können, müssen auch nonverbale Ausdrucksformen (Mimik, Gestik) ernst genommen und in den Entscheidungsprozess einbezogen werden. Der geschilderte Umgang mit dem semantisch kodierten Blinzeln und anderen Kommunikationsversuchen der Patientin deutet jedoch darauf hin, dass alternative Ausdrucksformen nicht in dem Maß berücksichtigt wurden, wie es ethisch und rechtlich geboten gewesen wäre. Gerade weil ein Mensch nicht sofort oder eindeutig verstanden wird, entsteht die Pflicht, sich um Verstehen zu bemühen.

Ebenso fällt beim vorliegenden Fall auf, dass biografische Informationen und vertraute Perspektiven der Angehörigen nur unzureichend als Ressource genutzt wurden. Eine beziehungsorientierte Medizin nimmt Patient*innen nicht isoliert wahr, sondern als Teil eines sozialen Gefüges (5,9,16,23,36,51,52,62). Das Konzept der *relationalen Autonomie* (16) weist auf diese gegenseitige Verbundenheit und auch Angewiesenheit von Hilfebedürftigen und Hilfegebenden hin. Besonders bei erschwelter Kommunikation kann das Einbeziehen nahestehender Personen helfen, um Wertvorstellungen, frühere Äußerungen (Patientenverfügung) und aktuelle Bedürfnisse (Essen, Trinken, angemessene Behandlung) besser zu verstehen. Aber auch um aktuelle Äußerungen durch Mimik und Gestik besser zu interpretieren. (4–6,10,11,26,30,38,41,52)

Im Fall der Patientin wäre dies besonders naheliegend gewesen, weil die Familie der Zweitbevollmächtigten sowohl Nähe zur Patientin als auch medizinische Fachkenntnisse einbrachte, welche auch im Sinne des Genfer Gelöbnisses Beachtung hätten finden sollen (14).

Ethisch bedeutsam ist ferner die professionelle Rolle der behandelnden Ärzt*innen und Pflegekräfte. Sie sind nicht bloß Ausführende familiärer Wünsche, sondern tragen eine eigene Verantwortung für Indikation, Fürsorge, Kommunikation und kritische Reflexion. Der Fall der Patientin legt nahe, dass diese Verantwortung zumindest zeitweise zu stark an die vorsorgebevollmächtigte Tochter abgegeben wurde. Damit verlagerte sich die Loyalität faktisch weg von der Patientin und hin zu einer externen Deutung ihrer Situation. Ethisch erforderlich gewesen wäre dagegen eine Haltung, die unterschiedliche Perspektiven anhört, die eigene Einschätzung überprüft und die Bedürfnisse der Patientin in den Mittelpunkt stellt.

Gerade bei Unsicherheit hätte außerdem mit größerer Vorsicht und Reversibilität gehandelt werden müssen. Hierzu passen sowohl der Grundsatz *in dubio pro vita* (7,8,37,54) als auch das Konzept des „Time-Limited Trial“ (7), also einer zeitlich begrenzten Behandlung mit anschließender Neubewertung. Für den Fall der Patientin hätte ein solches Vorgehen die Möglichkeit eröffnet, medizinische Versorgung, Basismaßnahmen und Kommunikation zunächst zu sichern und den weiteren Weg anschließend auf einer tragfähigeren Grundlage zu entscheiden.

Insgesamt zeigt der Fall der Patientin somit nicht nur Defizite einzelner Entscheidungen, sondern eine breitere ethische Problematik: Die Patientin wurde nicht durchgehend als Person mit eigener Würde, eigener Lebensgeschichte und eigenem Willen wahrgenommen. Genau darin liegt jedoch der Kern einer Medizin, die schützen, Hilfe leisten, fürsorglich begleiten und Leiden mindern soll.

