



© Beirín / Generated with AI / stock.adobe.com / geringfügig modifiziert

Anästhesie Nachr 2024 · 6:220–224
<https://doi.org/10.1007/s44179-024-00265-z>
Angenommen: 16. Oktober 2024
Online publiziert: 26. November 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, IBS 1, Universitätsklinikum St. Pölten, St. Pölten, Österreich

⁶ 1. Medizinische Abteilung, Klinik Donaustadt, Wien, Österreich

Zusammenfassung

Die beste medizinische Versorgung muss neben der Achtung des Rechts auf Autonomie, des Wohltuns-, und Nicht-Schadens-Prinzips auch dem Anspruch der Gerechtigkeit folgen. Ärztliche Entscheidungsfindung muss sich sowohl an der Verteilungsgerechtigkeit orientieren als auch am „ius suum“ der:des jeweiligen Patient:in, um eine Entscheidung im Sinne der „right care“ zu treffen. „Right care“ orientiert sich am größten Patient:innennutzen, der auf einem realistischen Therapieziel und einer daraus resultierenden individuellen Indikation basiert. Ärzt:innen entsprechen bei ihrer Entscheidungsfindung dem Prinzip der Gerechtigkeit, wenn sie Indikationen streng stellen, den individuellen Nutzen einer technisch möglichen Behandlung für die:den Patient:in bedenken und sich dabei an den Wünschen und Wertvorstellungen einer:ines Patient:in orientieren. Dadurch könnte ein großer Teil der heute stattfindenden Übertherapie und deren negative Folgen vermieden werden.

Schlüsselwörter

Medizinethik · Rationierung · Triage · Übertherapie · Patientenautonomie



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Rechtzeitig zu entscheiden, eine technisch mögliche, aber unverhältnismäßige Therapie nicht durchzuführen (nicht zu beginnen, einzugrenzen oder zu beenden) und dies gut zu begründen gehört angesichts einer am Machbaren orientierten Medizin zu den schwierigsten und emotional sehr fordernden ärztlichen Entscheidungen [1]. Nicht selten geht mit der unreflektierten Einstellung, allen alles Machbare zukommen zu lassen, die falsche Überzeugung einher, gerecht zu sein, indem man niemanden benachteiligt. Damit verbindet sich auch eine scheinbare Sicherheit vor dem befürchteten Vorwurf, ein:e Patient:in sei „einer Therapie nicht für wert befunden worden“ oder man hätte eine unter Umständen lebensrettende medizinische Maßnahme unterlassen. Es ist jedoch vielen ärztlichen Kolleg:innen nicht bewusst, dass ein solcher, alleine auf das Machbare fokussierte Zugang, weder einen automatischen Selbstschutz generiert, noch ethisch gerechtfertigt ist. Eine ohne begründbare Indikation oder ohne das Einverständnis eines:einer Patient:in oder sogar gegen den Patient:innenwillen gesetzte medizinische Maßnahme stellt rechtlich eine eigenmächtige Heilbehandlung (§ 110 StGB) [2] bis hin zur Körperverletzung (§ 32 StGB) [3] dar. Darüber hinaus missachtet ein solches Vorgehen unter ethischer Rücksicht das grundlegende Prinzip individueller Autonomie und berührt direkt Fragen der sozialen Gerechtigkeit.

Es ist daher für Ärzt:innen wichtig, gleichwertig zur medizinischen auch eine ethische Kompetenz zu erwerben und ein Bewusstsein dafür zu schaffen, warum und wann es angezeigt ist, technisch mögliche medizinische Handlungen nicht mehr durchzuführen, um Leiden nicht zu verlängern, Sterben in Würde zuzulassen und Patient:innen gut palliativmedizinisch zu begleiten. All dies, ohne dabei ein „schlechtes Gewissen“ zu haben oder sich „mitschuldig“ am Tod eines Menschen zu fühlen [1, 4]. Um solche schwierigen Entscheidungen bewusst, begründet und guten Gewissens treffen zu können, ist es notwendig, sich differenziert Gedanken über die ethischen und rechtlichen Grundlagen medizinischer Entscheidungsfindung zu machen [5].

