



BARMHERZIGE BRÜDER  
ÖSTERREICH

ethiξ

Newsletter für Ethik & Recht

Vol. 3 · 2015 · Nr. 1

## Inhalt

Ethik der Biopolitik..... 2

---

### **Klinische Ethik**

Ergebnisse der Patientenverfügungsstudie 2014: Noch viel zu tun..... 3

---

### **Rechtsethik**

„Sterben in Würde“: Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt..... 6

„Sterben in Würde“: Parlamentarische Enquete-Kommission ..... 8

Reform des Fortpflanzungsmedizinrechts..... 9

---

### **Allgemeine Ethik & Bioethik**

Grundbegriffe: Dammbbruch, Schiefe Ebene ..... 12

---

### **Termine & Nachrichten**

Aktuelle Meldungen aus Ethik & Recht in der Biomedizin ..... 13

Wissenschaftliche Veranstaltungen ..... 13

Bioethik-Bildungsprogramm..... 13

---

### **Impressum**

---

## Editorial

# Ethik der Biopolitik

*Mit dem Begriff „Biopolitik“ beschrieb Wolfgang van den Daele „die gesellschaftliche Thematisierung und Regulierung der Anwendung moderner Naturwissenschaft und Technik auf den Menschen.“<sup>[1]</sup> Er zielte damit insbesondere auf Fragen der Humangenetik, Reproduktionsmedizin und Neurowissenschaften ab. Biopolitik, so van den Daele, reagiere auf „Grenzüberschreitungen“ – darauf, dass Voraussetzungen von menschlicher Natur, die lange Zeit als fraglos galten, weil sie technisch gar nicht veränderbar waren, nun vermehrt gestaltbar werden. Das gilt im Übrigen nicht nur für Fragen der Life Sciences am Lebensanfang des Menschen, sondern analog für Fragen der klassischen Medizin am menschlichen Lebensende. Auch hier verschwimmen alte Grenzen und Vorstellungen, wird der Übergang vom Leben zum Tod von vielen Menschen als immer weniger „natürlich“ empfunden.*

*Grenzüberschreitungen führen in aller Regel zu kontroversen Diskussionen, wie sie die Ethik seit jeher kennt und führt. Auf gesellschaftlicher Ebene erhalten solche Diskussionen oftmals die Form einer Regulierungsdebatte. Die moralische Frage „Dürfen wir das alles, was wir da können?“ wird dann zur Frage „Soll rechtlich erlaubt sein, was da technisch möglich ist?“. Eine solche biopolitische Diskussion erfordert ein gerüttelt Maß an ethischer Methoden- und Reflexionsfähigkeit, um eine kurschlüssige Moralisierung des Rechts oder Verrechtlichung der Moral zu vermeiden. Gemessen an den Debattenniveaus in Deutschland oder der Schweiz hat die ethische Kompetenz in Österreich hier noch Luft nach oben.*

*Die vorliegende Ausgabe des Newsletters widmet sich schwerpunktmäßig zwei aktuellen biopolitischen Debatten in Österreich und erörtert deren ethischen Fragen und Argumente. Zum einen wurde das Fortpflanzungsmedizinrecht grundlegend überarbeitet. Zum anderen kam es zu einer mehrmonatigen gesellschaftspolitischen Auseinandersetzung mit Fragen am Lebensende. Beide Bereiche zählen zu den großen und international seit Jahrzehnten kontrovers debattierten Komplexen der Bioethik. Dies sollte aber nicht dazu führen, dass wir in Österreich einfach meinen: ‚Das ist ohnehin schon alles x-fach diskutiert, stimmen wir doch endlich ab.‘ Eine Ethik der Biopolitik erfordert, sich die kritische Reflexion zu den Fragen der „Grenzüberschreitungen“ selbst anzueignen, auch wenn das mühsam ist.*

Biopolitik · Bioethik · Österreich

[1] van den Daele W. Einleitung: Soziologische Aufklärung zur Biopolitik. In: Ders., Hrsg. Biopolitik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2005:7-41.

---

## Klinische Ethik

---

### Klinische Ethik

## Ergebnisse der Patientenverfügungsstudie 2014: Noch viel zu tun

**Patientenverfügungsstudien 2009 und 2014.** In Österreich ist der Umgang mit Patientenverfügungen (PatV) seit 2006 gesetzlich geregelt<sup>[1]</sup>. Nach einer ersten Studie zu den praktischen Auswirkungen aus dem Jahr 2009<sup>[2]</sup> wurde Ende 2014 nun eine Folgeuntersuchung präsentiert<sup>[3]</sup>, deren Ergebnisse im Folgenden zusammengefasst werden.

**Häufigkeit und Wissensstand in der Bevölkerung.** Laut der repräsentativen Befragung der Studie hat die Mehrzahl der österreichischen Bevölkerung (76%) zumindest von der Möglichkeit einer PatV gehört, 40% haben sich bereits über die näheren Umstände einer PatV informiert, aber nur 4,1% haben laut eigenen Angaben eine PatV errichtet – das wären ca. 348.000 Personen (zum Vergleich: in Deutschland sind es 15% der Bevölkerung). Seit der ersten Studie 2009 hat sich die relative Zahl der PatV damit nicht erhöht. Etwa ein Drittel der Bevölkerung hat zwar schon vom Begriff der PatV gehört, weiß aber nicht genau, was damit verbunden ist; ein Viertel der Bevölkerung gab an, noch nie etwas von einer PatV gehört zu haben.

