



## Inhalt

Ethisch fernsehen..... 2

---

### **Klinische Ethik**

---

Chronisch kritisch krank: „Lazarus trifft Darwin“ ..... 3

Die Praxis des „Nicht-Eskalierens“ in der ICU ..... 5

Prognose bei Cardiopulmonaler Reanimation ..... 6

Wann ist jemand tot genug, um ihm Organe entnehmen zu dürfen? ..... 7

---

### **Organisationsethik**

---

Von oben sieht die Welt ethisch rosiger aus ..... 9

---

### **Rechtsethik**

---

Samenspende für lesbisches Paar ..... 11

„Sterbehilfe“ und „Sterben lassen“ ..... 12

---

### **Allgemeine Ethik & Bioethik**

---

Grundbegriffe: Doppelwirkung..... 14

Individualisierte Medizin – Hope or Hype? ..... 16

---

### **Der ethische Fall**

---

Familie kämpft um Medikament für Kind mit Morbus Hunter ..... 17

---

### **Nachrichten & Termine**

---

Trilaterales Treffen der deutschsprachigen Ethikräte..... 20

Wissenschaftliche Veranstaltungen ..... 21

Bioethik-Bildungsprogramm..... 22

Universitätsstudium Medizin-Ethik in Linz ..... 22

---

### **Impressum**

---

## Editorial

### Ethisch fernsehen

*Wer Ethik besser begreifen möchte, der sollte viel ins Kino gehen bzw. fernsehen und nicht nur Journals und Bücher lesen (mit Ausnahme dieses Newsletters, selbstredend). Die Film- und Fernsehindustrie selbst wäre Stoff für etliche ethische Analysen. Doch das überlassen wir an dieser Stelle der Medienethik. Was uns hier mehr interessiert, ist der Erkenntnisgewinn aus Film und Fernsehen für die Bioethik.*

*Abgesehen von einschlägigen Dokumentationen und (meist fürchterlich flachen bis unsachlichen) Diskussionsrunden ist der Fundus an für die ethische Debatte wertvollen Spielfilmen und Fernsehserien mittlerweile enorm. Eine kleine Auswahl gefällig? GATTACA (Thema: genetisches Enhancement, liberale Eugenik); Amour (Demenz); Halt auf freier Strecke (Hirntumor); Alles, was wir geben mussten (Organhandel); Hunger (Zwangsernährung); Beim Leben meiner Schwester (Rettungskind); Schmetterling und Taucherglocke (Locked-in Syndrom); Wit (Krebserkrankung). Darüber hinaus zahlreiche Episoden von Emergency Room, House MD oder – ja – Scrubs.*

*Freilich kann man in Hinblick auf solche Filme und Serien fragen, ob sie bioethische Probleme nicht trivialisieren, um der cineastischen Dramaturgie willen holzschnittartig überzeichnen, medizinisch falsche Informationen transportieren und Fehler hinsichtlich der rechtlichen Rahmenbedingungen in Österreich machen (klassisches Beispiel aus US-Film & Fernsehen: „Wir müssen seine Familie fragen, ob sie mit der Einstellung lebenserhaltender Maßnahmen einverstanden ist.“) – Bei aller berechtigter Kritik und anzuwendender Vorsicht vermitteln Spielfilme und Fernsehserien aber Dimensionen eines ethischen Problems, die in Fachbüchern und Journals untergehen: Emotionen, zum Beispiel; oder einen räumlichen und zeitlichen Kontext. Jedenfalls sind Film und Fernsehen gute Medien, um in eine – fachlich angeleitete – Ethikdiskussion zu kommen. Nicht umsonst häufen sich entsprechende Veranstaltungen und Bücher dazu.<sup>1</sup>*

*In Hinblick auf die Themen dieser Newsletter-Ausgabe gibt es auch etliche Beispiele aus Film und Fernsehen: etwa „Ein Arbeitstag wie kein anderer“ aus House MD (Season 6, Episode 14) zum Thema Organisationsethik im Krankenhausmanagement (Seite 9). Außerdem lesen Sie über den janusköpfigen Erfolg der Intensivmedizin, die oftmals zu chronisch kritisch Kranken führt (Seite 3); über eine empirische Untersuchung zur Praxis des Nicht-Eskalierens von lebenserhaltenden Maßnahmen (Seite 5); über die nach wie vor relativ schlechte Outcome-Prognose bei Reanimation (Seite 6); über die Todesfeststellung vor Organentnahme (Seite 7); über die Zulassung der intrauterinen Insemination bei lesbischen Paaren durch den Verfassungsgerichtshof (Seite 11); über die Begriffsverwirrung zwischen „Sterbehilfe“ und „Sterben lassen“ (Seite 12); über das in der Ethik viel zitierte Prinzip der Doppelwirkung (Seite 14); über die ethischen Probleme im Zusammenhang mit der sogenannten Individualisierten Medizin (Seite 16); sowie über einen kanadischen Fall, in dem die Eltern um eine experimentelle Medikation für ihr an Morbus Hunter erkranktes Kind kämpfen (Seite 17).*

#### Film · Fernsehen

<sup>1</sup> Shapshay S, Hrsg. Bioethics at the Movies. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 2009. · Schmidt KW, Maio G, Wulff HJ, Hrsg. Schwierige Entscheidungen – Krankheit, Medizin und Ethik im Film. Frankfurt/Main: Haag + Herchen; 2008. · Schmidt KW. Bewegende Szenen: Spielfilme als Sensibilisierung für medizinethische Themenfelder: Eine Anleitung zum Selbstversuch. In: Arbeitsgruppe „Pflege und Ethik“ der Akademie für Ethik in der Medizin e.V., Hrsg. „Für alle Fälle“: Arbeit mit Fallgeschichten in der Pflegeethik. Hannover: Brigitte Kunz Verlag; 2005:182-8.

---

## Klinische Ethik

---

### Klinische Ethik

## Chronisch kritisch krank: „Lazarus trifft Darwin“

**Die Bürden des medizinischen Erfolgs.** Durch die Möglichkeiten der modernen (Intensiv-)Medizin können heute zahlreiche Menschen am Leben erhalten werden, die noch vor wenigen Jahren unmittelbar an ihren schweren Erkrankungen verstorben wären. Das Überleben einer akuten kritischen Krankheit ist in diesen Fällen aber oftmals damit verbunden, dass die Patienten danach dauerhafte Funktionseinschränkungen, Organstörungen und kognitive Defizite aufweisen. Hinzu kommt, dass die betroffenen Patienten einen lebenslangen intensiven Pflegebedarf haben, etwa durch die Folgen einer langen mechanischen Beatmung und/oder einer Tracheostomie. Für diese Situation hat sich in der Literatur der Begriff der „chronisch kritischen Krankheit“ (*chronic critical illness*, CCI) etabliert.<sup>1</sup> Da sie ohne die modernen (intensiv-)medizinischen Möglichkeiten nicht existieren würde, wird mitunter von einem iatrogenen Phänomen gesprochen.<sup>2</sup>

**Physiologische und psychosoziale Belastungen durch CCI.** Typische mit einer CCI einhergehende physiologische Belastungen sind respiratorische Probleme, metabolische Störungen, Infektionen, Neuromyopathien, kognitive Einschränkungen, Schmerz-, Angst- und Stresssymptome. Zweifellos können derartige Belastungen durch weitere therapeutische Interventionen gemindert werden, letztlich handelt es sich dabei aber vornehmlich um palliative Therapieziele.<sup>2</sup> Zu den physiologischen Belastungen kommen bei CCI die nicht weniger gewichtigen psychosozialen Hürden hinzu. In vielen Fällen fehlt eine ausreichend institutionalisierte Versorgungsstruktur. Chronisch kritisch kranke Patienten mit einem Tracheostoma laufen z.B. Gefahr, zwischen den Einrichtungen von Akutversorgung, Rehabilitation und Langzeitpflege auf der Strecke zu bleiben. Eine Betreuung zu Hause bedeutet für die Angehörigen wiederum erhebliche Einschnitte in ihre Lebensführung. Zudem ist mit allen Versorgungsmöglichkeiten immer das Risiko nicht hinreichend vom Sozialsystem abgedeckter finanzieller Belastungen verbunden.

**CCI und Ethik.** Der Umstand, dass CCI die Folge von klinischen Entscheidungen sind (und nicht bloß Schicksal), verlangt einen verantwortungsbewussten Umgang mit therapeutischen Interventionen, die eine kritische Krankheit chronifizieren. Für manche Beobachter liegt die moralisch einzig verantwortbare Entscheidung darin, auf alle Interventionen zu verzichten, die zu einer CCI führen. Letztlich begründet sich dieses Urteil damit, dass bestimmte Lebenszustände schlechter seien als der Tod. Mitunter werden hierfür individuelle ethische Argumente (d.h. die Bewertung der Lebensqualität) mit sozialetischen Argumenten verbunden, welche auf die erhebliche (finanzielle) Belastung von Familien und des Sozialsystems durch CCI hinweisen. Eine solche utilitaristische Argumentation führt andere Kommentatoren dazu, für eine sehr extensive moralische Behandlungspflicht bei CCI einzu-

treten. Dieser Sichtweise zufolge dürfen Kosten-Nutzen-Überlegungen eine Therapieentscheidung bei CCI nicht determinieren. Das steht jedoch selbst in einem weitgehend öffentlich finanzierten Gesundheits- und Sozialsystem wie in Österreich in Spannung zur stets *auch* von Kosten-Nutzen-Überlegungen geprägten gesellschaftlichen Versorgungsplanung: wie oben angesprochen, fehlen nicht selten Angebote für eine gute Versorgung von CCI-Patienten nach dem Akutkrankenhaus-Aufenthalt.

