

Barmherzige Brüder Österreich (Hg.)

# **Ethik-Codex**

**Orientierung an Hospitalität und Professionalität**

*Herausgeber:*

Provinzialat der Barmherzigen Brüder Österreich,  
Taborstraße 16, 1020 Wien

*Autoren:*

Dr. Jürgen Wallner, MBA (Erstautor); Univ.-Prof. DDr. Walter Schaupp,  
Mag. Dr. Reinhard Pichler (korrespondierender Autor); Pater Provinzial Ulrich Fischer OH.

*Mitarbeiter:*

Univ.-Prof. Dr. Lothar C. Fuith, Adolf Inzinger; Univ.-Prof. Dr. Peter Költringer,  
Mag. pharm. Dr. Elisabeth Kretschmer, Univ.-Prof. Ronald Kurz, Univ.-Prof. Dr. Kurt Lenz,  
Mag. Hermann Major, MSc, Univ.-Prof. Dr. Johannes G. Meran, Prof. Dr. Enrique Prat,  
Christa Santner, Hochschulprof. Dr. habil. Josef Spindelböck, Univ.-Prof. Dr. Kurt Remele,  
Mag. Johann Seethaler, MHA. Univ.-Prof. Dr. Michael Zink.

*Imprimatur der Österreichischen Bischofskonferenz (BK 230/10), erteilt durch  
Diözesanbischof DDr. Klaus Küng, Referent für bioethische Fragen, am 9. April 2010.*

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;  
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Copyright © 2010

Facultas Verlags- und Buchhandels AG,

facultas.wuv Universitätsverlag, Berggasse 5, 1090 Wien, Austria

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle dadurch bedingten Rechte, insbesondere das  
Recht der Vervielfältigung und der Verarbeitung, der Übersetzung sowie der Speicherung in  
Datenverarbeitungsanlagen, bleiben dem Herausgeber vorbehalten.

Umschlagbilder: © foodmaster – fotolia.com; © Yuri Arcurs – fotolia.com

Satz: Florian Spielauer

Druck: CPI Moravia Books

ISBN 978-3-7089-0649-2

## Präambel

Die Sorge um kranke und gebrechliche Menschen sowie um Menschen mit einer geistigen oder körperlichen Behinderung zählt zum Kern eines christlichen, aber auch säkular-humanistischen Ethos. Die moderne Medizin und Biotechnologie haben in diesem Zusammenhang eine ambivalente Rolle: Einerseits sind sie fundamental auf das Wohlergehen und die Schadensvermeidung in der Behandlung notleidender Menschen ausgerichtet. Andererseits sind sie unvermeidbar mit Risiken verbunden, die es selbst gewissenhaften und wohlmeinenden Menschen schwierig machen, das Richtige zu tun und es auch richtig zu tun. Orientierungshilfen in einem derartig herausfordernden Kontext, in dem grundlegende Güter wie die physische und psychische Integrität der menschlichen Person auf dem Spiel stehen können, sind daher dringend erforderlich.

Der vorliegende Ethik-Codex möchte derartige Orientierungshilfen geben. Er wendet sich in erster Linie an die in der Kranken-, Alters- und Behindertensorge tätigen Menschen in den Einrichtungen der Barmherzigen Brüder Österreichs. Sie dürfen mit schwierigen ethischen Entscheidungen nicht alleingelassen werden. Der Ethik-Codex ist darüber hinaus auch ein öffentliches Werk, das allen Personen Auskunft bietet, die Einblick darin haben möchten, wie in den Einrichtungen der Barmherzigen Brüder mit ethischen Fragen und Problemen umgegangen werden soll.

Seinem Inhalt nach versucht der Ethik-Codex die wichtigsten Gebiete der Gesundheitsethik abzudecken. Dabei werden jeweils grundlegende ethische Analysen mit praktischen Handlungsempfehlungen verbunden. Nicht alles kann jedoch detailliert erörtert oder für den konkreten klinischen Fall spezifiziert werden. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass der Ethik-Codex durch eine strukturierte klinische Ethikberatung lebendig gehalten wird, wie dies die Provinzethikkommission der Barmherzigen Brüder Österreichs bereits beschlossen hat. Erst dann ist nämlich sichergestellt, dass die Betroffenen vor Ort wirklich eine ethische Hilfestellung auf Basis dieses Ethik-Codex erhalten.

Die Richtlinien des vorliegenden Ethik-Codex beinhalten sowohl ethische als auch rechtliche Überlegungen und Normen. Der Unterschied der beiden Ebenen ist für die Interpretation des Ethik-Codex wichtig.

Bevor mit konkreten ethischen Themen begonnen werden kann, ist es angezeigt, kurz zu erläutern, was „Ethik“ bedeutet. Ethik ist die kritische Reflexion dreier unterschiedlicher Perspektiven: Erstens kann Ethik hinterfragen, welche Art von Mensch wir zu sein hoffen (der Charakter). Zweitens kann Ethik hinterfragen, welche Ziele wir für uns selbst oder für andere verfolgen (das Gute). Drittens kann

Ethik hinterfragen, welche Art von Handlungen wir tätigen (das Richtige). Als praktische Ethik muss die Gesundheitssorgeethik, wie sie für diesen Ethik-Codex relevant ist, alle drei Perspektiven bedenken. Denn im realen Leben mit seinen ethischen Problemen sind das Gute, das Richtige und der Charakter nicht einfach voneinander trennbar.

Ziel des Ethik-Codex ist es, Orientierungshilfen in schwierigen und komplexen Situationen zu geben. Er kann aber keine Patentlösungen oder „Kochrezepte“ bieten, sondern erfordert stets die gewissenhafte Auseinandersetzung und die kritische Urteilskraft jeder einzelnen Frau und jedes einzelnen Mannes, die oder der sich um kranke und gebrechliche Menschen kümmert. Insofern fängt Ethik als kritische Reflexion bei einem selbst an. Als Organisation werden die Barmherzigen Brüder alle Bemühungen unterstützen, diese ethisch fundierte Urteilsbildung, die auch Teil einer verantworteten Persönlichkeitsbildung und Organisationsentwicklung ist, zu fördern. Denn letztlich ist die Sorge um kranke, gebrechliche und behinderte Menschen ein zutiefst moralisches Unternehmen.

Diese Sorge zählt zum Kern der praktischen christlichen Nächstenliebe, der sich die Barmherzigen Brüder seit ihrer Gründung verpflichtet haben. Sie sehen sich dabei verwurzelt in der kirchlichen Gemeinschaft und ihrem Ethos, sodass das christliche, katholische Profil ihrer Einrichtungen gewahrt bleibt. Motiviert durch die erlösende Botschaft des Evangeliums Jesu, der kranken und behinderten Menschen half – gerade den stigmatisierten und ausgegrenzten –, möchte der Orden daher auf die Not und Zeichen der Zeit antworten.

Univ.-Prof. DDr. Walter Schaupp  
Vorsitzender der Provinzethikkommission

Pater Ulrich Fischer OH  
Provinzial der österreichischen Ordensprovinz

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Ethische und spirituelle Grundlagen der Krankenversorgung .....</b>	<b>13</b>
1.1	Kultur der Hospitalität.....	13
1.2	Menschliche Würde als ethisches Fundament.....	16
1.3	Achtung vor dem Leben .....	16
1.4	Gewalt verhindern und sanktionieren.....	18
1.5	Tugenden im Kontext medizinischen und pflegerischen Handelns.....	19
1.6	Medizinethische Prinzipien .....	20
1.7	Freiheit des Gewissens .....	24
<b>2</b>	<b>Ethische Grundlagen klinischer Entscheidungen und des entsprechenden Handelns.....</b>	<b>27</b>
2.1	Indikation .....	27
2.2	Patientenwille.....	28
2.3	Ethikkommissionen und Klinisches Ethikkomitee.....	37
2.4	Formale Gestaltungskriterien für den klinischen Entscheidungsprozess ...	40
2.5	Inhaltliche Entscheidungsregeln für den klinischen Entscheidungsprozess .....	41
<b>3</b>	<b>Empfängnisregelung.....</b>	<b>43</b>
3.1	Grundlage: Das Prinzip der verantworteten Elternschaft.....	43
3.2	Begriffsdefinitionen.....	44
3.3	Methoden der natürlichen Empfängnisregelung .....	45
3.4	Andere Methoden der Empfängnisregelung .....	45
3.5	Die besondere Problematik von Levonorgestrel .....	46
<b>4</b>	<b>Sterilisation.....</b>	<b>49</b>
4.1	Begriffsdefinitionen.....	49
4.2	Rechtlicher Rahmen.....	50
4.3	Die ethische Beurteilung der Sterilisation auf dem Hintergrund der katholischen Lehre.....	50
<b>5</b>	<b>Reproduktionsmedizin.....</b>	<b>55</b>
5.1	Einleitung: der unerfüllte Kinderwunsch .....	55
5.2	Begriffsdefinitionen.....	55
5.3	Medizinische und ethische Probleme .....	56

5.4	Reproduktionsmedizin und christliches Menschenbild .....	56
5.5	Empfehlungen im Hinblick auf die IVF .....	58
5.6	Präimplantationsdiagnostik (PID/PGD).....	58
<b>6</b>	<b>Pränatale Diagnostik .....</b>	<b>63</b>
6.1	Einleitung .....	63
6.2	Verfahren der PND .....	63
6.3	Medizinische Fragen .....	64
6.4	Ethische Fragen.....	65
6.5	Schlussfolgerungen und ethische Empfehlungen .....	66
<b>7</b>	<b>Abtreibung .....</b>	<b>67</b>
7.1	Einleitung: Heiligkeit des Lebens als Fundament .....	67
7.2	Begriffsdefinitionen.....	67
7.3	Rechtliche Lage in Österreich .....	68
7.4	Die Lehre der Kirche.....	69
7.5	Ethische Orientierung vor dem Hintergrund katholischer Lehre .....	70
<b>8</b>	<b>Künstliche Ernährung und Hydrierung.....</b>	<b>73</b>
8.1	Einleitung .....	73
8.2	Begriffsdefinitionen.....	73
8.3	Patientengruppen .....	74
8.4	Allgemeine Grundsätze, die das ärztliche und pflegerische Handeln leiten sollen.....	77
<b>9</b>	<b>Zwangsernährung und Zwangshydrierung von Häftlingen .....</b>	<b>79</b>
9.1	Einleitung .....	79
9.2	Begriffsdefinitionen.....	80
9.3	Grundlegende Prinzipien .....	80
9.4	Prozessgestaltung.....	83
<b>10</b>	<b>Klinische Forschung .....</b>	<b>85</b>
10.1	Bekanntnis zur medizinischen und pflegerischen Forschung.....	85
10.2	Grundlegende ethische Maßstäbe.....	85
10.3	Prüfung einer Studie durch die Ethikkommission .....	86
10.4	Verantwortung des Studienleiters gegenüber dem Krankenhaus .....	87

<b>11 Pharmazieethik.....</b>	<b>89</b>
11.1 Pharmazie als Profession .....	89
11.2 Ethische Grundsätze für die Ausübung der pharmazeutischen Profession .....	91
11.3 Gewissensnöte in der Apotheke .....	94
<b>12 Bluttransfusion .....</b>	<b>97</b>
12.1 Hintergrund der Ablehnung von Bluttransfusionen durch Zeugen Jehovas.....	97
12.2 Rechtlicher Rahmen.....	98
12.3 Empfehlungen für den Umgang mit Ablehnungen .....	99
<b>13 Intensivmedizin .....</b>	<b>101</b>
13.1 Das Erleben der Intensivstation für den Patienten .....	101
13.2 Das Erleben der Intensivstation für die Angehörigen.....	102
13.3 Die Zusammenarbeit im Behandlungsteam .....	102
13.4 Strukturelle Probleme in der Intensivmedizin .....	103
<b>14 Organtransplantation.....</b>	<b>105</b>
14.1 Einleitung .....	105
14.2 Von wem dürfen Organe entnommen werden?.....	105
14.3 Organknappheit und Bereitschaft zur Organspende.....	110
<b>15 Therapiezieländerung und Behandlungsbegrenzung.....</b>	<b>111</b>
15.1 Einführung .....	111
15.2 Begriffsdefinitionen.....	112
15.3 Was ist bei der Entscheidungsfindung zu beachten? .....	113
15.4 Wie ist der Fall eines Patienten mit apallischem Syndrom zu beurteilen? .....	115
15.5 Zusammenfassende Leitsätze.....	117
<b>16 Gerechtigkeit &amp; Allokationsethik .....</b>	<b>119</b>
16.1 Einleitung: Verantwortungsvoller Umgang mit begrenzten Ressourcen.....	119
16.2 Begriffsdefinitionen.....	120
16.3 Ethische Prinzipien für ein gerechtes Management vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen.....	121

