



Inhalt

Ethik ist mehr als eine Modeerscheinung 2

Klinische Ethik

Abweisung eines Vergewaltigungsopfers durch katholische
Kliniken in Köln 3

Wie gut verstehen Chemotherapie-Patienten ihr Therapieziel? 5

Inzidenz und Zeitpunkt von Gesprächen zur Betreuung am
Lebensende (End-of-Life Care) bei Krebspatienten 6

Demenz als tödlich verlaufende Krankheit 6

Rechtsethik

Männliche Beschneidung 7

Fortpflanzungsmedizin im Kreuzfeuer rechtsethischer
Diskussionen in Österreich 9

Organisationsethik

Ethisches Leitbild der ErgotherapeutInnen Österreichs 11

In Sozialkapital investieren 12

Der ethische Fall

Angehörigenwunsch nach PEG-Sonde 14

Termine & Nachrichten

Bioethik-Bildungsprogramm 15

Universitätsstudium Medizin-Ethik in Linz 16

Impressum

Editorial

Ethik ist mehr als eine Modeerscheinung

»Medicine saved the life of ethics«, sagte Stephen Toulmin 1982¹, und er meinte damit, dass die praktischen Fragen und Probleme, die sich mit den wachsenden Möglichkeiten der modernen Biomedizin stellten, die Ethik aus einem philosophischen Dornröschenschlaf weckten. Ein Blick in Tageszeitungen, Wochenzeitschriften, das Radio- und Fernsehprogramm oder die Lehrveranstaltungen von Universitäten und anderen Bildungseinrichtungen verdeutlicht, dass das Bedürfnis nach ethischer Orientierung seitdem nicht geringer geworden ist.

Ethik ist aber mehr als eine Modeerscheinung in Zeiten moralischer Krisen. Sie gehört zum Leben der Menschen, ihrer Organisationen und ihrer Gesellschaften: Wir denken darüber nach, was wir tun sollen (und was unterlassen); wir reflektieren darüber, wonach wir streben (und inwieweit dies unser Leben erfüllt); und wir entwickeln unseren Charakter (unsere guten, tugendhaften, wie schlechten, lasterhaften Eigenschaften) über die vielen Entscheidungen und Handlungen, die wir setzen.

Ethikberatung versucht, die Entscheidungsträger dieser Herausforderungen zu unterstützen. Im Krankenhausbereich hat sich diese Beratung international etabliert und ist auf dem Weg, sich weiter zu professionalisieren.² In anderen Gesundheits- und Sozialeinrichtungen wird gerade begonnen, eine ähnliche systematische Ethikberatung aufzubauen. Wie sich anhand der Vielzahl monatlicher Publikationen in Journals aller Disziplinen und Fächer zeigt, ist das Interesse an (klinischer) Ethik und Ethikberatung groß.

*Der vorliegende Newsletter möchte Ihnen dabei helfen, wichtige Informationen und Entwicklungen auf diesem Bereich zu rezipieren. Er wird Ihnen quartalsweise Themen der klinischen Ethik, der Organisationsethik und der Rechtsethik präsentieren. Bei der Fülle an Neuigkeiten und Publikationen kann es sich freilich nur um eine Auswahl handeln. Der Fokus liegt auf Inhalten mit praktischer Relevanz für Ihre Arbeit; für mehr theoretische Abhandlungen sei auf Zeitschriften wie *Medicine, Healthcare and Philosophy*, *Theoretical Medicine and Bioethics* oder das *Kennedy Institute of Ethics Journal* verwiesen.*

In der ersten Ausgabe finden Sie Beiträge zu aktuellen Themen wie der gynäkologischen Versorgung von Opfern sexueller/sexualisierter Gewalt oder der rechtsethischen Beurteilung der männlichen Beschneidung sowie Beiträge zu ethischen „Dauerbrennern“ wie z.B. der Kommunikation mit Patienten am Lebensende oder der organisationsethischen Bedeutung von Sozialkapital in Gesundheitseinrichtungen. Die Rubrik „Der ethische Fall“ stellt Ihnen eine Fallvignette zum Thema „PEG-Sonde & Demenz“ vor, die zur eigenen Reflexion anregen soll. Der Newsletter schließt mit einer Reihe von Terminhinweisen.

Anregungen für künftige Newsletter-Ausgaben sind herzlich willkommen!

Ethik · Ethikberatung

1 Toulmin S. How medicine saved the life of ethics. *Perspect Biol Med.* 1982;25(4):736-50.

2 Wallner J. Klinische Ethikberatung: wo wir stehen. *Imago Hominis.* 2012;19(3):157-67.

Klinische Ethik

Klinische Ethik

Abweisung eines Vergewaltigungsopfers durch katholische Kliniken in Köln

Sachverhalt. Am 15.12.2012 kam eine 25-jährige Frau in Begleitung ihrer Mutter in die Praxis des Kassenärztlichen Notdienstes Köln-Nord. Die behandelnde Allgemeinmedizinerin äußerte aufgrund der Schilderungen der Patientin den Verdacht, dass sie Opfer eines Sexualdelikts geworden sein könnte. Die Ärztin wies die Patientin auf die Möglichkeit einer Schwangerschaft hin und stellte ihr ein Rezept für die „Pille danach“ aus. Mit Zustimmung der Frau überwies die Allgemeinmedizinerin die 25-Jährige zur Durchführung einer Anonymen Spurensicherung (ASS) in die gynäkologische Ambulanz des benachbarten St. Vinzenz-Krankenhauses. Dort wurde das mutmaßliche Vergewaltigungsopfer jedoch ebenso abgewiesen wie im Heilig-Geist-Krankenhaus. Beide Spitäler befinden sich in katholischer Trägerschaft. Die Begründung für die Verweigerung einer ASS, welche die jeweils diensthabenden Gynäkologinnen der beiden Spitäler gaben, lautet gleich: Eine solche Untersuchung sei nicht möglich, weil man im dazugehörigen Gespräch auch auf eine ungewollte Schwangerschaft, deren Abbruch und die „Pille danach“ zu sprechen kommen müsse. Dies sei mit der katholischen Morallehre unvereinbar und für die Ärztinnen mit einer Entlassung bedroht. Die ASS wurde schließlich im Evangelischen Krankenhaus in Kalk durchgeführt.¹