**Relevante Faktoren für die Entscheidungsfindung bei CCI.** Abseits von derartigen sozialetischen Problemen, die in der Klinik de facto nicht veränderbar sind, stellt sich jedenfalls die Frage, welche Faktoren für eine ethisch verantwortungsbewusste Therapieentscheidung bei CCI zu beachten sind. Nelson et al.<sup>4</sup> haben jene Faktoren identifiziert, die Patienten, Angehörige und klinisch Tätige bei einer solchen Entscheidungsfindung für wichtig erachten:<sup>3</sup> (1.) Verständnis um die Zusammenhänge von aktueller Erkrankung und Behandlungsoptionen; (2.) Prognose hinsichtlich Unabhängigkeit von intensivmedizinischen Maßnahmen, Überleben, funktionaler Rehabilitation und Lebensqualität; (3.) Informationen zu den Belastungen, die mit der Behandlung der CCI einhergehen (z.B. laufendes Absaugen bei Tracheostoma); (4.) Komplikationen; (5.) zu erwartender Langzeitpflege-Bedarf und damit verbundene Kosten; (6.) Alternativen zur Fortsetzung der Intensivtherapie. Leider stellte sich auch heraus, dass mit einem beträchtlichen Teil der Patienten und Angehörigen über viele dieser Faktoren seitens der Kliniker nicht (ausreichend) gesprochen wurde. Bezeichnenderweise sprachen Ärzte noch am ehesten Umstände an, die sich aus der unmittelbaren Akutbehandlung ergeben, nicht aber solche, welche die längerfristige Perspektive oder die sozialpsychologischen Implikationen einer CCI im Blick hatten.

**Hoffnung versus Realität.** Behandlungsentscheidungen im Kontext von CCI sind – nicht zuletzt bei inadäquater Kommunikation – mit einer eklatanten Diskrepanz zwischen Hoffnung und Realität des Outcomes verbunden. So verstehen Patienten und Angehörige beispielsweise die Empfehlung einer Tracheostomie überwiegend als „positive Wende“, „Zeichen der Besserung“ und „erster Schritt in Richtung Rehabilitation“ nach einer Phase der maschinellen Beatmung mit Tubus.<sup>3</sup> Der tatsächliche Outcome im Kontext der CCI ist jedoch sowohl hinsichtlich Mortalität wie Morbidität ernüchternd: Bei einer prospektiven Studie von Cox et al.<sup>4</sup> waren 1 Jahr nach Entscheidung zur Tracheostomie nur 56% der zuvor mittels Tubus maschinell beatmeten Patienten am Leben, wovon lediglich 9% einen guten funktionalen Status hatten. Sowohl Angehörige als auch Kliniker schätzten den Outcome signifikant höher ein.

**Lazarus trifft Darwin.** Der Eindruck, dass die moderne (Intensiv-)Medizin Patienten in einer akut lebensbedrohenden Krankheitsphase retten, ja, früher Todgeweihte wie Lazarus zum Leben erwecken könne, ist ambivalent zu beurteilen: In vielen Fällen ist das Resultat dieses Erfolges eine chronische kritische Krankheit. Auf diese Situation war der menschliche Organismus evolutionär (Stichwort „Darwin“<sup>1</sup>) nicht vorbereitet. Eine in diesem Kontext ethisch verantwortungsbewusste Entscheidung kann nicht pauschalierend schwarz oder weiß aussehen, aber sie muss jedenfalls jene Faktoren in die Entscheidungsfindung mit Patienten und Stellvertretern bzw. Angehörigen

einfließen lassen, die eine längerfristige Abwägung von Nutzen (Wohltunsprinzip) und Belastungen (Nichtschadensprinzip) in den Blick nimmt und mit den Anforderungen der Fairness gegenüber Patienten und sozialem Umfeld (Gerechtigkeitsprinzip) abgleicht. Der institutionelle Ort hierfür sollte das multiprofessionelle Gespräch mit Patient oder Stellvertretern sein, welches im Rahmen einer ethischen Fallbesprechung stattfinden kann.

Chronisch kritische Krankheit · Intensivmedizin · Mechanische Beatmung

- 1 Lamas D. Chronic Critical Illness. *New Engl J Med.* 2014;370(2):175-7.
  - 2 MacIntyre NR. Chronic Critical Illness: The Growing Challenge to Health Care. *Respir Care.* 2012;57(6):1021-7.
  - 3 Nelson JE et al. When critical illness becomes chronic: informational needs of patients and families. *J Crit Care.* 2005;20(1):79-89. · Nelson JE et al. Communication about chronic critical illness. *Arch Intern Med.* 2007;167(22):2509-15.
  - 4 Cox CE et al. Expectations and outcomes of prolonged mechanical ventilation. *Crit Care Med.* 2009;37(11):2888-94.
- 

## Klinische Ethik

### Die Praxis des „Nicht-Eskalierens“ in der ICU

**Ethisch und rechtlich klar, emotional ein Problem.** Die Entscheidung, einen Patienten sterben zu lassen, weil er weiterführende Therapien ablehnt oder weil weitere Interventionen nicht mehr indiziert sind, ist in vielen Fällen komplexer, als sich Laien mitunter vorstellen können. Hierbei stellt sich die Frage, welche Behandlungsmaßnahmen fortgesetzt, auf welche verzichtet und welche beendet werden sollen. Auch wenn es ethisch wie rechtlich klar ist, dass ein primärer Verzicht (engl. *withholding*, z.B. Verzicht auf Reanimationsversuche = „Do Not Resuscitate, DNR“) denselben Rechtfertigungskriterien unterliegt wie eine sekundäre Beendigung (engl. *withdrawing*, z.B. Stopp einer maschinellen Beatmung), wird Letzteres von vielen Menschen als emotional problematischer gesehen.<sup>1</sup>

**Nicht-Eskalieren („Do Not Escalate“, DNE) als Mittelweg.** In der Praxis lässt sich daher regelmäßig folgendes Vorgehen beobachten: Eine bereits begonnene Behandlungsmaßnahme wird im Rahmen einer Therapiezieländerung („Patient darf auch sterben“) nicht beendet, wohl aber nicht gesteigert, wenn sich der Patient weiter verschlechtern sollte. Beispiele hierfür sind: Fortsetzung der Katecholamingabe ohne Dosissteigerung; Fortsetzung der maschinellen Beatmung ohne Intensivierung; Fortsetzung der Antibiose ohne Umstieg auf ein stärkeres Antibiotikum. Die Ratio dahinter kann wie folgt beschrieben werden: Der betroffene Patient steht auf der Kippe zum Tod. Bisherige Therapiemaßnahmen haben mehr schlecht als recht eine nachhaltige Verbesserung erzielt. Sie zu beenden ist einerseits emotional zu schwierig. Die Therapie weiter zu steigern ist andererseits nicht indiziert. Also gibt man dem Organismus des Patienten gleichsam noch einmal die (geringe) Chance, sich mit dem gegebenen Therapielevel zu erholen.

**Empirische Untersuchung zur DNE-Praxis.** Morgan et al.<sup>2</sup> haben in einer Studie die DNE-Praxis über Krankengeschichten analysiert. Von 310 ICU-Patienten wiesen 95 (30%) eine DNE-Entscheidung auf (Patienten mit einer

reinen DNR-Entscheidung wurden nicht berücksichtigt). Die Krankengeschichten zeigten, dass Hämofiltration, Katecholamine/Vasopressoren und Blutprodukte eher begrenzt wurden als mechanische Beatmung, parenterale Ernährung oder intravenöse Flüssigkeitsgaben. Solchen DNE-Entscheidungen gingen oftmals DNR-Entscheidungen voraus – eine Logik, die für medizinische Laien, die den Outcome einer „Wiederbelebung“ in der Regel überschätzen, oft schwer verständlich ist und daher erklärt werden muss. Die durchschnittliche Zeit von der DNE-Entscheidung zum Tod betrug nur 0,8 Tage (Bandbreite 0 bis 5 Tage), was wohl auf einen sehr instabilen Zustand der Patienten schließen lässt.

**Do Not Escalate ≠ Do Not Care.** Die Studienautoren halten fest, dass die DNE-Praxis ein komplexes Zusammenspiel von Therapieentscheidungen darstellt, bei denen auf einige Maßnahmen von vornherein verzichtet wird und andere fortgesetzt, aber nicht gesteigert werden. Etwas verwunderlich ist, dass die Autoren keine Belege für den Umgang mit DNE in Reviews oder Guidelines fanden. Zumindest für den deutschsprachigen Raum (der sicherlich nicht berücksichtigt wurde) erläutert eine Empfehlung der ÖGARI<sup>3</sup> ebendiese DNE-Praxis und bettet sie in ein Kontinuum von Entscheidungstypen bei Therapiezieländerungen ein. In der Tat stellt nämlich der Verzicht auf eine weitere Eskalation (intensiv-)medizinischer Maßnahmen einen wichtigen Baustein dar, um einen Patienten unter Beachtung des Wohltuns- bzw. Nichtschadens-Prinzips sterben zu lassen, ohne ihn schlichtweg „abzuschreiben“.