16.4	Der Prozess rationaler Ressourcenallokation .....	123
16.5	Sonderklasse: Gebühren- und Honorarverrechnung .....	128
16.6	Patientenwartelisten .....	129
16.7	Umgang mit Nichtversicherten .....	130
16.8	Antikorruptionsmaßnahmen.....	131
<b>17</b>	<b>Organisationsethik .....</b>	<b>133</b>
17.1	Einleitung .....	133
17.2	Ethische Grundsätze für die Organisation.....	133
17.3	Mission und Vision der Einrichtungen als organisationsethische Ausgangsbasis.....	135
17.4	Gutes Management als tragendes Prinzip der Hospitalität.....	136
17.5	Ethische Grundsätze für die Personalpolitik .....	140
<b>18</b>	<b>Kinder und Jugendliche.....</b>	<b>145</b>
18.1	Einleitung: Ethik in der Pädiatrie.....	145
18.2	Medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen.....	146
18.3	Kommunikation mit Kindern und Eltern.....	147
18.4	Forschung beim Kind .....	147
18.5	Entscheidungen am Ende des Lebens.....	148
18.6	Sozialpädiatrische Aspekte.....	149
<b>19</b>	<b>Menschen mit geistiger bzw. mehrfacher Behinderung .....</b>	<b>151</b>
19.1	Prinzipien im Umgang mit geistig behinderten Menschen.....	151
19.2	Medizinische Behandlung geistig behinderter Menschen .....	152
19.3	Sexualität geistig behinderter Menschen.....	152
19.4	Empfängnisverhütung und Sterilisation bei Menschen mit geistiger Behinderung.....	154
<b>20</b>	<b>Geroethik – Ethische Fragen rund um den alternden Menschen.....</b>	<b>155</b>
20.1	Einleitung: Von Alter und Krankheit.....	155
20.2	Altern als Teil des Menschseins: Verlauf und Bedeutung .....	155
20.3	Ethische Grundlage für den Umgang mit alten Menschen .....	158
20.4	Typische Krankheiten im Alter und deren korrekte Therapie.....	160
20.5	Demenz.....	160
20.6	Geroethik und moderne medizinische Interventionen .....	162

20.7 Ethische Qualitätsanforderungen in der Pflege alter Menschen.....	163
20.8 Auf dem Weg zur integrierten Versorgung.....	163
<b>21 Freiheitsbeschränkende Maßnahmen.....</b>	<b>165</b>
21.1 Das Gut „Freiheit“ .....	165
21.2 Grundsätze für eine Freiheitsbeschränkung.....	165
21.3 Fallgruppen .....	166
21.4 Wahl des gelindesten Mittels.....	168
21.5 Der Intensivpatient.....	168
<b>22 Anhang: Checklisten und Dokumentationsblätter.....</b>	<b>169</b>
22.1 Checkliste: Informed Consent.....	170
22.2 Checkliste: Umgang mit Patientenverfügungen.....	172
22.3 Checkliste: Sterilisation .....	173
22.4 Checkliste: Patientengespräch im Rahmen der Pränataldiagnostik (PND).....	175
22.5 Checkliste: Hungerstreik eines Häftlings .....	177
22.6 Hungerstreik eines Häftlings: fortlaufende Betreuung.....	179
22.7 Checkliste: Begutachtung von Studien durch die Haus-Ethikkommission.....	180
22.8 Checkliste: Therapieverzicht und Therapiebegrenzung .....	185
<b>Rechtliches Normenverzeichnis.....</b>	<b>192</b>
<b>Literatur.....</b>	<b>193</b>
<b>Sachregister .....</b>	<b>203</b>



# 1 Ethische und spirituelle Grundlagen der Krankenversorgung

Inhalte:

- ▶ Kultur der Hospitalität
- ▶ Menschliche Würde als ethisches Fundament
- ▶ Achtung vor dem Leben
- ▶ Medizinethische Prinzipien (Autonomie, Nichtschaden, Fürsorge, Gerechtigkeit)
- ▶ Pastorale Zuwendung und die Frage nach dem Leid
- ▶ Freiheit des Gewissens

## 1.1 Kultur der Hospitalität

### 1.1.1 Das Charisma der Hospitalität

Hospitalität („Gastfreundschaft“) bezeichnet den umfassenden Rahmen, der alles Überlegen und Handeln im Dienst der Menschen in den Einrichtungen der Barmherzigen Brüder tragen und prägen soll. In ihr wird das spezifische Charisma des Hl. Johannes von Gott, des Gründers der Barmherzigen Brüder, greifbar. Sie hat damit zu tun, Menschen aufzunehmen und ihnen Raum zu gewähren. Hospitalität gründet in der persönlichen Erfahrung der Barmherzigkeit Gottes, der gerade die Armen und an den Rand Gedrängten aufnimmt, und versucht, diese Erfahrung an die Menschen weiterzugeben. So sollte der Dienst an armen, kranken, behinderten und hilfsbedürftigen Menschen in allen Einrichtungen der Barmherzigen Brüder von einem Geist lebendiger und großzügiger Gastfreundschaft getragen sein, die jeden aufgenommenen Fremden als Bereicherung betrachtet und entsprechend würdigt und behandelt.

Entsprechend der *Charta der Hospitalität* entfaltet sich die Kultur der Hospitalität in acht Dimensionen (1):

1. *Barmherzige Hospitalität*: Quelle und Mitte des Dienstes an den Menschen ist die persönlich erfahrene Barmherzigkeit Gottes und der Wunsch, diese anderen weiterzugeben.
2. *Solidarische Hospitalität*: Der Dienst der Barmherzigen Brüder geschieht in solidarischer, menschlicher Nähe zu den Hilfsbedürftigen und Leidenden.
3. *Gemeinschaft stiftende Hospitalität*: Der Dienst der Barmherzigen Brüder an konkreten Menschen soll in der ganzen Gesellschaft Solidarität mit den Hilfsbedürftigen und Leidenden wecken und soll so zu gesellschaftlicher Versöhnung und Gemeinschaft beitragen.

4. *Kreative Hospitalität*: Das Charisma der Barmherzigen Brüder wird nur lebendig bleiben, wenn es gelingt, immer wieder neu noch nicht gesehene Not der Menschen wahrzunehmen, dort zu handeln, wo die Gesellschaft nicht reagiert, und auf kreative Weise zukunftsweisende Formen der Hospitalität zu finden.
5. *Ganzheitliche Hospitalität*: Jeder notleidende Mensch muss immer ganzheitlich, in seinen leiblichen, seelischen und geistigen Bedürfnissen sowie in seiner Würde als Mensch wahrgenommen werden; es müssen die jeweils seinen spezifischen Leiden und Verletzungen angemessenen Hilfen bereitgestellt werden.
6. *Versöhnende Hospitalität*: Ganzheitliches Heilwerden von Menschen setzt immer wieder Versöhnung auf vielfältigen Ebenen (individuell, gesellschaftlich, zwischenmenschlich und religiös) und das aktive Bemühen darum voraus.
7. *Zur Mitarbeit einladende Hospitalität*: Der Dienst der Barmherzigen Brüder sollte andere Menschen auf vielfältige Weise zu Mithilfe und eigenem Engagement motivieren.
8. *Prophetische Hospitalität*: Das Engagement der Barmherzigen Brüder sollte der Gesellschaft immer wieder die Augen für übersehene Not öffnen und ihr, auch in kritischer Weise, neue und alternative Wege des Dienstes an den Kranken und Notleidenden vor Augen führen.

### **1.1.2 Barmherzige Fürsorge**

Innerhalb der Hospitalität kommt der Barmherzigkeit eine zentrale Stellung zu. Es handelt sich um eine Form der Zuwendung, die der jeweils neuen, persönlichen Erfahrung der Liebe und Barmherzigkeit Gottes entspringt und die diese kranken, alten, behinderten und hilfsbedürftigen Menschen zukommen lassen möchte. Sie hat nichts mit herablassender Hilfe zu tun, sondern sucht aktiv die solidarische Nähe zu den Hilfsbedürftigen (vgl. Solidarische Hospitalität). Sie bleibt kein reines Gefühl, sondern ist eine innere Haltung, die versucht, nach außen hin tätig zu werden. Sie zeichnet sich im Letzten dadurch aus, dass für sie keine Mühe zu groß ist und dass sie wegen nichts, auch nicht aufgrund von Verletzungen, entzogen wird.

Konkret bedeutet barmherzige Fürsorge:

- Jeder wird aufgenommen und umsorgt, völlig unabhängig von seiner sozialen Stellung, seiner Nationalität, seiner Religion, seinem „Sympathiewert“, seiner „Vorgeschichte“ usw.
- Der ganze Mensch wird in den Blick genommen, auch seine religiöse Dimension. Er soll an Leib und Seele heil werden.

Jeder Mensch sehnt sich nach persönlicher liebevoller Zuwendung, wie sie durch Strukturen alleine nicht gewährleistet werden kann. Hier setzt barmherzige Fürsorge an.

### 1.1.3 Option für die Armen

„Option für die Armen“ (2, S. 42; 3) bezeichnet die vorrangige Liebe, die Jesus den Schwachen, Mittellosen, Kranken und anders marginalisierten Menschen gegenüber den etablierten Personen zukommen ließ. Sie ist Auftrag an seine Kirche. In der Krankenversorgung zeigt sich die Option für die Armen z. B. dort, wo Menschen auch ohne Versicherungsschutz und Regressforderungen behandelt und betreut werden (⇒ Kapitel 16) (1, S. 5; 4, S. 3).

### 1.1.4 Pastorale Zuwendung und die Frage nach dem Leid

Pastorale Zuwendung in der Krankenversorgung ist Ausdruck der eingangs erwähnten ganzheitlichen Hospitalität (⇒ Kapitel 1.1.1). Sie nimmt die Spiritualität eines Menschen ernst, unabhängig von seiner religiös-konfessionellen Bindung, und rechnet damit, dass Krankheit, besonders schwere, in der Regel von selbst zu einer spirituellen Herausforderung wird (5). Spiritualität ist zudem ein Faktor, der für die Gesundheit bzw. die Krankheit vieler Menschen eine bedeutende Rolle spielt (6; 7).

Pastorale Zuwendung möchte bei der religiösen Sinngebung gerade in schwierigen Zeiten der Krankheit und des Gebrechens helfen. Sie hat dabei folgende grundlegende, nicht konfessionell gebundene spirituelle Bedürfnisse im Blick:

- Verankerung des Lebens in einer transzendenten Wirklichkeit
- Sinngebung für das Leben
- praktische Hilfen und Rituale zur Bewältigung existentieller Krisen.

Sie hat zudem mit folgenden spirituellen Notsituationen zu rechnen (8):

- Schmerz in Bezug auf religiöse Überzeugungen oder Nicht-glauben-Können
- Entfremdung von Gott
- Angst, dass Gott nicht hilft/nicht da ist
- Schuldgefühle, dass Krankheit eine Strafe ist
- Zorn, dass Gott die Krankheit zulässt
- Verlustgefühle in Bezug auf Gottes Liebe
- Verzweiflung/Hoffnungslosigkeit

Eine besondere Herausforderung stellt der angemessene Umgang mit Leid dar. Jenseits medizinischer Möglichkeiten kann der Glaube zu einer Bejahung von unausweichlichem Leid befähigen. Dabei darf Leiden aber weder verklärt noch verleugnet noch um jeden Preis „abgeschafft“ werden. Für den Christen wird das Leiden in die Geschichte Gottes hineingestellt, im Glauben und in der Hoffnung, dass Gott

selbst in Jesus Christus mitleidet, aber auch Heilung und Heil schafft und am Ende des Weges seine Zusage ewigen Lebens hält. Dabei soll den Kranken, soweit sie dafür offen und bereit sind, in Zusammenarbeit mit der Krankenhausseelsorge auch die Hilfe der Sakramente angeboten werden.

## **1.2 Menschliche Würde als ethisches Fundament**

### **1.2.1 Menschliche Würde in philosophischer und christlicher Sicht**

Menschenwürde ist in vielen europäischen Verfassungen anerkannt und daher Konsens. Sie gründet philosophisch in der Vernunftnatur des Menschen, unabhängig vom Grad ihrer möglichen oder tatsächlichen Aktualisierung. Sie besagt, dass jeder Mensch – unabhängig von Alter, Ethnie, Geschlecht, Religionsbekenntnis oder Weltanschauung, Gesundheitszustand oder geistigem Urteilsvermögen, ja sogar (krimineller) Vorgeschichte – um seiner selbst willen geachtet werden muss. Niemals darf ein Mensch so behandelt werden, dass er zur bloßen Sache, zum reinen Instrument für andere Zwecke degradiert wird (9). Das Prinzip der Menschenwürde kann als der grundlegende ethische Bewertungsmaßstab für alle Handlungen angesehen werden, an dem sich auch jeder Umgang mit Kranken messen lassen muss (1, S. 4.1; 10, 11). In christlicher Sicht liegt der Grund für die menschliche Würde in der Gottebenbildlichkeit des Menschen (Gen 1,26) und in der besonderen Berufung des Menschen zur Gemeinschaft mit Gott (Gotteskindschaft). In der Menschwerdung Gottes in Jesus Christus und in seinem Tod am Kreuz wird sichtbar, dass die menschliche Würde auch in Situationen tiefsten Leids und äußerlicher Entstellung gewahrt bleibt. Entgegen Tendenzen, die Menschenwürde als eine gesellschaftliche Zuschreibung zu verstehen, gründet sie in christlicher Sicht im Wesen des Menschen selbst und in der Beziehung, die Gott zu ihm hat. Sie ist so von Gott selbst her garantiert.