**Gründe für die Errichtung bzw. Nichterrichtung einer PatV.** Die befragten Personen gaben folgende *Gründe für die Errichtung* einer PatV an (gereiht nach Wichtigkeit): Selbstbestimmung wahren; niemand anderem zur Last fallen; Angst vor Leiden; religiöse/weltanschauliche Überzeugung; andere (Verunfallt, Bekannte, Erleichterung für Angehörige). Folgende Gründe wurden angeführt, warum Menschen *keine PatV* errichten (gereiht nach Wichtigkeit): Wunsch nach Maximaltherapie; fehlende Zeit; Angehörige sollen entscheiden; fehlendes Wissen über Errichtungsmodalitäten; ÄrztInnen sollen entscheiden; zu viel Aufwand; sinnlos; Kosten. Bemerkenswert ist hierbei, dass ca. die Hälfte der Befragten eine PatV ablehnen, weil sie bewusst keine Einschränkung der medizinischen Behandlung wünschen, sondern sich eine Maximaltherapie erwarten.

**Gesundheitsberufe.** Unter den Angehörigen der Gesundheitsberufe gibt es Unsicherheiten, was die Unterscheidung von verbindlicher und beachtlicher PatV sowie die Modalitäten der Errichtung angeht. Viele Health Professionals gaben an, oftmals nicht sicher zu sein, welchen Stellenwert eine PatV aufweise. Beachtliche PatV werden von etlichen Health Professionals nicht als für die Entscheidungsfindung zu berücksichtigend anerkannt. Nach Aussagen einiger Interviewpartner aus Gesundheitsberufen werden eher Angehörige in die Entscheidungsfindung miteinbezogen oder sogar anstelle des Patienten als Entscheidungsträger herangezogen – was ohne rechtliches Mandat (Vorsorgevollmacht, Sachwalterschaft) rechtlich nicht gedeckt ist. Auch innerhalb der Bevölkerung weiß nur 1% der Befragten, dass ein Sachwalter zu bestellen ist, wenn sie nicht selbst für eine rechtmäßige Vertretung vorgesorgt haben.

**Standardisierter Errichtungsprozess.** Ein Großteil sowohl der allgemeinen Bevölkerung als auch der Health Professionals wünscht sich einen standardisierten Prozess zur Errichtung einer PatV: von der Erstinformation über mögliche rechtliche Vorsorgeinstrumente, über die Errichtung des Dokuments selbst (idealerweise mittels standardisiertem Formular), bis hin zur Registrierung der PatV in einem für die Gesundheitseinrichtungen zugänglichen zentralen Register. – In der Realität fehlt in den untersuchten Krankenanstalten und Pflegeheimen ein routinemäßiger Hinweis auf die Möglichkeit, eine PatV zu errichten, völlig.

**Kosten.** Die Errichtung einer verbindlichen PatV ist im Österreich-Durchschnitt mit Kosten von ca. 350 Euro verbunden. In einigen Bundesländern (NÖ, Wien, Burgenland, Vorarlberg, Tirol, Salzburg) können die Rechtsberatungskosten dadurch gesenkt werden, dass dort die Patientenanwaltschaften eine kostenlose Beratung durchführen. In OÖ, Kärnten und Steiermark steht eine solche kostenlose Beratung nur sozialbedürftigen bzw. rezeptgebührenbefreiten Personen zu.

**Register.** Ein zentrales Register zur Erfassung von (verbindlichen) PatV ist gesetzlich nicht vorgeschrieben. Derzeit gibt es zwei freiwillige Registrierungsstellen (Österreichische Notariate in Kooperation mit Österreichischem Rotem Kreuz; Österreichische Rechtsanwälte), die allerdings nicht alle verbindlichen PatV – und naturgemäß schon gar nicht die beachtlichen PatV – erfassen. Die Registrierung ist freiwillig und kostenpflichtig. Gesundheitsdienstleister wie z.B. Krankenanstalten können die Register abfragen. Derzeit sind ca. 20.400 PatV registriert.

**Vorsorgevollmacht.** Etwa zwei Drittel der Bevölkerung (67%) haben noch nie vom Instrument der Vorsorgevollmacht (VSV) gehört. Nur ca. 2% der Bevölkerung haben eine VSV errichtet. Informiert man Personen, die weder über PatV noch VSV Bescheid wissen, über beide, so würden die meisten eher eine VSV errichten wollen. Bei der Errichtung einer VSV ist allerdings in jedem Fall mit höheren Rechtsberatungskosten zu rechnen, da die Patientenanwaltschaften diese Beratung nicht durchführen dürfen: im günstigsten Fall 88 Euro für die Errichtung bei Gericht (bei Notaren und Rechtsanwälten je nach Beratungsaufwand und Umfang der VSV mehrere hundert Euro); hinzu kommen 22 Euro für die Eintragung ins Österreichische Zentrale Vertretungsverzeichnis (ÖZVV).