Unmittelbare Reaktionen. Die Vorgehensweise in den beiden katholischen Kliniken wurde publik und erzeugte eine heftige öffentliche Debatte. Die Spitalsverantwortlichen sahen in den beiden Abweisungen ein Missverständnis der beiden Gynäkologinnen. Denn eigentlich gelte für den Umgang mit mutmaßlichen Opfern eines Sexualdelikts die Stellungnahme des Klinischen Ethikkomitees des Trägers vom 7.11.2012², wonach den Opfern eine ganzheitliche Fürsorge entgegenzubringen sei, ihnen alle moralisch unbedenklichen Mittel anzubieten seien, die volle Kooperation mit der ASS sicherzustellen sei, die Patientinnen über alle weiteren Behandlungsmöglichkeiten zu informieren seien, die Autonomie der Patientinnen, sich für oder gegen die Einnahme einer Notfallkontrazeption zu entscheiden, zu respektieren sei, diese Notfallkontrazeption aber aufgrund der katholischen Morallehre nicht in den kirchlichen Krankenhäusern abgegeben werden dürfe. Die Gesundheitsministerin von Nordrhein-Westfalen leitete eine Untersuchung ein, die feststellen sollte, ob es organisatorische Anweisungen gegeben habe, Vergewaltigungsopfer nicht zu behandeln. Die Überprüfung ergab, dass kein Organisationsverschulden vorlag. Politiker der CDU, SPD und Grünen übten heftige Kritik an der Abweisung und warnten die katholischen Krankenhäuser davor, sich mit derartigen Aktionen um die Teilnahme am öffentlichen Versorgungsauftrag zu bringen.³

Kirchliches Umfeld. Im Zuge der medialen Recherchen zu dem Abweisungsvorfall vom Dezember 2012 kamen systemische Faktoren ans Tages-

licht:⁴ Im Februar 2012 führten „Lebensschützer“ eine Undercover-Aktion in katholischen Kliniken im Raum Köln durch. Dabei sollte mittels „agents provocateurs“ getestet werden, ob in diesen Kliniken die „Pille danach“ verschrieben wird oder andere Handlungen gesetzt werden, die der katholischen Morallehre widersprechen. Keiner der solcherart auf die Probe gestellten Ärzte händigte der Testperson ein entsprechendes Rezept aus. Allerdings vermittelten vier Ärzte die Testperson zur Rezeptierung der „Pille danach“ an kasernenärztliche Notfallpraxen weiter, welche sich entweder auf dem Gelände oder im Gebäude der katholischen Kliniken befanden. Diese von den „Lebensschützern“ als Beihilfe zu einer moralisch verbotenen Tat interpretierte Handlung brachten sie dem Kölner Erzbischof und der Glaubenskongregation in Rom zur Anzeige. Das erzbischöfliche Ordinariat griff die Anzeige auf und wies die Kliniken auf ihre Verpflichtung hin, entsprechend der katholischen Morallehre handeln zu müssen. Der Generalvikar sprach von einer „Null-Toleranzgrenze“. Für die Einrichtungen der Hospitalvereinigung St. Marien GmbH, zu denen die beiden Kliniken, in denen die Abweisungen stattfanden, gehören, erarbeitete das Klinische Ethikkomitee eine entsprechende Empfehlung. In den Medien wurde nach dem Publikwerden dieser Zusammenhänge darauf hingewiesen, dass durch derartige Aktionen ein Klima der Verunsicherung und Angst vor Denunzierungen entstehe, welches die individuelle Ärztin letztlich dazu verleiten kann, restriktiv oder gar in einer Art vorauseilendem Gehorsam zu handeln.

Weitere Folgen. Der Kölner Kardinal Joachim Meisner ließ mittlerweile verlauten, dass er die „Pille danach“ nach einer Vergewaltigung dann für moralisch vertretbar hält, wenn sie ovulationshemmend wirkt und eine Zeugung verhindert. Weiterhin unvereinbar mit der katholischen Morallehre sei hingegen eine nidationshemmende Wirkung der Notfallkontrazeption. Dieser Sichtweise schloss sich alsbald die Deutsche Bischofskonferenz an und wurde dabei auch von der päpstlichen Akademie für das Leben unterstützt.⁵ In Österreich gab das unter Patronanz der Bischofskonferenz stehende Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE) eine aktualisierte Stellungnahme zur Wirkweise der „Pille danach“ heraus.⁶

Stellungnahme der Barmherzigen Brüder Österreich. ▶ Opfer von (sexueller/sexualisierter) Gewalt dürfen nicht abgewiesen werden. ▶ Mit Einverständnis der Patientin sind alle indizierten Untersuchungen und Therapien durchzuführen. ▶ Dazu zählt auch die Aufklärung über eine mögliche Schwangerschaft und die Information, wie diese durch Notfallkontrazeption („Pille danach“) verhindert werden kann. ▶ Mit Einverständnis der Patientin werden alle Maßnahmen der forensischen Spurensicherung durchgeführt, um eine polizeiliche und gerichtliche Strafverfolgung zu ermöglichen. ▶ Nach Ansicht der katholischen Kirche ist die Einnahme der „Pille danach“ (wie jeder anderen Kontrazeption) dann erlaubt, wenn der Frau eine Schwangerschaft durch Gewalt oder Nötigung droht, insoweit das Präparat einen Eisprung oder die Befruchtung der Eizelle verhindert. Dagegen bekennt sich die katholische Kirche und die Barmherzigen Brüder zu einem umfassenden Lebensschutz von der Empfängnis (Befruchtung) an und halten daher die Anwendung von Präparaten, die eine bereits befruchtete Eizelle zerstören, für moralisch nicht vertretbar. ▶ Die „Pille danach“ ist in Österreich (im Gegensatz zu Deutschland) seit 18.12.2009 nicht mehr rezeptpflichtig und braucht

daher nicht mehr „verschrieben“ zu werden. Es steht jeder Frau (auch ohne ärztliches Aufklärungsgespräch) frei, sich ein entsprechendes Präparat in einer Apotheke zu besorgen. ► Die Barmherzigen Brüder respektieren jedoch in diesem Zusammenhang in jedem Fall die autonome Entscheidung der Patientin. Sie halten es daher für notwendig, die Patientin in einem gynäkologischen Beratungsgespräch umfassend über die Wirkweise der Notfallkontrazeptiva zu informieren, damit die Patientin eine sachlich aufgeklärte eigenständige Entscheidung treffen kann.

