



Inhalt

Straßenbahnfahren und ethische Methodologie 40

Klinische Ethik

Demenz: Wo liegen die ethischen Themen? 41

Umgang mit Unsicherheit in der Prognose 42

Patientenverfügungen bei Schlaganfall 44

Organisationsethik

Verpflichtende Impfung gegen Influenza für Angehörige von
Gesundheitsberufen 46

Wann ist eine Gesundheitseinrichtung „katholisch“? 48

Rechtsethik

Der gläserne Patient: Handel mit Patientendaten? 49

Kindeswohl im Gesetz präzisiert 51

Allgemeine Ethik & Bioethik

Grundbegriffe: Gut 52

Ein Kind aus dem Katalog 54

Der ethische Fall

Die Angst der Assistenzärztin vor dem OP-Saal 55

Termine & Nachrichten

„Vom Konflikt zur Lösung“: Jahrestagung der AEM 2013 58

Wissenschaftliche Veranstaltungen 58

Bioethik-Bildungsprogramm 59

Impressum

Editorial

Straßenbahnfahren und ethische Methodologie

Die Wiener Linien haben kürzlich eine Durchsage in den Zügen und Bussen geändert. Hieß es früher „Überlassen Sie Ihren Sitzplatz anderen, wenn diese ihn notwendiger brauchen“, so lautet die Durchsage nun „Seien Sie achtsam: andere Fahrgäste benötigen Ihren Sitzplatz vielleicht notwendiger.“ Der Wechsel mag unbedeutend erscheinen, er stellt aber ethisch eine grundlegende methodische Änderung dar. Die alte Durchsage orientierte sich an einer gerechtigkeitsethischen Argumentation. In diesem Sinn konnte „Überlassen Sie Ihren Sitzplatz anderen,...“ als pflichtenethisch oder utilitaristisch begründeter Imperativ verstanden werden. Die moralische Aufforderung zielte direkt auf eine Handlung ab: Man habe demnach die Pflicht, den Sitzplatz jenen zu überlassen, die ihn notwendiger brauchen.

Die neue Durchsage arbeitet hingegen mit einem Sorgeethischen Bezugsrahmen. Die Sorgeethik (Care-Ethik)¹ weist auf menschliche Haltungen hin, die für gute Beziehungen untereinander nötig sind. Dazu zählt die Haltung der Achtsamkeit: das aufmerksame Durch-die-Welt-gehen ist eine Voraussetzung dafür, anderen Menschen gerecht zu werden. Worin diese Gerechtigkeit besteht, ist nicht die primäre Frage der Sorgeethik, sondern muss gerechtigkeitsethisch reflektiert werden. Mit einer ausgeprägten sorgereethischen Achtsamkeit, so die Hoffnung, erkennt man, wo Engagement angezeigt ist, ohne dass konkrete moralische Imperative ausgegeben werden müssten. Die neue Durchsage der Wiener Linien arbeitet ebenso: „...andere Fahrgäste benötigen Ihren Sitzplatz vielleicht notwendiger“ ist eine Aussage, zu der man durch achtsame Beobachtung gelangt. Die Aufforderung, den eigenen Sitzplatz solchen Menschen zu überlassen, unterbleibt. Vielleicht kann man die Äußerungen von Papst Franziskus zur kirchlichen Morallehre ähnlich deuten: Statt eine Liste von moralischen Geboten und Verboten in Detailfragen zu erstellen, hat die kirchliche Verkündigung den Auftrag, eine Religion der „offenen Augen“², also eine achtsame Grundhaltung, zu fördern.

Die vorliegende Ausgabe des Newsletters thematisiert einige aktuelle Probleme, die durch detaillierte Normen selten gelöst, durch einen achtsamen Umgang mit den zahlreichen Grauschattierungen und Ermessensspielräumen vielleicht aber bewältigt werden können, etwa ethische Fragen in der Versorgung von Demenzkranken oder der Umgang mit Unsicherheit in der Prognose. Außerdem werden rezente Debatten zur Impfpflicht von Personal im Gesundheitswesen und zum Schutz von Patientendaten analysiert. In der bioethischen Debatte wird das Thema der prädiktiven Gentests durch ein neues Patent problematisiert. Grundlagenwissen wird zum in Alltags- und Fachgesprächen regelmäßig verwendeten Begriff „gut“ vermittelt.

Achtsamkeit · Care-Ethik (Sorgeethik) · Ethische Methodologie

1 Conradi E. Take Care: Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Frankfurt am Main: Campus; 2001.

2 Metz JB. Mystik der offenen Augen. Freiburg im Breisgau: Herder; 2011.

Klinische Ethik

Klinische Ethik

Demenz: Wo liegen die ethischen Themen?

Herausforderung Demenz. Demenzielle Erkrankungen (Alzheimer, vaskuläre Demenz etc.) und andere kognitive Beeinträchtigungen (*mild cognitive impairment*) werden das Sozial- und Gesundheitssystem, aber auch unsere Gesellschaft insgesamt, in Zukunft vor weit größere Herausforderungen stellen, als sie bereits heute merklich sind. In Österreich sind derzeit gut 100.000 Menschen von einer demenziellen Erkrankung betroffen, die Prognosen sagen für das Jahr 2050 eine Zahl von 235.000 bis 270.000 Personen voraus.¹ Diese Entwicklung erfordert nicht nur Antworten in organisatorischer oder finanzieller Hinsicht, sondern zwingt auch zur grundlegenden ethischen Auseinandersetzung. Der nationale Ethikrat in Großbritannien hat dazu bereits 2009 einen umfangreichen Bericht herausgegeben, der zahlreiche ethisch relevante Themen in der Versorgung von Demenzkranken aufgreift.² In ähnlicher Weise hat der Deutsche Ethikrat 2012 eine Stellungnahme verfasst.³ Darüber hinaus werden ethische Fragen in etlichen Fachpublikationen zur Demenz problematisiert. Doch um welche ethischen Themen handelt es sich hierbei genau?

Systematische Erforschung ethischer Themen bei Demenz. Um den grundsätzlichen Konsens, dass Demenz vielfältige ethische Fragen aufwirft, zu konkretisieren, unternahm Strech et al. eine systematische Untersuchung.⁴ Sie durchforsteten Fachpublikationen zur Demenzversorgung und entwickelten mit den Suchergebnissen eine Systematik an krankheitsspezifischen ethischen Themen (*disease-specific ethical issues*, DSEI). Als ethischer Referenzrahmen diente Strech et al. die Prinzipienethik von Beauchamp & Childress, wobei die Entwicklung von DSEI ein Beispiel für die Konkretisierung der vier ethischen Prinzipien von Respekt vor Selbstbestimmung, Wohltun, Nichtschaden und Gerechtigkeit ist. Die Systematik der DSEI umfasst 7 Hauptkategorien, welche wiederum in zwei weitere Ebenen untergliedert wurden (insgesamt 56 DSEI): (1.) Diagnose und medizinische Indikation, z.B. Risiko, ungenaue Diagnosen zu stellen, weil die Abgrenzung zwischen demenziellen Erkrankungen und anderen kognitiven Beeinträchtigungen nicht ausreichend berücksichtigt wird; (2.) Beurteilung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit, z.B. Erfahrung und Beurteilung durch Angehörige wird unterschätzt; (3.) Aufklärung, z.B. Angemessene Fülle und Art der Aufklärung; (4.) Entscheidungsfindung und Konsens, z.B. Risiko der Infantilisierung; (5.) Soziale und kontextabhängige Aspekte, z.B. Risikoeinschätzung der Fremdgefährdung; (6.) Versorgungsprozess, z.B. Patienten-orientierte Gestaltung der Umgebung; (7.) Spezielle Situationen, z.B. Freiheitsbeschränkende Maßnahmen. – Die Ergebnisse dieser Untersuchung sollten bei der Entwicklung von klinischen Leitlinien, Informations- und Trainingsmaterial sowie strategischen Plänen auf Organisations- und Gesellschaftsebene berücksichtigt wer-

den, um die umfassende Berücksichtigung ethischer Themen in der Demenzversorgung zu gewährleisten.

Berücksichtigung von Ethik in Demenz-Leitlinien. Mit Hilfe der beschriebenen Systematik untersuchte die Forschergruppe, inwieweit Ethik in fachwissenschaftlichen Demenz-Leitlinien problematisiert wird.⁵ Die herangezogenen 12 Leitlinien aus 12 Ländern unterschieden sich in Hinblick auf die Berücksichtigung von DSEI deutlich. Für Österreich wurde die Medizinische Leitlinie für die integrierte Versorgung Demenzkranker⁶ untersucht. In ihr werden 12 DSEI explizit berücksichtigt und mit einer Empfehlung zum Umgang mit dem Problem versehen; weitere 2 DSEI werden zwar explizit angesprochen, aber keine Empfehlung abgegeben; 7 DSEI werden lediglich implizit thematisiert; und 10 DSEI bleiben gänzlich unberücksichtigt. Von den insgesamt für diese Studie herangezogenen 31 ethischen Themen zur Demenzversorgung werden in der österreichischen Leitlinie also gut zwei Drittel zumindest implizit problematisiert.