**Rechtlicher Reformbedarf.** Das Instrument der PatV wird laut Studie im Wesentlichen nicht in Frage gestellt. Jedoch wird in folgenden Punkten ein juristische Reformbedarf gesehen: (1.) Die *Bedeutung von beachtlichen PatV* sollte vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des OGH<sup>[4]</sup> gesetzlich klargestellt bzw. gestärkt werden. (2.) Die *fünffährige Verbindlichkeitsdauer* von verbindlichen PatV sollte verlängert oder vom Errichtenden selbst bestimmt werden. (3.) Bei den Voraussetzungen für einen *konkludenten Widerruf* besteht weiterhin Klärungsbedarf hinsichtlich der Handlungsfähigkeit des widerrufenden Patienten. (4.) Ein *bundesweites zentrales Register* sollte verpflichtend eingeführt werden. Die Verantwortung dafür, dass die registrierte PatV mit dem aktuellen Willen noch übereinstimmt, wird hingegen niemand dem Patienten abnehmen können.

**Vorsorgedialog.** Mittlerweile ist aus österreichischer und internationaler Entwicklung klar, dass die gesetzliche Regelung von PatV allein nicht ausreicht, dass Menschen adäquat für Entscheidungen am Lebensende vorsorgen und dass diese Vorsorge sodann bei allfälligen Entscheidungen systematisch einbezogen wird. Um die Vorsorge zu stärken, bedarf es eines umfassenderen „Vorsorgedialogs“ („Advance Care Planning“; vgl. *Newsletter 2014/2, S. 29*), der unter der allgemeinen Bevölkerung und den Angehörigen der Gesundheitsberufe das Bewusstsein für die Notwendigkeit der Vorsorge erhöht und entsprechende Hilfestellungen anbietet.

**Konsequenzen für Gesundheitseinrichtungen.** Aus der vorliegenden Studie lässt sich nicht nur ein Handlungsbedarf für den Gesetzgeber ableiten, sondern ergeben sich auch Aufgaben für die Träger von Gesundheitseinrichtungen. Patienten können aktiv und standardisiert (bei der Aufnahme) nach dem Vorhandensein von Vorsorgedokumenten gefragt werden. Patienten, deren Gesundheitszustand End-of-Life-Entscheidungen absehbar werden lassen, können aktiv darauf angesprochen werden, um ihre diesbezüglichen Werthaltungen zu ergründen. Für die größere Menge von Patienten und Angehörigen können Informationsveranstaltungen zur Vorsorge am Lebensende abgehalten werden. Mit den vor- und nachgelagerten Gesundheitspartnern (Hausärzten, Pflegeheimen) kann ein standardisiertes Verfahren im Zuweisungs- und Entlassungsmanagement vereinbart werden, welches Patientenpräferenzen für Entscheidungen am Lebensende kommuniziert. Das Personal kann über die Möglichkeiten der Vorsorge für Entscheidungen am Lebensende informiert werden. – Alles Möglichkeiten, die kein Tätigwerden des Gesetzgebers erfordern, und schon jetzt ein Ausdruck des Respekts vor dem Patientenwillen darstellen.

Patientenverfügung · Advance Care Planning · Patientenautonomie · Behandlung am Lebensende

[1] Bundesgesetz über Patientenverfügungen (Patientenverfügungs-Gesetz – PatVG), BGBl. I 2006/55.

[2] Körtner U, Kopetzki C, Kletečka-Puler M, Inthorn J. Studie über die rechtlichen, ethischen und faktischen Erfahrungen nach Inkraft-Treten des Patientenverfügungs-Gesetzes (PatVG). Wien: Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Bundesministerium für Gesundheits; 2009.

[3] Körtner U, Kopetzki C, Kletečka-Puler M, Kaelin L, Dinges S, Leitner K. Rechtliche Rahmenbedingungen und Erfahrungen bei der Umsetzung von Patientenverfügungen: Folgeprojekt zur Evaluierung des Patientenverfügungsgesetzes (PatVG). Wien: Institut für Ethik und Recht in der Medizin; 2014.

[4] OGH 8.10.2012, 9 Ob 68/11g, RdM 2013/74, EF-Z 2013/3, Zak 2012/762, iFamZ 2013/14, EvBl 2013/60, MedR 2014, 387.

---

## Rechtsethik

---

### Rechtsethik

## „Sterben in Würde“: Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt

**Auftrag und Verlauf.** Die Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt (BEK) wurde durch das Regierungsprogramm<sup>[1]</sup> damit beauftragt, sich mit verschiedenen ethischen Fragestellungen rund um das Lebensende auseinanderzusetzen. Eine Arbeitsgruppe\*) bereitete daraufhin entsprechende Themen für das Plenum der BEK auf und stellte die Analysen in mehreren Sitzungen zur Diskussion. Zusätzlich veranstaltete die BEK im Oktober 2014 eine öffentliche Sitzung. Am 12. Februar 2015 stellte die BEK ihre Stellungnahme samt Empfehlungen<sup>[2]</sup> vor.

**Fragestellungen und Bezugspunkte.** In einem ersten Abschnitt erörtert die Stellungnahme den Kontext der ethischen Diskussionen rund um das Lebensende. So sterben fast 70% der österreichischen Bevölkerung im Krankenhaus oder im Pflege- bzw. Altenwohnheim. Die Entwicklung der Biomedizin führte seit den 1950er-Jahren zu einer zunehmenden Medikalisierung des Lebensendes, sodass Sterben und Tod heute über weite Strecken als ein Problem der Medizin angesehen werden.