Modelle der Gerechtigkeit

Wie im Titel angeführt, soll nun speziell das Thema der Gerechtigkeit und damit das klinisch am schwierigsten anwendbare Prinzip der vier ethischen Prinzipien von Beauchamp und Childress (Georgetown-Mantra) [6] beleuchtet werden. Exemplarisch dafür steht die Gewährleistung einer gerechten Zuteilung medizinischer Leistungen am Krankenbett (Mikroallokation) im Spannungsfeld zwischen kostenintensiver Übertherapie, aber auch möglicher Untertherapie.

Konzeptionell kann Gerechtigkeit aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden. Giovanni Maio unterscheidet in seinem Buch zur Ethik in der Medizin [7] prinzipiell zwischen Individual- und Sozialgerechtigkeit. Sozialgerechtigkeit beschäftigt sich mit Fragen, welche Verbindlichkeiten eine Gesellschaft betroffenen Individuen schuldet. Hierzu gehören Aspekte wie faires Einkommen, Zugang zu Bildung, Abbau von Diskriminierung und eben auch der Anspruch auf Gesundheitsversorgung. Innerhalb der Sozialgerechtigkeit wird seit der Antike zwischen der sogenannten Tauschgerechtigkeit (*iustitia commutativa*) und der zuteilenden Gerechtigkeit (*iustitia distributiva*) differenziert:

- Die *Tauschgerechtigkeit* bezieht sich auf die Beziehungen zwischen Personen bzw. gesellschaftlichen Gruppen, die durch den Austausch von Leistungen und Gütern konstituiert werden. Sie beinhaltet das Postulat des Äquivalenzprinzips, das besagt, dass Leistung (a) und Gegenleistung (b) einander – zumindest in der subjektiven Perspektive der involvierten Parteien – entsprechen sollten (arithmetisch: $a = b$). Sie regelt somit, was ein Mensch dem anderen schuldig ist.
- Die *zuteilende Gerechtigkeit* befasst sich hingegen mit dem Verhältnis zwischen sozialer Gesamtheit und einzelnen Personen oder Gruppen. Es geht im Wesentlichen um die faire Zuordnung und Verteilung von Gütern, Leistungen oder Lasten. Entscheidendes Kriterium einer gerechten Verteilung ist die proportionale Gleichheit, d. h. die zwei Personen (a und b) zugesprochenen Güter (x und y) müssen sich zuein-

ander so verhalten wie der jeweilige Anspruch, den die beiden Personen erheben können (arithmetisch: $a:b = x:y$). Wie die Höhe eines gerechtfertigten Anspruchs bemessen werden soll, ist Gegenstand ethischer (und auch politischer) Kontroversen.

In seinen Ausführungen verwendet Maio vier weitere Modelle der Gerechtigkeit:

- Das *Gleichheitsmodell* besagt grundsätzlich, dass jeder Mensch unabhängig von Herkunft, sozialem Status oder Gesundheitszustand gleiche Rechte und Chancen haben sollte. Gerechtigkeit im Kontext der Medizin bedeutet also, dass alle Menschen mit der gleichen Erkrankung den gleichen Zugang zu den erforderlichen medizinischen Ressourcen erhalten sollten. Welche Aspekte für die Vergleichbarkeit herangezogen werden sollen, ist allerdings unklar.
- Das *Freiheitsmodell* (Liberalismus) definiert Gerechtigkeit nicht über das Ziel des Erreichens von maximaler Gleichheit zwischen allen, sondern von maximaler Freiheit für alle. In Bezug auf medizinische Leistungen würde dies bedeuten, dass jeder Mensch selbst bestimmen können sollte, welche medizinischen Leistungen zu welchen Kosten abgedeckt sein sollen (z. B. Privatversicherung). In diesem Modell stehen individuelle Eigenverantwortung und Anpassung an individuelle Bedürfnisse sowie die entsprechenden ökonomischen Ressourcen im Vordergrund. Ohne eine für alle zur Verfügung stehende medizinische Grundversorgung wäre eine ungerechte Mehrklassenmedizin und die medizinische Minderversorgung beträchtlicher Bevölkerungsteile die Folge.
- Das *Effizienzmodell* wählt als Kriterium gerechter Zuteilung ein gutes Verhältnis von Kosten und Nutzen. Wenn man zur Frage, was man tun muss, um ein Ziel zu erreichen (Effektivität), das Ausmaß des notwendigen Aufwands mitberücksichtigt, betrachtet man die Effizienz dieser Maßnahme. Für die Medizin bedeutet dies, dass Ressourcen so zu verteilen sind, dass der größtmögliche Nutzen erzielt werden