Ethik konkret machen. Die in den Publikationen eingeschlagene Vorgehensweise, Krankheits-spezifische ethische Themen (DSEI) zu identifizieren und im Rahmen der Prinzipienethik zu systematisieren, kann als gutes Beispiel für die professionelle Berücksichtigung von Ethik in der klinischen Versorgung dienen. Der allgemeine Konsens, wonach Demenz mit zahlreichen ethischen Fragen und Problemen verbunden ist, erhält so eine praxisorientierte Schärfung. Die Demenz-DSEI sollten daher für die Entwicklung von Empfehlungen (z.B. Klinischer Ethikkomitees) und für die Aus-, Fort- und Weiterbildung berücksichtigt werden.

Demenz · Alzheimer · Leitlinien · Prinzipienethik

- 1 Gleichweit S, Rossa M. Erster Österreichischer Demenzbericht. Wien: Wiener Gebietskrankenkasse; 2009.
- 2 Nuffield Council on Bioethics. Dementia: ethical issues. Cambridge: Cambridge Publishers; 2009.
- 3 Deutscher Ethikrat. Demenz und Selbstbestimmung: Stellungnahme. Berlin: Deutscher Ethikrat; 2012.
- 4 Strech D et al. The full spectrum of ethical issues in dementia care: systematic qualitative review. Br J Psychiatr 2013;202:400–406.
- 5 Knüppel H et al. Inclusion of ethical issues in dementia guidelines: a thematic text analysis. PLOS Med 2013;10(8):e1001498.
- 6 Dorner T, Rieder A, Stein KV. Besser leben mit Demenz: Medizinische Leitlinie für die integrierte Versorgung Demenzerkrankter. Wien: Competence Center Integrierte Versorgung Wiener Gebietskrankenkasse; 2011.

Klinische Ethik

Umgang mit Unsicherheit in der Prognose

Der Wunsch, in die Zukunft zu blicken. Eine Prognose ist der Versuch, aufgrund vergangener Entwicklungen und gegenwärtiger Indikatoren eine Aussage über den künftigen Verlauf der Dinge zu treffen. Methodisch basiert eine Prognose auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und persönlicher Erfahrung. Prognosen sind für medizinische Entscheidungen von großer Bedeutung: Ärzte wie Patienten und Angehörige stützen sich bei ihren Empfehlun-

gen und Entscheidungen zu einem beträchtlichen Maß auf die Prognose – sei es bei genetischen Untersuchungen, sei es bei onkologischen Therapien, sei es bei intensivmedizinischen Maßnahmen.

Der Stachel der Unsicherheit. Bei allem Fortschritt, den es gegeben hat, um Prognosen über einen Krankheitsverlauf zuverlässig zu machen, bleibt stets das Problem, den künftigen Verlauf der Dinge nicht mit Sicherheit vorherzusagen zu können. Selbst wenn die Wahrscheinlichkeit, in einem bestimmten Krankheitsstadium innerhalb eines halben Jahres zu sterben, bei 25% liegt, so ist damit noch immer die Unsicherheit, ob der konkrete Patient nun einer der 25 von 100 ist, die in diesem Zeitraum sterben werden, oder einer der 75, die noch länger leben werden. Wenngleich es Situationen geben mag, in der eine sehr hohe Prognosesicherheit besteht, so würde man das eigentliche Problem verkennen um das es hier geht: Letztlich wird der Prognose immer ein gewisses Maß an Unsicherheit immanent sein. Dieser Umstand ist für die meisten Menschen schwierig auszuhalten, v.a. dann, wenn es um existenziell wichtige Entscheidungen geht. Die bleibende Unsicherheit wirft zudem die Frage auf, wie mit ihr aus ethischer Sicht umzugehen ist.

Psychologische Aufgaben für klinisch Tätige. Um die Prognoseunsicherheit besser bewältigen zu können, sollten klinisch Tätige auf drei Aufgaben fokussieren:¹ (1.) *Prognoseunsicherheit normalisieren*: Medizinische Laien werden heute in den Medien laufend damit konfrontiert, dass es in Medizin und Lebenswissenschaften „Durchbrüche“ gebe, sodass der Eindruck entsteht, es gebe definitive Antworten auf klinische Fragen. Die erste Aufgabe bestünde darin, diese Erwartungen anzusprechen und sie zurechtzurücken. (2.) *Unsicherheitsgefühle ansprechen*: Die ausbleibende Gewissheit über die Zukunft führt mitunter zu starken Gefühlen und Stress bei Patienten und Angehörigen. Da in einer solchen Lage tendenziell schlechte Entscheidungen getroffen werden, sollten die Emotionen proaktiv angesprochen werden. (3.) *Hilfe im Hier und Jetzt*: Das starke Verlangen, Gewissheit über die Prognose zu erlangen, kann die Betroffenen daran hindern, im Hier und Jetzt zu leben und die aktuellen Bedürfnisse und Chancen wahrzunehmen. Die Aufgabe der klinisch Tätigen ist es, Patienten und Angehörige daran zu erinnern, dass sie – bei aller Unsicherheit über die Zukunft – wichtige Dinge im Hier und Jetzt tun können, die zur Lebensqualität beitragen.

Auch Profis kämpfen mit Unsicherheit. Mitunter finden sich dieselben Schwierigkeiten bei den klinisch Tätigen. Redewendungen wie „Wir brauchen mehr Zeit, um sicher zu sein“, suggerieren, dass ein Punkt kommt, an dem völlige Gewissheit herrscht. Tatsächlich gibt es genügend Fälle, in denen beispielsweise eine vorläufige Fortsetzung der Therapie sinnvoll ist, um überhaupt genügend Anhaltspunkte dafür zu gewinnen, wie erfolgreich der Patient auf sie reagiert. Es kann jedoch auch so sein, dass zusätzliche Diagnostik und weiterführende Therapien aus Angst vorgeschoben werden, die letztlich doch eindeutig schlechte Prognose auszusprechen und entsprechende Therapiezieländerungen zu treffen.

Ethischer Umgang mit Unsicherheit. Aus ethischer Perspektive wirft die Problematik der Prognoseunsicherheit die Frage auf, welche moralischen Pflichten man bei der Entscheidung einzuhalten hat.² Die Forderung, die Entscheidung „nach bestem Wissen und Gewissen“ zu treffen, verweist auf Tat-

sachenzweifel und moralische Zweifel. Hinsichtlich ersterer besteht die Pflicht, auf Basis der lege artis zu erhebenden Informationen für den Einzelfall zu entscheiden. Dazu zählt die Auseinandersetzung mit wissenschaftlich fundierten Informationen (evidence based) und die Auseinandersetzung mit den Umständen des konkreten Falls (inklusive dem Patientenwillen). Hinsichtlich moralischer Zweifel kann man grundsätzlich zwei Positionen einnehmen: (1.) Für den *Probabilismus* ist man von einer moralischen Pflicht entbunden, wenn man begründete Zweifel an der Geltung dieser Pflicht hat. Dabei genügt es unter Umständen, wenn man eine gewichtige Autorität auf seiner Seite hat, auch wenn andere, wahrscheinlichere Gründe für die Geltung der Pflicht sprechen. (2.) Der *Tutorismus* fordert hingegen eine erreichbare Sicherheit, um sich von einer grundsätzlichen moralischen Pflicht entbinden zu können. Je gewichtiger das auf dem Spiel stehende Gut ist, umso eher wird man einer tutoristischen Vorgehensweise bei der Entscheidungsfindung folgen müssen: Im Fall einer zur Diskussion stehenden Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen bei einem Patienten mit einem positiven Therapieoutcome und Rehabilitationspotenzial wird man beispielsweise nur dann die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen durchführen dürfen, wenn es dafür einen hinreichend klaren Patientenwillen gibt. Die entsprechende tutoristische Position zeigt sich nicht zuletzt im Recht, wo für derartige Fälle eben der Grundsatz „in dubio pro vita“ gilt.

Klinische Entscheidung · Therapieentscheidung · Prognose · Unsicherheit

1 Smith AK, Douglas DB, Arnold RM. Uncertainty – the other side of prognosis. N Engl J Med 2013;368(26):2448–50.

2 Baumann K. Ethische Entscheidungskriterien und -strategien für Ärzte in unsicheren Situationen. Z med Ethik 2011;57(1)3–16.