**Zielvorstellungen zum Sterben in Würde.** Die Stellungnahme weist darauf hin, dass der abstrakte Begriff der „Würde“ in einer pluralistischen Gesellschaft für verschiedene Lebenskonzepte offen sein muss. In concreto haben Menschen jedoch sehr wohl gemeinsame Vorstellungen davon, dass physisches, psychisches, soziales und existenziell-spirituelles Leiden gerade am Lebensende gelindert werden sollte. Dem stehen vielfältige Hindernisse entgegen: von Kommunikationsdefiziten auf personaler Ebene bis hin zu Finanzierungsproblemen auf struktureller Ebene. Ein nicht zu vernachlässigender Faktor spielt die eigene Vorsorge für Entscheidungen am Lebensende. Hier weist die Stellungnahme auf vorhandene Rechtsinstrumente wie Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht hin und bettet sie in einen umfassenderen Vorsorgedialog nach Vorbild internationaler Advance-Care-Planning-Programme ein.

**Übertherapie und Sterben zulassen; Palliation am Lebensende.** Ein zentraler Abschnitt der Stellungnahme greift das Problem unverhältnismäßiger Behandlungen („Übertherapie“) am Lebensende auf. Ein Verzicht auf solche Behandlungen wird mit Hinblick auf Therapieziel/Indikation und Respekt des Patientenwillens begründet. Letztlich geht es in diesem Zusammenhang um ein ethisch gerechtfertigtes und rechtlich legitimes Zulassen des Sterbeprozesses. Die Stellungnahme erörtert weiters grundlegende Aspekte der Palliative Care und der Hospizversorgung.

**Umstrittene Fragen.** In der Ethik sind mehrere Fragen am Lebensende strittig. In der Stellungnahme der BEK werden zunächst drei dieser Themen aufgegriffen und der Diskussionsstand erörtert: palliative Sedierung, assistierter Suizid

und Tötung auf Verlangen. Während bei der palliativen Sedierung innerhalb der BEK dahingehend Übereinstimmung erzielt werden konnte, dass diese Intervention das Ziel einer begleitenden Symptomlinderung und nicht das Ziel des Todes verfolgt, und insofern bei sachgemäßer Anwendung gerechtfertigt werden kann, spiegelt der Diskussionsstand in der BEK zu den beiden anderen Themen den gesellschaftlichen Dissens auf diesem Gebiet wider.

**Assistierter Suizid.** Die Beihilfe zur Selbsttötung ist in Österreich strafrechtlich verboten. Die Stellungnahme der BEK gibt zunächst den Stand der (internationalen) ethischen Diskussion zu der Frage, inwieweit ein derartiges Verbot gerechtfertigt werden kann, wieder. In ihren Empfehlungen kommt die BEK dann zu unterschiedlichen Schlüssen: 16 Mitglieder sprechen sich für eine Änderung im Strafgesetzbuch aus, die unter bestimmten Voraussetzungen eine Strafflosigkeit der Suizidbeihilfe vorsehen würde. 8 Mitglieder argumentieren, dass ein Gewissenskonflikt, der angesichts einer im Raum stehenden Bitte um Suizidbeihilfe, ethisch und rechtlich ernstgenommen werden muss, dass diese Gewissensnot aber auch im Wege des bestehenden Strafrechts anerkannt werden und zu einer Strafflosigkeit führen kann; eine Änderung des Strafgesetzbuches ist hierfür nicht notwendig.

**Tötung auf Verlangen.** Die Tötung auf Verlangen ist in Österreich ebenfalls strafrechtlich verboten. 23 Mitglieder der BEK empfehlen, dieses Verbot aufrecht zu erhalten, u.a. deshalb, weil die Missbrauchsgefahr bei einer Fremdtötung größer ist als bei einer (assistierten) Selbsttötung. 1 Mitglied vertritt hingegen die Meinung, dass die Tötung auf Verlangen unter denselben Voraussetzungen rechtlich erlaubt sein sollte, wie dies (bei einer allfälligen Gesetzesänderung) für einen assistierten Suizid gelten würde.

**Ethik und Politik des Lebensendes.** Die Stellungnahme und Empfehlungen der BEK zu Fragen des Lebensendes artikuliert und begründet über weite Strecken einen breiten gesellschaftlichen Konsens, insbesondere was die Themen „Palliative Care“ und „Übertherapie“ betrifft. Angesichts der realen Fragestellungen in der klinischen Ethik ist gerade letzteres Thema von höchster Relevanz. Zur ethischen Diskussion zählt aber nicht nur die Stabilisierung und Rechtfertigung des moralischen Konsenses, sondern die kritische Auseinandersetzung mit divergenten moralischen und außermoralisch-ethischen Auffassungen. In diesem Sinn ist die BEK ihrer Aufgabe nachgekommen, indem sie ethisch (auch international) umstrittene Themen aufgegriffen hat.