Gynäkologie · Verhütung · Notfallkontrazeption · Pille danach · Katholische Kirche · Barmherzige Brüder

- 1 Berger P. Kirche setzt Ärzte unter Druck. Kölner Stadt-Anzeiger, 16.1.2013.
- 2 Hospitalvereinigung St. Marien GmbH, Klinisches Ethikkomitee. Ethische Stellungnahme zur Notfallkontrazeption bei Patientinnen, die vermutlich Opfer eines Sexualdelikts geworden sind, 11.11.2012, http://www.cellitinnenhaeuser.de/fileadmin/user_upload/Stiftung/PDSs__Aktuelles/StellungnahmeNFK.pdf (abgerufen 6.4.2013).
- 3 Burger R. Ministerium prüft Abweisungsfall. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 20.1.2013.
- 4 Diehl J, Menke B. Kirchliche Kliniken und Abtreibung: Die Katholischen. Der Spiegel, 21.1.2013. Drobinski M. Dogmatisches Dilemma. Süddeutsche Zeitung, 22.1.2013. Burger R. Lasset und Denunzieren. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 23.1.2013. Burger R. Die zweifelhaften Methoden der Lebensschützer. Frankfurter Allgemeine Zeitung, 24.1.2013.
- 5 Meisner J. Erklärung des Erzbischofs von Köln zur „Pille danach“, 31.1.2013, http://opencms.erzbistum-koeln.de/modules/news/news_1318.html (abgerufen 6.4.2013). Deutsche Bischofskonferenz. Pressebericht zur Frühjahrsvollversammlung, 21.2.2013, http://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/diverse_downloads/presse_2012/2013-038-Pressebericht-FVV-Trier.pdf (abgerufen 6.4.2013). Vatikan unterstützt deutsche Bischöfe bei Pille danach, 23.2.2013, <http://www.kath.net/news/40248> (abgerufen 6.4.2013).
- 6 Stellungnahme von IMABE zur Diskussion über die Wirkungsweisen der „Pille danach“, 19.2.2013, <http://www.imabe.org/index.php?id=1869> (abgerufen 6.4.2013). Aktualisierung der Erkenntnisse zur Wirkweise der „Pille danach“, 19.2.2013, <http://www.imabe.org/index.php?id=1861> (abgerufen 6.4.2013).

Rechtsethik

Wie gut verstehen Chemotherapie-Patienten ihr Therapieziel?

Eine U.S.-amerikanische, prospektive Studie an 1.193 Patienten mit metastasierendem Lungen- oder Colorektal-Karzinomen zeigte, dass 69% der Lungenkrebs-Patienten und 81% der Colorektal-Krebs-Patienten auf Nachfrage nicht verstanden hatten, dass die ihnen verabreichten Chemotherapien kein kuratives Therapieziel hatten. Patienten, die ihre Beziehung und Kommunikation mit dem behandelnden Arzt als sehr gut bewerteten, hatten eine höhere Missverständnis-Rate über das Therapieziel als Patienten, die ihre Beziehung mit dem Arzt nicht so gut bewerteten. Die Studienautoren ziehen daraus den Schluss, dass Ärzte das Patientenverständnis zwar verbessern können, indem sie noch deutlicher das nicht-kurative Therapieziel der Chemotherapie erläutern, dies aber unter Umständen auf Kosten der Patientenzufriedenheit gehen könnte. Einschränkend erwähnen die Studienautoren, dass die befragten Patienten eine optimistischere Einschätzung der Erfolgsaussichten ihrer Behandlung wiedergegeben haben könnten, als sie tatsächlich selbst annehmen.

Kommunikation · Arzt-Patienten-Gespräch · Onkologie · Informed Consent

Weeks JC et al. Patients' expectations about effects of chemotherapy for advanced cancer. N Engl J Med. 2012;367(17):1616–25.

Klinische Ethik

Inzidenz und Zeitpunkt von Gesprächen zur Betreuung am Lebensende (End-of-Life Care) bei Krebspatienten

Eine U.S.-amerikanische Studie untersuchte, in wie vielen Fällen und zu welchem Zeitpunkt mit Patienten mit fortgeschrittenem Lungen- oder Colorektal-Krebs ein Gespräch über ihre Betreuung am Lebensende (End-of-Life Care, EOLC) geführt wurde. Dazu wurden 2.155 Patienten oder (falls bereits verstorben) ihre Angehörigen interviewt sowie die dazugehörigen Krankengeschichten analysiert. Insgesamt konnte in 73% der Fälle ein EOLC-Gespräch festgestellt werden, wobei dies nur in 69% der Fälle auch in der Krankengeschichte dokumentiert war. Die häufigsten Gesprächsthemen waren Verzicht auf lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen, Hospizversorgung und Palliative Care. Die EOLC-Gespräche führten Onkologen (49%), Allgemeinmediziner (36%), Palliativmediziner (6%), andere Ärzte (7%), Radioonkologen (4%), Chirurgen (3%) und andere Personen (0,5%). Im Durchschnitt fand das erste EOLC-Gespräch 33 Tage vor dem Tod statt. Die Studienautoren ziehen aus ihren Ergebnissen vor dem Hintergrund der bisherigen Literatur zu diesem Thema folgende Schlüsse: EOLC-Gespräche finden häufiger statt als bislang angenommen. Wie an anderen Stellen kritisiert, finden EOLC-Gespräche zu spät statt. Statt im letzten Monat, häufig ausgelöst durch eine akute Verschlechterung des Patienten, sollten EOLC-Gespräche in zeitlicher Nähe zur Diagnose bei fortgeschrittenem Krebs stattfinden.

Kommunikation · Arzt-Patienten-Gespräch · Onkologie · End-of-Life Care

Mack JW et al. End-of-life care discussions among patients with advanced cancer. *Ann Intern Med.* 2012;156(3):204–10. · Mack JW et al. Associations between end-of-life discussions characteristics and care received near death: A prospective cohort study. *J Clin Oncol.* 2012;30(35):4387–4395.

Klinische Ethik

Demenz als tödlich verlaufende Krankheit

Menschen mit fortgeschrittener Demenz werden – anders als etwa Patienten mit metastasierendem Krebs – von Angehörigen und Gesundheitsberufen oftmals nicht als sterbend wahrgenommen. In den letzten Jahren wurde in der medizinischen Literatur vermehrt darauf hingewiesen, dass eine solche Sichtweise nicht adäquat sei und den Betroffenen zum Nachteil gereichen kann.

Mitchell et al. haben in einer prospektiven Studie dargelegt, dass Patienten mit fortgeschrittener Demenz mit einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 1,3 Jahren ähnlich als sterbenskrank gelten müssten wie Patienten mit metastasierendem Krebs oder Stufe-IV-Herzinsuffizienz. Ein adäquates Verständnis vom letztlich tödlichen Verlauf der Demenz ist deshalb wichtig, weil nur so die Betroffenen in einem früheren Stadium oder ihre Stellvertreter für ein späteres Stadium angemessene Entscheidungen über medizinische Behandlungen bzw. den Verzicht darauf treffen können.

In diesem Sinn haben Congedo et al. eine Analyse angestellt, in der die Betreuung am Lebensende von Patienten mit fortgeschrittener Demenz und Patienten mit metastasierendem Krebs verglichen wird. Demenzpatienten erhielten öfter aggressive, eigentlich auf kurative Ziele gerichtete Interventionen als Krebspatienten. Obwohl keine Studien einen verbesserten Outcome bei Demenzpatienten nachweisen konnten, wurden sie öfters als andere terminal Kranke mit Antibiotika und Sondenernährung behandelt.