Das Bekenntnis zur Menschenwürde ist nicht zuletzt vor dem Hintergrund ihrer massiven Missachtung im 20. Jahrhundert zu sehen. Auch Ärzte und Pflegekräfte haben sich daran beteiligt, Menschen zu medizinischen Experimenten zu missbrauchen und damit deren Würde zu verletzen. Unsere heutige Krankenversorgung, gerade wenn sie christlich sein möchte, darf diese historischen Erfahrungen nicht vergessen, sondern muss ihr ganzes Handeln danach ausrichten, dass derartige menschenverachtende Praktiken nicht mehr vorkommen.

### **1.2.2 Konkretisierungen im Kontext der Krankenversorgung**

Das Menschenwürdeprinzip muss konkretisiert und kontextualisiert werden; es bedarf ausführender Regelungen, die Rücksicht auf die jeweiligen zeitlichen, örtli-

chen, gesellschaftlichen und persönlichen Umstände nehmen. Der hier vorliegende Ethik-Codex dient einer solchen Konkretisierung mit Blick auf die Krankenversorgung. Schon an dieser Stelle kann das Menschenwürdeprinzip aber mit folgenden Kernaussagen in Verbindung gebracht werden:

- Ärzte, Pflegekräfte und Management sind sich bewusst, dass eine medizinische Behandlung oder die Pflege eines Menschen dessen Menschenwürde berührt, sodass diese immer und in jeder Hinsicht zu respektieren ist.
- Die Würde des Menschen stellt eine Grundlage für die Forderungen dar, die Selbstbestimmung (Autonomie) eines jeden Menschen zu respektieren.
- Jeder Mensch sollte immer auch um seiner selbst willen behandelt und damit nie zu einem bloßen Objekt der Behandlung werden.
- Jeder Mensch hat grundlegende moralische und juristische Rechte, im Besonderen das Recht auf Leben, auf physische und psychische Integrität und auf Achtung seines Privat- und Familienlebens.

### 1.3 Achtung vor dem Leben

Neben dem Respekt vor Selbstbestimmung (Prinzip der Autonomie; ⇨ Kapitel 1.6.1) konkretisiert sich die Achtung vor der Würde des Menschen in einer unbedingten *Achtung vor dem menschlichen Leben* (Prinzip der „Heiligkeit des Lebens“). Ist es doch immer der Mensch in seiner Körperlichkeit, dem Würde zukommt. Das physische Leben ist ein Fundamentalgut, das für die Verwirklichung und den Genuss aller anderen menschlichen Güter die Voraussetzung darstellt. In jüdisch-christlichem Verständnis ist das Leben ein Geschenk der Liebe Gottes, das angenommen und bejaht werden soll, und die Achtung des menschlichen Lebens ist eine Achtung Gottes des Schöpfers selbst.

Wird von der „Heiligkeit des Lebens“ gesprochen, bringt das zum Ausdruck, dass dem Leben mit tiefer Ehrfurcht zu begegnen ist. „Heiligkeit“ impliziert hingegen nicht, dass es sich beim physischen Leben um das höchste aller Güter handeln würde. Dies wäre eine Verabsolutierung eines vergänglichen Gutes, die nicht mit der christlichen Überzeugung übereinstimmt.

Der gebotenen Achtung vor dem menschlichen Leben entspricht das Recht eines jeden Menschen auf Leben. Dieses ist „unteilbar und kommt allen Menschen vom Moment der Empfängnis bis zum natürlichen Tod zu. Es kann daher keinen abgestuften Lebensschutz geben, der die Schutzwürdigkeit der menschlichen Person an das Vorhandensein bestimmter körperlicher oder geistig-seelischer Fähigkeiten und Merkmale bindet“ (12, S. 13). Dies betrifft heute im Besonderen den Beginn und das Ende des Lebens:

- Angesichts der vielen Zugriffsmöglichkeiten auf das beginnende menschliche Leben betont das katholische Lehramt, dass mit der Befruchtung einer menschlichen Eizelle der ungeteilte Lebensschutz einsetzen muss. „In der befruchteten Eizelle (Zygote) ist die biologische Identität des neuen menschlichen Individuums in wichtigen Grundzügen bereits festgelegt, die sich in Kontinuität entfaltet und entwickelt“ (12, S. 13). Vor diesem Hintergrund können Handlungen, die eine Tötung des begonnenen Menschenlebens darstellen, nicht gerechtfertigt werden. (Näheres zur Sorge um das Leben an seinem Beginn ⇒ Kapitel 3; 4; 5; 6 und 7.)
- Auch am Ende des Lebens darf der Lebensschutz nicht aufgeweicht werden. Der Lebensbogen erstreckt sich von der Empfängnis bis zum Tod und inkludiert den natürlichen Prozess des Sterbens (13). Die Tötung eines Menschen auf dessen Verlangen oder die Beihilfe zu seinem Suizid sind daher kein Akt von Humanität, sondern höchstens Ausdruck falsch verstandenen Mitleids und daher ethisch wie rechtlich verboten. Dagegen wäre es kein Ausdruck christlicher Medizin- und Pflegeversorgung, eine „Lebensverlängerung“ um jeden Preis anzustreben, wenn der Sterbensprozess bereits eingesetzt hat (⇒ Kapitel 8; 12; 13; 14).

#### **1.4 Gewalt und Missbrauch verhindern und sanktionieren**

Der die Einrichtungen der Barmherzigen Brüder leitende Geist der Hospitalität, die Achtung der menschlichen Würde und der gerade von der Kirche verteidigte, unbedingte Respekt vor dem menschlichen Leben verbieten alle möglichen Formen von Gewaltausübung und (sexuellem) Missbrauch. In den Einrichtungen der Barmherzigen Brüder darf keine Form der körperlichen, sexualisierten, psychischen oder sozialen Gewalt bzw. des Missbrauchs toleriert werden. Angesichts der zum Himmel schreienden Schuld, die nicht nur durch die Ausübung solcher Gewalt, sondern auch durch ihre Vertuschung und das Im-Stich-Lassen der Opfer in kirchlichen Einrichtungen durch ihre Verantwortungsträger aufgehäuft wurde, muss alles daran gesetzt werden, solche Gewalt künftig zu verhindern und, wo sie dennoch zugefügt wird, rasch und entschlossen zu reagieren und sie konsequent zu sanktionieren.

Die Konfrontation mit Gewalt kann in Einrichtungen der Barmherzigen Brüder in zwei Formen auftreten:

- Gewalt, die in den Einrichtungen selbst durch die in ihnen Tätigen zugefügt wird;
- Gewalt, die außerhalb der Einrichtungen zugefügt wird, aber von Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern der Barmherzigen Brüder bemerkt wird (v. a. im Rahmen einer medizinischen Versorgung).

Die Eckpfeiler eines entschlossenen und nachhaltigen Vorgehens gegen Gewalt in beiden genannten Bereichen bestehen in folgenden Punkten:

1. Aufklärung und Bewusstseinsbildung in allen Einrichtungen der Barmherzigen Brüder
2. Aufmerksamkeit aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für die Problematik im Rahmen ihrer Tätigkeit
3. Ernstnehmen von Menschen, bei denen offenkundig oder zu befürchten ist, dass sie Opfer von Gewalt geworden sind, und Priorität ihres Schutzes
4. Zusammenarbeit mit kirchlichen und außerkirchlichen Stellen für Gewaltprävention und Opferschutz
5. Nachkommen gesetzlicher Anzeigepflichten
6. Proaktive, volle Kooperation mit staatlichen Behörden
7. Dienstfreistellung von tatverdächtigen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern bis zur Klärung der Vorwürfe

Die Umsetzung dieser Eckpunkte wird in einer separaten Richtlinie geregelt, die auch öffentlich zugänglich gemacht werden muss.

## **1.5 Tugenden im Kontext medizinischen und pflegerischen Handelns**

Der Begriff Tugend bezeichnet die erworbene und stabile Disposition und Neigung, bestimmte Arten von Handlungen mit Vollkommenheit, Treffsicherheit, Leichtigkeit, Spontaneität und Freude zu tun. Moralische Tugenden beziehen sich in entsprechender Weise auf die Verwirklichung des Guten bzw. moralisch Richtigen in unserem Handeln. Sie sind Teil des Charakters eines Menschen und sichern als eingeübte Dispositionen die moralische Qualität seines Handelns im Alltag (14; 15).

Gerade auch im ärztlichen und pflegerischen Kontext ist eine tugendethische Sichtweise von großer Bedeutung. Es genügt nicht, theoretisch um Prinzipien, Normen und Richtlinien zu wissen, sondern der Handelnde muss imstande sein, dieses Wissen eigenständig im Hinblick auf die jeweilige Situation richtig anzuwenden. Dies benötigt innere, verstehende Identifikation mit den entsprechenden Werten, innere Sensibilität und Wachsamkeit sowie Erfahrung und Einübung im Alltag (16).

Es ist schwierig, eine vollständige Liste aller ärztlichen und pflegerischen Tugenden anzugeben. Sie umfasst Tugenden wie z. B. Feingefühligkeit im Umgang mit Patienten, Sorgfalt im Umgang mit Befunden, Haltung des Respekts vor Personen unabhängig von ihrem Status, Pünktlichkeit, Klugheit, Fürsorglichkeit, Diskre-

tion, Wahrhaftigkeit, Gerechtigkeitsgefühl, Geduld, Zuverlässigkeit, aber auch Mut und Zivilcourage. Traditionellerweise standen und stehen die vier Kardinaltugenden *Gerechtigkeit*, *Tapferkeit*, *Maßhalten* und *Klugheit* im Zentrum jeder Tugendethik, denen alle anderen in der einen oder anderen Weise zugeordnet werden können.

Jedes Ethos, auch dasjenige des hier vorliegenden Ethik-Codex, bedarf zu seiner Realisierung solcher entgegenkommenden Grundhaltungen und Tugenden aufseiten der handelnden Personen. Qualitätssicherung in umfassendem Sinn ist somit ohne Sorge um die Entwicklung der Tugenden nicht zu erreichen (17; 18). Die Leitung der Einrichtungen der Barmherzigen Brüder achtet daher darauf, dass im Rahmen von Personalbetreuung und -entwicklung dieser Aspekt ärztlichen und pflegerischen Handelns entsprechend berücksichtigt und gefördert wird.

## 1.6 Medizinethische Prinzipien

In der modernen säkularen Medizinethik, die sich nicht auf bestimmte religiöse Überzeugungen stützen kann und über weltanschauliche Differenzen hinweg auf Kommunikabilität angewiesen ist, haben sich vier ethische Prinzipien als Hilfe für eine angemessene Analyse und Beurteilung medizinethischer Fragen etabliert: das Autonomie-, das Nichtschadens-, das Fürsorge- und das Gerechtigkeitsprinzip (19). In diesen Prinzipien werden zentrale Leitwerte medizinischen Handelns artikuliert. Sie gelten als Prinzipien mittlerer Ebene, die einerseits auf tiefere Begründungen verzichten, andererseits im Hinblick auf den besonderen Fall konkretisiert werden müssen. Jede Fragestellung sollte zunächst im Licht *aller* Prinzipien analysiert und beurteilt werden. Die Prinzipien formulieren kein neues Ethos, sondern sind aus klassischen ethischen Maximen entstanden (20). Allerdings zeigt sich, dass sie im konkreten Fall, vor allem in Konfliktsituationen, verschieden interpretiert werden können, keinesfalls also immer eindeutige „Lösungen“ erlauben. Für ihr richtiges Verständnis müssen sie in den Kontext eines christlichen Menschenbildes und eines darauf bezogenen Wertens und Handelns eingeordnet werden.

### 1.6.1 Achtung der Autonomie

Achtung vor der Autonomie meint den gebotenen Respekt vor der Fähigkeit eines Menschen, sich selbst zu bestimmen. Sie ist eines der grundlegendsten Erfordernisse des Respekts von menschlicher Würde. Es zeichnet nämlich den Menschen aus, in eigenverantwortlicher Weise seinem Handeln, ja letztlich seinem ganzen Leben Begründungen, Ziele und Sinnhaftigkeit zugrunde zu legen.

Autonomie darf nicht individualistisch missverstanden werden; sie hat zwischenmenschliche und soziale Bedingungen. Autonomie bedeutet weiters nicht „Willkürfreiheit“, sondern meint eine Selbstbestimmung, die sich in Verantwortung sich selbst und anderen Menschen gegenüber vollzieht.