7 Der Fall der Patientin als Wegweiser – ein Lösungsvorschlag

7.1 Zentrale Lehren aus dem Fall

Der Fall der Patientin macht deutlich, dass problematische Entwicklungen am Lebensende selten auf eine einzige Ursache zurückzuführen sind. Vielmehr entstand die belastende Versorgungssituation hier aus dem Zusammenwirken mehrerer Faktoren: unzureichender Kommunikation, fehlender oder verspäteter Willensermittlung, unsicherer Anwendung rechtlicher Instrumente, mangelnder interprofessioneller Abstimmung und geringer Bereitschaft, getroffene Entscheidungen kritisch zu überprüfen. Gerade dieses Zusammenspiel verlieh dem Fall seine Dynamik und trug dazu bei, dass die Patientin nicht rechtzeitig die Versorgung erhielt, die ihrem Zustand und ihrem geäußerten Willen besser entsprochen hätte.

Eine erste zentrale Lehre betrifft die Entscheidungsfähigkeit. Der Fall zeigt, dass sie nicht als starre Eigenschaft verstanden werden darf, sondern fortlaufend und situationsbezogen geprüft werden muss (6,26,42). Sobald Anzeichen dafür bestehen, dass Patient*innen wieder verstehen, zustimmen, ablehnen oder Bedürfnisse mitteilen können, muss der aktuelle Wille erneut in den Mittelpunkt rücken (3,4,6,8,26,37,42). Frühere Dokumente dürfen dann nicht starr fortgeschrieben und als Handlungsgrundlage beibehalten werden.

Eine zweite Lehre betrifft die Rolle von Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung. Der Fall der Patientin verdeutlicht, dass diese Instrumente die Selbstbestimmung sichern sollen, sie aber nicht ersetzen dürfen. Ihre rechtlich und ethisch angemessene Anwendung setzt eine sorgfältige Prüfung der konkreten Situation voraus (6,11,48); andernfalls kann ein Schutzinstrument in eine Quelle von Fremdbestimmung umschlagen. Gerade in konflikthaften Familiensituationen reicht es deshalb nicht aus, sich ausschließlich auf die Aussagen einer einzelnen bevollmächtigten Person zu stützen, insbesondere wenn deren Mitsprache- und Entscheidungsbefugnis kritisch hinterfragt werden muss.

Eine dritte Lehre betrifft die Kommunikation. Im Fall der Patientin wurden Hinweise aus dem familiären Umfeld, nonverbale Äußerungen und biografische Informationen nicht in dem Maß gewürdigt, wie es für eine tragfähige Entscheidungsfindung erforderlich gewesen wäre (5,10,11,18,25,26,38,40,49,51,52,62). Gute Versorgung in vulnerablen Situationen setzt jedoch voraus, dass Kommunikation immer wieder aktiv gesucht und nicht ausschließlich auf Sprache im engeren Sinn reduziert wird. Nur über die Bereitschaft aller beteiligten Personen zu einer fürsorglichen und unmissverständlichen Kommunikation können Missverständnisse verhindert werden.

Schließlich zeigt der Fall der Patientin, dass medizinische Versorgung auch in palliativen oder hochbetagten Situationen nicht auf passives Zuwarten reduziert werden und schon gar nicht

auf eine aktive Beschleunigung des Sterbeprozesses abzielen darf. Eine Abkehr von kurativen Zielen rechtfertigt nicht die Aufgabe basaler Fürsorge. Vielmehr bleiben Basisversorgung, Symptomlinderung, sorgfältige Beobachtung und regelmäßige Neubewertung zentrale Aufgaben, so wie es das Konzept der Therapiezieländerung vorsieht. (5,7,11,17,34,38,48,49,54,55,67) Der Fall der Patientin wird damit zu einem Wegweiser, weil er exemplarisch sichtbar macht, wie eng rechtliche Präzision, ethische Sensibilität und kommunikative Kompetenz miteinander verbunden sind.

7.2 Handlungsempfehlungen für vergleichbare Situationen

Aus dem vorliegenden Fall der Patientin lassen sich mehrere konkrete Handlungsempfehlungen ableiten.

Erstens sollte in komplexen Situationen frühzeitig eine offene und strukturierte Gesprächsführung etabliert werden. Dazu gehört, dass medizinisches Personal, Pflege, Angehörige und – soweit möglich – die betroffene Person selbst in einen transparenten Austausch eintreten. Bei Spannungen im familiären Umfeld können moderierte Gespräche, ethische Fallbesprechungen oder externe Vermittlung helfen, vorschnelle Verengungen des Blicks zu vermeiden (6,20,22,28,30,40,49,64).

