

Gibt es ein Zuviel an Medizin?

über **Ursachen** und **Folgen** von medizinischer Über-, Unter- und Fehlversorgung

Wann wird Medizin zu viel – ethische Grenzen und Verantwortung

Univ.-Prof. Dr. med. Barbara Friesenecker

Anästhesistin, Intensivmedizinerin, Palliativmedizinerin, Medizinethikerin

Vorsitzende der ARGE Ethik der ÖGARI

Univ.-Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin,

Medizinische Universität Innsbruck

20. Steirische Gesundheitskonferenz

MESSECONGRESS Graz

Di, 9. Juni 2026 von 8.00 - 13.00 (9.30 - 10.00)

1

Wann wird **Medizin zu viel** ?

ethische Grenzen und **Verantwortung**

...aus der Sicht einer **Klinikerin** und **Medizinethikern** ...

- **Ethische Grenzen** sind nie ganz „klar“ → **Wahrscheinlichkeiten** ! Es gibt **kein 100%**!
→ man muss die **Basics** schwieriger med. Entscheidungsfindung kennen (**ethisch und rechtlich**) und dann immer **individuell entscheiden**
Medizin = keine klare Wissenschaft – vielmehr **Heilkunst** ! (§49a österr. ÄG: „**Wissenschaft** + **Erfahrung**“)

2

Österreichisches Ärztegesetz...

§ 2: jede Ärzt:in → Grundkenntnisse in **Palliativmedizin** und **Schmerzmedizin**

§ 48: Ärzt:in darf **1. Hilfe nicht verweigern**

der häufig **missverständene** Paragraph: 1. Hilfe heißt nicht „Leben erhalten“/CPR ! ..., sondern „beistehen“ (angemessen)

§ 49 (1) gibt vor, dass „Ärzt:in verpflichtet ist nach Maßgabe der **ärztlichen Wissenschaft** und **Erfahrung** ...

- das **Wohl der Kranken** und
- den **Schutz der Gesunden** zu wahren“ ...

... und **NICHT** „mit allen Mitteln heilen oder das Leben erhalten !“

... „zum **Wohle der Kranken**“ kann auch heißen:
gut palliativmedizinisch begleiten und
Sterben in Würde zulassen

Erweiterung 2018 in Bezug auf Palliativmedizin gibt mehr **Rechtssicherheit**:

... „**palliativmedizinische Maßnahmen** sind auch dann zulässig, wenn ihr **Nutzen der Symptomlinderung** das mögliche **Risiko einer Beschleunigung des Verlusts vitaler Lebensfunktionen überwiegt**“ ...

3

Mein persönliches **Fakten – Brainstorming** ...

JA – es gibt **Über-**, und **Unter**therapie – beides sind Fehlversorgungen

Fakt 1: Medizin wird **teurer** ...

Fakt 2: wir (Ärzt:innen) machen **Übertherapie**, weil wir uns oft nur am **Machbaren** orientieren – wir degradieren damit **Heilkunst** zu „**Medizin-Mechanikertum**“

Fakt 3: **Übertherapie schadet**: Pat, An- und Zugehörigen und uns allen

Fakt 4: wenn wir nicht **ärztlich Rationalisieren** (+ Organisationsethik), wird es immer schneller zu **Rationierung** kommen (Betriebswirtschaft im Vordergrund med. Entscheidungen)

Fakt 5: **Verlust der Solidarität** in unserem Gesundheitssystem

Fakt 6: **Mehrklassenmedizin** - Ungerechtigkeit (Untertherapie!!!) und Unmenschlichkeit)

Fakt 7: **Wir müssen JETZT was tun - individuell und systemisch !**

Wir müssen Medizin wieder „gut“ / „menschlich“ machen !

Friesenecker | 20. steirische Gesundheitskonferenz 2026

4

Wann wird **Medizin zu viel** ?

ethische Grenzen und **Verantwortung**

...aus der Sicht einer **Klinikerin** und **Medizinethikern** ...