kann. Dies kann auch bedeuten, dass einzelne Patient:innen oder Gruppen mit geringen Erfolgsaussichten bewusst benachteiligt werden, um nicht hohe Kosten für einen zu erwartenden mäßigen Nutzen zu „verschwenden“.

- Beim *Fairnessmodell* ist eine Maßnahme dann gerecht, wenn diese den am schlechtesten Gestellten den größten Vorteil bringt. Das entscheidende Kriterium ist die Bedürftigkeit. Somit lässt sich dieses Modell als Gegengewicht zu den drei anderen Modellen sehen, weil eine Einbuße an Effizienz, Freiheit und Gleichheit zugunsten der Bedürftigkeit in Kauf genommen wird [7]. Im medizinischen Kontext bedeutet dies, dass demjenigen die medizinischen Ressourcen bevorzugt zugestanden werden sollen, dem es gesundheitlich am schlechtesten geht.

Die kurze Darstellung dieser verschiedenen Modelle der Gerechtigkeit soll verdeutlichen, dass im Kontext der Medizin der Verweis auf „die Gerechtigkeit“ unterbestimmt und daher zu klären ist, welches Modell der Gerechtigkeit aus welchen Gründen favorisiert wird.

Die klinische Praxis

Im Folgenden sollen daher die genannten philosophisch-theoretischen Gedankenmodelle zur Gerechtigkeit in einen Kontext zur klinischen Praxis gebracht werden:

Dazu muss noch einmal die *distributive Gerechtigkeit (Verteilungsgerechtigkeit)* beleuchtet werden, welche die faire Aufteilung der Ressourcen unter der kritischen Betrachtung der anfallenden Kosten und der Leistbarkeit innerhalb eines bestehenden Gesundheitssystems beschreibt. Die Corona-Pandemie hat uns gezeigt, dass es auch in einem reichen Medizinsystem wie Österreich rasch zu einer erheblichen Ressourcenknappheit kommen kann, sodass für die Zuteilung der knapp gewordenen Ressourcen Triage-Entscheidungen im Sinne einer Rationierung getroffen werden mussten [8–11]. Bei einer Triage steht dann nicht mehr das Wohl des Einzelnen im Mittelpunkt medizinischer Entscheidungsfindung, sondern das Wohl und das Überleben der Mehrheit – im Sinne der Maximierung des Nutzens im Rahmen einer utilita-

ristischen Vorgehensweise, so wie wir das auch aus der Triage unter katastrophemmedizinischen Bedingungen kennen.