Zweitens sollte die Entscheidungsfähigkeit bei relevanten Veränderungen des Gesundheitszustands ausdrücklich neu geprüft und dokumentiert werden. Dies gilt besonders dann, wenn Patient*innen nach einer akuten Verschlechterung wieder in begrenzter Form kommunizieren oder Präferenzen äußern können (6,26,42). Eine solche Neubewertung schafft nicht nur rechtliche Klarheit, sondern verhindert auch, dass frühere Annahmen unreflektiert fortgeschrieben werden.

Drittens bedarf der Umgang mit Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht einer kontextbezogenen Auslegung. Beide Instrumente müssen auf die konkrete Lage bezogen und mit dem aktuell erkennbaren Willen abgeglichen werden (3,4,6,8,11,37,41,48,61). Bestehen begründete Zweifel daran, ob eine bevollmächtigte Person tatsächlich den Willen der vertretenen Person umsetzt, sollte frühzeitig geprüft werden, ob gerichtliche Unterstützung oder eine andere Form institutioneller Kontrolle erforderlich ist, gegebenenfalls bis hin zur Entziehung der Vorsorgevollmacht (6,37,61).

Viertens sollte eine medizinische und pflegerische Grundversorgung, die den Wünschen und Wertvorstellungen der Patient*innen entspricht, in jeder Phase einer Erkrankung gesichert bleiben. Nahrung, Flüssigkeitsgabe, symptomorientierte Therapie, Mobilisation sowie gegebenenfalls logopädische, rehabilitative oder palliative Maßnahmen dürfen nicht deshalb unterbleiben, weil die Situation unübersichtlich oder konfliktbehaftet ist (7,54,55). Gerade der Fall der Patientin zeigt, wie wichtig es ist, zwischen Therapiezieländerung hin zu einer palliativen Therapie und einer Unterversorgung bzw. Aufgabe von Fürsorge zu unterscheiden.

Fünftens empfiehlt sich in Situationen mit Unsicherheit oder uneinheitlichen Einschätzungen ein Vorgehen nach dem Prinzip des „Time-Limited Trial“ (7). Eine zeitlich begrenzte Behandlung mit definierter Neubewertung kann helfen, ethische und rechtliche Konflikte zu entschärfen, ohne vorschnell irreversible Entscheidungen zu treffen. Für Fälle wie jenen der Patientin bietet dieses Modell eine praktikable Möglichkeit, Indikation, Reaktion auf Maßnahmen und Patient*innenwillen im Verlauf besser miteinander abzugleichen.

Sechstens sollte schließlich institutionell stärker in rechtliche und ethische Fortbildung investiert werden. Der Fall der Patientin macht deutlich, dass Unsicherheit im Umgang mit Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Entscheidungsfähigkeit, palliativer Versorgung und Kommunikation erhebliche negative Folgen haben kann. Am meisten Schaden nehmen dabei die betroffenen Patient*innen. Fälle wie der hier beschriebene können auch eine traumatisierende Erfahrung sowohl für die An- und Zugehörigen als auch für die involvierten medizinischen Behandlungsteams sein. Eine Kultur der Verantwortung entsteht nicht allein durch Normen, sondern durch angewandtes Wissen, Reflexion und geübte Zusammenarbeit.

8 Konklusion

Diese Arbeit ging von der Leitfrage aus, ob eine Vorsorgevollmacht der bevollmächtigten Person volle Macht über das Leben der vertretenen Person verleiht. Die Analyse des Falls der Patientin zeigt deutlich, dass diese Frage zu verneinen ist. Eine Vorsorgevollmacht ist kein Instrument uneingeschränkter Herrschaft, sondern ein Mittel zur Wahrung der Selbstbestimmung. Ihre Funktion besteht darin, den Willen der vertretenen Person umzusetzen, nicht darin, ihn zu ersetzen. Solange die betroffene Person entscheidungsfähig ist oder ihren aktuellen Willen hinreichend erkennbar äußern kann, bleibt dieser Wille maßgeblich und handlungsleitend – auch gegenüber früheren schriftlichen Festlegungen und gegenüber Entscheidungen einer bevollmächtigten Person.