- Ethische Grenzen sind nie ganz „klar“ (es gibt kein 100%) ... **Wahrscheinlichkeiten** !

→ man muss die **Basics** schwieriger med. Entscheidungsfälle (ethisch und rechtlich) und dann immer **individuell entscheiden**

Medizin = keine klare Wissenschaft – vielmehr **Heilkunst**

Gesprächszeit - als ärztliche Leistung
Wir reden zu wenig!
Kommunikation ist der Schlüssel
zu einer besseren Medizin!

- Wer trägt die **Verantwortung**, dass Medizin **nicht zuviel** wird...

→ **WIR ALLE !!!**

- **Ärzt:innen** → strenger indizieren (individuelles Therapieziel vs Machbarkeit!)
- medizinische **Universitäten** (studentische Ausbildung + 3rd Mission)
- **Standesvertretung**: ÖÄK (DFP-Punkte): postpromotionelle Ärzt:innen-Ausbildung
- **Politik**: verpflichtendes Einsetzen von ACP-Konzepten (z.B. „erster Wille“)
- **Medizinische Einrichtungen**: Umsetzung von ACP-Konzepten ermöglichen, MA-Fortbildungen
- **Patient:innen-Vertretungen**: Bild guter, menschlicher Medizin richtig stellen helfen

Friesenecker | 20. steirische Gesundheitskonferenz 2026

5

Wann **WIRD** **Medizin zu viel** ?

ethische Grenzen und Verantwortung

Ausmaß von 'non-beneficial treatments' (NBT) in den **letzten 6 Lebensmonaten**

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

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

→ **33-38% der Pat. erhielten NBT**

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

JA !!!

Behandlungen,
die WIR Ärzt:innen indiziert haben !

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

Friesenecker | 20. steirische Gesundheitskonferenz 2026

6

... Menschen wünschen sich
**die „beste medizinische
 Versorgung“,**
wenn sie krank werden,
 unabhängig vom Alter, Komorbiditäten,
 gesellschaftlicher Stellung, etc...

Friesenecker | 20. steirische Gesundheitskonferenz 2026

7

... was heisst „**beste medizinische Versorgung**“ ???

BmV heisst **nicht**, immer **ALLES zu machen**, was **technisch möglich** ist

... was „gut“ ist für eine **Pat**, ist **individuell sehr unterschiedlich** und **ändert sich im Laufe des Lebens** und mit der **Schwere der Erkrankung**

→ Immer **individuelles Therapieziel definieren**, aus dem sich die

Indikation für eine **technisch machbare Handlung** ergibt

(Alter, Komorbiditäten, Frailty/Demenz, REHA-Potential)

- **Wohltun** >> **mögliche Schaden** ? (Risiko/Nutzen-Abwägung)
- **Angemessenheit/Verhältnismäßigkeit** bedenken
- **Gerechtigkeit** ... am schwierigsten zu fassen ...

Friesenecker | 20. steirische Gesundheitskonferenz 2026

8

Was bedeutet **Gerechtigkeit** in der Medizin ?

Gerechtigkeit in der Medizin hat **immer 2 zu bedenkende Aspekte:**

1. **„lus suum“** (suum cuique; Platon, Aristoteles): Was ist für die **einzelne Person** gerecht, angemessen, verhältnismäßig, **indiziert** und gut und was eben **nicht**?
2. **Verteilungsgerechtigkeit:** heisst **gleicher Zugang zu Ressourcen** eines Gesundheitssystems...

strenge Indikationsstellung garantiert dzt. in **reichen Gesundheitssystemen wie Ö** noch...