Klinische Ethik

Patientenverfügungen bei Schlaganfall

Interesse an Vorsorge. Wie eine kürzlich veröffentlichte deutsche Untersuchung¹ zeigt, haben Patienten mit einem klar erkennbar erhöhten Schlaganfallrisiko ein hohes Interesse an Vorsorgeinstrumenten wie Patientenverfügungen (PV) und Vorsorgevollmachten (VV). Dennoch haben weniger als die Hälfte der Betroffenen ein entsprechendes Dokument verfasst.

Unzulänglichkeit von Patientenverfügungen. Dass mehr vorhandene PV bei akuten Schlaganfällen für medizinische Entscheidungen hilfreich wären, wird allerdings von einer US-amerikanischen Studie in Zweifel gezogen.² Die Untersuchung konfrontierte 6 in der Schlaganfallversorgung tätige Fachärzte mit 28 State-of-the-art Behandlungsoptionen bei akutem Schlaganfall. Die Befragten mussten entscheiden, welche dieser Optionen sie bei 28 Patienten, die ihnen über die Krankengeschichten vorgestellt wurden, durchführen würden und welche nicht. Dabei wurde der Hälfte der Ärzte bei der ersten Befragung die vorhandene PV zur Kenntnis gebracht, der anderen Hälfte nicht. Nach einem Monat wurden dieselben Ärzte mit denselben Krankengeschichten konfrontiert, allerdings hatte nun die andere Hälfte der Befragten Kenntnis von der PV. Fazit: Ob eine PV vorhanden war, machte keinen signi-

fikanten Unterschied dahingehend, welche Behandlungsoptionen empfohlen worden waren.

Zusätzlich erhielten 2 Rechtsanwälte die PV und sollten beurteilen, wie aussagekräftig die Dokumente in Hinblick auf die Einschätzung eines Schlaganfalls, der damit verbundenen Behandlungsoptionen und der möglichen Outcome-Szenarien waren. Die Rechtsanwälte hielten 14 bzw. 21 von 28 PV für inadäquat. Wie wichtig es wäre, eine PV kontextspezifisch und klar zu formulieren, zeigte sich bei jenen PV, die von den Rechtsanwälten als aussagekräftig bewertet wurden: Diese PV machten einen signifikanten Unterschied in Hinblick auf etliche Behandlungsoptionen (z.B. PEG-Sonde bei anhaltender Dysphagie).

Qualität von PV. Die US-amerikanische Studie sollte nicht dahingehend gelesen werden, dass PV (bei Schlaganfall) per se nutzlos wären.³ Vielmehr zeigt sich, wie wichtig eine gute ärztliche Aufklärung für die Vorsorgeplanung insgesamt und die Errichtung von PV im Besonderen ist.⁴ Nicht gänzlich unberechtigt sehen Angehörige von Schlaganfallpatienten es als Versäumnis der ärztlichen Aufklärung an, wenn vor einer geplanten Intervention mit erhöhtem Schlaganfallrisiko der Patient nicht zumindest auf die Option einer PV hingewiesen wird.¹ Das Argument, wonach sich gesunde Menschen schwer tun müssen, eine sinnvolle PV zu errichten, lässt sich jedenfalls in jenen Fällen entkräften, wo Menschen erkennbar einer gesundheitlichen Risikogruppe angehören. Diesen Personen kann bei einer adäquaten Einschätzung der Folgeschäden eines Schlaganfalls sowie des Nutzen-Schadens-Profiles von einschlägigen medizinischen Behandlungen geholfen werden, sodass sie aussagekräftige PV errichten können.

Die nicht restlos auflösbare Schwierigkeit, den Patientenwillen bloß anhand eines schriftlichen Dokuments zu bestimmen, lässt sich weiter entschärfen: durch Gespräche mit nahestehenden Personen, um den Kontext der PV zu klären und Vorstellungen von einem gelungenen Leben und Sterben des Betroffenen kennenzulernen (eine Möglichkeit, die in der US-amerikanischen Studie nicht inkludiert war). Rechtlich kann ein solches Vertrauensverhältnis in der Errichtung einer Vorsorgevollmacht münden.

Schlaganfall · Neurologie · Patientenverfügung · Vorsorgevollmacht

- 1 Pfaenhauer K, Kellner G. Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht bei Patienten mit erhöhtem Schlaganfallrisiko: Erfahrungen in einer neurovaskulären Ambulanz. *Z Palliativmed* 2013;14(4):180–184.
- 2 Qureshi AI et al. Impact of advanced healthcare directives on treatment decisions by physicians in patients with acute stroke. *Crit Care Med* 2013;41(6):1468–1475.
- 3 Suarez JL. Are advance directives useful in acute stroke? [Editorial]. *Crit Care Med* 2013;41(6):1581–1582.
- 4 in der Schmitten J, Marckmann G. Sackgasse Patientenverfügung: Neue Wege in mit Advance Care Planning am Beispiel von *bezeiten begleiter*[®]. *Z med Ethik* 2013;59(3):229–243. · Kletecka-Pulker M, Aigner G. Patientenverfügung und Selbstbestimmung: Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte zur Erstellung und Anwendung einer Patientenverfügung. Wien: Bundesministerium für Gesundheit; 2009.

Organisationsethik

Organisationsethik

Verpflichtende Impfung gegen Influenza für Angehörige von Gesundheitsberufen

Grippevorbeugung. Influenza-bedingte Grippeerkrankungen sorgen jedes Jahr für zahlreiche Arbeitsausfälle, Krankenhausaufenthalte und Todesfälle.¹ Die seit längerem angebotene Influenza-Schutzimpfung ist eine einfache Präventionsmaßnahme mit hoher Wirksamkeit. Dennoch ist die Impfquote gerade unter Angehörigen von Gesundheitsberufen sehr gering.¹ Angesichts der Tatsache, dass diese Personengruppe einerseits selbst einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt ist und andererseits in der Lage ist, Infektionen auf geschwächte Menschen (Patienten) zu übertragen, verwundert dieser Befund. Bisherige Versuche, die Impfquote durch Aufklärungsprogramme zu steigern, sind weitestgehend erfolglos geblieben.²

Forderung nach Impfpflicht. In Österreich besteht für niemanden eine rechtliche Impfpflicht³; der Impfplan des Obersten Sanitätsrats⁴ hat lediglich Empfehlungscharakter. Angesichts der eingangs geschilderten Problematik wurde in den letzten Jahren immer wieder die Frage aufgeworfen, ob nicht zumindest für Angehörige von Gesundheitsberufen eine verpflichtende Influenza-Schutzimpfung etabliert werden sollte.⁵

Als Begründung für eine Impfpflicht werden angeführt: Angehörige von Gesundheitsberufen haben gegenüber ihren Patienten eine erhöhte Fürsorgepflicht, die es erfordert, Gesundheitsrisiken soweit wie möglich zu reduzieren. Da die Impfstoffe gegen Influenza gut verträglich seien, gravierende unerwünschte Nebenwirkungen nur in ganz seltenen Fällen auftauchen würden und die Impfung einen hohen Nutzen hätte, sei sie im Rahmen der Fürsorgepflicht jedem Angehörigen eines Gesundheitsberufs zumutbar. Über die Argumente, die sich auf den potenziellen Patientenschutz beziehen, führen die Befürworter einer Impfpflicht an, dass es auch in die Verantwortung von Angehörigen der Gesundheitsberufe falle, ihre eigene Arbeitsfähigkeit soweit als möglich zu erhalten – gerade in Zeiten, in denen eine effiziente Gesundheitsversorgung besonders vonnöten sei, wie etwa im Fall einer Grippeepidemie.

Wenngleich die grundsätzliche Verantwortung von Angehörigen der Gesundheitsberufe gegenüber ihren Patienten außer Streit steht, muss bedacht werden, dass diese Verantwortung nicht unbegrenzt gilt. Kein Angehöriger eines Gesundheitsberufs ist verpflichtet, seine Gesundheit oder gar Leben aufs Spiel zu setzen, um einem Patienten zu helfen. Ein derartiges Verhalten mag im Einzelfall Anerkennung verdienen, fällt aber in den Bereich des moralischen „Surplus“, der nicht eingefordert werden kann. In Hinblick auf die Influenzaimpfung dürfte aber der Hinweis auf die Grenzen der Verantwortung nicht greifen, da die Belastungen und Risiken, die mit der Grippeimpfung einhergehen, nicht so gewichtig sind, dass sie eine Grenze klar überschreiten würden.