Lebensende · Palliative Care · Suizidbeihilfe · Tötung auf Verlangen · Politik · Bioethikkommission

<sup>\*)</sup> Der Herausgeber dieses Newsletters war Mitglied der Arbeitsgruppe. Die hier getätigten Ausführungen geben seine persönliche Analyse des Prozesses und des Ergebnisses wieder und stellen keine offizielle Stellungnahme der BEK dar.

[1] Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013-2018, <https://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=53264> (9.3.2015).

[2] Bioethikkommission. Sterben in Würde: Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundenen Fragestellungen. Stellungnahme vom 9. Februar 2015, <http://www.bundeskanzleramt.at/DocView.axd?CobId=58509> (9.3.2015).

## Rechtsethik

# „Sterben in Würde“: Parlamentarische Enquete-Kommission

**Auftrag und Verlauf.** Im Regierungsprogramm<sup>[1]</sup> wurde die Befassung einer parlamentarischen Enquete-Kommission (EK) mit Fragestellungen zum Lebensende vorgesehen. Der EK gehörten Abgeordnete aller Parlamentsparteien an. In vier Sitzungen wurden darüber hinaus weitere Auskunftspersonen zu Kurzreferaten eingeladen. Am 3. März 2015 legte die EK ihren Bericht an den Nationalrat vor.<sup>[2]</sup>

**Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung.** Einen Großteil der parlamentarischen Gespräche und der abschließenden Empfehlungen nimmt die Hospiz- und Palliativversorgung ein. Defizite in den Versorgungs- und Finanzierungsstrukturen werden aufgezeigt und entsprechende Verbesserungsvorschläge gemacht. Eine stärkere Verankerung in der Aus- und Weiterbildung wird gefordert.

**Vorsorgen fürs Lebensende.** Die Regelungen zur Errichtung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht sollen einfacher werden. Als wesentlich hierfür wird ein institutionalisierter Vorsorgedialog nach Vorbild internationaler Advance-Care-Planning-Programme gesehen. Zusätzlich werden finanzielle und bürokratische Erleichterungen empfohlen. Eine Ausweitung der Vertretungsbefugnis naher Angehöriger soll geprüft werden.

**Tötung auf Verlangen; soziales Grundrecht auf würdevolles Sterben.** Hinsichtlich gesellschaftlich umstrittener oder unklarer Themen halten sich die Empfehlungen der EK zurück. Es wird lediglich darauf verwiesen, dass es sich hierbei um eine „rein rechtspolitische“ Entscheidung handle und es unterschiedliche Meinungen dazu gebe.

**Gewichtige konsensuale Absichtserklärungen.** Der Abschlussbericht der EK mit seinen Empfehlungen stellt über weite Strecken – die Palliativ- und Hospizversorgung sowie die Vorsorge für Entscheidungen am Lebensende betreffend – die gewichtige Artikulation eines gesellschaftlichen ethischen Konsenses dar, da die entsprechenden Erklärungen von Abgeordneten aller Parlamentsparteien mitgetragen werden. Etliche Empfehlungen sind auch konkret genug formuliert, um sie letztlich politisch und rechtlich umsetzen zu können.

Dennoch kann die EK nicht über Absichtserklärungen hinauskommen: Zum einen kann die EK selbst keine Gesetze beschließen, sondern nur dem Nationalrat Empfehlungen aussprechen. Selbst wenn der Nationalrat den Empfehlungen folgen möchte, hat er in wesentlichen Bereichen einen nur sehr eingeschränkten Handlungsspielraum: die meisten Finanzierungsempfehlungen sind Wünsche an die Länder und Sozialversicherungsträger und können vom Parlament nicht unmittelbar erzwungen werden. Änderungen in den Rahmenbedingungen zur Vorsorge für das Lebensende (Stichwort „Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht“) kann das Parlament hingegen teilweise effektiv vornehmen; doch auch hier hört sich die Gestaltungsmöglichkeit auf, wo es Finanzierungsfragen betrifft (etwa bei der Abgeltung fachlich qualifizierter Beratung bei der Errichtung einer Patientenverfügung).



Bei all den begrenzten Möglichkeiten, die selbst der österreichische Gesetzgeber hat, sollte dennoch die *politische* Signalwirkung der EK nicht unterschätzt werden. Mit anderen Worten: Soweit ist man bislang noch nie gekommen. Dass zentrale Themen des Auftrags (Stichworte „Tötung auf Verlangen“, „soziales Grundrecht auf würdevolles Sterben“) nicht inhaltlich behandelt wurden, kann letztlich auch als politischer Willensakt angesehen werden, der einem Parlament zusteht.

Lebensende · Palliative Care · Politik · Parlament

[1] Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung 2013-2018, <https://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=53264> (9.3.2015).

[2] 491 BlgNR 25. GP. [http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/I/I\\_00491/index.shtml](http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/I/I_00491/index.shtml) (24.3.2015).

## Rechtsethik

### Reform des Fortpflanzungsmedizinrechts

**Ausgangslage und Anlassfall.** Das österreichische Fortpflanzungsmedizinergesetz (FMedG) stammt aus dem Jahr 1992. In den 13 seither vergangenen Jahren gab es zahlreiche technische Neuerungen in der Reproduktionsmedizin, und auch die in der Gesellschaft vorhandenen Werthaltungen zu diesem Thema haben sich teilweise verändert. In etlichen Ländern Europas führten diese Entwicklungen zu gesetzlichen Änderungen.<sup>[1]</sup> In Österreich stieg der Druck in Richtung legislative Debatte in den letzten Jahren aufgrund einiger höchstgerichtlicher Verfahren.