- „gerechte Behandlung“
- schont Ressourcen – erhält Solidarität

Originalie PALLIATIVMEDIZIN



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

Reflexion zur Gerechtigkeit bei Therapieentscheidungen

Eine klinisch-ethische Betrachtung zur „besten medizinischen Versorgung“



Barbara Friesenecker¹ · Georg Gasser² · Sonja Fruhwald³ · Walter Hasibeder⁴ · Helga Dier⁵ · Andreas Valentin⁶
¹ Universitätsklinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Medizinische Universität Innsbruck, Innsbruck, Österreich
² Katholisch-theologische Fakultät, Universität Augsburg, Augsburg, Deutschland
³ Klinische Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin 2, Medizinische Universität Graz, Graz, Österreich
⁴ Abteilung für Anästhesiologie und Operative Intensivmedizin, Krankenhaus St. Vinzenz, Zams, Österreich
⁵ Klinische Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, BS 1, Universitätsklinikum St. Pölten, St. Pölten, Österreich
⁶ 1. Medizinische Abteilung, Klinik Donaustadt, Wien, Österreich

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

Friesenecker | 20. steirische Gesundheitskonferenz 2026

9

Wir haben große Angst, zu wenig zu machen

(Vorwurf: unterlassene Hilfeleistung / fahrlässige Tötung, § 95 StGB)

aber wir haben sehr wenig Angst, zu viel zu machen

(Vorwurf: **Übertherapie**, eigenmächtige Heilbehandlung § 80 StGB, **Körperverletzung** §83 StGB)

... „Nach ständiger Rechtsprechung gilt grundsätzlich **jede ärztliche Behandlung**, die in die **körperliche Integrität eingreift**, als **Körperverletzung** im Sinn des § 83 StGB, sofern sie nicht durch eine **wirksame Einwilligung** und **eine medizinische Indikation** gerechtfertigt ist ...“ (§110 StGB)

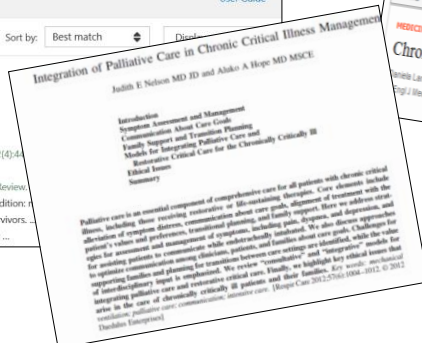
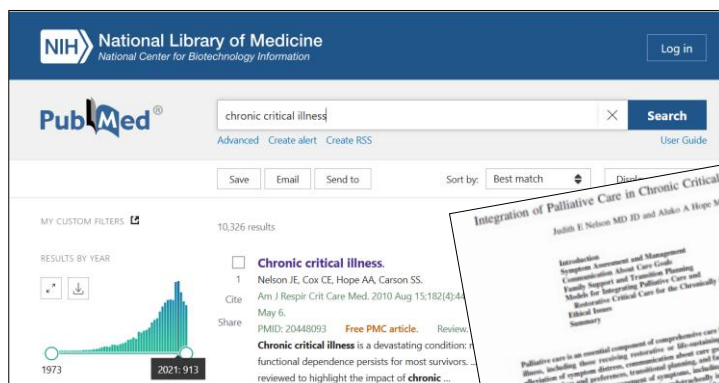
Nach § 110 StGB macht sich strafbar, „wer einen anderen **ohne dessen Einwilligung**, wenn auch nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft, behandelt“ → **Freiheitsstrafe bis zu 6 Monaten** oder Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen

§ 83 Abs 1 StGB erfasst, wer „einen anderen am Körper verletzt oder an der Gesundheit schädigt“ und sieht dafür **Freiheitsstrafe bis zu 1 Jahr** oder Geldstrafe bis zu 720 Tagessätzen vor.