Respekt der Selbstbestimmung. Ein anderes Argument gegen eine Impfpflicht ist auf einer grundsätzlicheren Ebene angesiedelt. In Medizinethik und Medizinrecht gilt der Grundsatz des Respekts vor der Selbstbestimmung jedes einsichts- und urteilsfähigen Menschen. Die Autonomie ist dabei zunächst negativ zu verstehen, das heißt als Abwehrrecht gegen – auch gut gemeinte – Eingriffe in die körperlich-geistige Integrität des Individuums. Demnach würde eine Impfung gegen den Willen des Betroffenen ein Verstoß gegen den Autonomiegrundsatz bedeuten. Die Rechtsordnung kennt solche Zwangsbehandlungen nur in sehr begrenzten Ausnahmefällen und unterwirft sie einer strengen Prüfung, in deren Rahmen zu erörtern ist, ob das zur Zweckerreichung (weniger Arbeitsausfälle, Krankenhausaufenthalte, Todesfälle) eingesetzte Mittel (Aufklärung, Impfpflicht, etc.) eine effektive, aber gleichzeitig auch die gelindeste Maßnahme darstellt.

Schubsen statt zwingen. Ein Mittelweg zwischen (offensichtlich erfolgloser) Aufklärung, um Menschen davon zu überzeugen, dass sie selbstbestimmt eine Gripeschutzimpfung durchführen lassen sollten, und Impfpflicht wäre die Etablierung von Anreizen, welche die Menschen in die richtige Richtung „schubsen“⁶. Die Palette reicht hier von taktisch gut gewählten Rahmenbedingungen für die Impfung (Zeit, Ort, Erreichbarkeit, ansprechendes Ambiente), über die öffentliche Anerkennung von Impfwilligen (vgl. etwa die Ehrung von regelmäßigen Blutspendern) bis hin zu finanziellen oder geldwerten Incentives (z.B. Freizeit).⁷ Für Vertreter einer „reinen Lehre“ der Autonomie mögen solche „Schubser“ korrumpierend auf die Selbstbestimmung aussehen; sie vergessen dabei allerdings, dass die von ihnen vertretene Vorstellung von Autonomie im alltäglichen Leben regelmäßig durch derartige Schubser beeinflusst und verzerrt wird. Für Gesundheitsunternehmen bedeutet der Ansatz „schubsen statt aufklären oder zwingen“ natürlich zunächst einen Mehraufwand, von dem allerdings zu vermuten ist, dass er sich durch geringere krankheitsbedingte Fehlzeiten und geringere nosokomiale Infektionen selbst finanzieren würde.

Öffentliche Gesundheit · Influenza · Impfen · Betriebliche Gesundheitsförderung

- 1 Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner. Pflegefachpersonen und Grippeimpfung. Bern: SBK: 2008, <http://www.sbk-asi.ch/webseiten/deutsch/7service/pdf/Grippe-d.pdf>.
- 2 Poland GA. Mandating influenza vaccination for health care workers: Putting patients and professional ethics over personal preferences. *Vaccine* 2010;28(36):5757–9.
- 3 Wiedermann-Schmidt U, Rendi-Wagner P, Aigner G, Bechter E, Druml C, Falb P, Holzmann H, Karbus G, Kollaritsch H, Kundl M, Presterl E, Szymanski E-E, Tucek B, Zenz W, Zwiauer K. Impfungen für MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens: Empfehlungen als Erweiterung des Österreichischen Impfplans. Wien: Medical Dialogue Kommunikations- und PublikationsgmbH; 2012.
- 4 Bundesministerium für Gesundheit. Österreichischer Impfplan 2013. http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Impfen/Oesterreichischer_Impfplan_2013.
- 5 Wicker S, Rabenau HF, Ackermann H, Poland GA, Marckmann G. Rechtfertigt der Patientenschutz verpflichtende Impfungen? *Dtsch Med Wochenschr* 2011;136:1305–11. · Stewart AM. Mandatory vaccination of health care workers. *N Engl J Med* 2009;361(21):2015–7.
- 6 Thaler RH, Sunstein CR. *Nudge: Wie man kluge Entscheidungen anstößt*. Berlin: Ullstein; 2010.
- 7 Anikeeva O, Braunack-Mayer A, Rogers W. Requiring influenza vaccination for health care workers. *Am J Pub Health* 2009;99(1):24–9.

Organisationsethik

Wann ist eine Gesundheitseinrichtung „katholisch“?

Corporate Identity. Ein beträchtlicher Teil der Sozial- und Gesundheitsversorgung in Österreich und Deutschland erfolgt durch Einrichtungen in katholischer Trägerschaft. In einer Zeit des religiös-weltanschaulichen Pluralismus stellt sich die Frage, wie das Identitätsmerkmal „katholisch“ zu verstehen ist.¹ Diese Frage wird angesichts mehrerer Entwicklungen wichtig: Für die Öffentlichkeit sind katholische Gesundheitseinrichtungen zumeist Teil eines öffentlichen, damit pluralistischen Systems; zunehmend kooperieren oder fusionieren sie mit nicht-katholischen Einrichtungen. In den katholischen Gesundheitseinrichtungen arbeiten Menschen mit verschiedenen Weltanschauungen und religiösen Bekenntnissen. Wie für jede andere Organisation ist es für katholische Gesundheitseinrichtungen allerdings ein berechtigtes Anliegen, eine bestimmte, nämlich katholische, Organisationsidentität (Corporate Identity) zu bewahren.

Strukturen statt Persönlichkeiten. Ein Ansatzpunkt, um an der Corporate Identity zu arbeiten, ist die Entwicklung von Management- und Aufsichtsstrukturen, welche die Verantwortung für die Organisationsidentität institutionell verankern. Im Unterschied zu einer bloß personal ausgerichteten Verantwortung, bei der bestimmte Individuen die Corporate Identity erhalten und vermitteln sollen, setzt der institutionelle Ansatz auf Rollen und geregelte Interaktionen zwischen Aufsichtsrat, Vorstand, Führungskräften und anderen Stakeholdern. In diesem Sinn sind etwa die Mayo Clinic (mehrere Standorte in den USA) und das franziskanische St. Marys Hospital (Rochester, Minnesota) bereits 1883 eine Kooperation eingegangen, die seitdem und bis heute institutionell weiterentwickelt wurde.¹ Dabei dient ein *Sponsorship Board* dazu, die katholische Identität des St. Marys Hospital im Konzern der Mayo Clinic sicherzustellen. – Die Australische Ordensprovinz der Barmherzigen Brüder hat wiederum einen anderen, vielfach erprobten, institutionellen Weg eingeschlagen und die Rolle der *Directors of Mission* etabliert, die Teil des Top Managements sind und damit bei strategischen Unternehmensentscheidungen organisationsethische und werteorientierte Aspekte der Corporate Identity einbringen.² – Wie aber lässt sich feststellen, worin das Katholische der Organisationsidentität besteht und wie weit diese Identität gelebt wird?

Catholic Identity Matrix. Das Veritas Institute der University of St. Thomas (Minnesota) hat ein Instrument entwickelt, welches auf Basis des Malcom Baldrige Performance Excellence Systems eine systematische Bestandsaufnahme der Organisationsidentität in Hinblick auf sechs Aspekte, die für eine katholische Sozial- und Gesundheitseinrichtung zentral sind, erlaubt:³ (1.) Solidarität mit Menschen in Armut, (2.) Ganzheitliche Sorge, (3.) Respekt vor dem menschlichen Leben, (4.) Partizipation an der Dienstgemeinschaft von Arbeitgebern und Arbeitnehmern mit gegenseitigem Respekt, (5.) Verantwortungsbewusstes Management (*stewardship*), (6.) Handeln in der Gemeinschaft mit der Kirche. Das Assessment dieser Aspekte läuft folgendermaßen ab:¹ (a) Beantwortung handlungsorientierter Fragen zum Auftrag, zur Strategie und zu wichtigen operativen Prozessen; (b) Stärkung der Aspekte bei

Führungskräften durch Reportingstrukturen, Performance Management und Vergütungssysteme; (c) Etablierung transparenter Prozesse, welche die Aspekte im Arbeitsalltag verwirklichen; (d) Sicherstellung, dass die Mitarbeiter Wissen, Fertigkeiten und Möglichkeiten haben, um diese Prozesse durchzuführen. – Die Catholic Identity Matrix wird derzeit in Deutschland durch den Caritasverband Paderborn und beneCurans (Sozialinstitut Kommende Dortmund) für den deutschen Kontext adaptiert.⁴

Herkunft als Zukunft. Das Thema der Organisationsidentität beschäftigt letztlich alle etablierten Unternehmen, unabhängig von ihrer religiös-weltanschaulichen Ausrichtung. Zahlreiche Publikationen belegen, dass katholische Sozial- und Gesundheitseinrichtungen davon besonders betroffen sind, da sie nach außen und innen in einem pluralistischen Kontext agieren.⁵ Andererseits haben katholische Organisationen bereits früh begonnen, sich mit dieser Problematik auseinanderzusetzen und dabei teils professionelle institutionelle Ansätze entwickelt. Ein innerkatholischer, theologischer Blick zeigt, dass mit der Herkunft des Christentums immer die Aufgabe verbunden war, die eigene Identität so zu verstehen, dass sie in einer pluralistischen Gesellschaft Zukunft hat. Dies erfordert einen umsichtigen Weg, der zwischen den Extremen des Nur-nichts-verändern und zeitgeistiger Beliebigkeit hindurchführt.