In einem reichen Medizinsystem stellen üblicherweise aber nicht eine Rationierung knapper Ressourcen, sondern vielmehr Übertherapien und deren Folgen das größere Problem dar, weil wir dazu neigen, technisch machbare Behandlungen unkritisch und unreflektiert durchzuführen, ohne zu hinterfragen, ob sie für die:den individuelle:n Patient:in angesichts fortgeschrittener schwerer Erkrankung und mangelnder Effektivität wirklich noch von Nutzen sind [12]. Im Rahmen von Übertherapie („overuse“) werden medizinische Behandlungen begonnen oder fortgeführt, die weder die Qualität noch die Quantität des Lebens vermehren, die mehr Schaden als Nutzen verursachen können und denen ausreichend informierte Patient:innen wahrscheinlich nicht zugestimmt hätten [13]. In der Ethik spricht man von „Futility“, der Sinnlosigkeit einer technisch möglichen, aber für den:die Patient:in nicht nützlichen medizinischen Handlung. Futility ist somit ein medizinethischer Begriff, der die Angemessenheit einer möglichen medizinischen Maßnahme in Hinblick auf den individuellen Nutzen bewertet [14, 15]. Um „futility“ bestmöglich zu vermeiden, wurde das Konzept der sogenannten „right care“ in die Diskussion eingeführt: Es fordert eine individualisierte medizinische Entscheidungsfindung ein, die basierend auf der medizinischen Indikation einerseits, den Wünschen und Wertvorstellungen von Patient:innen andererseits und unter Berücksichtigung der Angemessenheit einer medizinischen Maßnahme zu einem verantwortungsbewussten und fairen Umgang mit den Ressourcen führen soll [13].

Die Verwirklichung von Gerechtigkeit in Therapieentscheidungen bedeutet somit den Versuch, bestimmte Kriterien, die sich sowohl auf der individuellen Ebene als auch auf der gesellschaftlichen Ebene auf die Auswirkungen verschiedener Optionen zum Ressourceneinsatz beziehen, angemessen zu berücksichtigen. Anders ausgedrückt muss eine medizinische Maßnahme gerechtfertigt sein, um überhaupt für eine gerechte Therapieentscheidung zur Wahl zu stehen.

Es sei der Vollständigkeit halber noch die Situation erwähnt, in der eine Therapie vorenthalten werden sollte, selbst wenn sie indiziert und gewünscht wäre: Wenn ein:e Patient:in auf Grund der individuellen Umstände die zur Verfügung gestellte Ressource nicht sinnvoll nutzen könnte (z. B. mangelnde Compliance, sehr knappe oder zukünftig nicht weiter betreibbare Ressource oder mangelndes medizinisches Knowhow bei der Weiterbetreuung). Auch dies ist neben der nicht vorhandenen Indikation (Futility) und der ablehnenden Haltung durch Patient:innen ein legitimer, rechtlich und ethisch akzeptabler Grund, um eine technisch mögliche Behandlung nicht durchzuführen.

„Beste medizinische Versorgung“

In diesem Sinn beinhaltet die Frage nach der *„besten medizinischen Versorgung“*, neben der Forderung nach der Achtung der Patient:innenautonomie, des Wohltuns-, und Nicht-Schadensprinzips nach Beauchamp und Childress immer auch die Frage nach der Gerechtigkeit [6, 7]. Beste medizinische Versorgung bedeutet eben nicht – wie häufig fälschlicherweise angenommen – alles technisch Machbare immer auch allen zukommen zu lassen. Medizinisches Fachpersonal sollte sich nach einer Diagnosestellung bei seinen Entscheidungen stets an der vorhandenen Evidenz und auch an der persönlichen Erfahrung orientieren (§ 49 österreichisches Ärztegesetz) [16], um ein individuelles Therapieziel zu definieren, aus dem sich dann eine individuelle Indikation für die Durchführung medizinischer Maßnahmen ableitet. Die Durchführung dieser Maßnahmen wiederum muss durch die:den Patient:in direkt autorisiert werden oder deren:dessen mutmaßlichem Willen entsprechen. Dabei ist sorgfältig zu prüfen, ob eine therapeutische Maßnahme im Vergleich zu alternativen Behandlungsmöglichkeiten angemessen und verhältnismäßig ist. Auch weitere Einflussfaktoren wie Alter, Komorbiditäten oder Gebrechlichkeit der Patient:innen sind in der medizinischen Entscheidungsfindung zu berücksichtigen. Schließlich ist abzuschätzen, ob der Benefit der medizinischen Maßnahme die Inkaufnahme

eines potenziellen Schadens tatsächlich rechtfertigt [1, 6].