Letztlich ausschlaggebender Fall für die nunmehrige Reform des Fortpflanzungsmedizinrechts war die teilweise Aufhebung des FMedG durch den Verfassungsgerichtshof (VfGH) Ende 2013 (siehe *Newsletter 2014/1*, S. 11). Obwohl der VfGH dem Gesetzgeber ein Jahr Zeit für allfällig gewünschte Reparaturen gab, wurde erst in allerletzter Minute ein Vorschlag für eine gesetzliche Änderung zur Diskussion gestellt, was – unabhängig von der inhaltlichen Positionierung – zu heftiger Kritik vieler Begutachter führte. Schließlich wurde aber das Fortpflanzungsmedizinrechts-Änderungsgesetz 2015 (FMedRÄG 2015) mit einer Zweidrittelmehrheit im Nationalrat beschlossen.<sup>[2]</sup> Im Folgenden werden die wichtigsten Änderungen vorgestellt.<sup>[3]</sup>

**Medizinisch unterstützte Fortpflanzung für lesbische Paare.** Anlassfall für das FMedRÄG 2015 war die erfolgreiche Beschwerde eines lesbischen Paares, dem eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung (z.B. eine In-vitro-Fertilisation, IVF) rechtlich verweigert wurde. Nunmehr steht dieser Weg lesbischen Paaren offen, nicht allerdings alleinstehenden Frauen, da man nicht rechtlich fördern wollte, dass ein Kind nur einen Elternteil hat. Auch schwule Paare bleiben von der medizinisch unterstützten Fortpflanzung ausgeschlossen, da in ihrem Fall eine (rechtlich nicht gewollte) Leihmutterchaft nötig wäre.

**Subsidiaritätsprinzip.** Beibehalten wird der Grundsatz, wonach medizinisch unterstützte Fortpflanzung nur dann durchgeführt werden darf, wenn andere (natürliche) Versuche fehlgeschlagen sind.

**Präimplantationsdiagnostik (PID).** Vielleicht am heftigsten umstritten war die Frage, ob bzw. unter welchen Bedingungen die PID in Österreich zugelassen werden soll. Bis zum FMedRÄG 2015 war Österreich neben der Schweiz das einzige Land Europas, das die PID weitestgehend verbot. Es war zu erwarten, dass dieses Verbot unter dem Gleichheitsgrundsatz der Menschenrechte nicht aufrecht zu erhalten war, da die österreichische Rechtsordnung eine sehr weitgehende Erlaubnis des Schwangerschaftsabbruchs bei Vorliegen von Schädigungen des Fetus vorsieht, was als Wertungswiderspruch zur nicht erlaubten PID angesehen werden kann.<sup>[4]</sup>

Nunmehr ist die PID in drei Fallkonstellationen erlaubt: (1.) Wenn nach drei oder mehr Übertragungen entwicklungsfähiger Zellen (Embryonen) keine Schwangerschaft herbeigeführt werden konnte und dies wahrscheinlich auf eine genetische Disposition zurückzuführen ist. (2.) Wenn zuvor zumindest drei ärztlich nachgewiesene Fehl- oder Totgeburten eintraten und dies wahrscheinlich auf eine genetische Disposition zurückzuführen ist. (3.) Wenn aufgrund der genetischen Disposition eines Elternteils die ernste Gefahr einer Fehl- oder Totgeburt oder einer Erbkrankheit des Kindes besteht.

Alle drei Bedingungen weisen je eigene Problematiken auf: Bedingung (1) legt die Schwelle für eine PID sehr niedrig an, wenn man davon ausgehen muss, dass 40–50% aller Übertragungsversuche erfolglos bleiben.<sup>[5]</sup> Bei Bedingung (2) stellt sich die Frage nach der Praktikabilität, da sowohl die Tatsache einer Fehl- oder Totgeburt ärztlich nachgewiesen, als auch die genetische Ursache hierfür plausibilisiert werden muss. Am heftigsten kritisiert wurde (von verschiedenen inhaltlichen Positionen aus) Bedingung (3). Das Gesetz selbst versucht, den Begriff „Erbkrankheit“ zu definieren: Demnach liegt eine Erbkrankheit im Sinne des FMedG vor, wenn das Kind während der Schwangerschaft oder nach der Geburt derart erkrankt, dass es nur durch den ständigen Einsatz moderner Medizintechnik oder den ständigen Einsatz anderer, seine Lebensführung stark beeinträchtigender medizinischer oder pflegerischer Hilfsmittel am Leben erhalten werden kann oder schwerste Hirnschädigungen aufweist oder auf Dauer an nicht wirksam behandelbaren schwersten Schmerzen leiden wird. Derartige Definitionsversuche weisen angesichts der Komplexität der Realität und der biomedizinischen Entwicklungen notgedrungen Unschärfen auf. Einerseits kann dies zu einer sehr weitgehenden Auslegung führen, was Kritiker als Gefahr einer „liberalen Eugenik“<sup>[6]</sup>, also einer individuell induzierten, aber kollektiv prägenden, Aussonderung von Embryonen mit nicht erwünschten Dispositionen, sehen. Andererseits kann die Unterbestimmtheit dazu führen, dass Dispositionen, die einen Schwangerschaftsabbruch erlauben, keinen Einsatz von PID gestatten würden, was Kritiker als Fortbestand des ursprünglichen Wertungswiderspruchs sehen.