Organisationsidentität (Corporate Identity) · Werteorientiertes Management · Katholische Gesundheitseinrichtungen

- 1 Swetz KM, Crowley ME, Maines TD. What makes a Catholic hospital “Catholic” in an age of religious-secular collaboration? The Case of the Saint Marys Hospital and the Mayo Clinic. HEC Forum 2013;25(2):95–107.
- 2 St. John of God Health Care. A welcoming openness to all: Annual report 2011/12. West Perth, WA; 2012.
- 3 Veritas Institute. About the Catholic Identity Matrix (CIM). Minneapolis, MN: University of St. Thomas Opus College of Business; <http://www.stthomas.edu/business/centers/veritas/assessments/cim.html> (28.9.2013).
- 4 Erzbistum Paderborn. Projekt German-CIM. <http://www.german-cim.de/> (28.9.2013).
- 5 Stempsey WE. Institutional identity and Roman Catholic hospitals. Christ Bioeth 2001;7(1):3–14.

Rechtsethik

Rechtsethik

Der gläserne Patient: Handel mit Patientendaten?

Der Grund der Aufregung. Im Sommer 2013 erregte die Meldung Aufsehen, wonach Gesundheitsanbieter (Apotheken, Ärzte, Krankenhäuser, Rechenzentren) in Deutschland und Österreich patientenbezogene Daten an eine kommerzielle Firma verkaufen.¹ Der Datenhandel betrifft in erster Linie die Verschreibepaxis von Medikamenten. Die Datensammler und Datenabnehmer nützen die Informationen unter anderem für Marketingzwecke: Gesundheitsanbieter sollen damit punktgenauer mit Produktinformationen erreicht

werden. – Warum kam es zu einer öffentlichen Aufregung um diese Praxis, und wie lässt sie sich beurteilen?

Vertrauen und Verschwiegenheit. Die Praxis der Weitergabe von Gesundheitsdaten erregt aus ethischer Sicht deshalb Aufsehen, weil damit ein zentraler Bestandteil des Ethos von Gesundheitsberufen und so ihre moralische Vertrauenswürdigkeit berührt werden. Die Verschwiegenheit über das, was Ärzte und andere Gesundheitsberufe in Ausübung ihrer Tätigkeit von Patienten erfahren, zählt zu den fundamentalen Pflichten des Berufs.² Datenschutz und Datensicherheit sind ethisch dadurch begründet, dass sie das für jede Behandlung nötige Vertrauensverhältnis zwischen Gesundheitsanbietern und Patienten stützen. Wo sich die Sorge breit macht, dass Informationen aus der Behandlung unberechtigt weitergegeben werden, erodiert das Vertrauen.

(Un-)berechtigte Datenweitergabe. Die Verschwiegenheit ist jedoch keine kategorische (unbedingte) Pflicht, sondern kann in bestimmten Fällen durchbrochen werden. Die wichtigste Differenzierung hierbei ist zunächst einmal die Rückverfolgbarkeit von Gesundheitsdaten zu individuellen Patienten. Wo sichergestellt ist, dass Daten bloß anonym weitergegeben und verarbeitet werden, ist das Schutzbedürfnis des Einzelnen geringer. Das moderne Gesundheitssystem benötigt eine Fülle solcher anonymisierter Daten, die zwischen Gesundheitsanbietern und beispielsweise Behörden ausgetauscht werden, um eine effiziente Versorgung sicherzustellen.³ Rechtlich stellen Datenschutzbestimmungen klar, unter welchen Voraussetzungen eine solche Weitergabe erfolgen darf. Aus datenschutzrechtlicher Sicht ist es nicht verboten, dass Gesundheitsanbieter anonymisierte Informationen an kommerzielle Firmen verkaufen. In dieser Hinsicht dürfte die im Sommer zur Sprache gekommene Praxis (soweit in seriösen Medien berichtet) kein Rechtsbruch sein.

Ethisch fragwürdig. Wie die Leiterin der Datenschutzkommission anmerkte, wurden im Fall der Weitergabe von Gesundheitsdaten an kommerzielle Datenbroker jedoch rechtliche und ethische Aspekte allzu oft vermischt.⁴ Ethisch kann nämlich eine Praxis auch dann fragwürdig sein, wenn sie rechtlich erlaubt wäre: Zum einen lässt sich diskutieren, ob die beschriebene Datenweitergabe moralisch gerechtfertigt werden kann. Diese Frage ist vor dem Hintergrund des oben skizzierten Ethos der Verschwiegenheit zu beurteilen. Versteht man das Recht auf Verschwiegenheit und Datenschutz als Ausdruck des Respekts vor der Selbstbestimmung eines Patienten, kann argumentiert werden, dass der Patient zumindest darüber informiert werden sollte, was mit Informationen aus seiner Behandlung passiert – selbst wenn diese Daten nicht auf ihn zurückführbar sind. Zum anderen beschäftigt sich die Ethik mit der Frage, ob eine solche – wengleich anonymisierte – Weitergabe von Gesundheitsdaten *klug* ist: Bei epidemiologisch relevanten Daten kann dies in der Regel leichter begründet werden als bei bloß kommerziell zu verwertenden Daten. Zu hinterfragen ist, ob etwaige Vorteile der Datenweitergabe für die Gesundheitsanbieter den Vertrauensverlust beim Patienten aufwiegen können, der zunehmend das Handeln der klinischen Praxis in Fragen stellt.

Risiko Vertrauensverlust. Der wohl größte anzunehmende Schaden entsteht dann, wenn das Vertrauensverhältnis von Patienten und Gesundheitsanbietern erodiert. Rechtsethisch kann dagegen mit klaren Datenschutz- und Datensicherheitsnormen gearbeitet werden. Tugendethisch empfiehlt

sich den Gesundheitsanbietern eine eindeutige, verantwortungsbewusste Haltung, was den Umgang mit sensiblen Daten betrifft.

Datenschutz · Verschwiegenheit · Vertrauen

- 1 Krüger-Brand HE. Ein bisschen anonym. Dtsch Ärztebl. 2013;110(35-36):A-1595. · Schmundt H. Pillendreher als Datendealer. Der Spiegel 34/2013:118–119.
- 2 DeRenzo EG. Privacy and Confidentiality. In: Fletcher JC, Spencer EM, Lombardo PA, editors. Fletcher's Introduction to Clinical Ethics. 3rd ed. Hagerstown, MD: University Publishing Group; 2005: 87–97. · Allen AL. Confidentiality: An Expectation in Health Care. In: Ravitsky V, Fiestler A, Caplan AL, editors. The Penn Center Guide to Bioethics. New York, NY: Springer; 2009: 127–135. · Gillon R, Sokol DK. Confidentiality. In: Kuhse H, Singer P, editors. A Companion to Bioethics. 2nd ed. Malden, MA: Wiley-Blackwell; 2009: 513–519.
- 3 Hawliczek R. Der eigentliche Skandal mit Patientendaten. Die Presse 27.8.2013: 23. · Glaeske G. Gläserner Patient. Die Zeit 35/2013: 21.
- 4 Souhrada-Kirchmayer E. „Sind mit Nachrichtendiensten im Gespräch“. Die Presse 2.9.2013: 13.