Gerade deshalb ist das Wort „Macht“ im Begriff der Vorsorgevollmacht ambivalent. Es verweist auf reale Entscheidungsbefugnisse, die dem Schutz der betroffenen Person dienen sollen, zugleich aber auch missverstanden oder fehlgeleitet ausgeübt werden können. Der Fall der Patientin verdeutlicht diese Ambivalenz in besonderer Weise. Nach der hier vorgenommenen Analyse wurde ihr aktueller Wille nicht mit der gebotenen Sorgfalt erhoben, ihre Entscheidungsfähigkeit nicht fortlaufend geprüft und ihre Versorgung nicht konsequent an Indikation und Selbstbestimmung ausgerichtet. Damit trat an die Stelle einer vorsorgenden Vertretung eine Form der Entscheidungsverschiebung, die rechtlich und ethisch hoch problematisch erscheint.

Die Arbeit zeigt zugleich, dass rechtliche und ethische Grundlagen nur dann Schutz entfalten, wenn sie im konkreten Handeln wirksam werden. Dokumente wie Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung genügen für sich genommen nicht. Sie müssen ausgelegt, auf die Situation bezogen und mit dem aktuellen Willen der Patient*innen in Einklang gebracht werden. Dazu bedarf es offener und fürsorglicher Kommunikation, sorgfältiger Willensermittlung, medizinischer und pflegerischer Verantwortung sowie einer Haltung, die Empathie und professionelle Distanz miteinander verbindet.

Drei Elemente erweisen sich dabei als besonders wichtig: eine offene und respektvolle Kommunikation, ein empathischer Umgang mit vulnerablen Menschen und die ernsthafte Bereitschaft, die Situation im Sinne des Willens, der Würde und des Wohls der Patient*innen zu verbessern. Der Fall der Patientin macht sichtbar, welche Folgen es haben kann, wenn diese Voraussetzungen fehlen. Zugleich zeigt er, dass eine menschenwürdige Versorgung dort möglich bleibt, wo Recht, Ethik und professionelle Fürsorge nicht gegeneinander ausgespielt, sondern miteinander verbunden werden.

Das Wortspiel im Titel dieser Arbeit – „Vorsorgevollmacht – Vorsorge oder volle Macht?“ – lässt sich damit abschließend klar beantworten: Eine Vorsorgevollmacht verleiht der bevollmächtigten Person nicht die volle Macht über das Leben der vertretenen Person. Sie

verpflichtet vielmehr dazu, den Willen, die Würde und das Wohl der vertretenen Person zu schützen.