Im Kontext der Krankenversorgung geht es um die notwendige Achtung vor der Patientenautonomie. Im klinischen Alltag ist diese durch die Institution der „Einwilligung nach Aufklärung“ (Informed Consent) ethisch wie rechtlich abgesichert (⇒ Kapitel 2).

Gerade wenn es um kranke, gebrechliche, demente oder Menschen mit einer Behinderung geht, darf nicht kurzschlüssig davon ausgegangen werden, dass die Achtung ihrer Autonomie keine Rolle spielte, da sie Selbstbestimmung aktuell nicht (voll) ausüben können. In diesem Fall ist Autonomie indirekt zu achten, zu stärken und – sofern in ihrer Aktualisierung beschränkt – nach Möglichkeit wiederherzustellen. Hierfür wurde eine Reihe von Hilfsmitteln entwickelt: Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht, Sachwalterschaft, Erkundung des mutmaßlichen Patientenwillens (⇒ Kapitel 2.2.3).

### 1.6.2 Nichtschaden

Das Nichtschadensprinzip verbietet jede nicht unmittelbar notwendige und rechtfertigbare Schädigung des Patienten. Ein sehr alter Grundsatz des ärztlichen Ethos lautet: „primum nihil nocere“ („zuerst: Du sollst keinen Schaden zufügen“) (21; 22). Schon immer war die medizinische Behandlung mit Belastungen oder mit dem Risiko von Schädigungen des Patienten verbunden, welche es zu verhindern oder zumindest zu minimieren galt. Mit den Möglichkeiten der modernen Medizin ist dieses Risiko nicht immer kleiner, sondern manchmal größer geworden. Dem möglichen Nutzen einer Behandlung stehen Gefahren gegenüber, die es gemäß dem Nichtschadensprinzip sorgfältig abzuwägen gilt.

Allgemeine Grundsätze, die das Nichtschadensprinzip spezifizieren, sind meist mit „Du sollst nicht ...“ formuliert, da es um ein Unterlassen von schädigenden Maßnahmen geht; etwa: „Du sollst nicht töten!“; „Du sollst nicht Schmerz oder Leid verursachen!“; „Du sollst nicht ‚behindern!‘“ (19). (Der letztgenannte Grundsatz verweist darauf, dass körperliche oder geistige Beeinträchtigungen eines Menschen für diesen teilweise erst durch soziale Stigmatisierung zur „Behinderung“ werden.) Für die praktische Konkretisierung des Nichtschadensprinzips ist neben allgemeinen Nutzen-Risiko-Überlegungen in manchen Fällen das Prinzip der „doppelten Wirkung“ von Relevanz: Bestimmte Übel dürfen nur dann in Kauf genommen werden, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

1. „Die Handlung selbst, aus der sich eine schlechte Folge ergibt, muss in sich gut oder indifferent und darf nicht schlecht sein.
2. Die gute und schlechte Wirkung muss in gleich unmittelbarer Weise aus der Handlung hervorgehen [...].
3. Die Absicht des Handelnden darf sich nur auf die gute Wirkung richten.
4. Es muss ein hinreichend wichtiger Grund vorliegen, um die schlechte Wirkung in Kauf zu nehmen.“ (23, S. 95)

Z. B.: Solange eine Schmerztherapie mit Morphinen als alleiniges Ziel die Reduktion des Schmerzes intendiert, darf ein früherer Todeseintritt als indirekte Nebenwirkung zugelassen werden.

### 1.6.3 Fürsorge

Beim Fürsorge- oder Wohltunsprinzip handelt es sich ebenfalls um einen sehr alten Grundsatz des ärztlichen Ethos: „utilis esse“ (dem Patienten wohl tun) (24); dem entspricht die spätere Maxime „salus aegroti suprema lex“ („das Heil des Kranken ist das oberste Gebot“). Darin drückt sich die Verpflichtung aus, durch medizinische Maßnahmen einen Nutzen für den Patienten zu stiften. Wie weit diese Verpflichtung geht, richtet sich nach der spezifischen Verantwortlichkeit – der „Garantenstellung“ – der betroffenen Person (z. B. Turnusarzt, Oberarzt, Primararzt, DGKP/DGKS, Geschäftsführer, Eltern, Vorsorgebevollmächtigter, Sachwalter).

Ein wichtiger Begriff in diesem Zusammenhang ist die „medizinische Indikation“; sie ist es, welche ärztliches Handeln im Sinn von Fürsorge rechtfertigt (⇒ Kapitel 2.1).

Lange Zeit rechtfertigte man mit dem Fürsorgeprinzip ein paternalistisches Verhalten des Arztes. Dabei erschien all das als geboten, was nach dessen Meinung einen Nutzen für den Patienten versprach und in diesem Sinn „indiziert“ war. Ein solcher „Paternalismus“ wollte dem Patienten nichts Böses antun, achtete aber auch nicht dessen Autonomie. Eine zweite Gefahr in der Anwendung des Prinzips liegt darin, den Nutzen einer Maßnahme für den Patienten rein organisch zu verstehen (verbesserte Organfunktionen, physisches Überleben) und dabei das ganzheitliche Wohl des Patienten aus dem Auge zu verlieren. Schließlich ist zu sagen, dass das Fürsorgeprinzip nicht utilitaristisch missverstanden werden darf im Sinn einer Maximierung von Nutzeneffekten ohne Bedachtnahme auf die Erlaubtheit der Mittel, mit denen dies erreicht wird. So rechtfertigt z. B. das Ziel, einen schwersten Schmerzzustand zu beheben, nicht die Tötung dieses Menschen.

Trotz allem ist und bleibt Fürsorge die zentrale Aufgabe aller heilenden Berufe. Allgemeiner handlungsleitende Grundsätze, die das Wohltunsprinzip spezifizieren, sind etwa (19):

- Beschütze und verteidige die Rechte anderer.
- Halte Schaden von anderen ab.
- Beseitige Umstände, die andere schädigen.
- Hilf Personen mit einer Beeinträchtigung.
- Rette Personen in Gefahr.

#### **1.6.4 Gerechtigkeit**

Das Gerechtigkeitsprinzip zielt im medizinethischen Kontext auf die faire Gestaltung der sozioökonomischen Faktoren in der Krankenversorgung ab. Dass Österreich über ein im internationalen Vergleich vorbildliches System der sozialen Sicherheit verfügt, darf nicht über bestehende Gerechtigkeitsprobleme hinwegtäuschen. Sie sind nicht bloß Thema der Politik, sondern auch der klinischen Versorgung:

- Allokation begrenzter Ressourcen (⇒ Kapitel 16)
- Vermeidung der Diskriminierung von Menschen mit bestimmten Krankheiten oder Behinderungen (⇒ Kapitel 19)
- Versorgung von Menschen, die nicht vom öffentlichen Sozialsystem erfasst sind (⇒ Kapitel 16)

#### **1.6.5 Mögliche Konflikte zwischen den Prinzipien**

Innerhalb des beschriebenen prinzipienorientierten Ansatzes stehen die vier Prinzipien in ihrem moralischen Anspruch grundsätzlich gleichrangig zueinander. Damit soll gesagt sein, dass es nicht möglich ist, Entscheidungen einseitig nur aus einer z. B. utilitaristisch verstandenen Fürsorge zu begründen (Maximierung des Nutzens aller Beteiligten um jeden Preis) oder aber allein vom Prinzip der Patientenautonomie auszugehen (Absolutsetzung des Patientenwillens).

In vielen Fällen kommt es jedoch zu einer Spannung zwischen zwei oder mehreren Prinzipien. So können z. B. Erfordernisse der Gerechtigkeit in Konflikt zu den Interessen des individuellen Patienten treten. Hier müssen die Prinzipien im Hinblick auf den jeweiligen Fall sorgfältig gegeneinander abgewogen und so zugleich konkretisiert werden. Dabei kann man sich an folgenden Leitfragen orientieren, um im Einzelfall (der nie restlos von allgemeinen Prinzipien abgedeckt werden kann) einen schonenden Ausgleich herzustellen (19, S. 19; 25):

1. Inwiefern lässt sich der verfolgte Zweck unter Bedachtnahme auf die vier Prinzipien rechtfertigen?

2. Ist das in Betracht gezogene Mittel im Licht der vier Prinzipien zulässig, um diesen Zweck zu erreichen?
3. Bleibt ein angemessenes Verhältnis zwischen dem eingesetzten Mittel und der damit verbundenen Relativierung des Prinzips gewahrt?
4. Ist die gewählte Handlungsstrategie jene, welche die Prinzipien insgesamt am wenigsten verletzt?

Man muss sich bewusst bleiben, dass der Ansatz bei vier gleichrangigen Prinzipien nicht in jedem Fall zu einer eindeutigen Lösung führt, da die Prinzipien in ihrem Anspruch verschieden gewichtet werden und so zu unterschiedlichen Urteilen führen können („reasoned moral disagreement“). In solchen Fällen wird die Bedeutung des jeweils zugrunde liegenden (z. B. christlichen) Menschenbildes sichtbar.

## 1.7 Freiheit des Gewissens

Ärztliches und pflegerisches Handeln lebt von der Bereitschaft zu individueller Verantwortungsübernahme. Nach „bestem Wissen und Gewissen“ zu handeln galt lange als der erste Imperativ ärztlicher Ethik. In Religion, Ethik und Recht genießt das persönliche Gewissen einen hohen Stellenwert. Seine Freiheit ist grundrechtlich abgesichert (Art. 9 EMRK) und stellt einen wichtigen Bestandteil des Schutzes der Menschenwürde dar. In der christlichen Tradition wird die Bedeutung des Gewissens durchgehend betont. Im 2. Vatikanischen Konzil wird Folgendes über das Gewissen gesagt:

„Im Inneren seines Gewissens entdeckt der Mensch ein Gesetz, das er sich nicht selbst gibt, sondern dem er gehorchen muss und dessen Stimme ihn immer zur Liebe und zum Tun des Guten und zur Unterlassung des Bösen anruft [...] Das Gewissen ist die verborgenste Mitte und das Heiligtum im Menschen, wo er allein ist mit Gott, dessen Stimme in diesem seinem Innersten zu hören ist. [...] Nicht selten jedoch geschieht es, dass das Gewissen aus unüberwindlicher Unkenntnis irrt, ohne dass es dadurch seine Würde verliert. Das kann man aber nicht sagen, wenn der Mensch sich zu wenig darum müht, nach dem Wahren und Guten zu suchen, und das Gewissen durch Gewöhnung an die Sünde allmählich fast blind wird.“ (26, S. Nr. 16)

Der letzte Satz des Zitats weist auf die Bedeutung der Gewissensbildung hin, denn nur eine ehrliche, kritische Auseinandersetzung mit intersubjektiven ethischen Normen kann den Anspruch auf eine individuelle, selbstverantwortete Entscheidung rechtfertigen. Gemäß christlichem Verständnis ist das Gewissen von seinem Wesen her auf die Wahrheit des sittlich Guten verwiesen, die es bestmöglich zu erkennen sucht (27, S. Nr. 63).

Für die Bildung des ärztlichen und pflegerischen Gewissens im Kontext der Krankenversorgung sind insbesondere folgende Quellen heranzuziehen:

- Empfehlungen der medizinischen Scientific Community als erste Voraussetzung für ethische Überlegungen (z. B. Standard Operating Procedures, Evidence-Based Medicine)
- Rechtliche Normen (z. B. ABGB)
- Empfehlungen der ethischen Scientific Community (z. B.: Konsensuspapier der Fachgesellschaften, Leitlinien der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer)
- Lehramtliche Äußerungen der katholischen Kirche (z. B. 12; 28)
- Kodizes und ähnliche Dokumente, die speziell für Einrichtungen der Barmherzigen Brüder Gültigkeit besitzen (z. B. 1, Ethik-Codex der Barmherzigen Brüder)

Gewissensbildung ist jedoch nicht nur eine Sache der Aneignung von moralischem Wissen, sondern auch der Entwicklung und Pflege von Tugenden.

Sorgfältig gebildete Gewissensentscheidungen können im Ernstfall dazu führen, dass eine Person überzeugt ist, gegen allgemeine Normen oder gegen die Meinung oder Anordnung ansonsten anerkannter Autoritäten handeln zu müssen. Dies kann staatliche, kirchliche oder wissenschaftliche Sphären betreffen. Der Gewissenstäter ist allerdings auch bereit, die Konsequenzen für seine Überzeugung zu tragen, um damit ein Zeichen zu setzen.

Gewissensentscheidungen, in denen die Wahrheit des Guten unmittelbar aufleuchtet, verdienen selbstredend Achtung und Schutz. Es muss aber auch das irrende Gewissen respektiert werden, denn nach den Worten des 2. Vatikanischen Konzils verliert auch das irrende Gewissen nicht seine Würde. Das Recht, dem eigenen Gewissensurteil zu folgen, findet lediglich dort eine Grenze, wo der „Gewissenstäter“ dem Gemeinwohl schadet bzw. sichere Rechte anderer verletzt, z. B. indem er ihnen das verweigert, was er für sich selbst in Anspruch nimmt. Wird einer entsprechenden Handlung Einhalt geboten, dann wird nicht das Gewissen der betreffenden Person verletzt, sondern es werden die sicheren Rechte Dritter geschützt. Niemals jedoch darf jemand zu einer aktiven Handlung gezwungen werden, die seinem Gewissen widerspricht (29, S. Nr. 3).