Versteht man die Demenz als tödlich verlaufende Krankheit, die in ihrem fortgeschrittenen Stadium in die Sterbephase übergeht, so schärft dies den Blick auf vornehmlich palliative Therapieziele, wie es für terminal Kranke auch bei anderen Krankheitsbildern als angemessen angesehen wird.

Neurologie · Geriatrie · Demenz · Alzheimer · End-of-Life Care · Sondenernährung · Perkutane Endoskopische Gastrostomie (PEG) · Enterale Ernährung

1 Mitchell SL et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med. 2009;361(16):1529–38.

2 Congedo M et al. Ethical issues in the end of life treatments for patients with dementia. Eur J Neurol. 2010;17(6):774–9.

Rechtsethik

Rechtsethik

Männliche Beschneidung

Hintergrund. Die Beschneidung (Zirkumzision) der männlichen Penisvorhaut zählt zu den urologischen Routineeingriffen. Medizinisch nicht indizierte Beschneidungen, werden seit längerem international kontrovers diskutiert. Mit einem Urteil des Landgerichts Köln vom 7.5.2012¹ hat die Debatte auch in Deutschland und Österreich zugenommen. Die Kritiker sehen in der Beschneidung eine Verletzung des Kindeswohls. Die Befürworter sehen den Eingriff v.a. durch das elterliche Erziehungsrecht und die Religionsfreiheit gerechtfertigt.

Rechtslage. Die medizinisch nicht indizierte Beschneidung von nicht einwilligungsfähigen Knaben ist in Österreich unter folgenden Voraussetzungen erlaubt: die Eltern willigen nach Aufklärung über den Eingriff und seine Risiken stellvertretend für ihr Kind ein, und die Beschneidung wird lege artis durchgeführt.² In Deutschland erfolgte im Zuge der öffentlichen Debatte eine Gesetzesnovelle, welche die Beschneidung ebenfalls erlaubt.³

Ethische Gesichtspunkte. Die hier zur Debatte stehende Beschneidung steht zweifelsohne in Spannung zu grundlegenden medizinethischen Prinzipien. Sie berührt insbesondere das Nichtschadens- und das Autonomie-Prinzip. Hinsichtlich des Nichtschadens-Prinzips gilt es, nach dem Nutzen-Risiko-Profil der Beschneidung zu fragen. Die medizinische Evidenz ist hier nicht eindeutig. Zuletzt veröffentlichte die American Academy of Pediatrics (AAP) eine Übersicht dazu und kam zu dem Schluss, dass der Nutzen die Risiken

überwiege, allerdings nicht so stark, dass man eine Beschneidung routinemäßig empfehlen würde.⁴ Die Kritiker der Beschneidungspraxis führen gegen- teilige Befunde an, können jedoch ebenso wenig eine eindeutige Evidenz prä- sentieren.⁵ In solchen Fällen überlässt man es im Allgemeinen dem Betroffe- nen selbst, ob er die medizinische Behandlung möchte oder nicht. Diese au- tonome Entscheidung kann das Kleinkind allerdings noch nicht treffen. Die stellvertretende Einwilligung seiner Eltern kann damit gerechtfertigt werden, dass sie auch in zahlreichen anderen Lebensbelangen des Kindes Entschei- dungen treffen und ihnen dieses elterliche Recht insoweit zusteht, als sie da- mit nicht das Kindeswohl konkret gefährden. Davon kann aber bei der männlichen Beschneidung nicht die Rede sein. Insofern legitimiert diese Be- schneidungspraxis nicht einen Eingriff des Staates in das grundrechtlich ab- gesicherte elterliche Erziehungsrecht, zu welchem auch die religiös- weltanschauliche Erziehung zählt.

Rechtliche Praxis. Im Zuge der deutschen Debatte wurde in Österreich rasch klar gestellt, dass die Beschneidung rechtlich erlaubt ist; offen blieb je- doch zunächst die Frage, unter welchen Bedingungen. Das Gesundheitsmi- nisterium ging davon aus, dass der Eingriff nur von Ärzten durchgeführt werden dürfe. Das Justizministerium ließ dagegen offen, ob auch nicht- ärztliche Beschneider die Prozedur durchführen dürfen.⁶ Seitdem ein Verfah- ren gegen einen nicht-ärztlichen jüdischen Mohel von der Staatsanwaltschaft eingestellt wurde, dürfte diese Frage allerdings weitgehend beantwortet sein.⁷ In Deutschland wurde die Beschneidung durch einen Nicht-Arzt bei Knaben unter sechs Monaten explizit in der Gesetzesnovelle erlaubt. Aus medicin- ethischer Sicht ist in Hinblick auf das Nichtschadens-Prinzip jedenfalls eine lege artis, d.h. auch mit adäquater Analgosedierung, durchgeführte Beschnei- dung zu verlangen.

Fazit. Eine medizinisch nicht-indizierte Beschneidung von nicht einwilli- gungsfähigen Knaben ist in Österreich rechtlich erlaubt. Sie ist ethisch ver- tretbar, wenn: ► durch sie das Kindeswohl im konkreten Fall nicht gefährdet wird, ► die Eltern (Obsorgeberechtigten) einen Informed Consent in den Eingriff gegeben haben, ► die Beschneidung lege artis durchgeführt wird (d.h. von einer darin erfahrenen Person, unter für operative Eingriffe erforderli- chen hygienischen Bedingungen und mit einer adäquaten Analgosedierung).

Urologie · Pädiatrie · Beschneidung (Zirkumzision) · Religion

1 Landgericht Köln. Beschneidung. 151 Ns 169/11 (7.5.2012). Schinkele B. Die Beschneidung eines nicht einwilligungsfähigen Knaben. RdM. 2012;19(5):189–96.

2 Wallner J. Die Beschneidung von nicht einwilligungsfähigen Knaben. RdM. 2012;19(6):277–83.

3 Gesetz über den Umfang der Personensorge bei einer Beschneidung des männlichen Kindes, dBGBl. I 2012/61, S. 2749.

4 American Academy of Pediatrics, Task Force on Circumcision. Circumcision policy statement. Pediatrics. 2012;130(3):585–6. American Academy of Pediatrics, Task Force on Circumcision. Male circumcision [Technical Report]. Pediatrics. 2012;130(3):e756–85.

5 Frisch M et al. Cultural bias in the AAP's 2012 Technical Report and Policy Statement on male circumcision. Pediatrics. 2013;131(4):796–800.