Literaturverzeichnis

1. Republik Österreich. Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – ÄrzteG 1998) [Internet]. 1998 [zitiert 8. Juni 2026]. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/geltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011138>.
2. Republik Österreich. Bundesgesetz vom 23. Jänner 1974 über die mit gerichtlicher Strafe bedrohten Handlungen (Strafgesetzbuch – StGB) [Internet]. 1974 [zitiert 8. Juni 2026]. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002296>.
3. Republik Österreich. Bundesgesetz über Patientenverfügungen (Patientenverfügungsgesetz – PatVG) [Internet]. 2006 [zitiert 8. Juni 2026]. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004723>.
4. Bundesärztekammer, Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer. Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis [Internet]. 2010 [zitiert 26. Juni 2025]. Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/Patientenverfuegung_und_Vollmacht_Empfehlungen_BAeK-ZEKO_DAE1.pdf.
5. Gesundheit Österreich GmbH. Hospizkultur und Palliative Care für Erwachsene in der Grundversorgung Praxisleitfaden [Internet]. Wien: Gesundheit Österreich GmbH; 2018 [zitiert 26. Juni 2025]. Verfügbar unter: https://www.sozialministerium.gv.at/dam/jcr:807dbf0e-3653-4ee0-8ac3-65cb145df317/hospizkultur_und_palliative_care_fuer_erwachsene_in_der_grundversorgung_praxisleitfaden_0-fehler.pdf.
6. Körtner U, Kopetzki C, Kletečka-Pulker M, Kaelin L, Dinges S, Leitner K. Rechtliche Rahmenbedingungen und Erfahrungen bei der Umsetzung von Patientenverfügungen Folgeprojekt zur Evaluierung des Patientenverfügungsgesetzes (PatVG) [Internet]. 2014 [zitiert 26. Juni 2025]. Verfügbar unter: https://iirm.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/i_iirm/Projekte/Endbericht-Studie_Patientenverfuegung_PatVG_II_15.12.2014.pdf.
7. Spittler JF, Fritscher-Ravens A. Der Patientenwille zwischen Rechtsprechung, ärztlicher Sachlichkeit und Empathie. Dtsch Med Wochenschr. 2001;126(33):925–8.
8. Pleschberger S. Universum Innere Medizin. Von Sinn und Unsinn der Vorausplanung Advance Care Planning [Internet]. 2017 [zitiert 26. Juni 2025]. Verfügbar unter: <https://www.medmedia.at/univ-innere-medizin/advance-care-planning/>.
9. Ellger B, Kelbel C, Bösel J. SOP Therapiezieländerung. Intensivmed up2date. 2017;13(4):351–4.
10. Mattli J, Knirsch U, Klesse R, Vuilleumier-Koch S. Zur Bedeutung des Hippokratischen Eides in der heutigen Zeit. Schweizerische Ärztezeitung. 2016;97(23):854–6.
11. Sass HM. Die wachsende Bedeutung von medizinischer Ethik in Versorgung und Forschung. Wien Med Wochenschr. 2009;159(17–18):439–51.
12. Montgomery FU, Parsa-Parsi RW, Wiesing U. Das Genfer Gelöbnis des Weltärztebunds Revidiert unter Leitung der Bundesärztekammer. Ethik Med. 2018;30(1):67–9.

13. World Medical Association. WMA Deklaration von Helsinki - Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen [Internet]. Berlin; 2013 deutsche Übersetzung: 2019 [zitiert 26. Juni 2025]. Verfügbar unter:
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Helsinki_2013_20190905.pdf.
14. Vereinte Nationen - UNRIC. Allgemeine Erklärung der Menschenrechte [Internet]. 1948 [zitiert 26. Juni 2025]. Verfügbar unter:
<https://unric.org/de/allgemeine-erklaerung-menschenrechte/>.
15. Maier BO, Sitte T. Grundlagen und Versorgungsstrukturen. In: Thöns M, Sitte T, Herausgeber. Repetitorium Palliativmedizin Zur Vorbereitung auf die Prüfung Palliativmedizin. 4. Aufl. Berlin: Springer; 2023. S. 1–14.
16. Wallner J. Organisation medizinischer Entscheidungen am Lebensende. Intensivmed Notfallmed. 2010;47:49–54.
17. von Engelhardt D. Zur Systematik und Geschichte der Medizinischen Ethik. In: von Engelhardt D, Herausgeber. Ethik im Alltag der Medizin Spektrum der Disziplinen zwischen Forschung und Therapie. 2., erw. Aufl. Basel: Springer Basel AG; 1996. S. 1–16.
18. Wehkamp K, Wehkamp KH. Ethikmanagement im Krankenhaus Unternehmens- und Wertekultur als Erfolgsfaktor für das Krankenhaus. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2017.
19. Hansen KJ. Elemente ethischer Leitlinien im Dasein als Patient (Erwartungen und Tugenden). In: von Engelhardt D, Herausgeber. Ethik im Alltag der Medizin Spektrum der Disziplinen zwischen Forschung und Therapie. 2., erw. Aufl. Basel: Springer Basel AG; 1996. S. 295–304.
20. Hartmann F. Sittliche Spannungslagen ärztlichen Handelns. In: von Engelhardt D, Herausgeber. Ethik im Alltag der Medizin Spektrum der Disziplinen zwischen Forschung und Therapie. 2., erw. Aufl. Basel: Springer Basel AG; 1996. S. 17–29.
21. Pribilla O. Der Arzt zwischen Recht und Ethik. In: von Engelhardt D, Herausgeber. Ethik im Alltag der Medizin Spektrum der Disziplinen zwischen Forschung und Therapie. 2., erw. Aufl. Basel: Springer Basel AG; 1996. S. 279–293.
22. World Health Organization (WHO). Constitution of the World Health Organization [Internet]. 1946 [zitiert 26. Juni 2025]. Verfügbar unter:
<https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>.
23. Universität Augsburg - Medizinische Psychologie und Soziologie. Bio-Psycho-Soziales Krankheitsmodell [Internet]. ohne Datum [zitiert 26. Juni 2025]. Verfügbar unter:
<https://www.uni-augsburg.de/de/fakultaet/med/profs/medpsych/schwerpunkte-lehre/bps/>.
24. Williams JR. Handbuch der ärztlichen Ethik. Ferney-Voltaire, Frankreich: World Medical Association; 2005.
25. International Council of Nurses (ICN). The ICN Code of Ethics for Nurses [Internet]. Genf; 2021 veröffentlicht online 2023 [zitiert 26. Juni 2025]. Verfügbar unter:
https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_Code-of-Ethics_EN_Web.pdf.
26. Rahbar K. ETHICA RATIONALIS. Die vier Prinzipien ethischen Handelns in der Medizin [Internet]. 2010 [zitiert 26. Juni 2025]. Verfügbar unter:
<https://ethica-rationalis.org/die-vier-prinzipien-ethischen-handelns-in-der-medizin/>.
27. Iserson KV. Principles of biomedical ethics. Emerg Med Clin N Am. 1999;17(2):283–306.