Rechtsethik

Kindeswohl im Gesetz präzisiert

Kindeswohl als Maxime. Das Kindeswohl gilt als leitender Gesichtspunkt im Umgang mit Minderjährigen. Rechtlich wird darauf insbesondere im ABGB und in der familienrechtlichen Judikatur Bezug genommen. Der bislang geltende § 178a ABGB begnügte sich mit einer sehr kurz gefassten Beschreibung des Begriffs „Kindeswohl“. Durch das Kindschafts- und Namensrechtsänderungsgesetz 2013 (KindNamRÄG 2013) wurde das Kindeswohl nunmehr präzisiert.¹

Kriterienkatalog. Im neuen § 138 ABGB werden 12 Kriterien festgehalten, die das Kindeswohl konkretisieren sollen: (1.) angemessene Versorgung; (2.) Fürsorge, Schutz von körperlicher und seelischer Integrität; (3.) Wertschätzung; (4.) Förderung; (5.) adäquate Berücksichtigung der Meinung des Kindes; (6.) Schadensminimierung bei notwendigen Maßnahmen gegen den Willen des Kindes; (7.) Vermeidung der Gefahr, Übergriffe oder Gewalt zu erleiden oder mitzuerleben; (8.) Vermeidung von rechtswidriger Verbringung oder Zurückhaltung; (9.) Kontakt zu beiden Elternteilen und wichtigen Bezugspersonen; (10.) Vermeidung von Loyalitätskonflikten und Schuldgefühlen; (11.) Wahrung der Rechte und Interessen des Kindes; (12.) die Lebensverhältnisse. – Trotz Nennung dieser 12 Kriterien bleibt das Kindeswohl ein abstrakter Rechtsbegriff, d.h. Gerichte haben am konkreten Fall festzustellen, ob bzw. inwiefern das Kindeswohl gefährdet ist. Die Kriterien des Kindeswohls müssen, wie schon bisher, kontextbezogen interpretiert werden. Sie bedienen sich dabei fachlicher (psychologischer, pädagogischer etc.) Gutachten.

Moralisierung des Rechts. Mit dem neuen Kriterienkatalog wird die elterliche Verantwortung insofern erhöht, als gleichsam ein Pflichtenkatalog aufgestellt wird, den es von den Obsorgenden zu beachten gilt.² Wengleich damit kein staatliches Leitbild der guten Erziehung proklamiert werden kann, weil ein solches unverhältnismäßig stark in das Grundrecht der elterlichen Erziehungsfreiheit eingreifen würde, so kann der neue § 138 ABGB doch als Bei-

spiel für die Moralisierung des Rechts dienen. Der Kriterienkatalog formuliert nämlich Ansprüche an das elterliche Verhalten, die von moralischen Pflichten (vgl. Kriterien 6, 7, 8) bis hin zu Entwürfen eines guten Lebens (für das Kind) reichen (vgl. Kriterien 3, 4). Eine solche Moralisierung wird auch in den Erläuternden Bemerkungen zur Regierungsvorlage deutlich, wenn es dort beispielsweise heißt: „Im Rahmen einer sorgfältigen Erziehung des Kindes ist – seinem Alter entsprechend – auch auf ein ausgewogenes Verhältnis zwischen der Förderung seiner eigenständigen Entwicklung und der Vermittlung von Werten und Regeln zu achten.“³

Die Diagnose, wonach in die gesetzliche Präzisierung des Kindeswohls eine Moralisierung des Rechts darstellt, ist per se noch keine Abwertung dieses Vorgangs. Es zeigt sich vielmehr, dass die rechtliche Normenbildung nicht ohne Bezug auf sollens- und strebensethische Überlegungen auskommen kann.

Kindeswohl · Obsorge · Moralisierung

- 1 Kindschafts- und Namensrechts-Änderungsgesetz 2013 – KindNamRÄG 2013, BGBl. I 2013/15.
- 2 Kathrein G. Kindschafts- und Namensrechts-Änderungsgesetz 2013. Österr Jurist Z 2013;68(6):197-214.
- 3 KindNamRÄG 2013 ErläutRV 2004 BlgNR 24. GP:17.

Allgemeine Ethik & Bioethik

Allgemeine Ethik

Grundbegriffe: Gut

Tägliche Urteile. Wir verwenden alltäglich den Begriff „gut“ und drücken damit ein Urteil, eine Bewertung aus: die Pflegekraft hat die Wunde gut versorgt; regelmäßige Bewegung ist gut für Menschen mit hohem Blutdruck; es ist gut, mit einer in der Demenz verstummten Person zu sprechen. In solchen Aussagen drückt sich die ethische Komplexität des Begriffs „gut“ aus, denn ethisch betrachtet werden mit dem Urteil „gut“ hier drei unterschiedliche Bewertungen getätigt. Ähnlich verhält es sich mit dem Substantiv „Gut“: für eine Operation wird ein Sachgut wie z.B. steriles OP-Besteck benötigt; die Gesundheit stellt für viele Menschen ein hohes Gut dar; Menschen streben nach dem Guten im Leben.

Drei Ebenen von „gut“. Der ethische Grundbegriff „gut“ kann in drei aufeinander aufbauenden Bedeutungsebenen verwendet werden:¹ (1.) *Fachlich gut:* Hierbei wird etwas in Hinblick auf seine Tauglichkeit für etwas (beliebig) anderes beurteilt. Wenn in diesem Sinn eine Wundversorgung gut durchgeführt wurde, dann bedeutet es, dass sie den fachlichen Standards entspricht. Mit dieser Ebene des Guten sind persönliche Haltungen verbunden, die für eine

Vielzahl an unterschiedlichen Zwecken hilfreich sind, z.B. Konzentration, Pünktlichkeit, Ordnungsliebe, Fleiß. Solche Haltungen sind nicht in sich selbst wertvoll, sondern nur funktional. (2.) *Pragmatisch gut*: Auf der zweiten Bedeutungsebene wird beurteilt, ob etwas für eine Person gut ist. In diesem Sinn kann regelmäßige Bewegung gut sein, weil sie dazu beiträgt, die Gesundheit eines Hypertonikers zu erhalten. Auch auf dieser Ebene handelt es sich um ein extrinsisches „gut“, d.h. die Bewegung ist kein Selbstzweck. (3.) *Kategorisch gut*: Schließlich kann etwas um seiner selbst willen gut sein. Dass man mit einer schwer demenzkranken Person spricht, hat in erster Linie keinen instrumentellen oder pragmatischen Wert, sondern ist Ausdruck des unbedingten Gutseins. Auch wenn der Demenzkranke kein Wort erwidern kann, ist es geboten, ihn z.B. vor der Durchführung von Pflegehandlungen anzusprechen. Bei dieser letzten Bedeutungsebene von „gut“ spricht man vom moralisch Guten.

Die Schattenseite. Wenn wir etwas negativ beurteilen, dann verwenden wir mehrere Begriffe, die den Unterschied zwischen den drei Ebenen deutlicher machen als der positive Begriff „gut“: Bei einer fachlich nicht guten Handlung sprechen wir meist von „falsch“ (z.B. falsch durchgeführte Wartung eines Medizingeräts). Beurteilen wir irgendetwas für eine Person als nicht gut, dann verwenden wir häufig ebendiesen Ausdruck („nicht gut für dich...“). Wollen wir hingegen eine Handlung als moralisch nicht gut kennzeichnen, so steht uns hierfür das Urteil „böse“ zur Verfügung: Böse handelt, wer das moralisch unbedingt Geforderte bewusst nicht erfüllt.

Gutes tun und es gut tun. Vor diesem Hintergrund ist das Motto der Barmherzigen Brüder Österreich – „Gutes tun und es gut tun“² – ethisch besser zu verstehen. „Gutes tun“ zielt im Kern auf die dritte Bedeutungsebene von „gut“ ab: Die Sorge um kranke, behinderte und anders bedürftige Menschen ist nicht bloß ein instrumenteller Wert; sie dient z.B. nicht nur der Erhaltung oder Wiederherstellung von Arbeitskraft. Das moralisch Gute zeigt sich gerade dort, wo Menschen mit chronischer Krankheit, infauster Prognose oder bleibender Behinderung konfrontiert sind. Natürlich zielt „Gutes tun“ in vielen Fällen primär auf das pragmatisch Gute, d.h. auf eine funktional ausgerichtete Krankenbehandlung oder anderweitige Fürsorge.

Der Nachsatz „und es gut tun“ kann wiederum auf alle drei Bedeutungsebenen bezogen werden: In jedem Fall drückt sich darin das Urteil aus, dass die medizinische, pflegerische, therapeutische oder pädagogische Betreuung den fachlichen Anforderungen genügen muss (fachlich gut). Man kann den Anspruch aber weitergehend verstehen: Dann beurteilt er, inwieweit man durch die fachlich gute Versorgung den Bedürfnissen der Patienten auch wirklich gerecht wird (pragmatisch gut). In manchen Fällen, z.B. bei infaustem Krebs, wird das „gut für Frau X“ mehr bedeuten als eine fachlich gut durchgeführte Tumorsektion oder Chemotherapie. Und schließlich ließe sich noch fragen, ob der Nachsatz „und es gut tun“ auch auf die moralische Bedeutungsebene abzielt. Dies würde nämlich erfordern, dass die fachlich und pragmatisch gute Betreuung von Menschen in Krankheit, Behinderung oder Alter aus einer moralischen, d.h. unbedingten, Motivation heraus erfolgt. In der modernen ethischen Reflexion zum Professionalismus von Gesundheitsberufen wird

hierbei zu Recht kritisch hinterfragt, inwieweit eine solche moralische Forderung im Beruf überhaupt einzulösen ist.