Therapiezieländerung · Do Not Escalate (DNE) · Lebensende · Intensivmedizin

- 1 Thompson DR. Defining an Intermediate Step in End-of-Life Therapy. Crit Care Med. 2014;42(2):465-466. · Intensivmedizinische Gesellschaften Österreichs. Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs: Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und -beendigung an Intensivstationen. Wien Klin Wochenschr. 2004 Nov;116(21-22):763-7.
- 2 Morgan CK, Varas GM, Pedroza C, Almoosa KF. Defining the Practice of “No Escalation of Care” in the ICU. Crit Care Med. 2014;42(2):357-361.
- 3 Multidisziplinäre Arbeitsgruppe (ARGE) Ethik in Anästhesie und Intensivmedizin der Österreichischen Gesellschaft für Anästhesiologie R, Intensivmedizin (ÖGARI). Therapiezieländerungen auf der Intensivstation - Definitionen, Entscheidungsfindung und Dokumentation. Anasthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther. 2013;48(4):216-23.

## Klinische Ethik

### Prognose bei Cardiopulmonaler Reanimation

**Besser ab nicht gut.** Ein Herz-Kreislauf-Stillstand ist selbst in einem gut organisierten klinischen Setting in vielen Fällen das Todesurteil oder der Beginn einer Restlebenszeit mit erheblichen neurologischen Defiziten. Die moderne Cardiopulmonale Reanimation (CPR) führte statistisch betrachtet in den letzten Jahren zwar zu einem verbesserten Outcome: So verbesserte sich die risikoadjustierte Rate des Überlebens einer CPR bis zur Krankenhausentlassung von 13,7% (2000) auf 22,3% (2009), d.h. aber dennoch, dass auch hier gut drei Viertel der Patienten mit Herz-Kreislauf-Stillstand das Krankenhaus nicht mehr leben verließen. Die allgemeine, d.h. nicht-risikoadjustierte, Überlebensrate liegt auch 2009 bei nur 17%. Zudem wiesen von den Überle-



benden 43% (2000) bzw. 38,8% (2009) mittlere oder schwere neurologische Defizite auf (Cerebral Performance Category, CPC >1).<sup>1</sup>

**Prognose-Hilfsmittel für CPR.** Der letztlich ernüchternde statistische Outcome der CPR führt zu der Frage, wie man jene Fälle besser identifizieren kann, in denen ein CPR-Versuch nicht indiziert und deshalb aufgrund des ethischen Nichtschadens-Prinzips zu unterlassen ist. Ebell et al.<sup>2</sup> haben hierzu eine Prognose-Hilfsmittel entwickelt. Dazu analysierten sie zunächst 38.902 Fälle von CPR im Krankenhaus (2007-2008) und entwickelten mittels Classification and Regression Trees (CART) Entscheidungsbäume, die auf verschiedene Risikofaktoren des CPR-Outcomes abstellen. Solche Faktoren sind z.B. der CPC-Score vor CPR, eine bestehende Sepsis, ein akuter Schlaganfall oder ein hohes Alter. Die entwickelten Entscheidungsbäume wurden dann mit 14.435 CPR-Fällen aus 2009 validiert. Für die Patienten lassen sich mit diesem Hilfsmittel CPR-Outcome-Prognosen erstellen. Ziel ist es, jene Patienten zu identifizieren, die eine sehr geringe Chance (< 3%) haben, eine CPR mit keinen oder nur milden neurologischen Defiziten (CPC = 1) zu überleben. Bei diesen Patienten wäre eine CPR nicht indiziert.

**Rationalisierung einer unsicheren Entscheidung.** Das Prognose-Hilfsmittel für CPR von Ebell et al. versucht, eine im Einzelfall letztlich notgedrungen unsichere Entscheidung zu rationalisieren, indem jene Faktoren transparent gemacht werden, die statistisch gesehen zu einem äußerst schlechten CPR-Ergebnis führen. Dieses Hilfsmittel stellt keinen „CPR/DNR-Computer“ dar, der Entscheidungen abnehmen könnte, sondern hilft bei der diskursiven Entscheidungsfindung im Behandlungsteam und mit dem Patienten oder dessen Stellvertretern.

Cardiopulmonale Reanimation (CPR) · Do Not Resuscitate (DNR)

- 1 Girotra S et al. Trend in survival after in-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med.* 2012;367(20):1912-20. · Chan PS et al. Long-term outcomes in elderly survivors of in-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med.* 2013;368(11):1019-26. · Glavan BJ, Ehlenbach WJ. *N Engl J Med.* 2013;368(25):2437-8. · Yee P, Newman J. *N Engl J Med.* 2013;368(25):2438.
  - 2 Ebell MH, Alfonso AM, Romergryko G. Prediction of survival to discharge following cardiopulmonary resuscitation using classification and regression trees. *Crit Care Med.* 2013;41(12):2688-97. · Prengel AW. Everything should be made as simple as possible, but not simpler. *Crit Care Med.* 2013;41(12):2816-7.
- 

## Klinische Ethik

### Wann ist jemand tot genug, um ihm Organe entnehmen zu dürfen?

**Hirntod.** Eine Organentnahme darf (mit Ausnahme von Lebendspenden) erst durchgeführt werden, wenn beim zu Explantierenden der Tod festgestellt wird (§ 5 Abs. 2 OTPG).<sup>1</sup> Meistens wird davon ausgegangen, dass es sich hierbei um den Hirntod handelt. Ein solcher liegt vor, wenn die Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms irreversibel erloschen ist. Damit schreitet der tödliche Desintegrationsprozess des Körpers unumkehrbar voran. Die medizinische Wissenschaft hat seit 1968<sup>2</sup> den Hirntod deshalb als identisch mit dem Individualtod eines Menschen gesetzt. Dieses fachliche Urteil wird vom österreichischen Recht herangezogen, um die Voraussetzung für eine Organentnahme zu überprüfen. Im Jahr 1997 lag in

Österreich erstmalig eine Empfehlung zur Durchführung der Hirntoddiagnostik vor, die zuletzt 2013 einer Revision unterzogen wurde.<sup>3</sup>

**Kritik am Hirntod.** Seit dem Aufkommen des Hirntod-Konzepts gibt es ethische Kritik daran.<sup>4</sup> Einerseits wird fundamental in Frage gestellt, ob die Gleichsetzung von Hirntod und Individualtod anthropologisch haltbar sei. Andererseits gibt es eine pragmatische Kritik an der Sicherheit der Hirntoddiagnostik. Die Kritiker unterstellen den Befürwortern des Hirntod-Konzepts zudem eine von der Organtransplantation interessengeleitete Sichtweise. Trotz anhaltender Kritik, auf die es selbstredend zahlreiche Erwidierungen gibt, hat sich das Hirntod-Konzept heute weitgehend etabliert.<sup>5</sup>

**Tod durch Kreislaufstillstand.** Der Hirntod ist allerdings keineswegs das einzig anerkannte Todeskriterium. Viel häufiger sterben Menschen nach einem Kreislaufstillstand. Dieser führt freilich in der Folge zum Hirntod, da die fehlende Durchblutung des Hirns in dessen irreversiblen Funktionsausfall mündet. Nunmehr wurde vom Obersten Sanitätsrat eine Empfehlung der FASIM angenommen, welche die Rahmenbedingungen für eine Organentnahme auch nach irreversiblen Kreislaufstillstand präzisiert („donation after cardiac death, DCD“).<sup>6</sup> Schon bisher wurden in Österreich solche Explantationen durchgeführt, wenngleich in geringer Fallzahl.

**Maastricht-Klassifikation für DCD.** In der Literatur wurden vier Situationen für DCD beschrieben:<sup>7</sup> (I) Tod bei Ankunft im Krankenhaus; (II) Tod nach erfolgloser Reanimation; (III) Tod nach Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen; (IV) Kreislaufstillstand bei vorgängigem Tod infolge primärer Hirnschädigung. Die besondere Problematik der DCD betrifft die Frage, wann ein Kreislaufstillstand wirklich irreversibel ist. Die genannte Empfehlung sieht eine Beobachtungszeit („no touch periode“) von 10 Minuten vor, bevor mit einer klinischen Untersuchung zur Todesfeststellung begonnen werden darf.

**Sterbenlassen, um zu explantieren?** In der ethischen Diskussion wird im Kontext der DCD v.a. Kritik an Maastricht-Kategorie III laut: Hierbei kommt es nämlich jedenfalls zu einer Koinzidenz von Verzicht/Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen (z.B. Verzicht auf maschinelle Beatmung), Kreislaufstillstand, Tod und Organentnahme. Ethisch wie rechtlich unzulässig wäre es, den Verzicht/Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen nur deshalb durchzuführen, um an die Organe zu kommen. Die Therapiezieländerung in Richtung Sterbenlassen muss daher unabhängig von Explantationsmöglichkeiten verantwortet werden: nur, wenn lebenserhaltende Maßnahmen nicht mehr indiziert sind oder sie der Patient ablehnt, dürfen sie unterlassen werden.

Tod · Hirntod · Kreislaufstillstand · Donation after Cardiac Death (DCD) · Transplantationsmedizin

1 Organtransplantationsgesetz (OTPG). BGBl. I 2012/18.

2 Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School. A Definition of Irreversible Coma: Report to Examine the Definition of Brain Death. JAMA. 1968;205(6):337-40.