- Die Barmherzigen Brüder bekennen sich – nicht zuletzt angesichts historischer Bedeutungen von Gewissenstättern und des Umstands, dass es in manchen Situationen zu wenige davon gab – zur Gewissensfreiheit des Einzelnen. Ungeachtet der grundsätzlichen Anerkennung aller Normen und Autoritäten für die Arbeit in ihren Einrichtungen bekräftigen sie die notwendige persönliche Gewissens-

freiheit, um den ihnen anvertrauten Menschen (Patienten, Klienten, Bedürftigen, Mitarbeitern) in menschenwürdiger Weise dienen zu können.

- Eine recht verstandene Gewissensfreiheit kann jedoch nicht so weit gehen, dass die Identität und das katholische Profil der Barmherzigen Brüder dadurch in Frage gestellt würden.
- Die Barmherzigen Brüder nehmen ihre Verantwortung wahr, die nötigen Bedingungen für eine von christlichen Werten getragene Gewissensbildung anzubieten.

## 2 Ethische Grundlagen klinischer Entscheidungen und des entsprechenden Handelns

Inhalte:

- ▶ Indikation
- ▶ Patientenwille/Informed Consent
- ▶ Entscheidungsprozess

Jede medizinische Entscheidungsfindung hat sich im Kern an zwei Bezugspunkten zu messen: der Indikation und dem Patientenwillen.

### 2.1 Indikation

Jede medizinische Behandlung bedarf einer Indikation, d. h. sie muss das Potenzial haben, in der gegebenen Situation für den Patienten hilfreich zu sein. Mit anderen Worten muss die Maßnahme sinnvoll sein:

1. *Wirksamkeit (quantitative utility)*: Durch die geplante Maßnahme kann nicht nur eine positive Änderung von Messparametern, sondern auch eine Besserung von Organfunktionen erzielt werden bzw. der Krankheitsverlauf günstig beeinflusst werden.
2. *Sinnhaftigkeit (qualitative utility)*: Beurteilung einer Maßnahme im Hinblick auf die Lebensqualität, im Hinblick auf die subjektiven Wünsche des Patienten und im Hinblick auf die Einmaligkeit der Situation.

Die Indikation ergibt sich somit aus der Abwägung von Nutzen und Schaden/Belastung, die mit einer Behandlung verbunden sein können. Bei der Frage, welche Belastung für den Patienten noch tolerabel ist, muss die Sichtweise des Patienten selbst berücksichtigt werden.

- Ist eine medizinische Maßnahme nicht (mehr) indiziert, darf sie nicht durchgeführt werden, d. h. sie ist entweder von vornherein zu unterlassen oder sie ist zu reduzieren/einzustellen.
- „Alle Gründe, die einen Behandlungsverzicht rechtfertigen, legitimieren auch ihren Abbruch“ (30). In solchen Fällen wird es dem Patienten ermöglicht, den natürlichen Lebensbogen zu beenden. Der Tod des Menschen ist ausdrücklich nicht intendiert, die Therapie ist nicht mehr angemessen.

Besteht im Behandlungsteam Unklarheit oder Uneinigkeit darüber, ob eine medizinische Maßnahme (noch) indiziert ist, bieten sich für die Klärung dieser Frage mehrere verfahrensethische Möglichkeiten an. Die zentrale Frage ist, wie ich der Wahrheit am nächsten komme:

- Die Frage ist im gesamten Behandlungsteam zu erörtern – unbeschadet des Umstands, dass der leitende Arzt die Entscheidungsverantwortung trägt und er somit nicht demokratisch überstimmt werden kann.
- Nach Möglichkeit sollte ein mit der Problematik vertrauter, erfahrener Arzt zu Rate gezogen werden (Konsil).
- Ebenfalls konsultiert werden kann ein Klinisches Ethikkomitee, welches den Verantwortlichen die Entscheidung jedoch nicht abnehmen, aber die Argumente sortieren und gewichten kann.
- Kann keine hinreichende Gewissheit über die Indikation erzielt werden, so ist eine schon laufende Behandlungsmaßnahme vorläufig fortzusetzen, um so die Chance auf mehr Klarheit offenzuhalten. Dabei ist jedoch die Belastung für den Patienten und dessen potenzielle Schädigung durch die Maßnahme mit zu bedenken. Diese vorläufige Weiterbehandlung darf auch nicht als Ausweichen vor der erneuten Befassung mit der Indikationsfrage missverstanden werden.
- Kann keine hinreichende Gewissheit über die Indikation erzielt werden, so ist eine noch nicht begonnene Behandlungsmaßnahme vorläufig aufzunehmen, wenn dadurch die Chance besteht, die Vitalfunktionen des Patienten zu erhalten. Gelingt dies, muss in der Folge jedoch die weiterführende Indikationsfrage erörtert werden.

## 2.2 Patientenwille

Jede medizinische Behandlung bedarf neben einer Indikation der Einwilligung des aufgeklärten Patienten. Dieser Grundsatz des „Informed Consent“ ist Ausdruck der Achtung vor der Autonomie eines jeden Menschen und ist rechtlich verankert (§ 90 StGB, Einwilligung des Verletzten; § 110 StGB, Eigenmächtige Heilbehandlung). Umgekehrt muss daher eine Behandlung grundsätzlich unterlassen werden, wenn der aufgeklärte, entscheidungsfähige Patient diese ablehnt („Informed Refusal“).

Das physische Leben ist für den Menschen ein Gut, dem als Voraussetzung für ranghöhere Güter (z. B. Freundschaft, Freiheit) ein fundamentaler Wert zukommt, auch wenn es selbst nicht das höchste Gut darstellt. Welche Qualität einem bestimmten Lebenszustand im Blick auf die ranghöheren Güter zukommt, fällt in die Entscheidungskompetenz des betroffenen Menschen. Sein Urteil ist zu achten, auch wenn es mit objektiven Kriterien bzw. der Einschätzung des Arztes in Konflikt kommt. Dies schließt die Legitimität ein, eine Intervention nicht zu wollen, die nach eigenem Urteil nur mehr geeignet ist, einen nicht mehr als sinnvoll, sondern als quälend und leidvoll erfahrenen Zustand fortzusetzen. Eine Entscheidung, die nicht vom Willen des entscheidungsfähigen Betroffenen ausgeht und bloß aufgrund

von außen herangetragenem Kriterien wertet, ist ein Verstoß gegen die Selbstbestimmung des Betroffenen, letztlich im Extremfall eine Missachtung seiner Menschenwürde. Allerdings kann der Arzt nicht zu einem Handeln gegen sein eigenes Gewissen verpflichtet werden. Zieht er sich aus diesem Grund zurück, muss er sich um eine Vertretung kümmern.

Auf weiterführende Fragen und Probleme in diesem Kontext wird im Folgenden eingegangen. Die einzelnen Abschnitte sind nach dem Subsidiaritätsgrundsatz geordnet: Wenn der Patient selbst einwilligungsfähig ist, greift keine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht. Liegt eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht vor, so ist kein Sachwalter zu bestellen. Greift keiner dieser Ansatzpunkte, so ist der „mutmaßliche Patientenwille“ zu ergründen.

### 2.2.1 Informed Consent mit dem einwilligungsfähigen Patienten

Der Normalfall ist der einwilligungsfähige Patient, mit dem ein Gespräch über die Behandlungsoptionen geführt werden kann. Um einen Informed Consent herzustellen, sind folgende Punkte zu klären:

1. Voraussetzungen
  - a. Einsichts- und Urteilsfähigkeit in Hinblick auf das medizinische Problem
  - b. Freiwilligkeit der Entscheidung
2. Informationselemente
  - a. Aufklärung über die Diagnose, die indizierten Optionen, ihre Ziele bzw. ihre Risiken und Nebenwirkungen
  - b. Aufklärung über mögliche Alternativen
  - c. Empfehlung („Methode der Wahl“) aus Sicht des Arztes
  - d. Vergewisserung, dass der Patient das Wesentliche verstanden hat
3. Einverständniselement
  - a. Entscheidung des Patienten
  - b. Formale Autorisierung durch den Patienten (z. B. durch Unterschrift)

 Checkliste Informed Consent ⇨ Kapitel 22.1

Die Einwilligungsfähigkeit eines Patienten muss individuell, d. h. bezogen auf den konkreten Patienten und die in Frage stehende medizinische Situation (Krankheit, Behandlungsoptionen) beurteilt werden: Kann dieser Patient seine gesundheitliche Situation und die Behandlungsoptionen in ihren positiven Chancen, ihren Risiken und ihren übrigen Konsequenzen einschätzen und seinen Willen gemäß dieser Einschätzung betätigen?

### **Exkurs: Wie sollen Ärzte sich verhalten, wenn ein einwilligungsfähiger Patient eine Behandlung ablehnt, die zu seiner Lebensrettung objektiv indiziert ist?**

Grundsätzlich ist auch im Extremfall, in dem die Ablehnung einer Behandlung durch den einwilligungsfähigen, aufgeklärten Patienten zu dessen Tod führen wird, der Patientenwille zu respektieren. Ein klassisches Beispiel hierfür wäre die Weigerung von erwachsenen entscheidungsfähigen Zeugen Jehovas, eine Bluttransfusion zu erhalten, selbst wenn dies tödlich enden könnte.

Dennoch darf eine solche Entscheidung nicht dazu führen, dass ein Patient im Stich gelassen wird. Dies betrifft in erster Linie die kritische Auseinandersetzung mit dieser Entscheidung. Handelt es sich etwa um die Ablehnung einer Antibiotika-Therapie bei einer schweren Infektion, so sollte versucht werden, vorerst alle möglichen Begleitumstände, die zur Ablehnung geführt haben, zu eliminieren (z. B. Schmerzen) und eine nochmalige genaue Aufklärung über Sinn und Zweck der Therapie durchzuführen. Wichtig ist es zu erkennen, welche potenziellen Auslöser (Depression, Ängste, soziale Isolation etc.) für die ablehnende Haltung bestehen – erst dann kann dieses Problem gelöst werden.

Scheinen alle Möglichkeiten zu einer Vermittlung zwischen Patientenwillen und lebensrettender medizinischer Maßnahme vom Arzt oder einem anderen Teammitglied ausgeschöpft und bleibt der Patient bei seiner Ablehnung, so können noch das Klinische Ethikkomitee und, sofern Bereitschaft besteht, eine seelsorglich kompetente Person zur Vermittlung eingeschaltet werden. In jedem Fall sind die Ärzte und Pflegekräfte auch im Fall der Ablehnung einer Maßnahme für eine allfällige weitere Therapie und Pflege des Betroffenen verantwortlich. Aus rechtlicher Sicht ist die sorgfältige Dokumentation der aufgeklärten Ablehnung wichtig.

#### **2.2.2 Patientenwille eines Kindes**

##### **2.2.2.1 Kinder >14 und gewöhnliche medizinische Behandlungen**

Bei Kindern über vierzehn Jahren wird angenommen (d. h. muss nicht bewiesen werden), dass sie selbst in einem Informed Consent einer gewöhnlichen medizinischen Behandlung zustimmen können (§ 146c Abs. 1 ABGB). Maßgeblich ist die Fähigkeit des Kindes, die Bedeutung und Folgen seiner Entscheidung zu erfassen und seinen Willen danach zu richten. Dies kann im Einzelfall auch ein Kind unter vierzehn Jahren sein, wenn es plausibel gemacht werden kann.

##### **2.2.2.2 Kinder >14 und schwerwiegende medizinische Behandlungen**

Bei einwilligungsfähigen Kindern über vierzehn Jahren muss zu deren Informed Consent auch noch die Zustimmung der Obsorgeberechtigten hinzutreten, wenn

es um eine Behandlung geht, „die gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden ist“ (§ 146c Abs. 2 ABGB).

### 2.2.2.3 Kinder <14

Kinder unter vierzehn Jahren können für gewöhnlich nicht eigenständig über ihre medizinische Behandlung entscheiden. Für sie sind die mit der Obsorge betrauten Personen die gesetzlichen Stellvertreter (§§ 137a, 146c ABGB). Dies sind in der Regel die Eltern (bei schwerwiegenden Entscheidungen und Zweifel ist es jedoch ratsam zu überprüfen, ob es wirklich die Eltern sind).

Die Obsorgeberechtigten müssen anstelle des Kindes über die Behandlung entscheiden. Die Einwilligung einer obsorgeberechtigten Person genügt. Nur wenn zwei Obsorgeberechtigte zugleich unterschiedliche Meinungen vertreten, muss das Krankenhaus zur Schlichtung das Pflegschaftsgericht einschalten.