Friesenecker | 20. steirische Gesundheitskonferenz 2026

10

Rechtzeitige TZÄ von Heilung Richtung Palliation → Vermeidung von **Übertherapie + CCI**



Friesenecker | 20. steirische Gesundheitskonferenz 2026

11

Folgen von **Übertherapie**

durch Fortsetzen von für Pat. machbaren, aber „nutzlosen“ Therapien („Futility“)

Wir **schaden** damit

- am meisten unseren **Patient:innen** (Leiden verlängert/kein gLaEdL/CCI)
- auch den **Angehörigen** (PTSS)
- den **behandelnden Teams** (**Burnout**)
- und schlussendlich der **Gesellschaft**

indem wir **durch unangemessenes, nicht indiziertes Handeln** erhebliche **sinnlose Kosten** im Gesundheitssystem verursachen unter **Verletzung des Prinzips der „Gerechtigkeit“** (ius suum, soziale Gerechtigkeit / Verteilungsgerechtigkeit)

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

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

Moss M, Good VS, Gozal D et al. **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):106–113

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

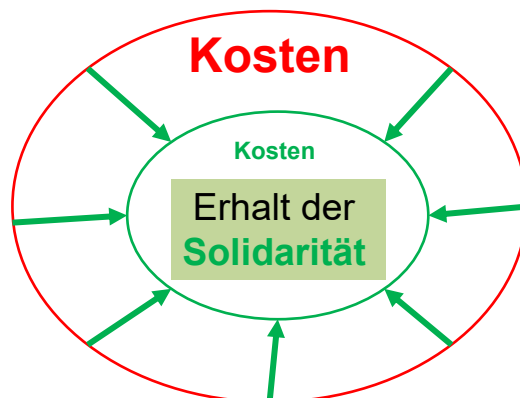
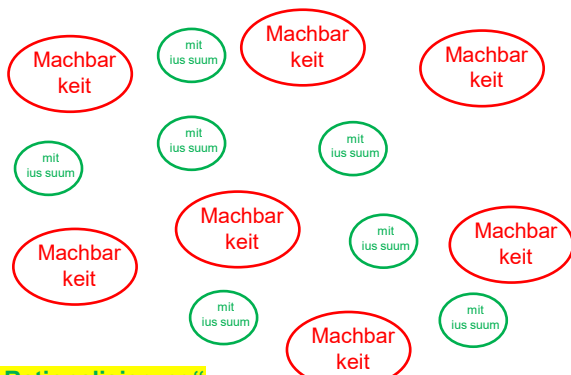
12

Übertherapie betrifft **ALLE** Bereiche der Medizin

Sinnlose, hohe Gesamt - KOSTEN im Gesundheitssystem

Gerechtigkeit „ius suum“

Verteilungs - Gerechtigkeit



„Rationalisierung“

- „ius suum“: angemessene, verhältnismäßige Therapie des Einzelnen
- ärztlich **strenge Indikationsstellung** - abgeleitet von einem **individuellen TZ**

→ hilft **Rationalisierung** hinauszögern (vermeiden?)

Friesenecker | 20. steirische Gesundheitskonferenz 2026

13

Drehen wir an den „richtigen Schrauben“?

- Letztendlich ist alles, was wir an Übertherapie sehen, doch eine von **Ärzt:innen indizierte Therapie** !
 - **Und ja**, ... wir machen zu viele MRTs, wiederholen sinnlos Laborbefunde, indizieren und prolongieren sinnlos ICU-Therapien, etc., etc., etc ..., weil es **machbar** !
 - **Und ja**, ... wir sind gut – die **Menschen sterben nicht (ICU)** ! Aber sie kommen oft auch nicht zurück in ein für sie gutes Leben
 - **Und nein**, - wir sind **nicht gut** im Entscheidungen treffen
- müssen wir verpflichtend für ALLE **lehren, lernen und üben**

„besser werden“ = **eine Frage der Ausbildung studentisch + postpromotionell**

Friesenecker | 20. steirische Gesundheitskonferenz 2026

14



friesenecker | 20. steirische Gesundheitskonferenz 2026

15

Das Innsbrucker **Handwerkszeug*** zur Besprechung eines komplexen Falls ... aus der **verpflichtenden Ethiklehre an der MUI** ...