**Samenspende und Eizellspende.** Die Samenspende von Dritten ist nun für jede Methode der medizinisch assistierten Fortpflanzung erlaubt (zuvor nur für die Insemination). Gänzlich neu ist die Erlaubnis der Eizellspende. Die Altersgrenzen (Spenderin <30 Jahre, Empfängerin <45 Jahre) weisen allerdings eine Inkonsistenz mit der Altersgrenze für IVF auf, was bereits in der Gesetzesbegutachtung kritisiert wurde. Eine „Eigenspende“ von Eizellen bleibt weiterhin an medizinische Gründe gebunden (z.B. bei bevorstehender Chemotherapie). Das sogenannte Social Egg Freezing<sup>[7]</sup> ist damit weiterhin nicht erlaubt.

Die Eizellspende wurde angesichts der damit verbundenen gesundheitlichen Belastungen und Risiken für die Spenderin an ein umfassendes Kommerzialisierung-, Vermittlungs- und Werbeverbot geknüpft.

**Auskunftsrecht, Beratungspflicht, Transparenz, Internationale Aspekte.** Wie bisher muss Kindern, die durch Keimzellen Dritter entstanden sind, auf deren Verlangen nach Vollendung des 14. Lebensjahrs Auskunft über ihre biologischen Elternteile gegeben werden.

Wer medizinisch unterstützte Fortpflanzung in Anspruch nehmen oder Eizellen spende möchte, muss sich einer ärztlichen Beratung unterziehen, deren Anforderungen nunmehr umfassender und genauer geregelt wurden.

Neu hinzugekommen sind umfangreiche Aufzeichnungs- und Meldepflichten für die ärztlichen Leiter jener Einrichtungen, in denen medizinisch unterstützte Fortpflanzungen durchgeführt werden (v.a. Anzahl der Paare, Anzahl der Anwendungen, nach Alter und Methode, Anzahl herbeigeführter Schwangerschaften und Geburten, Anzahl der PID-Fälle, gegliedert nach Indikationen sowie Erbkrankheiten). Diese Transparenzkriterien wurden seit längerem im Sinne des Konsumentenschutzes gefordert.

Nicht wirklich erfasst wurden hingegen jene Fragen, die sich im Zusammenhang mit grenzüberschreitendem „Reproduktionstourismus“ ergeben.

Lebensanfang · Reproduktionsmedizin · Fortpflanzungsmedizinrecht · In-vitro-Fertilisation (IVF) · Präimplantationsdiagnostik (PID) · Eizellspende

- [1] Erlebach M. Wo steht Österreich vor und nach der Reform des FMedG? Ein europäischer Rechtsvergleich. iFamZ 2015;10(1):10-2.
  - [2] Bundesgesetz, mit dem das Fortpflanzungsmedizingesetz, das Allgemeine bürgerlicher Gesetzbuch, das Gentechnikgesetz und das IVF-Fonds-Gesetz geändert werden (Fortpflanzungsmedizinrechts-Änderungsgesetz 2015 – FMedRÄG 2015), BGBl. I 2015/35.
  - [3] Wendehorst C. Neuerungen im österreichischen Fortpflanzungsmedizinrecht durch das FMedRÄG 2015: Anpassung an europäische Entwicklungen. iFamZ 2015;10(1):4-8.
  - [4] EGMR 28.8.2012, Costa und Pavan v. Italien, Appl. No. 54270/10.
  - [5] Malizia BA et al. The cumulative probability of liveborn multiples after in vitro fertilization: a cohort study of more than 10,000 women. Fertil Steril. 2013;99(2):393-9.
  - [6] Habermas J. Die Zukunft der menschlichen Natur: Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik? Frankfurt/Main: Suhrkamp; 2005.
  - [7] Mohapatra S. Using egg freezing to extend the biological clock: Fertility insurance or false hope? Harv Law & Policy Rev. 2014;8(2):381-411.
-

---

## Allgemeine Ethik & Bioethik

---

### Allgemeine Ethik

## Grundbegriffe: Dambruch, Schiefe Ebene

**Grundgedanke.** In öffentlichen ethischen Debatten wird mitunter vor einem „Dambruch“ gewarnt. Aus methodischer Perspektiver versucht man beim Dambruchargument (engl. *slippery-slope argument*; „Argument der schiefen Ebene“<sup>[1]</sup>) die Argumentation eines Gegenüber dadurch zu entkräften, dass man sie als einen kleinen, an und für sich allein vielleicht noch irgendwie rechtfertigbaren oder zumindest tolerierbaren Schritt bewertet, der aber den „Damm zum Brechen“ bringt, d.h. eine Fülle an weiteren, eindeutig nicht mehr rechtfertigbaren Schritten nach sich zieht, welche man nicht mehr kontrollieren könne. Aus diesem Grund könne man, so die Anwender einer Dambruchargumentation, auch bereits den ersten, kleinen Schritt nicht tolerieren.