Inhaltlicher Maßstab für die Entscheidung ist das Wohl des Kindes. Treten zwischen Ärzten und Obsorgeberechtigten Meinungsverschiedenheiten darüber auf, worin das Wohl des Kindes besteht, so ist das Gericht einzuschalten, welches hierüber entscheidet und unter Umständen einen anderen gesetzlichen Stellvertreter bestellt.

### 2.2.3 Patientenverfügung

Ist der Patient aktuell nicht entscheidungsfähig, so wäre die erste Hilfe für die Entscheidungsfindung eine Patientenverfügung. In Österreich wurden durch das Patientenverfügungsgesetz die Rahmenbedingungen für den Umgang mit solchen Willensbekundungen festgelegt. Das Gesetz unterscheidet zwischen verbindlichen und beachtlichen Patientenverfügungen.

#### 2.2.3.1 Die verbindliche Patientenverfügung

Eine verbindliche Patientenverfügung ist zu befolgen. Sie zeichnet sich durch folgende Merkmale aus:

1. Eine oder mehrere Behandlung(en) werden für bestimmte zukünftige Situationen abgelehnt. Diese müssen eindeutig identifizierbar sein.
2. Für die Errichtung ist eine vorherige ärztliche Aufklärung notwendig.
3. Die Errichtung wird durch einen Rechtsanwalt, Notar oder rechtskundigen Mitarbeiter der Patientenvertretung beurkundet.
4. Die Verfügung muss alle fünf Jahre erneuert werden, solange der Patient einwilligungsfähig ist.

Ob eine vorliegende Patientenverfügung verbindlich ist, ist für die behandelnden Ärzte insbesondere durch die Überprüfung der Punkte 3. und 4. einzuschätzen.

### 2.2.3.2 Die beachtliche Patientenverfügung

Wenn eine Patientenverfügung nicht alle Merkmale einer verbindlichen Patientenverfügung aufweist, so ist sie dennoch beachtlich – dies umso mehr, je näher sie an einer verbindlichen Verfügung ist. Das bedeutet, der Arzt muss sich auch an eine beachtliche Patientenverfügung halten, wenn nicht gute Gründe – die er rechtfertigen können muss – entgegenstehen (31). Solche Gründe beziehen sich auf folgende Fragen:

- Wie weit konnte der Patient die Krankheitssituation, auf die sich die Patientenverfügung bezieht, sowie deren Folgen im Errichtungszeitpunkt einschätzen?
- Wie konkret hat er die medizinischen Behandlungen, die Gegenstand der Ablehnung sind, beschrieben?
- Wie umfassend war die Aufklärung, die der Errichtung vorausging?
- Wie sehr weicht die Verfügung von den Formvorschriften für eine verbindliche Patientenverfügung ab (z. B. wann wurde sie das letzte Mal erneuert)?

Zum Typ der beachtlichen Patientenverfügung zählen auch mündlich getätigte Vorausverfügungen eines Patienten in Bezug auf eine Behandlung für den Fall, dass er selbst einmal nicht mehr darüber entscheiden kann.

Da es sich meist um spekulative zukünftige Situationen handelt, hat sich in der Praxis die beachtliche Patientenverfügung, die keineswegs unverbindlich ist, als praktikabler als die verbindliche erwiesen.

### 2.2.3.3 Unwirksamkeit einer Patientenverfügung

Eine Patientenverfügung (egal ob verbindlich oder beachtlich) ist unwirksam, wenn:

- der Patient sie widerruft oder zu erkennen gibt, dass sie nicht mehr wirksam sein soll
- sie nicht freiwillig errichtet wurde
- ihr Inhalt strafrechtlich nicht zulässig ist (z. B. Wunsch nach Tötung auf Verlangen)
- sich der Stand der medizinischen Wissenschaft in Hinblick auf den Inhalt der Verfügung seit deren Errichtung wesentlich geändert hat (z. B. eine nebenwirkungsarme kurative Therapie nun verfügbar ist)

Auf Verfahrensfragen in Zusammenhang mit der Patientenverfügung wird weiter unten eingegangen.

 Checkliste Umgang mit Patientenverfügungen ⇔ Kapitel 22.2

#### 2.2.4 Vorsorgevollmacht

Der Patient kann selbst eine andere Person bevollmächtigen, im Fall der eigenen Nichteinsichts- und Urteilsfähigkeit an seiner statt die Entscheidungen vor allem im medizinischen Bereich zu treffen (Vorsorgevollmacht, §§ 284f ff. ABGB). Er hat dabei auch die Möglichkeit, dieser Person eine errichtete Patientenverfügung an die Hand zu geben, damit der Bevollmächtigte eine inhaltliche Orientierung bzw. Bindung hat.

In diesem Zusammenhang ist auch daran zu denken, dass theoretisch auch ein Mitglied des Behandlungsteams vom Patienten mit einer Vorsorgevollmacht ausgestattet werden kann. Diese Möglichkeit sollte jedoch aufgrund potenzieller Interessenkonflikte äußerst kritisch betrachtet werden.

Handelt der Bevollmächtigte ohne begründeten Zweifel im Sinne des Patienten, so kann er anstelle des Patienten eine Behandlung – selbst wenn sie indiziert ist – ablehnen. Eine gerichtliche Überprüfung ist hier nicht erforderlich. Ob der Patientenwille in der Entscheidung des Bevollmächtigten berücksichtigt ist, lässt sich mit folgenden Hilfsmitteln eruieren:

- Inhalt der Vorsorgevollmacht
- Inhalt einer allenfalls vorliegenden Patientenverfügung
- frühere Äußerungen des Patienten im Gespräch mit dem Bevollmächtigten und/oder den Behandlern

Bestehen zumindest begründete Zweifel daran, dass der Bevollmächtigte im Sinne des Patienten entscheidet, so haben die Behandler die Pflicht, das Gericht zur Klärung einzuschalten (32; 33).

#### 2.2.5 Sachwalterschaft

Die Regelung der Sachwalterschaft findet sich in den §§ 268 bis 284h ABGB und wurde in den letzten Jahren in einigen Punkten „modernisiert“. Wenn im Gesetz davon die Rede ist, dass sich die Sachwalterschaft auf eine „Person, die an einer psychischen Krankheit leidet oder geistig behindert ist“, bezieht (§ 268 Abs. 1 ABGB), so ist dies extensiv auszulegen: Auch schwer demente, komatöse oder in anderer Weise nicht einwilligungsfähige Personen können von einer Sachwalterschaft betroffen werden.

Im Folgenden werden wichtige Grundsätze des Sachwalterschaftsrechts in Hinblick auf die medizinische Behandlung zusammengefasst:

- Subsidiarität: Ein Sachwalter darf nur dann bestellt werden, wenn die Person nicht durch einen anderen gesetzlichen Vertreter, eine Person mit Vorsorgevollmacht oder eine verbindliche Patientenverfügung vertreten wird (§ 268 Abs. 2 ABGB).

- Umfang der Sachwalterschaft: Die Sachwalterschaft kann unterschiedlichen Umfang haben. Im Gesundheitsbereich ist darauf zu achten, dass sie auch die Besorgung medizinischer Angelegenheiten umfasst (dies ist nicht automatisch der Fall) (§ 268 Abs. 3 ABGB).
- Auswahl des Sachwalters: Zum Sachwalter kann jede Person bestellt werden, die eigenberechtigt und unbescholten ist (§ 273 Abs. 2 ABGB). Ausgeschlossen sind aber Personen, die in der Einrichtung arbeiten, in der die zu besachwaltende Person sich aufhält (§ 279 Abs. 1 ABGB). Bei der Auswahl ist folgende „Rangordnung“ zu beachten (§ 279 ABGB):
  - a. Personen, die vor dem Verlust der Einsichts- und Urteilsfähigkeit von der behinderten Person gewünscht wurden (z. B. mittels Sachwalterverfügung)
  - b. Nahestehende Personen
  - c. Sachwalterverein
  - d. Rechtsanwalt, Notar, andere geeignete Personen
- Wohl und Wille der besachwalteten Person: Ein Sachwalter muss sich am (objektiven) „Wohl“ (§ 275 Abs. 1 ABGB) und am (subjektiven) „Willen“ (§ 281 ABGB) des Patienten orientieren. Letzterer ist Sachwaltern (v. a. wenn sie nicht Angehörige/Freunde des Patienten sind) meist unbekannt. Insofern können hier Spannungen zwischen der Sichtweise des Sachwalters und anderen Beteiligten (z. B. aus dem Behandlungsteam) entstehen (34).
- Medizinische Behandlung von Einsichts- und Urteilsfähigen: Eine besachwaltete Person, die aber einsichts- und urteilsfähig ist, entscheidet selbst über ihre medizinische Behandlung (§ 283 Abs. 1 ABGB).
- Einfache medizinische Behandlungen: Ist die besachwaltete Person nicht einwilligungsfähig, so kann der Sachwalter einer einfachen medizinischen Behandlung zustimmen. Erteilt er die Einwilligung nicht, so kann das Gericht die Sachwalterschaft einer anderen Person übertragen oder die Zustimmung des Sachwalters ersetzen.
- Schwerwiegende medizinische Behandlungen: Einer schwerwiegenden medizinischen Behandlung (d. h. dass sie „mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden ist“, § 283 Abs. 2 ABGB) kann der Sachwalter nur zustimmen, wenn:
  - ein unabhängiges zweites ärztliches Zeugnis die Nichteinwilligungsfähigkeit und die Notwendigkeit der Behandlung bestätigt oder
  - die Genehmigung des Gerichts vorliegt;
  - die gerichtliche Genehmigung ist jedenfalls einzuholen, wenn der Patient zu erkennen gibt, dass er die Behandlung ablehnt.

- ▶ Diese Regeln gelten auch für einen Behandlungsverzicht bzw. Behandlungsabbruch, wozu etwa auch die künstliche Ernährung zählt (⇒ Kapitel 8; 15) (34).
- Behandlung bei Gefahr in Verzug: Wenn das Leben des Patienten gefährdet oder seine Gesundheit schwer beeinträchtigt würde, kann eine Behandlung auch ohne Zustimmung des Sachwalters erfolgen (§ 283 Abs. 3 ABGB). Wenn es die Zeit erlaubt, kann das Gericht die Sachwalterschaft einer anderen Person übertragen oder die Zustimmung des Sachwalters ersetzen.
- Zwangsmaßnahmen dürfen nicht gesetzt werden, wenn sie das Gericht nicht ausdrücklich angeordnet hat.

### 2.2.6 Mutmaßlicher Patientenwille

Als letzte Möglichkeit ist eine einseitige Entscheidung durch den Behandelnden (leitenden Arzt) vorgesehen. Dies trifft dann ein, wenn

- der Patient nicht einwilligungsfähig ist,
- keine Patientenverfügung vorliegt,
- keine Person mit der Stellvertretung beauftragt wurde (Vorsorgebevollmächtigter oder Sachwalter).

Überdies muss eine gewisse Zeitnot herrschen, da ansonsten das Pflugschaftsgericht mit der Bitte um eine Sachwalterbestellung angerufen werden müsste.

Doch auch in diesem Extremfall darf der behandelnde Arzt seine Entscheidung nicht willkürlich treffen, sondern muss sich sowohl um das objektive Wohl des Patienten als auch um den mutmaßlichen Patientenwillen kümmern. Dazu ist es notwendig und sinnvoll, auf frühere Äußerungen des Patienten zurückzugreifen, die dieser gegenüber dem Krankenhauspersonal, den Angehörigen oder sonstigen nahestehenden Personen in Bezug auf seine Krankheit und Behandlung gemacht hat. Der Entscheidung zur Änderung der Therapie von kurativ in palliativ muss eine Diskussion aller Behandelnder – Ärzte, Pflegende, fallweise Palliativteam, Seelsorger, Physiotherapeuten usw. – sowie ein Gespräch mit den Angehörigen vorausgehen. Bei Angehörigen ist unbedingt darauf zu achten, dass sie nicht den Eindruck bekommen, selbst in eine Entscheidungssituation über die Therapie gedrängt zu werden. Ebenso ist ein „Überrumpeln“ der Angehörigen zu vermeiden.

Aus einer Untersuchung an Ärzten, Gesunden, Pflegenden und Patienten geht hervor, dass großteils der Wunsch besteht, im Fall der eigenen Nichteinwilligungsfähigkeit die Entscheidung durch Ärzte und Angehörige gemeinsam fällen zu lassen. Bei einwilligungsfähigen Patienten muss vorher die Erlaubnis zur Information der Angehörigen eingeholt werden.

Eine Entscheidung für einen Behandlungsverzicht oder -abbruch sollte nur auf der Grundlage einer Übereinstimmung aller Beteiligten getroffen werden. Bleiben Unklarheiten hinsichtlich der Indikation oder des mutmaßlichen Patientenwillens bzw. Uneinigkeit im Behandlungsteam oder mit den Angehörigen, so kann ein Klinisches Ethikkomitee zur Beratung beigezogen werden.

Die letztendliche Entscheidungsverantwortung trägt immer der behandelnde Arzt.