1. Frage: Schildern Sie kurz den Fall

- Wer ist beteiligt und um welche **Interessen/Konflikte** geht es?
- Welch **bio-psycho-soziale Dimension** hat der Fall (Bio-, psychosoziales Modell nach Engl)** ?
- Welche Rolle spielt **Kommunikation** bei ihrem Fall ?

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

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

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

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

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

Friesenecker | 20. steirische Gesundheitskonferenz 2026

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

**Engel, G. L. (1977): The need for a new model: A challenge for biomedicine. Science, 196, 129–136.

16

The screenshot displays the website for the Institute of Medical Ethics at the University of Innsbruck. Key sections include:

- Literatur**: A list of publications under the heading "Therapiezieländerung / Übertherapie", with a red "open access" label.
- Vortragende & Prüf**: A section for lecturers and examiners, listing names like Gabriele Werner-Felmayer and Barbara Friesenecker.
- Mitglieder**: A grid of names representing the institute's members.
- Awards**: Two award announcements are highlighted:
 - Atlas der guten Lehre** (2022): Awarded by the Federal Ministry of Education, Science and Research (BMBWF) for the project "Ethik in der Medizin - Implementierung in der Pflichtlehre in 3 Studienabschnitten".
 - Ars Docendi Gewinner** (2020): Awarded for the work "Zum Wohle des Patienten. Medizinethik in der Pädiatrie: Interdisziplinäre Perspektiven - ganzheitliche Entscheidungen".

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

17

This screenshot features a prominent announcement for a professorship:

Ausschreibung der Stelle eines Universitätsprofessors: einer Universitätsprofessorin für MEDIZINETHIK gem. § 98 UG

Die Digitalisierung und insb. die datenbasierte Forschung und der Einsatz von KI-Methoden führen zu einer umfassenden Transformation von Forschung, medizinischer Lehre, der Patient:innenversorgung und des Gesundheitswesens. Diese Transformation soll aktiv gestaltet werden. Vor diesem Hintergrund schreibt das Rektorat der Medizinischen Universität Innsbruck zur Besetzung ab sofort die Stelle eines Universitätsprofessors/einer Universitätsprofessorin für Medizinethik gem. § 98 UG aus. Das Dienstverhältnis ist zunächst auf fünf Jahre befristet. Nach positiver Evaluierung ist die Übernahme in ein unbefristetes Dienstverhältnis möglich. Das Beschäftigungsausmaß beträgt 100 %.

Die Professur für Medizinethik ist am Institut für Medizinethik angesiedelt, das als neue Organisationseinheit eingerichtet wird. Die Professur ist inhaltlich und methodisch einerseits auf Forschung zu ethischen Fragestellungen der modernen Medizin ausgerichtet, und soll andererseits den in Innsbruck bestehenden Schwerpunkt in praktisch/klinisch angewandter Ethik, auch in Zusammenarbeit mit dem Krankenanstaltsträger, ausbauen. Es wird daher ausgewiesene wissenschaftliche Expertise mit weitreichender internationaler Sichtbarkeit im Bereich biomedizinischer Ethik erwartet, welche die ethischen, rechtlichen und gesellschaftlichen Aspekte (ELSI) der Verwendung von Biotechnologien, Biomaterialien, Datenanwendung und künstlicher Intelligenz im Rahmen wissenschaftlicher Fortschritte und deren klinischer Umsetzung betreffen. Die der Neuberufung soll die derzeit primär klinisch orientierte Ethik-Pflichtlehre koordinieren und in weiteren Gebieten der medizinischen Ethik weiterentwickeln. Zur Erfüllung dieser Aufgaben wird eine Person mit hoher Sozialkompetenz gesucht.

Additional elements include:

- A red "open access" label.
- A yellow crown icon.
- A red "winner" badge.
- A list of names under "Mitglieder".
- Awards information at the bottom right.