3 ÖBIG. Empfehlungen zur Durchführung der Hirntoddiagnostik bei einer geplanten Organentnahme: Entsprechend dem Beschluss des Obersten Sanitätsrates vom 16. November 2013.  
[http://www.goeg.at/cxdata/media/download/empfehlungen\\_hirntoddiagnostik\\_organentnahme\\_inkl\\_protokoll.pdf](http://www.goeg.at/cxdata/media/download/empfehlungen_hirntoddiagnostik_organentnahme_inkl_protokoll.pdf) (5.3.2014).

4 President's Council on Bioethics. Controversies in the Determination of Death. White Paper. Washington, DC 2008. · Berndt C. Ärzte erklären Patienten oft fälschlich für hirntot. München: Süddeutsche Zeitung.  
<http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/falsche-todesdiagnosen-in-krankenhaeusern-aerzte-erklaren-patienten-oft-faelschlich-fuer-hirntot-1.1891373> (5.3.2014).



- 5 Magnus DC, Wilfond BS, Caplan AL. Accepting brain death. N Engl J Med. 2014;370(10):891-3.
  - 6 FASIM. Empfehlungen zur Durchführung der Todesfeststellung bei einer geplanten Organentnahme nach Hirntod durch Kreislaufstillstand: Entsprechend dem Beschluss des Obersten Sanitätsrates vom 16. November 2013. [http://www.goeg.at/cxdata/media/download/empfehlungen\\_todesfeststellung\\_organentnahme\\_nach\\_hirntod\\_kreislaufstillstand.pdf](http://www.goeg.at/cxdata/media/download/empfehlungen_todesfeststellung_organentnahme_nach_hirntod_kreislaufstillstand.pdf) (5.3.2014).
  - 7 Koostra G. History of non-heart-beating donation. In: Talbot D, D'Alessandro AM, Hrsg. Organ Donation and Transplantation after Cardiac Death. Oxford: Oxford University Press; 2009: 1-6.
- 

---

## Organisationsethik

---

### Organisationsethik

### Von oben sieht die Welt ethisch rosiger aus

**Wie ethisch ist meine Organisation?** Wenn Menschen stolz darauf sind, in einer bestimmten Organisation zu arbeiten, dann hat dies unter anderem damit zu tun, dass sie ihr Unternehmen als moralisch integer ansehen. Organisationen, die von Skandalen betroffen sind – Korruption, Steuer- und Abgabenhinterziehung, Mobbing, sexuelle Belästigung etc. –, haben es schwerer, gute MitarbeiterInnen zu finden und zu halten. Deshalb muss sich jedes halbwegs vernünftige Management bemühen, dass in der Organisation nicht nur das rechtliche Minimum eingehalten wird, sondern auch freiwillige ethische Standards beachtet werden. Doch wie sehr gelingt das? – Darüber gibt es unterschiedliche Ansichten.

**Der Standort bestimmt den Standpunkt.** Wer auch immer mit größeren Organisationen zu tun hat, der stößt früher oder später auf das Phänomen, dass die MitarbeiterInnen an der Basis (z.B. in den Ambulanzen eines Krankenhauses) der Meinung sind, „die da oben“, d.h. das Management, hätten keine Ahnung von dem, was „bei uns hier unten“ tatsächlich abläuft. Dieser Eindruck wird v.a. dann genährt, wenn die MitarbeiterInnen an der Unternehmensfront mit sogenannten Sonntagsreden des Managements konfrontiert werden – sei es über Hochglanz-Imagebroschüren in gedruckter Form, sei es über liebsäuselnde Ansprachen und Wortmeldungen auf diversen Veranstaltungen innerhalb und außerhalb des Unternehmens –, welche sie als nicht der Realität entsprechend beurteilen. Man kann sich angesichts solcher Befunde nicht des Eindrucks erwehren, dass der Standort (Basis versus Management) den Standpunkt (die Problemsicht) bestimmt. – Doch lässt sich dies erhärten?

**Tatsächlich: die ethische Güte einer Organisation liegt im Auge des Betrachters.** Eine Forschergruppe um Linda Trevino<sup>1</sup> unternahm eine empirische Studie, bei der sie MitarbeiterInnen und ManagerInnen verschiedener Unternehmen aus unterschiedlichen Branchen befragten. Sie sollten Aussagen zur ethischen Güte ihres Betriebs dahingehend beurteilen, inwieweit sie zutreffen (z.B. „Wenn bei uns jemand bemerken würde, dass sich ein Mana-

ger gegen ethische Grundsätze der Organisation verhält, würde diese Person den Vorfall melden?“). Zusätzlich wurde die Ethikkultur des jeweiligen Betriebs mit einem entsprechenden Messsystem beurteilt. Schließlich wurden die MitarbeiterInnen noch dahingehend befragt, inwieweit sie ethische Probleme im Betrieb aufzeigen würden. Mit dieser Methodik untersuchte die Forschergruppe folgende 4 Thesen:

(1.) Das Management betrachtet ein Ethik- oder Compliance-Programm weniger als bloßes Schutzinstrument vor rechtlicher Haftung als dies MitarbeiterInnen tun. (2.) Das Management nimmt eher als MitarbeiterInnen an, dass die Organisationskultur Ethikinitiativen unterstützt. (3.) Das Management glaubt eher, dass MitarbeiterInnen Verstöße gegen ethische Grundsätze melden würden, als dies die MitarbeiterInnen selbst taten. (4.) Das Management nimmt eher als MitarbeiterInnen an, dass letztere Beratung suchen würden, wenn sie mit ethischen Problemen konfrontiert sind.

**Zumindest die Wahrnehmung ist anders.** Alle 4 Hypothesen wurden durch die empirische Untersuchung bestätigt. Das bedeutet, dass es zwischen Management und MitarbeiterInnen deutlich unterschiedliche Wahrnehmungen darüber gibt, wie ethisch die gemeinsame Organisation gesehen wird. Durch die Studie lässt sich hingegen nicht beurteilen, welche Sichtweise zutreffender ist. Manchmal wird es beispielsweise so sein, dass das Management fälschlicherweise davon ausgeht, die MitarbeiterInnen würden ethische Probleme anlassbezogen zur Sprache bringen. Die betroffenen MitarbeiterInnen würden dies aber deshalb nicht tun, um subtile Gegenreaktionen zu vermeiden, die sie mit einer Meldung losstreten würden und von denen das Management überhaupt nichts mitbekommt. In anderen Fällen liegt es aber vielleicht umgekehrt daran, dass das Management tatsächlich zu einer Mitarbeiterin steht, wenn sie ethisch fragwürdige Situationen anspricht, die Mitarbeiterin es aber unterlässt, weil sie der beteiligten Kollegin persönlich nahesteht.

**Vorsicht, wenn es zynisch wird.** Die Frage, wer in seiner Beurteilung der Lage Recht hat (Management oder MitarbeiterInnen), ist letztlich zweitrangig. Es ist viel wichtiger zu erkennen, dass selbst ehrlich gemeinte Ethik-Initiativen des Managements unter Umständen von den MitarbeiterInnen nicht ernst genommen werden. Ein möglicher Grund hierfür besteht nach Trevino et al. darin, dass ManagerInnen solche Initiativen in einem positiven (zu positiven?) Licht sehen als MitarbeiterInnen, die in der Konfrontation des Alltags und den mitunter uneingelösten Managementansagen zynischer geworden sind und daher nicht mehr an die Selbstwirksamkeit ihrer Organisation glauben. Ein harter Knackpunkt der Glaubwürdigkeit, so Trevino et al., sei letztlich das Kompensations- und Promotionssystem der Organisation: Wenn MitarbeiterInnen den Eindruck gewinnen, am Ende des Tages die „ethisch Dummen“ zu sein, weil andere mehr Erfolg hatten, ohne sich viel um Ethik zu kümmern, dann werden sie die Glaubwürdigkeit der Organisation in Hinblick auf hehre ethische Grundsätze bezweifeln.

**Perspektivenwechsel ist nötig.** Um die Verzerrung der eigenen Wahrnehmung zu verringern, ist ein wiederkehrender Perspektivenwechsel nötig. Dies muss nicht notwendigerweise über Job Rotations erfolgen (wenngleich es mitunter sinnvoll wäre). Einen Perspektivenwechsel einbauen könnte auch bedeuten, dass sich ManagerInnen untereinander ehrlich den Fragen stellen:

Was würde eine betroffene MitarbeiterIn ihrer Kollegin über die Managemententscheidung erzählen? Was würde der kritischste Mitarbeiter davon halten? Wie würden wir einem Journalisten antworten, der uns in Hinblick auf eine Ethik-Initiative Heuchelei vorwirft? – Solche und weitere systemischen Fragen können die Perspektive weiten und eine Isolation in der eigenen Blase verringern.

Ethiklima · Perspektivenwechsel · Zynismus · Heuchelei

1 Trevino LK, Weaver GR, Brown ME. It's lovely at the top: Hierarchical levels, identities, and perceptions of organizational ethics. *Bus Ethics Q.* 2008;18(2):233-52.