### **2.2.7 Einbindung von Angehörigen/Freunden ohne Autorisierung**

Zwar sieht das Gesetz nunmehr die grundsätzliche Möglichkeit der rechtlichen Vertretung des nicht entscheidungsfähigen Patienten durch nächste Angehörige vor (§ 284b ABGB), jedoch liegen schwerwiegende Behandlungsentscheidungen außerhalb ihres Kompetenzbereichs. Somit können „bloße“ nächste Angehörige nicht in schwerwiegende Behandlungsentscheidungen einwilligen.

Die Barmherzigen Brüder bekennen sich grundsätzlich zur Bedeutung der Familie und ihrer positiven Rolle für die Genesung und Begleitung des Patienten. Diese positiven Aspekte sollen im Umgang von Ärzten und Pflegenden mit den Angehörigen bewusst gefördert werden.

Die Krankheit eines nahestehenden Menschen ist eine psychische, oftmals auch physische Belastung für seine Angehörigen. Dabei können ganz unterschiedliche Reaktions- und Verarbeitungsmuster auftreten: vom Bedürfnis, dem Kranken stets nahe zu sein, eine anwaltliche Stellung für ihn einzunehmen, über Streitigkeiten unter den Angehörigen bis hin zu ausgeprägtem Desinteresse. Für das Behandlungsteam sind Angehörige teils eine Hilfe (z. B. wenn es um die Ergründung des mutmaßlichen Patientenwillens geht), teils aber auch eine zusätzliche Belastung. Erschwert wird der Umgang mit ihnen durch Zeit- und Raumnot, kulturelle Unterschiede oder mangelnde Koordination im Behandlungsteam bzw. zwischen Teams. Die Kommunikation mit Angehörigen kann etwa aufgrund folgender Umstände als schwierig empfunden werden:

- forderndes Verhalten („Ich will, dass mein Vater die Therapie sofort bekommt!“)
- innerfamiliäre Auseinandersetzungen (widersprüchliche Botschaften)
- intellektuelle, psychische und physische Überforderung mit der Situation
- apathisches Desinteresse am Schicksal des Patienten
- ausgeprägter Beschützerinstinkt, bis hin zur Opposition gegen Behandlungsmaßnahmen

Der Umgang mit solchen Menschen erfordert in erster Linie eine Sensibilität und ein Eingehen auf das jeweilige Problem. Nur so können sich die Betroffenen ernstgenom-

men fühlen, was einen der wichtigsten Punkte für eine Konfliktdeskalation darstellt. Ärzte und Pflegekräfte sind zwar die ersten und zentralen Ansprechpersonen auch für die Angehörigen. Sie sollten in schwierigen Konstellationen aber rechtzeitig Unterstützung durch Psychologen oder Seelsorger anfordern. Oftmals kann eine vermittelnde Person schwierige Situationen entschärfen.

Dem Behandlungsteam bzw. der Abteilung soll von der Krankenhausleitung Raum gegeben werden, in schwierigen Fällen die Kommunikation mit Kranken und Angehörigen zu reflektieren, um Abläufe und Kommunikation zu verbessern. Folgende Fragen sind dabei wichtig:

- Wer sind die primären Ansprechpartner der Angehörigen? Haben die Angehörigen einen konstanten Ansprechpartner des Behandlungsteams?
- Was macht die Angehörigen eigentlich schwierig?
- Hat das Team die Angehörigen in ihren Sorgen und Wünschen ernstgenommen?
- Haben die Angehörigen ausreichende und stimmige Informationen erhalten?

Es muss aber auch klar sein, dass Angehörige nicht automatisch Recht haben, nur weil die ihnen nahestehende Person krank ist. Auch die Ärzte und Pflegekräfte sind Anwälte des Patienten: Ihm, nicht den Angehörigen, sind sie an erster Stelle verpflichtet. Insofern muss das Behandlungsteam auch den Mut haben, sich von Angehörigen abzugrenzen, wenn alle Vermittlungsversuche gescheitert sind.

Eine derartige Klarstellung sollte jener Arzt vornehmen, der über die größte Autorität verfügt.

Drohungen mit rechtlichen Schritten sind in so gut wie jedem Fall kontraproduktiv (Ausnahme: offensichtliche Gefährdung des Patientenwohls).

## **2.3 Ethikkommissionen und Klinisches Ethikkomitee**

Im Zusammenhang mit der klinischen Entscheidungsfindung unter ethischen Gesichtspunkten sind zwei Institutionen zu unterscheiden: die Ethikkommission und das Klinische Ethikkomitee.

### **2.3.1 Ethikkommissionen**

Ethikkommissionen wurden vom Gesetzgeber vorgeschrieben, um klinische Prüfungen (Studien) zu begutachten. Ihre Rahmenbedingungen werden durch KAKuG, AMG und MPG festgelegt. Sie haben de facto einen Behördencharakter, da ohne ihre Zustimmung keine Studie durchgeführt werden kann. Folgende Ethikkommissionen lassen sich unterscheiden:

- Ethikkommission allgemein: ist „ein unabhängiges Gremium, das sich aus Angehörigen von Gesundheitsberufen und in nichtmedizinischen Bereichen tätigen Personen zusammensetzt und dessen Aufgabe es ist, den Schutz der Rechte, die Sicherheit und das Wohlergehen der Prüfungsteilnehmer zu sichern und diesbezüglich Vertrauen der Öffentlichkeit zu schaffen“ (§ 2a Abs. 6 AMG; vgl. § 3 Abs. 9 MPG). Ethikkommissionen obliegt die Beurteilung klinischer Prüfungen nach dem AMG, MPG, GTG und neuer medizinischer Methoden gemäß KAKuG.
- Haus-Ethikkommission: ist eine Ethikkommission, deren Wirkungsbereich eine Krankenanstalt umfasst.
- Landes-Ethikkommission: ist eine Ethikkommission, deren Wirkungsbereich ein Bundesland umfasst.
- Leit-Ethikkommission: ist eine Ethikkommission, welche dazu befugt ist, multizentrische Studien zu begutachten; sie muss besondere Anforderungen erfüllen (vgl. BGBl. II Nr. 214/2004).

Nähere Ausführungen zu den ethischen Grundsätzen für die klinische Forschung in Einrichtungen der Barmherzigen Brüder finden sich in Kapitel 10.

- ▶ Die Provinz-Ethikkommission der Barmherzigen Brüder ist – trotz ihres Namens – keine Ethikkommission im rechtlichen Sinn, sondern vielmehr ein Gremium im Sinne der klinischen Ethikberatung, um die es im Folgenden geht.

### **2.3.2 Das Konzept der klinischen Ethikberatung**

An verschiedenen Stellen im Ethik-Codex wird darauf hingewiesen, dass Ärzte und Pflegekräfte Unterstützung in ethisch schwierigen Entscheidungen in Anspruch nehmen können und sollen. Eine solche Unterstützung wird durch das Konzept einer klinischen Ethikberatung angeboten. Empfehlungen zu ihrer Installation und Verfahrensweise werden nicht in diesem Ethik-Codex, sondern in einem separaten Dokument erarbeitet.

#### **2.3.2.1 Aufgabenbereiche der klinischen Ethikberatung**

Klinische Ethikberatung ist das Angebot an Ärzte und Pflegekräfte, eine Unterstützung bei Behandlungsentscheidungen zu erhalten, die ethisch schwierig gelagert sind. Eine solche Hilfestellung kann im Wesentlichen durch drei Elemente geschehen:

1. die Entwicklung von Empfehlungen zu häufig auftretenden ethischen Fragen (wie es z. B. in diesem Ethik-Codex geschieht)

2. die Moderation von Besprechungen im Team oder mit dem Patienten/seinem Vertreter/den Angehörigen durch eine externe Person, die besonders die ethischen Fragen herausarbeitet und klären hilft.
3. das Angebot von Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen auf dem Gebiet der Medizinethik.

#### 2.3.2.2 Klinische Ethikkomitees (KEK)

Ein Klinisches Ethikkomitee ist eine operative Organisationsform der klinischen Ethikberatung, die im deutschsprachigen Raum in den letzten Jahren zugenommen hat (35; 36; 37).

Die wichtigsten Unterschiede zur Ethikkommission sind:

- „Therapie, nicht Studie“: In der klinischen Ethikberatung geht es um die Entscheidungsfindung im Rahmen regulärer Therapien, die ethische Probleme bereitet.
- „Beratung, nicht Genehmigung“: Das Klinische Ethikkomitee hat ausschließlich beratenden Charakter, die Entscheidung verbleibt beim leitenden Arzt.
- „Transparenz, nicht Verschwiegenheit“: Die Arbeit eines Klinischen Ethikkomitees möchte die Transparenz der Entscheidungsfindung erhöhen, sodass die Mitarbeiter und/oder Angehörigen verstehen, warum eine Entscheidung in welcher Weise getroffen wird.
- „Freiwillig, nicht vorgeschrieben“: Klinische Ethikberatung ist weder gesetzlich vorgeschrieben, noch kann sie dem Behandlungsteam intern oktroyiert werden. Nur wenn jemand, der vom Behandlungsfall betroffen ist, ethische Beratung möchte, wird das Klinische Ethikkomitee aktiv.

Das Klinische Ethikkomitee setzt sich aus Angehörigen des jeweiligen Krankenhauses/der jeweiligen Einrichtung zusammen. Seine Aufgaben sind insbesondere:

1. die Moderation von Teambesprechungen in ethisch schwierigen Fällen
2. die Sensibilisierung aller Mitarbeiter für ethische Themen
3. die Vermittlung von Empfehlungen, wie sie in diesem Ethik-Codex niedergeschrieben sind

Unterstützt werden die Klinischen Ethikkomitees der Einrichtungen durch die Provinz-Ethikkommission der Barmherzigen Brüder. Die genauere Verfahrensweise regelt ein Statut, das 2010 gemäß einem Beschluss der Provinz-Ethikkommission erarbeitet wird.

## 2.4 Formale Gestaltungskriterien für den klinischen Entscheidungsprozess

Der formale Ablauf des klinischen Entscheidungsprozesses sollte regelmäßig hinterfragt werden, damit nicht ungewollte Muster vollzogen werden (38). Dabei ist Folgendes zu bedenken:

### 2.4.1.1 Wer ist in die Entscheidungsfindung einzubinden?

- der Patient, wenn er einwilligungsfähig ist
- das Behandlungsteam unter Leitung und Letztverantwortung des behandelnden Arztes
- die Angehörigen/Freunde als primäre soziale Bezugspersonen des Kranken und als Auskunftspersonen über den mutmaßlichen Patientenwillen
- das Kind, soweit es einsichts- und urteilsfähig ist
- der nicht einwilligungsfähige Patient mittels seiner Patientenverfügung
- der nicht einwilligungsfähige Patient mittels der von ihm bevollmächtigten Person
- der Sachwalter als gesetzlicher Vertreter für das Wohl und den Willen des Patienten
- das Klinische Ethikkomitee zur Beratung und Vermittlung in unklaren oder strittigen Fällen
- die Geschäftsführung der Krankenanstalt bei anhaltenden Konflikten
- das Gericht als letztes Sicherheitsnetz zur Wahrung des Patientenwohls, wenn eine der beteiligten Parteien dieses zu verletzen droht

### 2.4.1.2 Wie ist der Entscheidungsprozess zu gestalten?

- partizipativ: Es sollen möglichst alle an einem klinischen Fall Beteiligten eingebunden werden. Sie haben das Recht, in ihrer Einschätzung gehört zu werden.
- transparent: Entscheidungen und die für sie maßgeblichen Gründe sind für alle aus dem Behandlungsteam Betroffenen klar und eindeutig zu kommunizieren. Auf Verschwiegenheitspflichten gegenüber Dritten (auch Angehörigen) ist zu achten.
- fachlich kompetent: Die für die Entscheidung notwendigen medizinischen, pflegerischen, sozialen, religiös-weltanschaulichen Fragen sind zu berücksichtigen und zu klären. Bei Bedarf soll vor der Entscheidung eine zusätzliche Meinung (Konsil) oder eine Beratung (Klinisches Ethikkomitee) eingeholt werden.
- zeitlich und örtlich adäquat: Die Entscheidungsfindung soll – so weit wie möglich – genügend Zeit erhalten und an Orten geschehen, an denen die Beteiligten nicht zu sehr von den äußeren Umständen gestört werden.