Wenn wir von einer gerechten medizinischen Entscheidung sprechen, denken wir im Kontext eines alltäglichen Verständnisses von Gerechtigkeit oft, dass Gleiches gleich und Ungleiches ungleich behandelt werden sollte. Dabei ist „Gleichheit“ im Sinne eines gleichberechtigten Zugangs zu medizinischen Ressourcen zu verstehen. Praktisch klinisch, könnte man – undifferenziert gedacht – aus einem falsch verstandenen „Gleichheitsprinzip“ ableiten, dass alle Personen mit einer bestimmten Erkrankung die gleiche Therapie gleich lange, gleich oft etc. erhalten müssten, um Medizin gerecht zu praktizieren. Wie im Gleichheitsmodell der Gerechtigkeit angemerkt, ist es zweifelhaft, dass es aufgrund individueller Patient:innensituationen überhaupt eine vollkommen gleiche Ausgangssituation geben kann, weswegen für eine gerechte Entscheidungsfindung zur weiteren Abwägung zusätzlich das „ius suum“ herangezogen werden muss [17], nach welchem immer dann gerecht gehandelt wird, wenn „jedem das Seine“ – gemessen am größtmöglichen Nutzen für die:den jeweilige:n Patient:in – zuteilwird. Es wäre demzufolge eben nicht gerecht, allen Patient:innen – ungeachtet ihrer individuellen Situation wie Komorbiditäten, Alter, Gebrechlichkeit – bei gleicher Grunderkrankung die idente medizinische Behandlung zukommen zu lassen. Dies wäre ganz im Gegenteil im Sinne der Gerechtigkeit eine Ungleichbehandlung, wenn vergleichbare Fälle (z. B. histologisch gleicher Tumor im gleichen Stadium) dort, wo sie ungleich sind (Indikation, Therapieziel, Patient:innenwille, Komorbiditäten, Frailty etc.), dennoch gleich behandelt würden! Wenn man also die Indikation für eine medizinische Behandlung streng an ihrem individuellen Nutzen für eine:n Patient:in festmacht sowie das individuelle Therapieziel und den Patient:innenwillen regelmäßig kritisch überprüft, trifft man Entscheidungen im Sinne der „right care“. Mit diesem Gedanken schließt sich der Bogen zur anfangs erwähnten Individualgerechtigkeit nach Giovanni Maio. Gerechte medizinische Entscheidungsfindung muss sich an einer strengen Indikationsstellung orientieren, die wiederum auf einem

sinnvollen Therapieziel basieren muss. Das Bemühen um eine „right care“ in der medizinischen Entscheidungsfindung hilft, Übertherapie und deren Folgen zu vermeiden und führt zu einer sinnvollen und notwendigen Rationalisierung der Medizin – weg von Machbarkeitswahn und Schuldgefühlen, „nicht ALLES gemacht zu haben“. Die Vermeidung von verlängertem Leiden für Patient:innen und deren Angehörige bedeutet gleichzeitig, medizinisches Fachpersonal vor Burnout [18, 19] infolge fehlgeleiteter Therapieentscheidungen (siehe Futility) zu bewahren und schlussendlich auch zu einem sinnvolleren Ressourceneinsatz in einem Medizinsystem zu kommen, das zukünftig immer häufiger an die Grenzen seiner Leistbarkeit stoßen wird. Denn dann würden tatsächlich eine Ungleichversorgung/Unterversorgung und eine Mehrklassenmedizin entstehen mit der zunehmenden Gefahr, dass ökonomisch schlecht situierte Patient:innen auch indizierte Therapien nicht mehr erhalten würden – so wie wir das in einigen anderen Ländern bereits beobachten können und wo wir sicher zukünftig mit unserem Medizinsystem nicht sein wollen [20–24].