---

---

## Rechtsethik

---

### Rechtsethik

## Samenspende für lesbisches Paar

**Vorläufiges Ende eines Rechtsstreits.** Wie im *Newsletter 2013/1* berichtet, hatte sich der Verfassungsgerichtshof (VfGH) mit Anträgen des Obersten Gerichtshofs (OGH) und eines lesbischen Paares auseinanderzusetzen, wonach jene Bestimmung des Fortpflanzungsmedizingesetzes (FMedG), welche die artifizielle intrauterine Insemination nur heterosexuellen Paaren erlaubt (§ 2 Abs. 1 FMedG), als verfassungswidrig aufzuheben sei. Nunmehr ist der VfGH diesem Antrag gefolgt und hat eine Reihe von Bestimmungen des FMedG aufgehoben.<sup>1</sup> Erstens dürfen nunmehr *lesbische* Paare eine artifizielle intrauterine Insemination in Anspruch nehmen. Zweitens steht nun auch heterosexuellen Paaren die Inanspruchnahme einer *IVF mit Fremdsamen* generell offen (§ 3 Abs. 1 und 2 FMedG). Drittens fällt die Voraussetzung der *Unfruchtbarkeit* für die Inanspruchnahme einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung weg (§ 2 Abs. 2 FMedG).<sup>2</sup>

**Gleichheitssatz und Verhältnismäßigkeit.** Der VfGH begründet seine Entscheidung im Wesentlichen damit, dass die derzeitige Regelung des FMedG eine sachlich nicht nachvollziehbare pauschale Unterscheidung zwischen heterosexuellen und lesbischen Paaren vornehme. Das vom Gesetzgeber angeführte Hauptargument der Missbrauchsabwehr bei Leihmutterchaft spiele gerade bei der artifiziellen intrauterinen Insemination in lesbischen Lebensgemeinschaften keine Rolle: Hier braucht das Paar nämlich keine dritte Person für die Schwangerschaft. Die derzeitige Beschränkung des FMedG könne auch nicht mit dem Schutz der Familie gerechtfertigt werden: Der VfGH hält hierzu fest, dass gleichgeschlechtliche Partnerschaften die Ehe und heterosexuelle Lebensgemeinschaften nicht verdrängen würden, sondern zu diesen hinzutreten und sie daher nicht gefährden könnten. Somit wäre ein pauscha-

les Verbot medizinisch assistierter Fortpflanzung für gleichgeschlechtliche Partnerschaften unverhältnismäßig.

**Keine Aussage zu anderen Konstellationen.** Der VfGH verwies darauf, dass der Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers und die grundrechtliche Beurteilung in anderen Konstellationen anders aussehen können. So wären Fälle einer Eizellenspende für eine sachlich differenzierte Beschränkung grundsätzlich eher geeignet als die artifizielle intrauterine Insemination. Doch auch hier muss sich der Gesetzgeber in der Umsetzung und Begründung argumentativ darum bemühen, die Geeignetheit, Notwendigkeit und Verhältnismäßigkeit von Beschränkungen plausibel zu machen.

**Krankheitsbehandlung oder Wunschmedizin?** Die Kritiker einer Ausweitung rechtlich erlaubter medizinisch assistierter Fortpflanzung führen neben den Argumenten von Risiken der Leihmutterschaft und Schutz der Familie u.a. ins Treffen, dass die Freigabe die Reproduktionsmedizin von ihrem ursprünglichen Konzept der Krankheitsbehandlung immer mehr zum Paradigma der wunscherfüllenden Medizin führe. Dass lesbische Paare ohne medizinisch assistierte Fortpflanzungstechniken keine leiblichen Kinder haben, liege nicht daran, dass sie krank seien, sondern daran, dass die Natur in diesem Fall keine Fortpflanzung vorgesehen habe. Dies zu beheben sei, so die Kritiker einer Freigabe, aber nicht die Aufgabe der Reproduktionsmedizin.<sup>3</sup>

**Nächste Schritte.** Der Gesetzgeber hat nun bis 31.12.2014 Zeit, um die aufgehobenen Bestimmungen des FMedG neu zu regeln, er kann aber auch das FMedG ohne die aufgehobenen Bestimmungen weitergelten lassen. Vor dem Hintergrund der Europäischen Menschenrechtskonvention und des Gleichheitssatzes der österreichischen Bundesverfassung muss der Gesetzgeber innerhalb des ihm zustehenden Beurteilungsspielraums allfällige rechtliche Beschränkungen von medizinisch assistierter Fortpflanzung ethisch begründen. Dazu zählt nicht nur eine argumentative moralische Beurteilung, sondern auch die Abwägung sachlich begründeter außermoralischer Aspekte wie z.B. die Risikoeinschätzung der Leihmutterschaft.

Reproduktionsmedizin · Artifizielle intrauterine Insemination · Gleichgeschlechtliche Partnerschaft · Verfassungsgerichtshof (VfGH) · Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG)

1 VfGH 10.12.2013, G 16/2013, G 44/2013 (iFamZ 2014/3, EF-Z 2014/38). · BGBl. I 2014/4.

2 Kopetzki C. Fortpflanzungsmedizinrecht im Umbruch. RdM. 2014;21(1):1. · Fischer-Czermak C. Medizinisch unterstützte Fortpflanzung für lesbische Paare. EF-Z. 2014;9(1):61-63.

3 Prüller M. Culture Clash. Die Presse, 19.1.2014, S. 47.

## Rechtsethik

### „Sterbehilfe“ und „Sterben lassen“

**Dauerbrenner „Sterbehilfe“.** Das Thema „Sterbehilfe“ wird seit Jahrzehnten in Europa kontrovers diskutiert und ist rechtlich unterschiedlich geregelt (siehe *Newsletter 2013/2*). Jüngst beschloss beispielsweise das belgische Parlament, unter bestimmten Bedingungen die Tötung (auf oder ohne Verlan-

gen) von infaust kranken Minderjährigen zuzulassen und sorgte damit für neuen Diskussionsstoff.<sup>1</sup>

In der öffentlichen Debatte hat sich leider eine undifferenzierte Verwendung der Begriffe „Sterbehilfe“ und „Euthanasie“ eingeschlichen, welche nicht nur eine sachliche Diskussion erschwert, sondern auch den klinischen Alltag beeinträchtigen könnte. Unsicherheit erzeugen in diesem Zusammenhang v.a. Situationen, in denen das Behandlungsteam eine Therapiezieländerung mit rein palliativem Fokus als angezeigt betrachtet, dies aber von Außenstehenden (Angehörigen, Öffentlichkeit) fälschlicherweise als (rechtswidrige) „Sterbehilfe“ eingestuft wird.

**Veraltete Terminologie.** Traditionell unterscheidet das Recht bei der sogenannten Sterbehilfe zwischen aktiver und passiver (Bezugspunkt Außenseite einer Handlung: Tun oder Unterlassen) sowie direkter und indirekter (Bezugspunkt Innenseite einer Handlung: Intention, Motiv). In den letzten Jahren mehren sich allerdings die Stimmen, die für einen Wandel in der Terminologie plädieren.<sup>2</sup> Zum einen verzerre die Terminologie den Blick auf die geltende Rechtslage, zum anderen verhindere sie die kontextsensitive Entwicklung von personen- und situationsgerechten Lösungen.<sup>3</sup> Vor allem die Unterscheidung zwischen rechtswidriger aktiver und rechtmäßiger passiver Sterbehilfe ist nur bei plakativen Beispielen trennscharf („Todesspritze“). Häufig bestehen Unsicherheiten und Fehlbewertungen bei der Unterteilung von Verzicht, Beschränkung oder Abbruch von kurativ-ausgerichteten Behandlungen.<sup>3</sup> Darüber hinaus ist die „Sterbehilfe“- bzw. „Euthanasie“-Debatte in Deutschland und Österreich historisch belastet und emotional besetzt.

**Sozialer Sinngehalt zählt.** Der deutsche Bundesgerichtshof (BGH)<sup>4</sup> befand eine situations- und sachgerechte Unterscheidung allein aufgrund der Bewertung äußerer Kriterien (aktiv/passiv) als für ein rechtliches Urteil ungenügend. Bei einer Behandlungssituation ist man mit einer Vielzahl an medizinischen Maßnahmen konfrontiert. Wird eine Therapiezieländerung („Behandlungsabbruch“) ins Auge gefasst, so muss darüber entschieden werden, wie mit den einzelnen Maßnahmen in Hinblick auf das nunmehr rein palliative Therapieziel umzugehen ist: D.h., situationsabhängig wird man auf einige Maßnahmen von vornherein verzichten (z.B. auf Reanimationsversuche), andere Maßnahmen wird man fortführen, aber nicht eskalieren (z.B. Katecholamindosis). Wieder andere, schon begonnene Maßnahmen wird man schrittweise oder gänzlich zurücknehmen (z.B. Hämofiltration, enterale Ernährung). Schließlich gibt es aber auch Maßnahmen, die selbst bei einem rein palliativen, auf das Sterben-zulassen ausgerichteten, Therapieziel neu begonnen oder intensiviert werden; dies betrifft v.a. alle Maßnahmen zur Symptomlinderung (Schmerz, Atemnot, Übelkeit, Juckreiz etc.). Damit verbunden kann auch eine solche Steigerung der Medikation sein, bei der letztlich ein früherer Todeseintritt in Kauf genommen wird.

Diese Analyse zeigt, dass eine Therapiezieländerung immer mit einem Bündel von Maßnahmen verbunden ist, welches niemals nur in einer sogenannten „passiven Sterbehilfe“ bzw. einem bloßen Unterlassen („im Stich lassen“) besteht, sondern immer eine komplexe – im Idealfall gut aufeinander abge-

stimmte – Kombination von Tun und Unterlassen ist, die nach ihrem sozialen Sinngehalt zu bewerten ist.