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

18

Postpromotionelle Ausbildung

1.1.2025 Gründung **Ethik-Referat** bei der Tiroler Ärztekammer

Ziel : Fortbildung in **medizinethische Themen**

- **DFP-Punkte Katalog** der Arztkademie der ÖÄK:
 - Anteilig verpflichtende postpromotionelle Ausbildung aus dem Bereich:
 - **Medizinethik**
 - **Medizinrecht**
 - **Palliativmedizin**
 - **Kommunikation**

Friesenecker | 20. steirische Gesundheitskonferenz 2026

19

Friesenecker | 20. steirische Gesundheitskonferenz 2026

20

Erster Wille macht persönlichen Willen **sichtbar — und im Ernstfall **verfügbar**.**
Für mehr Klarheit. Für bessere Entscheidungen. Für mehr Lebensqualität.

3. VERFÜGBARKEIT & SYSTEM

Der Wille muss nicht nur geklärt sein. Er muss verfügbar sein.

Erster Wille verbindet das Lebensprofil mit einem **digitalen QR-System**, damit relevante Informationen dort abrufbar werden, wo Entscheidungen entstehen.



Matthias Ebenbauer
Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
Spezialisierung: Akut- und Intensivversorgung

Arthur Browa-Holzinger, MSc.
Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger
Spezialisierung: Palliative Care

Wir sind auf Ihre Hilfe angewiesen und freuen uns über Unterstützung in folgenden Bereichen:

- Awareness
- Werbung
- Denkanstöße
- Vernetzung
- Finanzierung
- Pionier-Klientinnen

Wir freuen uns darauf, Ihre Bekanntheit zu machen — **Kontakt über www.ersterwille.at**

Erster Wille entwickelt Vorsorge nicht als Formular, sondern als **verfügbare Infrastruktur für den persönlichen Willen.**

Friesenecker | 20. steirische Gesundheitskonferenz 2026

21

Keine Angst, dass mit Ethical Decision Making **mehr Pat. sterben** !!!

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

2024

ORIGINAL

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

Dominique D. Benoit^{1,2*}, Aglaja De Pauw², Celine Jacobs¹, Ine Moors¹, Fritz Offner^{1,4}, Anja Velghe^{1,5}, Nele Van Den Noortgate^{1,5}, Pieter Depuydt^{1,6}, Patrick Druwe⁶, Dimitri Hemelsoet⁷, Alfred Meurs^{1,7}, Jiska Malotau⁸, Wim Van Biesen^{1,9}, Francis Verbeke^{1,9}, Eric Derom^{1,10}, Dieter Stevens¹⁰, Michel De Pauw^{1,11}, Fiona Tromp¹¹, Hans Van Vlierberghe^{1,12}, Eduard Callebout¹², Katrin Goethals¹³, An Lievrouw¹⁴, Limin Liu¹⁵, Frank Manesse^{16,17}, Stijn Vanheule¹⁸ and Ruth Piers¹⁵

© 2024 The Author(s), corrected publication 2024

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

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

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

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

→ **ETHICAL DECISION MAKING muss man genauso lehren, lernen, üben wie BLS/ALS!**

Friesenecker | 20. steirische Gesundheitskonferenz 2026

22

Zusammenfassung: Konzepte, wie man ÜT vermeiden kann

Ärzt:innen – müssen „Ihre Hausaufgaben“ machen!