6 Warenski B. „Nur Ärzte dürfen beschneiden“. Tiroler Tageszeitung, 18.7.2012.

7 Beschneidung: Verfahren gegen Oberrabbiner eingestellt. Die Presse, 18.1.2013.

Klinische Ethik

Fortpflanzungsmedizin im Kreuzfeuer rechtsethischer Diskussionen in Österreich

Derzeitige Rechtslage. Die gesetzlichen Regelungen zu assistierten Reproduktionstechniken (ART) in Österreich sind seit einigen Jahren Gegenstand intensiver rechtsethischer Diskussionen. Derzeit sind laut Fortpflanzungsmedizinengesetz (FMedG¹) nur folgende Konstellationen zulässig: Die ART muss in einer Ehe oder Lebensgemeinschaft von Personen verschiedenen Geschlechts erfolgen. Dabei dürfen grundsätzlich nur Eizellen und Samen der heterosexuellen Ehegatten oder Lebensgefährten verwendet werden. Eine einzige Ausnahme besteht für die Insemination (das Einbringen von Samen in die Geschlechtsorgane der Frau, d.h. eine in vivo Befruchtung): sie ist auch unter Verwendung von Spermien eines Dritten erlaubt, wenn der eigene Ehegatte oder Lebensgefährte nicht fortpflanzungsfähig ist. Verboten sind somit: heterologe Eizellspenden, Embryonenspenden und ART innerhalb von gleichgeschlechtlichen Partnerschaften.

Verfahren gegen Österreich vor dem EGMR. Die derzeitigen Beschränkungen von ART wurden mehrfach in Frage gestellt: Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) verurteilte Österreich 2010² in erster Instanz wegen Diskriminierung, weil es nach Ansicht der Richter keine sachliche Rechtfertigung für das Verbot der Verwendung von gespendeten Eizellen zu ART und das Verbot der Verwendung von gespendeten Samen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) gab. Im Berufungsverfahren entschied der EGMR 2011³ jedoch gegenteilig: Es stehe, so der Gerichtshof, zwar fest, dass die Verbote des FMedG in das Grundrecht auf Privat- und Familienleben eingreifen, allerdings habe ein Staat einen Beurteilungsspielraum, wenn es um die Frage der Verhältnismäßigkeit eines solchen Eingriffs gehe. Dabei sei es zum Zeitpunkt der Beschwerdeerhebung (1999) vertretbar gewesen, dass Österreich nur bestimmte Formen der ART zulasse, andere hingegen zum Schutz der Gesundheit, der Moral oder der Rechte und Freiheiten anderer verbiete. Der EGMR äußerte sich nicht zu der Frage, ob ein solcher Grundrechtseingriff auch heute noch menschenrechtskonform sei. Es wies lediglich darauf hin, dass sich seit der Inkraftsetzung des FMedG 1992 sowohl in der Reproduktionsmedizin selbst als auch in den gesellschaftlichen Wertvorstellungen Änderungen ergeben haben, die der österreichische Gesetzgeber bis dato nicht berücksichtigt habe.

Verfahren vor OGH und VfGH. Innerstaatlich wurde das Verbot der ART für gleichgeschlechtliche Paare Gegenstand höchstgerichtlicher Diskussionen: Der Oberste Gerichtshof (OGH) hatte sich 2011 mit einem Fall zu beschäftigen, in dem zwei Frauen, die eine Lebenspartnerschaft eingegangen sind, eine ART unter Verwendung von Samen eines Dritten begehrt. Der OGH entschied nicht in der Sache, sondern nahm den Fall zum Anlass, um den Verfassungsgerichtshof (VfGH) anzurufen⁴, da der OGH die Verfassungskonformität des Verbots von ART für gleichgeschlechtliche Paare in Frage stellte. Der VfGH wies die Anträge des OGH und der beiden Frauen im Oktober 2012⁵ zurück, allerdings aus rein formalen Gründen. Der OGH nahm im Dezember 2012⁶ einen zweiten Anlauf und beehrte die Aufhebung des Verbots

von ART für lesbische Paare (nicht jedoch für schwule Paare). Eine Entscheidung des VfGH steht bis dato aus.

Stellungnahmen der Bioethikkommission. Die Frage der rechtsethischen Beurteilung von ART beschäftigte in den letzten Jahren auch die Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (BEK). Sie wurde vom VfGH im Zuge des vom OGH beehrten Gesetzesprüfungsverfahrens um eine Stellungnahme gebeten. Im April 2012⁷ veröffentlichte die BEK ein Papier, in dem die Gründe für und gegen eine Freigabe von ART für alleinstehende Frauen und lesbische Paare erörtert wurden. Die zentralen Beurteilungskriterien waren das Kindeswohl und die Rechtssicherheit. Hinsichtlich des Kindeswohls geht es um die Frage, inwiefern es durch alleinerziehende Personen oder gleichgeschlechtliche Paare gefährdet wird. Die Befürworter der Freigabe von ART für alleinstehende Frauen und lesbische Paare führen an, dass es keine überzeugenden Hinweise auf eine Gefährdung des Kindeswohls gebe. Die Kritiker der Freigabe von ART für alleinstehende und lesbische Paare weisen auf die psychischen, sozialen und rechtlichen Risiken einer Aufspaltung von biologischer und gelebter Elternschaft sowie auf die Bedeutung stabiler Partnerschaften für die Kinder hin. Zur Frage des Kindeswohls hat jüngst auch die American Academy of Pediatrics (AAP)⁸ Stellung genommen: Gestützt auf eine extensive Analyse vorhandener Studien kommt die AAP zu dem Schluss, dass das Kindeswohl in schwulen oder lesbischen Beziehungen grundsätzlich nicht mehr gefährdet wird als in heterosexuellen Beziehungen. Die AAP erachtet es besser für das Kind, in einer (homo- oder heterosexuellen) Partnerschaft aufzuwachsen als bei einem alleinerziehenden Elternteil.

Im Juli 2012⁹ veröffentlichte die BEK dann eine umfassende Stellungnahme zur Reform des Fortpflanzungsmedizinrechts. Befürworter von weitreichenden Änderungen sprechen sich darin u.a. für folgende Punkte aus: ▶ Erlaubnis der Samenspende für IVF; ▶ Erlaubnis der Eizellspende für Frauen mit ovarieller Insuffizienz innerhalb ihrer biologisch-reproduktiven Phase; ▶ Zugang zu ART für alleinstehende Frauen und lesbische Paare; ▶ Zulassung der genetischen Untersuchung in vitro (Präimplantationsdiagnostik, PID) bei hohem Risiko für schwere Erbkrankheiten oder hohem Risiko für genetisch bedingte Fehl- oder Totgeburten; ▶ Zulassung von PID mit dem Ziel, ein Kind auszusuchen, das als Spender von Zellen, Gewebe oder Organen für ein Geschwisterkind geeignet ist (sogenanntes Rettungskind). Die Kritiker von Änderungen im Fortpflanzungsmedizinrecht lehnen alle genannten Punkte ab. Sie verweisen auf: ▶ sozialökonomische Risiken der Eizellspende (potentielle Ausbeutung von Frauen); ▶ psychosoziale und rechtliche Risiken der Aufspaltung der Elternschaft durch heterologe ART; ▶ soziale Risiken einer Selektion von Embryonen durch PID, die letztlich weit über die von den Befürwortern genannten Indikationen hinausgehen wird (sog. Dambruch- oder Schiefe-Ebene-Gefahr). Einig sind sich Befürworter und Kritiker von Änderungen des Fortpflanzungsmedizinrechts in folgenden Punkten: ▶ verbesserte Qualitätssicherung und mehr Transparenz in den ART und ihrer Vermarktung; ▶ keine Freigabe von ART für schwule Paare.