Offene Kommunikation

Das Ziel einer von Gerechtigkeit geleiteten und am betroffenen Menschen orientierten Medizin kann nur auf Basis einer offenen und ehrlichen Kommunikation auf allen Ebenen erreicht werden. Angesichts bahnbrechender Fortschritte der Medizin, die so viel Positives im Sinne der Heilung schwerer Erkrankungen leisten kann, werden bei unseren Patient:innen und ihren Angehörigen aber auch nicht selten unrealistische Hoffnungen geweckt sowie von denselben manchmal auch unverhältnismäßige Forderungen erhoben. Die Fähigkeit, die Grundlagen medizinischer Entscheidungsfindung verständlich und nachvollziehbar für alle Involvierten darzustellen, bleibt eine Herausforderung und ebenso eine Voraussetzung für die notwendige kritische Reflexion der Gerechtigkeitsfrage in der Medizin.

Korrespondenzadresse



© Privat

Ao. Univ.-Prof. Dr. Barbara Friesenecker
Universitätsklinik für Anästhesie und
Intensivmedizin, Medizinische Universität
Innsbruck
Innsbruck, Österreich
barbara.friesenecker@i-med.ac.at

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

Interessenkonflikt. B. Friesenecker, G. Gasser, S. Fruhwald, W. Hasibeder, H. Dier und A. Valentin geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Friesenecker B, Fruhwald S, Hasibeder W, et al. (ARGE Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der ÖGARI). Therapiezieländerungen auf der Intensivstation Definitionen, Entscheidungsfindung und Dokumentation. *Anästhesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther.* 2013;48:216–23.
2. Friesenecker B, Fruhwald S, Roden C. Erweiterte Nomenklatur und Terminologie rund um die Situationen am Lebensende. *Anästhesie Nachr.* 2023;5(2):134–7.

3. § 110 StGB: www.ris.bka.gv.at/eli/bgbl/1974/60/P110/NOR12029653 (zuletzt geöffnet am 30. Aug. 2024).
4. § 83 StGB: www.ris.bka.gv.at/eli/bgbl/1974/60/P83/NOR12039048 (zuletzt geöffnet am 30. Aug. 2024).
5. Schaden E, Dier H, Weixler D, et al. Comfort Terminal Care auf der Intensivstation: Empfehlungen für die Praxis. *Anaesthesiologie*. 2024;73:177–85.
6. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford University Press; 1977.
7. Maio G. Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin, Ein Lehrbuch. Schattauer; 2012. ISBN 978-3-7945-2448-8.
8. ARGE Ethik der ÖGARI. Allokation intensivmedizinischer Ressourcen aus Anlass der Covid-19-Pandemie: Klinisch-ethische Empfehlungen für Beginn, Durchführung und Beendigung von Intensivtherapie bei Covid-19-PatientInnen. 2020. [covid-19_ressourcenallokation_gari-statement_v1.7_final_2020-03-17.pdf](https://www.ogari.at/covid-19_ressourcenallokation_gari-statement_v1.7_final_2020-03-17.pdf).
9. Allokationsethische Orientierungshilfe für den Einsatz knapper intensivmedizinischer Ressourcen: Konsensuspapier der österreichischen intensivmedizinischen Fachgesellschaften (FA-SIM) aus Anlass der COVID-19. 2020. [konsensus_fasim_alkokation_intensiv_finale_fassung_text_11.11.2020_korr_neu_fin.pdf](https://www.fasim.at/konsensus_fasim_alkokation_intensiv_finale_fassung_text_11.11.2020_korr_neu_fin.pdf).
10. ICU – Triage im Falle von Ressourcen-Mangel: Empfehlungen aus Anlass der SARS-CoV-2-Pandemie, SOP der ARGE Ethik ÖGARI. 2020. [oegari_sop_triage_covid-19_arge_ethik_final_26.3.2020.pdf](https://www.ogari.at/oegari_sop_triage_covid-19_arge_ethik_final_26.3.2020.pdf).
11. ICU – Triage im Falle von Ressourcen-Mangel: Checkliste der ARGE Ethik ÖGARI. 2020. [oegari-checkliste_triage_icu_final_26.3.2020.pdf](https://www.ogari.at/ri_checkliste_triage_icu_final_26.3.2020.pdf).
12. Cardona-Morrell M, Kim J, Hillman K, et al. Non-beneficial treatments in hospital at the end of life: a systematic review on extent of the problem. *Int J Qual Health Care*. 2016;28(4):456–69.
13. Elshaug AG, Rosenthal MB, Nagpal S, et al. Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care. *Lancet*. 2017;390(10090):191–292.
14. SAMW. Ineffectiveness and unlikelihood of benefit: dealing with the concept of futility in medicine www.gesundheitsrecht.at/wp-content/uploads/2024/06/SAMW-Empfehlung-Futility-Deutsch-2021.pdf. Zugegriffen: 3. Sept. 2024.
15. Burns JP, Truog RD. Futility. A concept in evolution. *Chest*. 2007;132:1987–93.
16. § 49 österreichisches Ärztegesetz <https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Bundesnormen/NOR40190742/NOR40190742.html>. Zugegriffen: 17. Sept. 2024.
17. Platon: Suum cuique. Proverbia Iuris Praetor Verlagsgesellschaft <https://www.proverbia-iuris.de/suum-cuique/>. Zugegriffen: 30. Aug. 2024.
18. 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):106–13.
19. Fumis RRL, Junqueira Amarante GA, de Fátima NA, Vieira JJM. Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *Ann Intensive Care*. 2017;7(1):71.
20. Berezowski J, Czapla M, Manulik S, Ross C. Rationing in healthcare—a scoping review. *Front Public Health*. 2023;11:1160691.
21. Scheunemann LP, White DB. The ethics and reality of rationing in medicine. *Chest*. 2011;140:1625–32.