Sterbehilfe · Euthanasie · Terminologie · Therapiezieländerung

- 1 Spielberg P. Aktive Sterbehilfe in Belgien: Ausweitung auf Minderjährige beschlossen. Dtsch Arztebl. 2014;111(8):A-292–3.
- 2 Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt. Empfehlungen zur Terminologie medizinischer Entscheidungen am Lebensende. Wien; 2011.
- 3 Wallner J. Die richtigen Worte für medizinische Entscheidungen am Lebensende finden. Wien klin Wochenschr. 2008;120(21-22):647–54.
- 4 BGH 25.6.2010; BGHSt 55, 191; 2 StR 454/09 [Strafsache gegen Wolfgang Putz].

---

## Allgemeine Ethik & Bioethik

---

### Allgemeine Ethik

### Grundbegriffe: Doppelwirkung

**Handlung und Wirkung.** Menschliches Handeln ist im Unterschied zu bloßem Geschehen gekennzeichnet durch (a) *Voraussicht* von notwendigen, wahrscheinlichen oder möglichen Folgen des Verhaltens und (b) *Intention*, d.h. die Auszeichnung einer oder mehrerer dieser Folgen als Mittel und/oder Zweck. Handlungen haben teils unvorhersehbare, teils vorhersehbare Folgen. Letztere können gezielt beabsichtigt (Mittel, Zwecke) oder in Kauf genommen (Nebenwirkungen) werden.<sup>1</sup>

**Prinzip der Doppelwirkung.** Wie sind nun Handlungen moralisch zu beurteilen, die sowohl moralisch richtige als auch moralisch falsche Wirkungen hervorrufen? Für den Utilitarismus stellt dies in der Regel kein Problem dar (solange die positive Wirkung größer ist als die negative). Für die Pflichtenethik oder einen naturrechtlichen Ansatz kann sich jedoch die Frage stellen, inwiefern ich überhaupt moralisch falsche Wirkungen meines Handelns in Kauf nehmen darf. Das Prinzip der Doppelwirkung versucht hierfür eine Lösung. Wie ist z.B. ein womöglich schnellerer Todeseintritt moralisch zu rechtfertigen, wenn dieser nicht die intendierte, wohl aber in Kauf genommene Nebenwirkung einer anhaltenden tiefen Sedierung ist?

(1) Die Handlung [Sedierung] muss grundsätzlich moralisch richtig oder wenigstens moralisch indifferent sein.

(2) Die moralisch falsche Folge [schnellerer Todeseintritt] darf nicht das Mittel zur Erreichung der moralisch richtigen Wirkung [effektive Symptomlinderung] sein.

(3) Die Intention der Handlung darf allein darin bestehen, die moralisch richtige Wirkung [effektive Symptomlinderung] zu erzielen.



(4) Dabei muss die intendierte moralisch richtige Wirkung [effektive Symptomlinderung] einen mindestens genauso großen moralischen Wert besitzen wie die in Kauf genommene moralisch falsche Wirkung [schnellerer Todesertritt].

**Moralische Verantwortung für Handlungsfolgen.** Angesichts der Komplexität vieler Handlungszusammenhänge würde eine Totalverantwortung für alle vorhersehbaren Folgen den Menschen überfordern. Unstrittig ist, dass man jedenfalls für gezielt beabsichtigte Folgen Verantwortung trägt. Würde man jedoch bloß in Kauf genommene Nebenwirkungen völlig aus der Verantwortung des Handelnden ausklammern, würde dies zu einer problematischen Überbetonung subjektiver Intentionen führen („Gut gemeint ist nicht gleich gut gemacht“). Das Prinzip der Doppelwirkung versucht, objektive mit subjektiven Rechtfertigungsinstanzen der Moral zu verbinden.

**Umsetzung in der Praxis.** In der Praxis der Sedierung am Lebensende bedeutet dies beispielsweise, dass man sich als derjenige, der die Sedierung einsetzt, über die damit verbundenen Intentionen bewusst werden muss. Da wir meist gemischte Handlungsintentionen haben („Ich möchte eine effektive Schmerzlinderung erreichen“ und „Ich wäre froh, wenn der Patient endlich von seinem Leid erlöst wäre“), ist es in diesem Zusammenhang wichtig, die Situation gemeinsam im Behandlungsteam und (wo geht) mit dem Patienten oder seinen Stellvertretern kritisch zu reflektieren. Eine ethische Fallbesprechung kann hier mitunter weiterhelfen. Die (auch noch so gut gemeinte) Intention allein reicht jedoch nicht. Die Sedierungshandlung muss intersubjektiv nachvollziehbaren Maßstäben genügen. Diese bedeutet, dass die Sedierung gemäß fachlicher Standards (eingesetzte Mittel, Applikationsformen, Dosierungen, Monitoring etc.) erfolgen muss.

**Moral und Recht.** In gewisser Weise ist das Prinzip der Doppelwirkung ein überkommenes Analyseinstrument. Das moderne Strafrecht hat mittlerweile Kategorien entwickelt, die dem komplexen Zusammenspiel von Intention und Verantwortung für Folgen besser gerecht werden: Verantwortlich kann sein, wer die Folgen einer Handlung absichtlich oder wissentlich verwirklichen will (direkter Vorsatz). Verantwortlich kann auch sein, wer eine solche Verwirklichung zwar nicht für gewiss, wohl aber ernstlich für möglich hält und sich damit abfindet (Eventualvorsatz). Verantwortlich kann schließlich auch sein, wer die nötige Sorgfalt bewusst oder unbewusst außer Acht lässt (Fahrlässigkeit). Das Prinzip der Doppelwirkung mit seiner stark an der Absichtlichkeit orientierten Bewertung darf damit nicht als „Persilschein“ angesehen werden.

Doppelwirkung · Handlung · Verantwortung

1 Forscher M. Erfolg. In: Höffe O, Hrsg. Lexikon der Ethik. 7. Aufl. München: Beck; 2008:68–9.

2 Stoecker R. Tun, Unterlassen und das Prinzip der Doppelwirkung. In: Stoecker R, Neuhäuser C, Raters M-L, Hrsg. Handbuch Angewandte Ethik. Stuttgart: Metzler; 2011:126–30. · Frey RG. The doctrine of double effect. In: Frey RG, Wellman CH, Hrsg. A Companion to Applied Ethics. Malden, MA: Blackwell; 2003:464–74.

## Bioethik

# Individualisierte Medizin – Hope or Hype?

**Hoffnungsträger Individualisierte Medizin.** Im Bereich der Ethik kann Individualisierte Medizin (IM, auch „Personalisierte Medizin“ genannt) definiert werden als „eine Medizin, die versucht, Stratifizierung und Timing der Gesundheitsversorgung durch Nutzung von Biomarkern auf der Ebene molekularer Signalwege sowie Genetik, Proteomik und Metabolomik zu verbessern.“<sup>1</sup>

IM soll also Menschen durch eine umfassende Identifikation von Risiko- und Prognosefaktoren mittels molekularer Diagnosemethoden in Gruppen einteilen, um präventive, diagnostische oder therapeutische Maßnahmen zielgenauer auf diese Gruppen abstimmen zu können. Damit sollen unerwünschte Nebenwirkungen oder wirkungslose Therapien von vornherein vermieden werden.<sup>2</sup> Man erhofft sich damit eine kosteneffizientere Medizin, weshalb zunehmend private wie öffentliche Gelder in die Erforschung der personalisierten Medizin fließen.<sup>3</sup>

Ähnlich wie in jedem neuen biomedizinischen Forschungsbereich ergeben sich individual- und sozialetische Fragen zum Umgang mit dem neu erworbenen Wissen in faktischer, medizinischer sowie rechtlicher Hinsicht vor dem Hintergrund von wirtschaftlich geprägten Interessen. Einige dieser Diskussionsfelder können anhand der bestehenden Forschungskonzepte beispielhaft beleuchtet werden:<sup>1, 4</sup>

**Fremdnützige Forschung.** Das Forschungsdesign der IM basiert auf Fremdnützigkeit, da der konkrete Proband aufgrund der langen Zeitspanne bis zur möglichen Zulassung eines zielgruppenspezifischen Medikaments mit großer Wahrscheinlichkeit nicht unmittelbar profitieren wird.

**Informed Consent.** Wie können potenzielle Probanden adäquat über mögliche Implikationen der Forschung, aufgeklärt werden, wenn diese zum Zeitpunkt der Studie noch nicht bekannt sind?

**Schutz sensibler Daten – pauschale Einwilligung.** Als Proband erklärt man sich bereit, der Forschung sämtliche Proben so lange wie möglich und gesetzlich zulässig in Biobanken zur Verfügung zu stellen, um auch Forschungen durchzuführen, deren Zielsetzung, Umfang, Inhalt und Methode heute im Einzelnen noch nicht bekannt sind.

**Informationelle Selbstbestimmung.** Sollen Studienteilnehmer über Ihre Studienergebnisse informiert werden? Auch dann, wenn es für sie keinen adäquaten Therapieansatz gibt? In welchem Verhältnis steht das Informationsbedürfnis der Probanden über ihren Gesundheitszustand zu einem Recht auf Nicht-Wissen der Verwandten, über deren Risikoprofil man durch genetische Diagnostik plötzlich ebenfalls Bescheid weiß?