Schlussfolgerung. Es ist zu erwarten, dass die derzeitigen rechtlichen Regelungen zu ART in den nächsten Jahren geändert werden. Dafür sprechen die bisherigen Verfahren vor Höchstgerichten, europäische Referenzen und die Argumentationslage in der rechtsethischen Literatur. Wie weit solche Verän-

derungen gehen werden, ist freilich nicht abschätzbar, da es sich hierbei stets auch um politische Kompromisse handelt.

Reproduktionsmedizin · In-vitro-Fertilisation (IVF) · Präimplantationsdiagnostik (PID) · Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) · Oberster Gerichtshof (OGH) · Verfassungsgerichtshof (VfGH) · Fortpflanzungsmedizinengesetz (FMedG) · Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (BEK)

- 1 Fortpflanzungsmedizinengesetz, BGBl. 1992/275 i.d.F. BGBl. I 2010/111.
- 2 EGMR. S.H. et al. v. Österreich. Appl. 57813/2000 (1.4.2010). Kopetzki C. § 3 FMedG verletzt Art 14 EMRK iVm Art 8 EMRK. RdM 2010;17(3):85–8 mit Anmerkungen von Bernat C, RdM 2010;17(3):88–90.
- 3 EGMR. S.H. et al. v. Österreich. Appl. 57813/2000 (3.11.2010). Kopetzki C. § 3 Abs 1 FMedG verletzte Art 8 EMRK im Jahr 1999 nicht. RdM 2012;19(2):70–1 mit Anmerkungen von Pöschl M, RdM 2012;19(2):72–5. Weilert AK. Heterologe In-vitro-Fertilisation als europäisches Menschenrecht?. MedR 2012;30(6):355–9.
- 4 OGH. Antrag auf Aufhebung des Fortpflanzungsverbots für weibliche gleichgeschlechtliche Paare, 3 Ob 147/10d (22.3.2011).
- 5 VfGH. Zurückweisung der Anträge auf Aufhebung des Fortpflanzungsverbots für weibliche gleichgeschlechtliche Paare, G 14/10 und G 47/11 (2.10.2012).
- 6 OGH. Neuerlicher Antrag auf Aufhebung des Fortpflanzungsverbots für weibliche gleichgeschlechtliche Paare, 3 Ob 224/12f (19.12.2012).
- 7 Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt. Stellungnahme zum Gesetzesprüfungsverfahren G 47/11 betreffend die Beschränkung des Anwendungsbereiches des Fortpflanzungsmedizingesetzes auf verschiedengeschlechtliche Paare, 16.4.2012, <http://www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=47392> (zuletzt abgerufen am 6.4.2013).
- 8 American Academy of Pediatrics, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Promoting the well-being of children whose parents are gay or lesbian [Policy Statement], Pediatrics. 2013;131(4):827–30. Perrin EC et al. Promoting the well-being of children whose parents are gay or lesbian [Technical Report]. 2013;131(4):e1374–83.
- 9 Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt. Reform des Fortpflanzungsmedizinrechts [Stellungnahme], 2.7.2012, <http://www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=48791> (zuletzt abgerufen am 6.4.2013).

Organisationsethik

Organisationsethik

Ethisches Leitbild der ErgotherapeutInnen Österreichs

Ergo Austria, der Bundesverband der ErgotherapeutInnen Österreichs, hat im November 2012 ein ethisches Leitbild veröffentlicht. Das zentrale ethische Ziel der Ergotherapie wird darin gesehen, Menschen jeden Alters, deren Handlungsfähigkeit durch Krankheit, Behinderung oder Unfall eingeschränkt ist, bei der Teilhabe an der Gesellschaft zu helfen und ihre Lebensqualität zu verbessern. Die damit verbundenen Kernbegriffe sind: Betätigung (als für den Menschen sinnvolle Betätigung), Mensch (als Lebewesen mit Würde), KlientInnenzentriertheit (mit Respekt vor dem/der KlientIn), Umwelt (als physikalische, psychische, soziale, kulturelle, politische und spirituelle Lebensbedingungen) und Gesundheit (als Zustand des Wohlergehens und nicht bloß der Abwesenheit von Krankheit). Das ethische Leitbild geht dann auf die Standards ergotherapeutischer Praxis ein (z.B. in der Beziehung zu KlientInnen). Ein weiterer Abschnitt bietet Grundlagenwissen für die ethische Urteilsbildung in der Praxis, welche anhand eines Musterbeispiels veranschaulicht wird. Mit Hilfe des Leitbilds lassen sich die ethischen Grundlagen und Implikationen der ergotherapeutischen Praxis systematisch reflektieren und Lösungen für die Bewältigung ethischer Probleme im Berufsalltag finden.

Berufsethik · Ergotherapie

Ergo Austria. Ethisches Leitbild der ErgotherapeutInnen Österreichs, November 2012,
http://www.ergotherapie.at/files/ethikleitbild_onlineversion.pdf (abgerufen 6.4.2013).

Organisationsethik

In Sozialkapital investieren

Sozialkapital. Unter „Sozialkapital“ versteht man die Bereitschaft und Fähigkeit von Personen und Gruppen, effektiv miteinander zu kooperieren.¹ Sozialkapital zeichnet sich durch gegenseitiges Vertrauen, Verantwortungsgefühl für die gemeinsame Sache, Beachtung von gemeinsamen Regeln und klaren Informations- und Kommunikationswegen aus. Sozialkapital kann erhalten und gefördert werden oder aber erodieren und zerstört werden. Beide Entwicklungen haben eine ethische Dimension.