Gut · Böse · Richtig · Falsch · Urteil · Bewertung

1 Höffe O. Ethik: Eine Einführung. München: Beck; 2013.

2 Barmherzige Brüder Österreich. Gutes tun und es gut tun. <http://www.barmherzige-brueder.at/site/karriereausbildung/home>

Bioethik

Ein Kind aus dem Katalog

Genomabgleich mit Computer. 23andMe¹ ist ein amerikanisches Gentest-Unternehmen, das einen „Do it Yourself“ DNA-Spuck-Test für zu Hause anbietet und verspricht damit eine Genanalyse von über 240 Krankheiten bzw. Eigenschaften. 2008 hat 23andMe ein Patent auf eine computerunterstützte Methode zur Keimzellenspenderauswahl basierend auf genetischem Abgleich („Gamete donor selection based on genetic calculations“) angemeldet.

Mit der nunmehr patentierten² Methode können genetische Daten einer Person (Gametenempfänger) mit den genetischen Daten vieler anderer Personen (Gametenspender) auf Kompatibilität abgeglichen werden, um ein bestimmtes genetisch gewünschtes Ergebnis zu erzielen. Einerseits sollen mit dieser Geschäftsidee Personen/Paare mit Kinderwunsch angesprochen werden, die an schweren, vererbbarer Krankheit leiden und dies für ihr zukünftiges Kind ausschließen möchten. Andererseits zielt diese Methode auch auf Paare ab, die bestimmte (körperliche) Merkmale auch an ihrem Kind sehen möchten. Letztere scheinen laut Patentantrag ebenso eine klare Zielgruppe für 23andMe zu sein: Der Wunsch nach einer bestimmten Augenfarbe, eine präferierte Muskelleistung („likely sprinter“, „likely endurance athlete“) oder den Ausschluss einer „alcohol flush reaction“ sind im Patentantrag explizit angeführte Beispiele.²

Designerbaby: Hoffnung und Sorge. Der Patentantrag wurde vom US Patentamt am 24. 9. 2013 genehmigt. Dass die wissenschaftliche Community nicht stärker auf das Thema eingegangen ist, überrascht – gibt es doch ausreichend Kritiker an der Idee einer genetischen Selektion bei Ungeborenen, sowohl aus eugenischen also auch krankheitspräventiven Gründen.³

In einer Stellungnahme von 23andMe von Anfang Oktober heißt es nun, dass das Patent, wie es vor 5 Jahren beantragt wurde, in diesem inhaltlich extensiven Umfang nicht genutzt werden sollte. Durch das Patent geschützt werden solle primär der „Family Traits Inheritance Calculator“ sein. Dieses Instrument wäre zwar ursprünglich auch für die Arbeit in Fruchtbarkeitskliniken angedacht gewesen, sei aber nicht der Fokus von 23andMe. Derzeit konzentriert man sich auf Endkonsumenten, also auf interessierte Paare, die sich informieren möchten, welche ihrer Eigenschaften der Nachwuchs erben könnte: Das neue Werkzeug würde, so 23andMe, Menschen eine erfreuliche Möglichkeit eröffnen, auch als Laien in die Genetik hinein zu schnuppern. Es passe gut in das Firmenziel, Menschen mit ihrer DNA vertraut und die wissen-

schaftliche Genetik besser verständlich zu machen – was manchmal recht kompliziert wäre.⁴

Wie auch immer man dazu steht, dass genetische Selektion bei Ungeborenen zur Krankheitsprävention oder aus nicht-krankheitspräventiven Gründen durchgeführt wird, zwei Dinge stehen fest: (1.) Das Patent von 23andMe wurde genehmigt, die patentierte Methode wurde nicht aus ethischer Sicht hinterfragt oder dahingehend kritisiert, ob die damit eingeschlagene Richtung überhaupt gewollt ist. (2.) 23andMe wird ihr Patent – auch im erweiterten Umfang – mittelfristig sicher wirtschaftlich erfolgreich nutzen können. Nämlich dann, wenn junge Paare mit Kinderwunsch den „Family Traits Inheritance Calculator – do it yourself“ nutzen und durch das kalkulierte Ergebnis verunsichert werden, weil dieses nicht so lautet, wie die Eltern in spe sich das vorgestellt haben. Diese Paare werden nach einer Optimierung dieses Ergebnisses suchen und damit einen Markt schaffen, der alsbald durch Fruchtbarkeitskliniken mithilfe des neuen Patents von 23andMe bedient werden kann.⁵

Genetik · Prädiktive Gendiagnostik · Designerbaby · Keimzellspender · Patent

1 23andMe. <http://www.23andme.com/>

2 Wojcicki A et al. Gamete donor selection based on genetic calculations. US Patent No. 8.543.339 B2, 24. 9. 2013.

3 Sandel M, The Case against Perfection: Ethics in the Age of Genetic Engineering. Belknap Press of Harvard University Press: Cambridge, MA; 2007.

4 ScottH. A 23andMe Patent. <http://blog.23andme.com/news/a-23andme-patent/> (1. 10. 2013).

5 Sterckx S et al. „I prefer a child with...“: designer babies, another controversial patent in the arena of direct-to-consumer genomics. Genet Med. DOI:10.1038/gim.2013.164 (3. 10. 2013).

Der ethische Fall

Organisationsethik

Die Angst der Assistenzärztin vor dem OP-Saal

Erfahrungsbericht einer Assistenzärztin.¹ Als Frau Dr. Adler ihre Tätigkeit als Assistenzärztin beginnt, steht sie relativ rasch alleine im OP. Auf die Frage, wo denn der Oberarzt sei, hört sie, er sei eine rauchen. Als er dann den Saal betritt, sieht er sie finster an. Auf ihre Versuche, mit ihm zu kommunizieren, reagiert er nicht. Argwöhnisch beäugt er ihre Handgriffe, erklärt nichts und beantwortet Fragen von Dr. Adler üblicherweise mit einem Augenverdrehen und Sätzen wie: „Sie haben doch studiert, oder?“ Jeden Tag das gleiche Spiel. Dr. Adler beginnt sich zu fragen, ob sie zu empfindlich sei oder eine völlig falsche Wahrnehmung der Realität habe: Vielleicht ist sie ja doch

so „unfähig“, wie ihr vom Oberarzt attestiert wird. Von ihren Kollegen erfährt sie, dass Assistentinnen schon weinend den OP verließen. Die verbliebenen Kollegen scheinen sich dem Schicksal gefügt zu haben. Dr. Adler fragt den stellvertretenden Chef um Rat und möchte wissen, ob sie sich an den Abteilungsvorstand wenden solle. „Vergessen Sie das,“ meint der um Rat Gefragte, „da müssen Sie durch!“ – Dr. Adler versucht es, aber sie verändert sich: quält sich zur Arbeit, kommt frustriert nach Hause und fragt sich: wofür? – Es folgt die Eskalation, ohne erkennbaren Grund. Morgens betritt Dr. Adler den OP und wird vom Oberarzt sofort in den Aufenthaltsraum zitiert. Er komme gleich, müsse mit ihr reden. „Was um Himmels Willen ist denn jetzt los?“ fragt sich Dr. Adler. Das Herz schlägt ihr bis zum Hals. Hat sie einen Fehler gemacht, einem Patienten geschadet? Nach zehn Minuten kommt der Oberarzt, knallt die Tür zu und schreit Dr. Adler an, dass er keine Lust mehr habe, mir ihr zu arbeiten. Die Frage, was für ein Problem er mit ihr habe, kann Dr. Adler nicht zu Ende formulieren, weil er sie sofort unterbricht: „Lassen Sie das Geplapper!“ Der Oberarzt möchte, dass Dr. Adler die Abteilung wechselt. Zunächst leistet Dr. Adler noch Widerstand, doch nach einer Phase der Zermürbung kommt sie zum Schluss: „Es reicht.“ Ihre Kündigung zieht weite Kreise, Kollegen loben ihren Mut und erneut zeigt sich, wie frustriert viele sind. Paradoxerweise scharwenzelt die Oberarzttruppe seit diesem Zeitpunkt freundlichst um Dr. Adler herum. Beim Abteilungsvorstand lässt sie sich einen Verabschiedungstermin geben. Als sie versucht, die krassen Missstände anzusprechen, schiebt er sie mit einem Lächeln Richtung Tür und wünscht ihr einen guten Neustart.