**Datenschutz.** Um eine möglichst lückenlose Krankengeschichte abzubilden, ist es notwendig, möglichst sämtliche bereits irgendwo erfassten Gesundheitsdaten eines Probanden einzuholen. Schon im Forschungsstadium findet also ein Datenaustausch zwischen dem Forschungsinstitut und Dritten statt.

**Allokation.** Wer entscheidet anhand welcher Kriterien über die Verteilung der Forschungsressourcen innerhalb des Forschungsbereichs der IM (oder auch zwischen IM und konkurrierenden medizinischen Forschungsansätzen)? Welche Regulierungen sollen eingeführt werden, damit IM auch weniger profitablen Anwendungsfeldern offensteht?

**Nicht gänzlich neu, aber ein nächstes Level.** Bei der Entwicklung von IM sind noch einige Verfahrensfragen zu klären. Wie der kurze Überblick zeigte, haben viele dieser Fragen ethische Implikationen. Themen wie fremdnützige Forschung, Informed Consent, Datenschutz oder Ressourcenallokation sind für die Bioethik nicht gänzlich neu. Mit der IM erreicht die Diskussion zu diesen Themen aber in gewisser Weise ein nächstes Level. Die enormen Datenmengen (Big Data), die in der IM verarbeitet werden, die Möglichkeit, nicht nur Krankheiten sondern auch Dispositionen immer feiner einzugrenzen oder die Langfristigkeit vieler Forschungsprogramme stellen eine ethisch fundierte Technikfolgenabschätzung vor analytische Herausforderungen. Dabei geht es letztlich wie immer um eine nachvollziehbare Abwägung zwischen dem absehbaren Nutzen der IM für eine effektivere Prävention, Diagnostik und Therapie und den absehbaren Risiken der IM für die informationelle Selbstbestimmung und Fairness in der Gesellschaft.

Individualisierte Medizin · Personalisierte Medizin · Biobanken · Datenschutz · Informed Consent · Forschungsethik · Big Data

- 1 Schleidgen S, Marckmann G. Alter Wein in neuen Schläuchen? Ethische Implikationen der Individualisierten Medizin. Ethik Med 2013;25(3):223-231.
- 2 GANI\_MED. Individualisierte Medizin, [http://www.medizin.uni-greifswald.de/GANI\\_MED/index.php?id=605](http://www.medizin.uni-greifswald.de/GANI_MED/index.php?id=605) (17.3.2014). · SWR. Die Versprechen der personalisierten Medizin, <http://www.swr.de/odyso/die-versprechen-der-personalisierten-medin/-/id=1046894/did=9409632/nid=1046894/pakr7y/index.html> (17.3.2014). · Universität Graz; BIOPERSMED, <http://www.medunigraz.at/18887> (17.3.2014). · Personalisierte Medizin könnte für Med-Uni ein Innovationsmotor sein, <http://www.nachrichten.at/nachrichten/wirtschaft/Personalisierte-Medizin-koennte-fuer-Med-Uni-ein-Innovationsmotor-sein:art15.1329271> (17.3.2014).
- 3 BMBF. Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung. Berlin: Bundesministerium für Bildung und Forschung; 2010:19-22. · BMBF. Bekanntmachung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung von Richtlinien zur Förderung von Projekten zu „Innovationen für die individualisierte Medizin“, <http://www.bmbf.de/foerderungen/21804.php> (17.3.2014).
- 4 Vollmann J. Persönlicher – besser – kostengünstiger? Kritische medizinethische Anfragen an die „personalisierte Medizin“. Ethik Med. 2013;25(3):233-41.

---

## Der ethische Fall

---

### Forschungsethik

## Familie kämpft um Medikament für Kind mit Morbus Hunter

**Die Krankheit.** Jack Fowler ist ein 6-jähriger kanadischer Bub, der mit Morbus Hunter (Mukopolysaccharidose Typ II) auf die Welt kam.<sup>1</sup> Bei diesem Syndrom handelt es sich um eine vererbte Stoffwechselerkrankung, für die es

ursächlich keine Therapie gibt und die je nach Ausprägung zu einer üblichen Lebenserwartung von 10 bis 20 Jahren führt.

**Test eines neuen Präparats.** Die Eltern von Jack setzen ihre Hoffnung auf das neue Präparat SHP-609, welches das Fortschreiten der Krankheit verlangsamten oder gar stoppen soll. Das Problem ist, dass sich SHP-609 noch in der Testphase (II/III) befindet. In Phase-II-Studien sollen erste Hinweise auf die Wirksamkeit einer neuen Substanz bei Patienten erlangt werden. Phase-III-Studien dienen dem Wirksamkeitsnachweis einer neuen Behandlung und sind die Basis des Zulassungsantrags für das Medikament bei den Behörden.<sup>2</sup>

Jacks Eltern haben die Pharmafirma, welche SHP-609 entwickelt, darum er sucht, Jack in die Studien aufzunehmen. Die Firma hat eine Aufnahme Jacks in der derzeitigen Entwicklungsphase des Medikaments abgelehnt.<sup>1</sup> Sie argumentiert damit, dass zum jetzigen Zeitpunkt nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Behandlung mit SHP-609 Jacks restliche Lebenszeit schneller verkürze als ohne eine solche Behandlung. Ob ein Therapieversuch am Ende einer künftigen Phase-III-Studie möglich sei, ließ die Firma offen. Kritiker der Verweigerung werfen der Firma „unmoralisches Verhalten“ vor, weil sie sich zu große Sorgen um ein medienwirksames Versagen des Medikaments bei Jack mache. Die Firma kontert, dass – wie auch immer ein Therapieversuch bei Jack ausgehen würde – ein solcher Einzelfall die wissenschaftlich kontrollierte Entwicklung des Medikaments in Gefahr bringen könnte.<sup>1</sup>

**Compassionate Use und Named Patient Use.** Jacks Eltern haben bei der Zulassungsbehörde überdies eine sogenannte „Compassionate Use“ Genehmigung beantragt. Diese Möglichkeit besteht auch im österreichischen (europäischen) Raum (vgl. § 8a AMG).<sup>3</sup> Ein solches Compassionate Use Programm ist für eine definierte Patientengruppe (z.B. Morbus Hunter Patienten) festzulegen, die an einer chronischen, schweren oder lebensbedrohenden Erkrankung leidet, welche mit einem zugelassenen und verfügbaren Medikament nicht zufriedenstellend behandelt werden kann. Für Jack steht eine solche Compassionate Use Genehmigung aus. Auf Basis der in Österreich geltenden Voraussetzungen ist auch fraglich, ob eine solche Genehmigung erteilt werden könnte. Denn u.a. muss die Sicherheit und Wirksamkeit des Medikaments nachgewiesen sein, was bei SHP-609 offenbar noch aussteht.

Im österreichischen Arzneimittelrecht hätte darüber hinaus jeder zur selbstständigen Berufsausübung berechtigter Arzt das Recht, das noch nicht zugelassene Medikament mit Zustimmung des Patienten oder seiner Stellvertreter in einem individuellen Therapieversuch („Named Patient Use“) einzusetzen (vgl. § 8 Abs. 1 Z. 2 AMG).<sup>3</sup> Dazu muss freilich der Hersteller bzw. Entwickler des Medikaments dieses zur Verfügung stellen, was im Fall von SHP-609 nicht der Fall sein dürfte.

**Ethische Analyse: Sorge und Gerechtigkeit.** In Jacks Fall werden die unterschiedlichen Ansätze von Gerechtigkeits- und Sorge-Perspektive der Ethik erkennbar.<sup>4</sup> Rechtfertigt die Hoffnung von Jacks Eltern, die Krankheit mit SHP-609 vielleicht verlangsamten oder stoppen zu können, das Risiko, dass die Behandlung Jacks Leben weiter verkürzt und ein solcher (medial begleiteter) „adverse event“ unter Umständen zur Einstellung der Forschung führt? Die Sorge-Perspektive der Ethik würde sagen: Ja, denn die Beziehung zwi-

schen Eltern und Kind schließt ein Kümmern ein, das weit über vernünftige (d.h. verallgemeinerungsfähige) Argumente hinausgeht. Persönlich ist es verständlich, dass sich Jacks Eltern an jeden wissenschaftlich noch so unrealistischen „Strohalm“ klammern, um das Leben ihres Kindes zu retten. Die mögliche Lebensverkürzung, die durch ein noch nicht auf seine Sicherheit und Wirksamkeit hin erprobtes Medikament eintreten kann, mag man im individuellen Fall von Jack nach dem Prinzip „alles oder nichts“ vor diesem Hintergrund in Kauf nehmen.

Die Gerechtigkeits-Perspektive der Ethik würde hingegen zu bedenken geben, dass die Entscheidung im Fall von Jack auch die Interessen anderer Betroffener zu berücksichtigen habe. Der Entwickler von SHP-609 und die staatlichen Behörden müssen ihre Herangehensweise an die Sache jedenfalls unter dem Blickwinkel der Verallgemeinerung und Fairness wählen, da sie – im Gegensatz zu Jacks Eltern – nicht nur Jack verpflichtet sind.

Konzepte wie „Compassionate Use“ oder „Named Patient Use“ versuchen bereits, eine Brücke zwischen Sorge- und Gerechtigkeits-Perspektive zu schlagen. Auf welcher Seite der Brücke man letztlich bei Jack Fowler landet, hängt von den näheren Umständen des Falls ab, welche aus den Medienberichten nicht ausreichend hervorgehen. In diesem Zusammenhang ist die Sorge-motivierte Öffentlichkeitskampagne seiner Eltern verständlich, könnte aber Pharmafirma und Behörden auch in ihrer Gerechtigkeits-orientierten Zurückhaltung verfestigen und damit einer Billigkeitslösung unzugänglich machen.