Sozialkapital-förderliches Verhalten. Verhalten, welches Sozialkapital erhält und fördert wird *organizational citizenship behavior* (OCB) genannt.² Dabei handelt es sich um ein freiwilliges und bewusstes Verhalten, das zur Effektivität einer Organisation beiträgt und ihr Sozialkapital stärkt. OCB gegenüber Individuen kann sich z.B. folgendermaßen ausdrücken: ▶ anderen helfen, wenn sie abwesend waren; ▶ Zeit für andere nehmen, wenn sie berufsbezogene Probleme haben; ▶ auf Dienstplanwünsche eingehen, wenn KollegInnen eine Auszeit benötigen; ▶ auf neue KollegInnen offen zugehen, damit sie sich willkommen fühlen; ▶ ernsthaftes Interesse an den Sorgen von KollegInnen zeigen. OCB gegenüber der Organisation kann sich z.B. folgendermaßen zeigen: ▶ Aufgaben übernehmen, zu denen man nicht persönlich verpflichtet ist, die aber der Organisation (dem Team) weiterhelfen; ▶ sich am Laufenden über Entwicklungen in der Organisation halten; ▶ Ideen zur Verbesserung der Organisation einbringen; ▶ Handeln, um die Organisation vor Schaden zu bewahren; ▶ sich um das Image der Organisation kümmern. Wenngleich OCB nicht unmittelbar notwendig ist, um den eigenen Job auszuüben, fungiert es doch als „Schmiermittel“ für die Effektivität, die Motivation und das Klima – und damit auch den Erfolg der Organisation.

Respekt als Ressource des Sozialkapitals. Respekt ist eine wesentliche Voraussetzung, um Sozialkapital zu erhalten bzw. zu fördern.³ Ein respektvolles Verhalten kann ethisch betrachtet intrinsischen Wert haben, weil dadurch der andere Mensch in seiner Würde wertgeschätzt wird. Respekt kann auch extrinsischen Wert haben, weil er dazu beiträgt, als attraktiver Arbeitgeber wahrgenommen zu werden, die Patientenakquise und -bindung zu erleichtern und die Sicherheit in der Organisation zu erhöhen.

Erosion und Sozialkapital und ihre Folgen. Sozialkapital kann leicht gefährdet werden. Verhaltensweisen, die dies tun, werden *deviant workplace behaviors* genannt⁴, wie z.B. Respektlosigkeit. Respektloses Verhalten⁵ zerstört Sozialkapital und kann viele Formen annehmen, z.B.: ▶ grobes Verhalten (Wutanfälle, Anschreien); ▶ missbräuchliches Verhalten (Überschreitungen von persönlichen Schamgrenzen, sexuelle Belästigung); ▶ Erniedrigung (Bloßstellen vor KollegInnen, sexistische oder rassistische Sprache); ▶ passiv-

aggressives Verhalten (Schuldzuweisungen an andere; sich laufend darüber beschweren, nicht verstanden zu werden); ► herabwürdigendes Verhalten gegenüber PatientInnen oder KlientInnen (Infantilisierung, paternalistische Entscheidungen, mangelnde Aufklärung); ► passive Respektlosigkeit (chronisches Zuspätkommen zu Terminen, minimalistische Therapieanordnungen, bei Besprechungen geistig nicht präsent sein) ► systemische Respektlosigkeit (mangelhafte Ablauforganisation, vermeidbare Wartezeiten, fehlende Aufenthaltsräume, überlange Dienste). Die Folgen von *deviant workplace behavior* sind nicht nur moralischer, sondern auch ökonomischer Natur. So gaben Personen, die Opfer von unziviliertem Verhalten am Arbeitsplatz geworden sind, an, dass sie bewusst möglichst wenig Zeit in der Arbeit verbringen möchten; produktive Arbeitszeit verlieren, weil sie über die Respektlosigkeit grübeln oder dem Täter aus dem Weg gehen möchten; eine abnehmende Verbundenheit mit ihrem Unternehmen feststellen; oder ihre Frustration an Kunden (Klienten, Patienten) auslassen.⁶

Leadership. Die Aufgabe, eine Organisationskultur des gegenseitigen Respekts zu fördern und so Sozialkapital zu erhalten, ist eine Funktion von Leadership.⁷ Unzweifelhaft zählt diese Führungsaufgabe zum Top-Management und den Führungskräften, aber Leadership kann in Hinblick auf das Sozialkapital des Unternehmens jede/r zeigen. Dazu zählt: ► Sensibilität für das Thema entwickeln, Motivation und Inspiration zur Arbeit daran vermitteln; ► Zivilcourage beim Umgang mit respektlosem Verhalten zeigen; ► Vorbildwirkung bei Sozialkapital-förderlichem Verhalten. Die spezielle Verantwortung von Management und Führungskräften ist darüber hinaus darin zu sehen, an den Rahmenbedingungen für den Erhalt des Sozialkapitals zu sorgen. Dazu zählt u.a.: ► Auseinandersetzung mit Arbeitszeiten; ► Ausbildungsqualität gewährleisten; ► Effektivität von Kommunikationsflüssen sicherstellen.

Organisationsethik · Führungsethik · Sozialkapital · deviant workplace behavior · organizational citizenship behavior

- 1 Waisel DB. Developing social capital in the operating room. *Anesthesiology*. 2005;103(6):1305-10.
- 2 Organ DW. *Organizational citizenship behavior: the good soldier syndrome*. Lexington, MA: Lexington Books; 1988. Organ DW et al. *Organizational citizenship behavior: its nature, antecedents, and consequences*. Thousand Oaks, CA: Sage; 2006. Lee K, Allen NJ. *Organizational citizenship behavior and workplace deviance*. *J Applied Psychol*. 2002;87(1):131-42.
- 3 Leape LL et al. A culture of respect, part 1: the nature and causes of disrespectful behavior by physicians. *Acad Med*. 2012;87(7):845-52. Leape LL et al. A culture of respect, part 2: creating a culture of respect. *Acad Med*. 2012;87(7):853-8.
- 4 Bennett RJ, Robinson SL. Development of a measure of workplace deviance. *J Applied Psychol*. 2000;85(3):349-60. Robinson SL, Bennett RJ. A typology of deviant workplace behaviors. *Acad Manage J*. 1995;38(2):555-72. Jackson S. The abusive and disruptive physician. In: Van Norman GA, Hrsg. *Clinical ethics in anesthesiology*. New York, NY: Cambridge UP; 2011:235-9.
- 5 Keogh T, Martin W. Managing unmanageable physicians: leadership, stewardship and disruptive behavior. *Physician Exec*. 2004;30(5):18-22.
- 6 Porath C, Pearson C. The price of incivility: lack of respect hurts morale – and the bottom line. *Harv Bus Rev*. 2013;91(1):115-21.
- 7 Pulich M, Tourigny L. Workplace deviance: strategies for modifying employee behavior. *Health Care Manag*. 2004;23(4):290-301.

Der ethische Fall

Klinische Ethik

Angehörigenwunsch nach PEG-Sonde

Sachverhalt. Eine 94-jährige Patientin wurde wegen eines Schlaganfalls stationär aufgenommen. Die Diagnostik gab Hinweise auf eine schon fortgeschrittene vaskuläre Demenz. Eine Kontaktaufnahme mit der Patientin war kaum möglich. Bis auf eine einmalige undifferenzierte Blickzuwendung ließ sich keine gezielte Reaktion bei Ansprache durch das Behandlungsteam erkennen. Trotz Schmerzreiz blieben die Extremitäten schlaff. Die Patientin erhielt eine nasogastrale Sonde.