Führungsverantwortung. Das Beispiel von Dr. Adler verweist auf das Thema der Führungsethik, welches in den letzten Jahren verstärkt untersucht wird.² Führung ist mit Verantwortung verbunden: *Erfolgsverantwortung* ist die Sorge um fachliche und wirtschaftliche Standards und Ziele. Zu ihr zählt im Rahmen eines Lehrkrankenhauses oder einer Facharztausbildung auch die Sorge, dass die Auszubildenden das fachliche Rüstzeug für ihre spätere Tätigkeit erlangen. *Humanverantwortung* ist die Sorge um psychosoziale Standards und Ziele. Zu ihr zählen Haltungen, Verhaltensweisen und Rahmenbedingungen, um die Arbeits- und Lebensqualität der Geführten zumindest nicht zu schädigen, eigentlich aber zu fördern. – Gerne wird in diesem Zusammenhang von Merkmalen einer guten Führung gesprochen. Aber die Erfahrung von Dr. Adler zeigt, dass sich Organisationen genauso mit dem Phänomen der schlechten Führung auseinandersetzen müssen.

Schlechte Führung. Das Urteil, wonach eine Führung schlecht sei, kann eine fachlich ausgerichtete Bewertung sein und beinhaltet dann eine Aussage, wonach ineffektiv geführt wird, weil die Führung inkompetent oder rigide ist. Mangelhafter Wille oder mangelhafte Fähigkeit zu führen sowie eine Unbeweglichkeit in Hinblick auf neue Ideen können Grund der solcherart schlechten Führung sein. Schlechte Führung kann auch eine mehr ethisch ausgerichtete Bewertung sein. Sie ist dann für die konkret Geführten schädlich (pragmatisch schlecht) oder in sich moralisch falsch (böse). Gründe hierfür können Charaktermängel wie Unbeherrschtheit, Gefühllosigkeit, Korruptheit, Engstirnigkeit oder genuine Böswilligkeit sein. Die Folgewirkungen von schlechter Führung – sei sie fachlich, pragmatisch oder moralisch schlecht – sind mannigfaltig, aber allesamt desaströs. Nicht nur verletzt schlechte Füh-

rung die Persönlichkeit der davon unmittelbar Betroffenen, sie richtet auch einen organisationalen Schaden an, der sich über steigende Fluktuation, erhöhte Personalausfälle, sinkende Mitarbeiterzufriedenheit letztlich auf den wirtschaftlichen Erfolg eines Unternehmens auswirkt.

Das toxische Dreieck schlechter Führung. Schlechte Führung³ wird von drei Komponenten – dem „toxischen Dreieck“⁴ – beeinflusst: (1.) *Destruktive Führer* zeichnen sich durch ein starkes Bedürfnis nach personaler Macht aus, sind in der Regel stark narzisstisch geprägt und trachten danach, ausgemachte Rivalen nicht wachsen zu lassen. (2.) Schlechte Führung kann nur dort bestehen, wo *beeinflussbare Geführte* dies zulassen. Meistens handelt es sich in schlechten Führungssettings um passive Mitläufer, die ducken und höchstens im geschützten Rahmen ihr Leid klagen. Manchmal wird schlechte Führung durch aktive Zuträger („*acolytes*“) gefördert, die durch Ehrgeiz, Egoismus und Gier mit einem destruktiven Führer konspirieren. (3.) Schließlich kann schlechte Führung dort besonders gedeihen, wo sie ein *begünstigendes Umfeld* findet. Eine insgesamt instabile (Unternehmens- oder Abteilungs-)Situation, wahrgenommene Bedrohungen (gegen die eine „starke Führung“ schützen soll), bestimmte kulturelle Werte (z.B. unkritischer Gehorsam) sowie schwache Kontrollinstanzen (checks & balances) sind Umfeldfaktoren, die schlechte Führung begünstigen.

Ethikbewusste Führung. Um Situationen wie jene von Dr. Adler zu vermeiden, ist eine ethikbewusste Führung notwendig. In positiver Entsprechung zum toxischen Dreieck muss dafür an guten Führern, guten Geführten und einem guten Umfeld gearbeitet werden. Im Fall von Dr. Adler darf zum einen das Verhalten des Oberarztes nicht folgenlos für ihn bleiben; zum anderen müssen die verantwortlichen Führungskräfte von Dr. Adler, der Abteilungsvorstand bzw. sein Stellvertreter, mit der Humanverantwortung ihrer Führungsaufgabe konfrontiert werden. Die Kollegen der Assistenzärztin, die dem Treiben passiv zugesehen oder es gar begünstigt haben, müssen sich mit ihrer Mitverantwortung für gute Führung auseinandersetzen und können sich nicht bloß auf die Person des destruktiven Oberarztes oder untätigen Abteilungsvorstands ausreden. Die Krankenhausleitung wiederum gibt den Ton an und trägt die Verantwortung für die Gestaltung des Umfelds, in dem schlechte Führung begünstigt oder eingedämmt wird.

Führungsethik · Alltagsethik · Verantwortung

- 1 NN. Der Feind in meinem OP. Dtsch Ärztebl 2009;106(14):A681–682.
- 2 Kuhn T, Weibler J. Führungsethik in Organisationen. Stuttgart: Kohlhammer; 2012.
- 3 Kellerman B. Bad Leadership: What it is, how it happens, why it matters. Boston, MA: Harvard Business Review Press; 2004. · Tepper BJ. Abusive supervision in work organizations: Review, synthesis, and research Agenda. J Manage. 2007;33(3):261–289.
- 4 Padilla A, Hogan R, Kaiser RB. The toxic triangle: Destructive leaders, susceptible followers, and conducive environments. Leadersh Q. 2007;18(3):176–194.

Termine & Nachrichten

Nachrichten

„Vom Konflikt zur Lösung“: Jahrestagung der AEM 2013

Die Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM), die vom 10. bis 12. Okt. 2013 mit ca. 200 TeilnehmerInnen in München stattfand, widmete sich schwerpunktmäßig der Frage, wie ethische Probleme der Biomedizin auf gesellschaftlicher und klinischer Ebene gelöst werden. Dabei wurde deutlich, dass die philosophische Ethik mit ihren großen Theorien wie Utilitarismus oder Deontologie zwar unverzichtbare Argumente für die Analyse moralischer Gesichtspunkte eines Problems liefert, in der Realität damit allein aber keine hinreichende Antwort auf Handlungsfragen gegeben werden kann. In ethische Urteile fließen auch außermoralische Aspekte ein, wie z.B. Vorstellungen vom guten Leben (Lebensqualität).

Die praktische Relevanz der Methodenreflexion in der Medizinethik wurde u.a. am Beispiel eines klinischen Falls deutlich, der aus den Perspektiven einer deontologischen, utilitaristischen, prinzipienbasierten und care-orientierten Ethik analysiert wurde. Die Bedeutung einer mit empirischen Methoden arbeitenden Medizinethik wurde in mehreren Vorträgen der Tagung thematisiert. Mit diesem Tagungsprogramm gelang es, jene Brücke zwischen ethischer Theoriebildung und konkreten Entscheidungen in der Praxis zu schlagen, welche der Tagungspräsident Georg Marckmann als Ziel der Veranstaltung definierte.

Termine

Wissenschaftliche Veranstaltungen

18.–22. Okt. 2013. Jahrestagung der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Onkologie: Ethik-Session am 19. Okt. www.haematologie-onkologie-2013.at

23.–25. Okt. 2013. 27. Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Transplantation, Transfusion und Genetik. www.austrotransplant2013.at

29. Okt. 2013. Symposium „Menschen mit Demenz im Krankenhaus“. Wien, www.kardinal-koenig-haus.at

14. Nov. 2013. ÖGARI Jahrestagung (AIC) Ethik-Sessionen. www.oegari.at

Termine

Bioethik-Bildungsprogramm

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

- 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

Impressum



Newsletter für Ethik & Recht
Ein Service im Rahmen der Ethikberatung der Barmherzigen Brüder Österreich
Herausgeber: Priv.-Doz. Dr. Jürgen Wallner, MBA
Mitarbeit: Dr. Bettina Riedler, LL.M.

Die im Newsletter veröffentlichten Informationen stellen vorläufige Debattenbeiträge zur Fortbildung und Diskussion dar, die in freier Verantwortung des Herausgebers redigiert werden.

Offizielle Positionen der Barmherzigen Brüder Österreich zu ethischen Fragen können öffentlich nachgelesen werden im Ethik-Codex:
<http://www.barmherzige-brueder.at/site/karriereausbildung/grundsaeetze/ethikcodex>