28. Europarat - Ausschuss für Bioethik (DH-BIO). Leitfaden zum Prozess der Entscheidungsfindung zur medizinischen Behandlung am Lebensende [Internet]. Straßburg; 2014 [zitiert 26. Juni 2025]. Verfügbar unter: https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/09_End%20of%20Life/Guide/Guide%20FDV%20deutsch.pdf.
29. Friesenecker B, Fruhwald S, Roden C, ARGE Ethik der ÖGARI. Erweiterte Nomenklatur und Terminologie rund um die Situationen am Lebensende. Anästhesie Nachrichten. 2023;5(2):134–7.
30. Hippokratische Gesellschaft Schweiz. Der hippokratische Eid [Internet]. ohne Datum [zitiert 26. Juni 2025]. Verfügbar unter: <https://hippokrates.ch/wichtige-texte/eid-des-hippokrates/>.
31. Proverbia iuris. Proverbia iuris. Suum cuique [Internet]. ohne Datum [zitiert 26. Juni 2025]. Verfügbar unter: <https://www.proverbia-iuris.de/suum-cuique/>.
32. Trzeciak S. Der Palliativpatient als Notfallpatient Ein Modell zur Therapieentscheidung bei lebensbedrohlichen Situationen dargestellt anhand von 4 Kasuistiken. Wiener klinisches Magazin. 2016;19(5):170–8.
33. Maio G. Ethik der Ressourcenverteilung. Forum. 2018;33:416–20.
34. Gruber AS. MedMedia. Advance Care Planning in Österreich [Internet]. 2021 [zitiert 26. Juni 2025]. Verfügbar unter: <https://www.medmedia.at/ahop/advance-care-planning-in-oesterreich/>.
35. Putz W, Thöns M. Rechtliche Aspekte. In: Thöns M, Sitte T, Herausgeber. Repetitorium Palliativmedizin Zur Vorbereitung auf die Prüfung Palliativmedizin. 4. Aufl. Berlin: Springer; 2023. S. 269–289.
36. Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt. Sterben in Würde Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundene Fragestellungen Stellungnahme der Bioethikkommission [Internet]. Wien: Bundeskanzleramt Österreich; 2015 [zitiert 26. Juni 2025]. Verfügbar unter: https://www.bundeskanzleramt.gv.at/dam/jcr:6d5d655b-e11d-4e65-b6a6-9fd531a033fb/sterben_in_wuerde.pdf.
37. psych-med. Ethik [Internet]. 2021 [zitiert 26. Juni 2025]. Verfügbar unter: <https://psych-med.de/wiki/index.php?title=Ethik>.
38. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. J Gen Intern Med. 2012;27(10):1361–7.
39. Bundesministerium für Justiz. Das neue Erwachsenenschutzrecht im Überblick [Internet]. ohne Datum [zitiert 26. Juni 2025]. Verfügbar unter: <https://www.bmj.gv.at/themen/Zivilrecht/Erwachsenenschutz/Das-neue-Erwachsenenschutzrecht-im-%C3%9Cberblick.html>.
40. Republik Österreich. 2. Erwachsenenschutz-Gesetz – 2. ErwSchG [Internet]. 2017 [zitiert 8. Juni 2026]. Verfügbar unter: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2017_I_59/BGBLA_2017_I_59.pdf.
41. Ganzini L, Volicer L, Nelson WA, Fox E, Derse AR. Ten Myths About Decision-Making Capacity. J Am Med Dir Assoc. 2004;5(4):263–7.
42. Gosch M, Becker C, Schütze S, Tietgen S, Denking RM. Zwischen Über- und Untertherapie: Wann ältere Menschen ausreichend therapiert sind. Dtsch Arztebl. 2024;121(4):A-236/B-220.