**Erscheinungsformen.** Dambruchargumente bauen im Wesentlichen auf zwei Überzeugungslinien auf: (1.) Auf *logischer* Linie wird darauf verwiesen, dass sich weitere Schritte logisch aus dem ersten, kleinen Schritt ableiten werden („Wer A sagt, muss früher oder später auch B sagen“). Ein Beispiel hierfür sind rechtsethische Diskurse, bei denen mit einer hohen Wahrscheinlichkeit ursprünglich angenommene Differenzierungen aus grundrechtlichen Gleichheitsgründen längerfristig nicht aufrecht zu erhalten sind. Die Konsequenz ist eine oftmals scheinbar Auflöserung jener Differenzierung, die ursprünglich als essenziell für den Schutz des „Dammes“ angesehen wurde, aus Sicht der Kritiker aber bereits den „Dambruch“ im Keim angelegt hat. (2.) Auf *historischer* Linie wird darauf verwiesen, dass vergleichbare erste Schritte in der Vergangenheit (aus welchen Gründen auch immer) zu weiteren, ursprünglich unerwünschten Folgeschritten und damit zum Dambruch geführt haben („Wie uns die Erfahrung/Geschichte lehrt, wird es dabei nicht bleiben“).

**Schwierigkeit.** Das Problem der Dambruchargumentation besteht darin, dass es mehr oder weniger schwer fällt, die angeführten Folge-Ketten auf ihre Validität hin zu überprüfen. Streng-logische Ableitungen sind selten zu erbringen, fast immer geht es um Wahrscheinlichkeiten. Historische Vergleiche zeigen mögliche Szenarien auf, doch eine zwingende Ableitung ist aufgrund viel zu komplexer Kontexte nie machbar. Ob Dambruchargumente oder ihr Konter überzeugen können, hängt damit wesentlich von der Urteilskraft der Argumentierenden ab, wodurch sie sich einer rein formalen Beweisführung entziehen und immer unscharf bleiben werden. Für einen öffentlichen Diskurs, in dem es auch um die Wahrnehmung gesellschaftspolitischer Verantwortung geht, ist die Auseinandersetzung mit Dambruchargumenten dennoch notwendig. Denn letztlich geht es stets um die Beurteilung von denkbaren Szenarien, wobei jedes Szenario (so ethisch hell oder düster es auch immer aussehen mag) mit Unsicherheit belegt ist.

---

## Termine & Nachrichten

---

### Nachrichten

## Aktuelle Meldungen aus Ethik & Recht in der Biomedizin

[www.facebook.com/ethix.at](http://www.facebook.com/ethix.at)

[www.twitter.com/ethiX\\_](http://www.twitter.com/ethiX_)

### Termine

## Wissenschaftliche Veranstaltungen

**10. April 2015.** Pflege Forum Alpbach „Grenzbereiche im Leben, im Begleiten, im Sterben“. Alpbach. [www.pflegeforum-alpbach.at](http://www.pflegeforum-alpbach.at)

**13.-14. April 2015.** Interdisziplinäre Tagung „Entscheidungen am Lebensende und ihr Kontext“. Graz. [www.tagung-lebensende.at](http://www.tagung-lebensende.at)

**20.-22. Mai 2015.** International Conference on Clinical Ethics & Consultation. New York. [www.iccec2015.us](http://www.iccec2015.us)

**29.-30. Mai 2015.** Gmundner Medizinrechts-Kongress. Gmunden. [www.medak.at/de/fortbildungen/details/gmundner-medizinrechts-kongress-2015.html](http://www.medak.at/de/fortbildungen/details/gmundner-medizinrechts-kongress-2015.html)

**17.-18. Juni 2015.** Innsbrucker Forum für Intensivmedizin und Pflege „Garten Eden oder Irrgarten: Im Kampf gegen Krankheit und böse Keime“. Innsbruck. [www.ifimp.at](http://www.ifimp.at)

### Termine

## Bioethik-Bildungsprogramm

Das Bioethik-Bildungsprogramm der Barmherzigen Brüder Österreich läuft 2015 in seinem vierten Jahr. Kommende österreichweite Veranstaltungen sind:

- 28. April 2015: **Aktuelles aus Ethik und Recht**
- 8.-9. Juni 2015: **Moderation ethischer Fallbesprechungen: Grundlagen**
- 8. Oktober 2015: **Moderation ethischer Fallbesprechungen: Vertiefung**
- 9. Oktober 2015: **Aktuelles aus Ethik und Recht**
- 29. Oktober 2015: **Moderation ethischer Fallbesprechungen: Refresher**

Angebote für einrichtungsspezifische (inhouse) Veranstaltungen:

- Informationsveranstaltung „Vorsorgen fürs Lebensende“
- Workshop „Alltagsethik bei uns in der Führung“
- Workshop „Ethik im klinischen Alltag von JungärztInnen“

- Einkehrtag/Retreat „Ethik des guten Lebens“
- Mittagstreffen „Erst kommt das Fressen, dann die Moral“
- Nachmittags- oder Abendtreffen „Ethik-Café“

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

---



[www.ethix.at](http://www.ethix.at)

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/grundsätze/ethikcodex>