Reflection on Justice in Treatment Decisions. A Clinical-ethical Consideration of the “Best Medical Care”

In addition to respecting the right to autonomy and the principles of beneficence and non-harm, the best medical care must also fulfil the requirements of justice. Medical decision-making must be guided by both distributive justice and the “ius suum” of the respective patient in order to make a decision in the spirit of “right care”. Right care is orientated towards the greatest patient benefit, based on a realistic treatment goal and the resulting individual indication. Doctors comply with the principle of justice in their decision-making when they strictly determine indications, consider the individual benefits of a technically possible treatment for the patient, and are guided by the patient’s wishes and values. This could avoid a large part of the overtreatment taking place today and its negative consequences.

Keywords

Medical ethics · Rationing · Triage · Overtreatment · Patient autonomy

22. Keliddar I, Mosadeghrad AM, Jafari Sirizi M. Rationing in health systems: a critical review. *Med J Islam Repub Iran*. 2017;31:47.
23. Holtz-Eakin D. All's not fair in health reform bills. *The Boston Globe*. 2009. http://www.boston.com/bostonglobe/editorial_opinion/oped/articles/2009/12/10/all_s_not_fair_in_health_reform_bills. Zugegriffen: 14. Sept. 2024.
24. Tragakes E, Vienonen M. Key issues in rationing and priority setting for health care services. World Health Organization. Regional Office for Europe; 1998. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/348006> (zuletzt aufgerufen am 14.9.2024).

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



News zu DFP-Literaturstudien

Sie möchten regelmäßig über aktuelle DFP-Literaturstudien und weitere DFP-Angebote informiert werden?

Der Newsletter der Online-Fortbildungsplattform P.A.I.N.S. (www.pains.at) erscheint jeden zweiten Donnerstag und benachrichtigt Sie über aktuelle DFP- und weitere Fortbildungsangebote rund um die Themenbereiche **P**alliativmedizin, **A**nästhesie, **I**ntensivmedizin, **N**otfallmedizin und **S**chmerzmedizin.

Schreiben Sie ein kurzes E-Mail an newsletter@pains.at mit dem Betreff „Anmeldung Newsletter“.