43. Thöns M, Sitte T. Übertherapie am Lebensende. In: Thöns M, Sitte T, Herausgeber. Repetitorium Palliativmedizin Zur Vorbereitung auf die Prüfung Palliativmedizin. 4. Aufl. Berlin: Springer; 2023. S. 365–373.
44. Moss M, Good VS, Gozal D, Kleinpell R, Sessler CN. A Critical Care Societies Collaborative Statement: Burnout Syndrome in Critical Care Health-care Professionals. A Call for Action. Am J Respir Crit Care Med. 2016;194(1):106–13.
45. Fumis RRL, Junqueira Amarante GA, de Fátima Nascimento A, Vieira Junior JM. Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. Ann Intensive Care. 2017;7:71.
46. DocCheck Flexikon. Untertherapie [Internet]. 2017 [zitiert 26. Juni 2025]. Verfügbar unter: <https://flexikon.doccheck.com/de/Untertherapie>.
47. Friesenecker B, Fruhwald S, Hasibeder W, Hörmann C, Hoffmann ML, Krenn CG, et al. Therapiezieländerungen auf der Intensivstation - Definitionen, Entscheidungsfindung und Dokumentation. AINS. 2013;48(4):216–23. Epub 2013 Apr 30. DOI: 10.1055/s-0033-1343753.
48. Franck G, Sitte T. Wahrnehmung und Kommunikation. In: Thöns M, Sitte T, Herausgeber. Repetitorium Palliativmedizin Zur Vorbereitung auf die Prüfung Palliativmedizin. 4. Aufl. Berlin: Springer; 2023. S. 291–309.
49. Schütz RM. Der alte Mensch in Gesundheit und Krankheit - Ethische Probleme? In: von Engelhardt D, Herausgeber. Ethik im Alltag der Medizin Spektrum der Disziplinen zwischen Forschung und Therapie. 2., erw. Aufl. Basel: Springer Basel AG; 1996. S. 259–277.
50. Schaden E, Dier H, Weixler D, Hasibeder W, Lenhart-Orator A, Roden C, et al. Comfort Terminal Care auf der Intensivstation: Empfehlungen für die Praxis. Die Anaesthesiologie. 2024;73(3):177–85.
51. Eichner E, Jung-Borutta C. Psychosoziale und spirituelle Aspekte. In: Thöns M, Sitte T, Herausgeber. Repetitorium Palliativmedizin Zur Vorbereitung auf die Prüfung Palliativmedizin. 4. Aufl. Berlin: Springer; 2023. S. 209–223.
52. Thöns M, Gerhard C. Terminalphase. In: Thöns M, Sitte T, Herausgeber. Repetitorium Palliativmedizin Zur Vorbereitung auf die Prüfung Palliativmedizin. 4. Aufl. Berlin: Springer; 2023. S. 171–207.
53. Feichtner A, Weixler D, Birklbauer A. Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit um das Sterben zu beschleunigen Eine Stellungnahme der österreichischen Palliativgesellschaft (OPG). Wien Med Wochenschr. 2018;168(7–8):168–76.
54. Druml C, Ballmer PE, Druml W, Oehmichen F, Shenkin A, Singer P, et al. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. Clin Nutr. 2016;35(3):545–56.
55. Neitzke G. Ethik in der Palliativmedizin. In: Thöns M, Sitte T, Herausgeber. Repetitorium Palliativmedizin Zur Vorbereitung auf die Prüfung Palliativmedizin. 4. Aufl. Berlin: Springer; 2023. S. 257–268.
56. Eggenberger E, Pleschberger S. Sterben Erkennen Analyse deutschsprachiger medizinischer Lehrbücher zu Palliative Care und palliativmedizinischen Inhalten. Z Palliativmed. 2012;13(1):28–35.
57. Gaser E, Meißner W. Ernährung und Flüssigkeitsmanagement in der Palliativmedizin Halten Essen und Trinken Leib und Seele zusammen? Anaesthesist. 2012;61(1):63–8.