Forschungsethik · Morbus Hunter · Compassionate Use · Named Patient Use · Gerechtigkeitsethik · Sorgeethik (Ethics of Care) · Billigkeit

- 1 Thomas M. Family fights to get drug for dying boy. Chicago Sun-Times. <http://www.suntimes.com/news/metro/25304460-418/family-fights-to-get-drug-for-dying-6-year-old-son.html> (15.2.2014).
  - 2 Schumacher M, Schulgen G. Methodik klinischer Studien: Methodische Grundlagen der Planung, Durchführung und Auswertung. Berlin: Springer; 2002.
  - 3 Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen. Compassionate Use. <http://www.basg.gv.at/arzneimittel/faq/klinische-pruefung/compassionate-use/> (20.10.2010).
  - 4 Conradi E. Take Care: Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Frankfurt/Main: Campus; 2001.
-

---

## Nachrichten & Termine

---

### Nachrichten

## Trilaterales Treffen der deutschsprachigen Ethikräte

Am 11. März 2014 fand in Berlin das zweite Treffen der nationalen Ethikräte aus Deutschland, der Schweiz und Österreich statt. Gemeinsam wurden aktuelle Fragestellungen zum Kindeswohl, zur Impffthematik sowie zu Biobanken und personalisierter Medizin diskutiert.

Beim **Kindeswohl** wurde deutlich, dass die Berücksichtigung des kindlichen Willens (bei Therapieentscheidungen) immer wieder intuitive Widerstände aus dem Blickwinkel elterlicher Fürsorge erzeugt. Bei der **Impffthematik** sahen etliche TagungsteilnehmerInnen einen Handlungsbedarf, um die Verantwortung von Eltern für ihre Kinder sowie von Angehörigen der Gesundheitsberufe für ihre PatientInnen deutlicher zu machen. Im Zusammenhang mit der **personalisierten Medizin** (vgl. Beitrag in dieser *Newsletter*-Ausgabe) wurde auf die Problematik hingewiesen, dass PatientInnen mitunter ohne ihr Wissen zu „Datenspendern“ werden und es fraglich ist, ob die derzeitigen datenschutzrechtlichen Mechanismen ausreichen. Ähnliche Probleme ergeben sich bei Langzeit-Bevölkerungsstudien, die teilweise umfangreiche **Biobanken** aufbauen. Hierbei stellt sich die Frage, wie potenzielle ProbandInnen die langfristigen Chancen und Risiken einer Teilnahme beurteilen können.

Das trilaterale Treffen diente auch dem informelleren Austausch über bioethische Debatten in den jeweiligen Ländern. Dabei wurde deutlich, dass unterschiedliche Rechtskulturen und rechtliche Rahmenbedingungen zu mitunter deutlich unterschiedlichen Diskursen führen, es aber oft um Problematik geht, die nicht zuletzt aufgrund internationaler Kooperationen alle Länder betreffen.

Bereits am Tag vor der Arbeitssitzung erfolgte ein Empfang für die drei Ethikräte durch den **Bundestagspräsidenten Prof. Dr. Norbert Lammert**. Er wies u.a. darauf hin, dass die Arbeit der Ethikräte nicht nur deshalb nötig sei, damit der Gesetzgeber ein ethisch fundiertes Argumentarium für legislative Vorhaben habe, sondern auch deshalb, damit der Gesetzgeber besser einschätzen könne, wo es besser keine Regelung durch staatliches Recht geben sollte. Lammert verwies in diesem Zusammenhang auf Charles Montesquieu, dem folgende Aussage zugeschrieben wird: „Wenn es nicht notwendig ist, ein Gesetz zu machen, dann ist es notwendig, kein Gesetz zu machen.“

Die Diskussionen des öffentlichen Teils der Tagung können über Audio-Dateien nachgehört werden unter:

**[www.ethikrat.org/veranstaltungen/weitere-veranstaltungen/  
zweites-treffen-der-deutschsprachigen-bioethikkommissionen](http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/weitere-veranstaltungen/zweites-treffen-der-deutschsprachigen-bioethikkommissionen)**



## Termine

### Wissenschaftliche Veranstaltungen

**10.-12. Apr. 2014.** Frühjahrstagung Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaften für Hämatologie und Onkologie: Palliativ-Session am 10. Apr. [www.oegho.at](http://www.oegho.at)

**24.-26. Apr. 2014.** ICCEC 10th International Conference for Clinical Ethics and Consultation [www.iccec2014.fr](http://www.iccec2014.fr)

**12.-13. Mai 2014.** Jubiläumskongress 400 Jahre Barmherzige Brüder Wien: Pflegeethik am 12. Mai. [www.bb Wien.at/400](http://www.bb Wien.at/400)

**22. Mai 2014.** Vernetzungstreffen Ethikberatung und Ethikkomitees in Österreich [www.ierm.at](http://www.ierm.at)

**23.-24. Mai 2014.** Gmundner Medizinrechts-Kongress [www.medak.at](http://www.medak.at)

**29.-31. Mai 2014.** Tagung der Medizinrechtslehrerinnen und Medizinrechtslehrer <http://medizinrechtslehrertagung2014.uni-graz.at>

**27.-30. Aug. 2014.** ESPMH 28th European Conference on Philosophy of Medicine and Health Care [www.espmh.org](http://www.espmh.org)

**2.-4. Okt. 2014.** EACME European Association of Centres of Medical Ethics Annual Conference [www.eacme2014.org](http://www.eacme2014.org)

**9.-11. Okt. 2014.** Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin [www.aem-online.de](http://www.aem-online.de)

**16.-19. Okt. 2014.** ASBH 16th Annual Meeting of the American Society for Bioethics and Humanities [www.asbh.org](http://www.asbh.org)

**6.-7. Nov. 2014.** Workshop Bioethik in Österreich und Jahrestagung des Instituts für Ethik und Recht in der Medizin Wien [www.ierm.at](http://www.ierm.at)

**26.-29. Nov. 2014.** AIC Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Anaesthesiologie und Intensivmedizin (ÖGARI) [www.oegari.at](http://www.oegari.at)

## Termine

### Bioethik-Bildungsprogramm

Das Bioethik-Bildungsprogramm der Barmherzigen Brüder Österreich läuft 2014 in seinem dritten Jahr. Kommende provinzweite Veranstaltungen sind:

- 23. Mai 2014, Graz Eggenberg: **Ethik konkret bei klinischen Entscheidungen** Eine Fortbildung zur Ethikpraxis im eigenen Berufsalltag.
- 13./14. Juni 2014, Wien: **Ethik-Retreat** Ein Einkehrtag für die persönliche und gemeinsame Reflexion der ethischen Beanspruchungen im Arbeitsalltag.
- 23. Juni 2014, Graz Eggenberg: **Ethische Fallbesprechung: Follow Up** Ein Seminar zu Vertiefung und Austausch über Erfahrungen mit ethischen Fallbesprechungen.
- 10.–14. November 2014, Graz Eggenberg: **Ethik Seminar- und Tagungswoche** Forum zu Austausch, Fortbildung und Weiterentwicklung der Ethikberatung.

Sie können darüber hinaus **Ethik-Veranstaltungen für Ihre BB-Einrichtung** vereinbaren:

- Advance Care Planning: Vorsorgen für die eigene Lebensgestaltung
- Alltagsethik bei uns
- Ethik-Crashkurs für Turnus/KPJ
- Update Ethik
- Brown Bag Ethik
- Ethik-Café

Weitere organisatorische und inhaltliche Informationen zu den einzelnen Veranstaltungen wurden im *Newsletter 2013/4* publiziert und erhalten Sie im Intranet (roXtra) unter

\00. Provinzweite Dokumente\Ethik\Bildung\05\_Grundlagen der Bioethik

## Termine

### Universitätsstudium Medizin-Ethik in Linz

Am **12. September 2014** startet der zweite Jahrgang des postgraduellen Master-Studiums für Medizin- und Bioethik in Linz. Träger dieses zweijährigen Studiums ist die Johannes-Kepler-Universität in Kooperation mit der MedAk Medizinische Fortbildungs-Akademie OÖ. Das Studium kann berufsbegleitend absolviert werden.

Zielgruppen: klinisch tätige Personen (ÄrztInnen, Personen des gehobenen Gesundheits- und Krankenpflagedienst, Angehörige der medizinisch-technischen Dienste), Personen in anderen Bereichen des Gesundheitswesens (ApothekerInnen, Hebammen, Gesundheits- und Sozialverwaltung, Krankenhausmanagement, Patientenanwaltschaften).

Ein wesentliches Anliegen des Studiums ist der praxisnahe Aufbau medizin-ethischer Kompetenz für den Berufsalltag. Die Vortragenden garantieren eine Wissensvermittlung auf aktuellem wissenschaftlichem Stand und mit reichhaltiger Praxiserfahrung.

Die Kosten betragen insgesamt 5.625 Euro.

Nähere Informationen sowie Kontaktdaten für eine Anmeldung:

**[www.medak.at/fortbildungen/detail.asp?id=1695](http://www.medak.at/fortbildungen/detail.asp?id=1695)**

---

## 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>