Prognose. Aufgrund der Schwere, des Verlaufs und der derzeitigen Situation kann praktisch kein neurologisches bzw. physikalisches Rehabilitationspotenzial angenommen werden. Es ist davon auszugehen, dass die Patientin vollständig von der Pflege und Unterstützung Dritter abhängig sein wird. Ein unmittelbarer medizinischer Behandlungsbedarf ist derzeit nicht mehr gegeben.

Soziales Umfeld. Vor ihrem derzeitigen Krankenhausaufenthalt lebte die Patientin zu Hause. Sie wurde von ihren Angehörigen und einem mobilen Pflegedienst unterstützt. Zu den nächsten Angehörigen zählen vier Kinder, eine Enkeltochter und eine Schwiegertochter.

Patientenwille. Die Patientin hat eine Vorsorgevollmacht errichtet, in der sie einen ihrer Söhne zur Stellvertretung ermächtigt, in der sie jedoch keine Autorisierung für schwerwiegende Behandlungsmaßnahmen erteilt hat. Da die Patientin seit ihrer stationären Aufnahme nicht mehr kommunikationsfähig war, ist kein aktueller Patientenwille bekannt.

Ethische Fragestellung. Ist es vertretbar, der Patientin eine/keine PEG-Sonde zu legen?

Ethische Fallbesprechung. In einem Angehörigengespräch werden durch die Ärztin der bisherige Verlauf und die Prognose dargelegt. Dabei erklärt die Ärztin auch die fragwürdige Indikation einer PEG-Sonde im vorliegenden Fall und rät davon ab. Die Angehörigen erzählen, dass die Patientin „gut und gerne gelebt“ habe und „eine Kämpferin“ sei. Zudem weisen sie darauf hin, dass die Patientin bisher ein nachaktiver Mensch gewesen sei und deshalb eine Kontaktaufnahme untertags schwer fallen könnte. Aus Sicht der Angehörigen könne man nicht einfach auf eine PEG-Sonde verzichten, weil dies „Sterbehilfe“ sei. Es ist den Angehörigen bewusst, dass sie mit der Vorsorgevollmacht eine PEG-Sonde nicht autorisieren dürfen, sondern dazu eine Sachwalterschaft benötigen. Eine Tochter habe sich bereits um einen Pflegeheim-Platz gekümmert, dieser sei in „absehbarer Zeit“ verfügbar. Das Behandlungsteam ist mit der Situation nicht glücklich, weil es davon überzeugt ist, der Patientin mit einer PEG-Sonde nichts Gutes zu tun. Es fällt aber schwer, die negative Indikation überzeugend darzulegen. Da über den Patientenwillen nur Mutmaßungen angestellt werden können und diese nicht dahin

gehen, dass die Patientin eine Lebenserhaltung durch PEG-Sonde abgelehnt hätte, entscheidet sich das Behandlungsteam, im Zweifelsfall die PEG-Sonde zu legen.

Diskussionspunkte.

- Sondenernährung bei weit fortgeschrittener Demenz
- Angehörigenwünsche und Patientenwohl
- Rechtliche Autorisierung von PEG-Sonden

Ethische Fallberatung · Neurologie · Demenz · Sondenernährung · PEG-Sonde · Angehörigengespräch · Vorsorgevollmacht · Sachwalterschaft

Bernat E. Sterbehilfe und Sachwalterrecht: Zugleich eine Besprechung des Beschlusses des OGH v. 8.10.2012, 9 Ob 68/11g, EF-Z. 2013;8(1):5-8. · Bartholomeyczik S, Dinand C, Hrsg. Entscheidungsfindung zur PEG-Sonde bei alten Menschen: Problemlage und Entscheidungshilfen. Frankfurt am Main: Mabuse; 2012.

Termine & Nachrichten

Termine

Bioethik-Bildungsprogramm

Das Bioethik-Bildungsprogramm der Barmherzigen Brüder Österreich läuft 2013 in seinem zweiten Jahr. Kommende Seminare sind:

- 16. April 2013: **Ethische Fragen am Lebensanfang und Lebensende** (Reproduktionsmedizin, Pränataldiagnostik, Neonatologie, Terminal Weaning, Palliative Sedierung, postmortale Organspende)
- 15. Mai 2013: **Stellvertretende Entscheidungen** (Einsichts- und Urteilsfähigkeit von Personen, Einbindung von Angehörigen, Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten, Sachwalterschaften)
- 26. Juni 2013: **Ernährung in Grenzbereichen des Lebens** (ethische und rechtliche Maßstäbe der Entscheidungsfindung, Ernährungs-Assessment, Palliative Care und Ernährung, Sondenernährung bei Persistierendem Vegetativem Zustand oder bei weit fortgeschrittener Demenz)
- 18./19. September 2013: **Einführung in die klinische Ethik** (ethisches und rechtliches Basiswissen, „heiße Eisen“ der biomedizinischen Ethik, Struktur einer ethisch basierten klinischen Entscheidungsfindung)
- 20. November 2013: **Grundlagen der ethischen Fallbesprechung** (Rahmenbedingungen, Moderations-Rolle, Vorbereitung und Durchführung, Hilfsmittel, Üben von konkreten Fällen)
- 4. Dezember 2013: **Ethische Fragen in chirurgischen Fächern** (allgemeine Chirurgie, Urologie, HNO, Gynäkologie, Zusammenarbeit mit Anästhesie und Intensivmedizin, interdisziplinäre Entscheidungsfindung)

Weitere organisatorische und inhaltliche Informationen zu den einzelnen Veranstaltungen erhalten Sie im Intranet (roXtra) unter \00. Provinzweite Dokumente\Ethik\Bildung\05_Grundlagen der Bioethik

Termine

Universitätsstudium Medizin-Ethik in Linz

Am 6. September 2013 startet in Linz das erste österreichische post-graduale Studium für Medizin-Ethik. Träger ist die Johannes-Kepler-Universität Linz in Kooperation mit der MedAk Medizinische Fortbildungs-Akademie OÖ.

Das Studium kann berufsbegleitend absolviert werden (jeweils freitags und samstags, 8:30 bis 18:30 Uhr) und schließt mit einem Master ab. Der Lehrgang wendet sich in erster Linie an Personen, die in Gesundheitsberufen und Gesundheitseinrichtungen tätig sind.

Die Kosten betragen insgesamt 5.625 Euro.

Nähere Informationen finden Sie unter:

www.medak.at/fortbildungen/detail.asp?id=1695

Impressum



Newsletter für Ethik & Recht.
Ein Service der Ethikberatung der Barmherzigen Brüder Österreich.
Herausgeber: Priv.-Doz. Dr. Jürgen Wallner, MBA. www.medicalethics.at