58. Republik Österreich. Bundesgesetz über die Errichtung von Sterbeverfügungen (Sterbeverfügungsgesetz – StVfG) [Internet]. 2022 [zitiert 8. Juni 2026]. Verfügbar unter: <https://ris.bka.gv.at/geltendefassung.wxe?abfrage=bundesnormen&gesetzesnummer=20011782>.
59. Friesenecker B, Fruhwald S, Roden C, ARGE Ethik der ÖGARI. Assistierter Suizid: Handlungsempfehlungen für den klinischen Alltag. Anästhesie Nachrichten. 2023;(5):141–54.
60. Lang A. Das gute Sterben: Diskursanalyse der öffentlichen Debatte um das Lebensende in Österreich [Internet]. Wien: Institut für Höhere Studien (IHS); 2018 [zitiert 26. Juni 2025]. Verfügbar unter: <https://irihs.ihs.ac.at/id/eprint/4748/1/rs121.pdf>.
61. Ärztekammer, Barth P. Das 2. Erwachsenenschutz-Gesetz - Medizinische Behandlung [Internet]. 2018 [zitiert 26. Juni 2025]. Verfügbar unter: <https://www.aekwien.at/documents/263869/289837/Vortrag%20Dr.%20Barth%20%28Jurstizministerium%29%20Teil%202.pdf>.
62. Schweda M, Coors M, Mitzkat A, Pfaller L, Rüegger H, Schmidhuber M, et al. Ethische Aspekte des Alter(n)s im Kontext von Medizin und Gesundheitsversorgung: Problemaufriss und Forschungsperspektiven. Ethik Med. 2018;30(1):5–20.
63. Dunlop RJ, Ellershaw JE, Baines MJ, Sykes N, Saunders CM. On withholding nutrition and hydration in the terminally ill: has palliative medicine gone too far? A reply. J Med Ethics. 1995;21(3):141–3.
64. Hait B, Sitte T. Teamarbeit und Selbstreflexion. In: Thöns M, Sitte T, Herausgeber. Repetitorium Palliativmedizin Zur Vorbereitung auf die Prüfung Palliativmedizin. 4. Aufl. Berlin: Springer; 2023. S. 311–326.
65. World Medical Association. Weltärztebund Deklaration von Genf Das ärztliche Gelöbnis [Internet]. Berlin; 2017 [zitiert 26. Juni 2025]. Verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/International/Bundesaerztekammer_Deklaration_von_Genf_04.pdf.
66. Parker MM. How Much? How Long? Who Decides? Crit Care Med. 2015;43(7):1351. DOI: 10.1097/CCM.0000000000001122.
67. Diemer W, Sitte T. Grundlagen der Symptomkontrolle. In: Thöns M, Sitte T, Herausgeber. Repetitorium Palliativmedizin Zur Vorbereitung auf die Prüfung Palliativmedizin. 4. Aufl. Berlin: Springer; 2023. S. 15–31.

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ÄrzteG 1998	Ärztegesetz 1998
CTC	Comfort Terminal Care
2. ErwSchG	Erwachsenenschutzgesetz
FVNF	Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit
PatVG	Patientenverfügungsgesetz
StGB	Strafgesetzbuch
StVfG	Sterbeverfügungsgesetz
Tab.	Tabelle
TZÄ	Therapiezieländerung