- **Ethische Grundlagen** schwieriger med. Entscheidungsfindung kennen: bio-psychosoziales Modell (Engl), Georgetown Mantra, 2- Säulen-Modell, Gerechtigkeit, beste medizinische Versorgung, KPK u.v.m.
- **Gesetzlichen Grundlagen** ärztlichen Handelns (ÄG, PVG, ErwSchG, KiSchG, StVfG) und die
- Regeln der fürsorglichen, aber unmissverständlichen **Kommunikation**
→ **KENNEN** und **ANWENDEN** → **lehren, lernen + üben !!!**

Organisationsethik:

- **ACP** (z.B. „Erster Wille“) → **politisch** umsetzen! – Wünsche und Wertvorstellungen unserer Pat besser kennen !
- **Klinische Ethikberatung (KEK)** einführen → Verantwortung einzelner Häuser
- **Medizinische Institutionen: Dokumentationssysteme** auf **ACP** ausrichten
„Self care“ für med. Person
- **Gesprächszeit** als ärztliche Leistung

Patientenvertretungen positiv involvieren!
→ **politisch + Patient:innen / An- und Zugehörigen**

Ausbildung:

- **studentische Lehre** (Modell IBK!) und Schaffung von **Ethiklehrstühlen** an österr. Med Unis (Modell IBK!)
- **postpromotionelle Ausbildung** (ÖÄK – DFP-Punkte) in **Medizinethik, -recht, Palliativmedizin, Kommunikation**
- **3rd Mission med. Universitäten:** Awareness bei der **Bevölkerung** für diese Themen schaffen

KPK = klin. Perspektivenkonferenz, ACP = Advance Care Planning; KEK = klin. Ethik Komitee/Beratung

Friesenecker | 20. steirische Gesundheitskonferenz 2026

23

Daher mein FAZIT auf die Frage
Wann wird *Medizin zu viel* ?

**Medizin wird nie zuviel,
wenn wir es gut machen !**

Friesenecker | 20. steirische Gesundheitskonferenz 2026

24

Danke fürs Zuhören

... ich freue mich auf die Diskussion ...

Friesenecker | 20. steirische Gesundheitskonferenz 2026

25

Interview: Gerade in Zeiten zunehmend beschränkter Budgets muss die Vermeidung von Übertherapie noch mehr in den Fokus ärztlicher Aufmerksamkeit rücken. „Wir brauchen eine medizinisch geleitete Rationalisierung im Gesundheitssystem, um eine betriebswirtschaftlich gesteuerte Rationierung möglichst lange zu vermeiden.“

Gefordert seien hier in erster Linie die Ärztinnen und Ärzte, „in dem wir rechtzeitig Entscheidungen zur Therapiezieländerung von Heilung Richtung Palliation treffen, sobald sich ein realistisches Therapieziel nicht oder nicht mehr erreichen lässt und damit die unter Umständen technisch noch machbare Therapie für Patientinnen und Patienten keinen Nutzen mehr hat“.

Unerlässlich dazu sei es, die Medizinerinnen und Mediziner in Richtung gut begründete Entscheidungsfindung zu trainieren und Medizinrecht und -ethik verpflichtend sowohl ins Studium als auch in die postpromotionelle Ausbildung zu integrieren. So könnte man auch zu den rechtlichen Rahmenbedingungen besser aufklären.

Derzeit besteht oft große Angst, durch „Unterlassen einer technisch machbaren Therapie, auch wenn sie für erkrankte Menschen keinen Nutzen mehr hat“ vor dem Richter zu stehen. Erstaunlicherweise sind die strafrechtlichen Konsequenzen für Übertherapie immer noch wenig im Fokus ärztlicher Sorge.

Für Friesenecker steht außer Frage: „Wenn ich Übertherapie, also eine Therapie ohne Indikation durchführe, nur weil sie technisch machbar ist, dann ist das Körperverletzung und damit ein Straftatbestand – und das findet in aller Regelmäßigkeit in unseren Krankenhäusern statt. Wenn wir weiterhin Angst vor dem ‚zu wenig tun‘ haben, aber nicht vor dem ‚zuviel‘, werden wir neben dem verursachten menschlichen Leid zusätzlich unser gutes und derzeit noch solidarisches Gesundheitssystem ruinieren“, warnt die Medizinethikerin.

Friesenecker | 20. steirische Gesundheitskonferenz 2026

26