## 2.5 Inhaltliche Entscheidungsregeln für den klinischen Entscheidungsprozess

Obwohl es schwierig ist, allgemeine inhaltliche Entscheidungsregeln für ethische Konflikte zu formulieren (da der jeweilige Kontext stets zu berücksichtigen ist), können doch folgende grundsätzliche Orientierungspunkte genannt werden:

*Ceteris paribus* (d. h. unter sonst gleichen Bedingungen, was natürlich eine Modellannahme ist, denn in der Realität sind zwei Situationen niemals völlig identisch) gilt:

- Elementare Güter haben Vorrang gegenüber Gütern, die diese voraussetzen.
- Dringliche Güter haben Vorrang gegenüber nicht so dringlichen Gütern.
- Dringliche Güter haben Vorrang gegenüber elementaren Gütern, außer es handelt sich beim elementaren Gut um das Leben.
- Jene Option, die mehr Nutzen stiften kann, ist einer Option, die weniger Nutzen stiften kann, vorzuziehen.
- Jene Option, die für mehr Betroffene einen Nutzen stiften kann, ist einer Option, die für weniger Betroffene einen Nutzen stiften kann, vorzuziehen.
- Jene Option, die ein bestimmtes Übel mit geringerer Wahrscheinlichkeit zur Folge hat, ist einer Option, die das Übel mit größerer Wahrscheinlichkeit verursacht, vorzuziehen.
- Jene Option, die mit einem geringeren bzw. kürzeren Übel verbunden ist, ist einer Option mit größerem bzw. längerem Übel vorzuziehen.

Um weder in eine utilitaristische noch in eine deontologische Falle zu tappen, ist bei den Regeln neben den *Ceteris-paribus*-Bedingungen Folgendes zu bedenken:

- Ein guter Zweck rechtfertigt nicht jedes Mittel.
- Gut gemeint ist noch lange nicht gut (d. h. richtig) gemacht.



## 3 Empfängnisregelung

Inhalt:

- ▶ Das Prinzip der verantworteten Elternschaft
- ▶ Begriffsdefinitionen: Kontrazeptiva – Nidationshemmer
- ▶ Methoden der natürlichen Empfängnisregelung
- ▶ Andere Methoden der Empfängnisregelung
- ▶ Die besondere Problematik von Levonorgestrel

### 3.1 Grundlage: Das Prinzip der verantworteten Elternschaft

Aus ethischer wie theologischer Perspektive bildet das Prinzip der verantworteten Elternschaft die Grundlage für die Empfängnisregelung. Gemäß diesem Prinzip obliegt es der Verantwortung der Eltern, über die Anzahl ihrer Kinder zu entscheiden. Für die Gewissensbildung in dieser Frage sind insbesondere folgende, vom 2. Vatikanischen Konzil formulierte (26, S. Nr. 50) Punkte zu beden

- das Wohl der Eltern selbst
- das Wohl ihrer Kinder – der schon geborenen und der zu erwartenden
- die materiellen und geistigen Verhältnisse der Zeit und ihres Lebens
- das Wohl der Gesamtfamilie, der Gesellschaft und der Kirche

Es erscheint nicht nur aus christlicher, sondern auch aus allgemein-menschlicher Sicht verantwortungslos, ohne die notwendigsten Voraussetzungen für eine entsprechende Obsorge und Erziehung eines Kindes Leben zu zeugen.

Das Prinzip der verantworteten Elternschaft ist unbestritten. Einen Streitpunkt stellt allerdings die sich aus dem Prinzip ergebende Frage nach der sittlichen Erlaubtheit der Methoden der Empfängnisregelung dar. Das katholische Lehramt hat wiederholt festgehalten, dass die Kirche jene Handlungen nicht gutheißen kann, die „entweder in Voraussicht oder während des Vollzugs des ehelichen Aktes oder im Anschluss an ihn beim Ablauf seiner natürlichen Auswirkungen darauf abstellen, die Fortpflanzung zu verhindern, sei es als Ziel, sei es als Mittel zum Ziel“ (39, S. Nr. 14). Nach Auffassung des katholischen Lehramts stellt die Methode der natürlichen Familienplanung (vgl. weiter unten) die einzig sittlich erlaubte und damit auch empfohlene Methode zur Empfängnisregelung dar.

Das Lehramt bezieht sich jedoch bei seiner Ablehnung auf die „im Einklang mit der menschlichen Würde human vollzogenen ehelichen Akte“ (12, S. 2.1.3.1). Wo dies nicht der Fall ist, kann die Anwendung empfängnisverhütender Mittel, die nicht ni-

dationshemmend wirken, toleriert werden. „Jede Art von sexueller Gewalt und Nötigung ist abzulehnen, außerhalb, aber auch innerhalb der Ehe“ (12, S. 1.2, .1.3.1).

### 3.2 Begriffsdefinitionen

Angesichts von immer wiederkehrenden Verwirrungen in der öffentlichen Berichterstattung über Methoden der Empfängnisregelung sind klare Begriffsdefinitionen wichtig (40):

1. Natürliche Empfängnisregelung (⇒ Kapitel 3.3)
2. Kontrazeptiva: Mittel, welche die Befruchtung der Eizelle verhindern
  - a. Mechanische Methoden: Präservativ/Kondom
  - b. Chemische Methoden: Spermizide
  - c. Hormonale Methoden (Ovulationshemmer): Östrogen-Gestagen-Kombinationspräparate, transdermale Pflaster, Vaginalring, Depotpräparate, Implantate
3. Nidationshemmer: Mittel, die nicht die Konzeption, sondern die Nidation verhindern
  - a. Im Sinn einer prophylaktischen Maßnahme (d. h. vor dem Geschlechtsverkehr): Intrauterinpressar, gestagenhaltiges Intrauterinsystem
  - b. Als Maßnahme bei vermuteter ungewollt eingetretener Konzeption, aber vor der Nidation (sogenannte Interzeption) (41, S. Nr. 23)

Aus rechtlicher Sicht wird keine dieser Methoden als Schwangerschaftsabbruch angesehen, da rechtlich eine Schwangerschaft erst mit vollendeter Nidation vorliegt. Medizinisch beginnt das menschliche Leben mit der Vereinigung von Ei und Samenzelle. Aus Sicht der katholischen Morallehre sind Nidationshemmer daher insofern als sogenannte „frühabtreibende“ Mittel anzusehen, als sie ein schon begonnenes Menschenleben abbrechen und damit gegen das Prinzip der Heiligkeit des Lebens verstoßen (⇒ Kapitel 1.3; 7.2).

### 3.3 Methoden der natürlichen Empfängnisregelung

Natürliche Familienplanung (NFP) bzw. natürliche Empfängnisregelung (NER) ist eine Methode, bei der Körperzeichen beobachtet werden, die sich im Laufe des Zyklus ganz typisch verändern. Diese Zeichen lassen die fruchtbaren bzw. unfruchtbaren Tage eindeutig erkennen und können damit sowohl zur Vermeidung einer Schwangerschaft als auch zur Erfüllung des Kinderwunsches eingesetzt wer-

den. Die Methode beruht konkret auf der Kombination von Temperaturmessung und der Beobachtung bestimmter Körpersymptome (v. a. der Struktur des Cervixschleims oder LH-Anstieg) und wird daher auch „sympto-thermale Methode“ genannt. Die Beobachtung dieser beiden Symptome ist normalerweise ausreichend. Als weiteres Kriterium kann der Zustand des Muttermunds ertastet werden. Voraussetzung für die Sicherheit des Ausschlusses einer Empfängnis ist ein hinreichendes Maß an Disziplin (tägliche Messung bzw. Beobachtung) sowie die Bereitschaft, mehrere Tage im Monat keinen Verkehr zu haben. Die Vorteile dieser Methode liegen in ihrer Natürlichkeit (keine Zuhilfenahme hormoneller oder technischer Hilfsmittel), daher gibt es keinerlei gesundheitliche Nebenwirkungen. Sie ist ein partnerschaftlicher Weg, da sie den Mann mit einbezieht, der z.B. die Aufzeichnung der Beobachtungen in die dafür vorgesehene Tabelle vornehmen kann und Rücksicht nimmt auf den Zyklus der Frau; das Paar ist somit im Gespräch über die natürlichen Vorgänge im Körper der Frau.

### 3.4 Andere Methoden der Empfängnisregelung

Das kirchliche Lehramt weist auf die alleinige Erlaubtheit der natürlichen Empfängnisregelung hin, die allerdings wegen der damit verbundenen zeitweiligen Enthaltsamkeit des Paares ein nicht geringes Maß an Selbstbeherrschung und partnerschaftlicher Disziplin verlangt. Insofern andere Methoden aber aus therapeutischen Gründen zum Einsatz kommen (z. B. bei der Behandlung von Endometriose, Dys-/Hypermenorrhoe oder Hautakne), wird die kontrazeptive Wirkung nicht direkt angezielt, sondern kann als unbeabsichtigte Nebenwirkung toleriert werden. Dabei ist jedoch durch korrekte Befolgung der Einnahmевorschriften darauf zu achten, dass es zu keiner Durchbruchsovulation kommt (12, S. 19).

Ebenso bezieht das Lehramt sich in seiner Verurteilung empfängnisverhütender Mittel auf einen Kontext, wo menschliche Sexualität „im Einklang mit der menschlichen Würde“, also vollmenschlich, vollpersonal, frei und bewusst vollzogen wird (12). „Zur Abwehr sexueller Gewalt“ (12, S. 2.1.3.1), aber auch „bei psychisch kranken Frauen als „ultima ratio““ (42) ist es in Not- und Konfliktfällen zulässig, Maßnahmen zu setzen, die eine mögliche Empfängnis verhindern. Dies lässt die Anwendung von empfängnisverhütenden Mitteln auch bei geistig Behinderten in bestimmten Fällen als zulässig erscheinen.

Unbeschadet der generellen moralischen Problematik der genannten anderen Formen von Empfängnisregelung sind diese doch nicht einfach ethisch gleichwertig. Unterschiede ergeben sich aus folgenden Gesichtspunkten:

- Zuverlässigkeit einer Methode
- mögliche Beeinträchtigung der physischen und/oder psychischen Gesundheit vor allem der Frau
- Ausmaß des Eingriffs in den menschlichen Organismus
- Einfluss der Methode auf die partnerschaftliche Beziehung

Wie bei allen Eingriffen in den menschlichen Organismus erfordern das Nichtschadensprinzip und das Prinzip der Fürsorge das Vorliegen gewichtiger Gründe und die Bedachtnahme auf mögliche (negative) Folgen. Mildere Mittel besitzen generell Vorrang vor gravierenderen Mitteln. Allein schon deshalb genießt die Methode der natürlichen Empfängnisregelung Vorrang gegenüber anderen Methoden.

Vor allem ist der grundsätzliche ethische Unterschied zwischen Kontrazeption (Verhütung von Befruchtung) und all jenen Methoden zu sehen, welche begonnenes menschliches Leben an seiner weiteren Entfaltung hindern bzw. direkt töten.

Das Lehramt der Kirche anerkennt, dass die Beobachtung der Norm von *Humanae Vitae* „notwendige Voraussetzungen“ hat, die es in manchen Fällen erst zu schaffen gilt, was immer wieder „nicht wenig Geduld, Einfühlung und Zeit“ benötigt (43, S. 34), und dass das sittlich Gute oft nur graduell, „in einem stufenweisen Wachstum“ zu verwirklichen ist. (Dieses „Gesetz der Gradualität“ ist jedoch nicht mit einer „Gradualität des Gesetzes“ zu verwechseln [43]).

### 3.5 Die besondere Problematik von Levonorgestrel

Besondere Fragen und Probleme im Kontext der Empfängnisregelung ergeben sich bei der Beurteilung von Levonorgestrel, auf das im Folgenden eingegangen wird.

#### 3.5.1.1 Unterscheidung zwischen Levonorgestrel („Pille danach“) und Mifepriston („Abtreibungspille“)

Das synthetische Gestagen Levonorgestrel ist offiziell ein Hormonpräparat zur Verhinderung der Schwangerschaft nach ungeschütztem Geschlechtsverkehr. Es wird in Österreich unter den Handelsnamen Vikela® und Postinor® vertrieben. Im umgangssprachlichen Gebrauch wird Levonorgestrel auch „Pille danach“ (bzw. englisch „*morning-after pill*“) genannt.

Die sogenannte Pille danach (= Levonorgestrel) ist medizinisch und rechtlich streng von einer sogenannten Abtreibungspille abzugrenzen. Letztere, die „Abtreibungspille“ (manchmal auch „RU-486“ genannt), enthält den Wirkstoff Mifepriston (einen Progesteron-Rezeptor-Antagonisten) und wird unter den Handelsnamen

Mifegyne® oder Mifeprex® vertrieben. Mifepriston hat eine abtreibende Wirkung und ist während der gesamten Schwangerschaft wirksam.

### 3.5.1.2 Indikation, Anwendung und Administration von Levonorgestrel

Levonorgestrel wird seitens der WHO für Frauen im gebärfähigen Alter als Notfallverhütung für folgende Situationen ausdrücklich empfohlen (44):

- wenn nicht verhütet wurde oder das Kondom gerissen ist
- wenn Zweifel an der Wirksamkeit der Verhütungsmethode besteht (z. B. die Pille vergessen wurde)
- in Fällen von sexuellen Misshandlungen

Das Präparat wird als einmalige Dosis von 1,5 mg verabreicht. Die Einnahme soll möglichst bald nach dem Geschlechtsverkehr, spätestens aber 72 Stunden postkoital erfolgen. Die Schwangerschaftsverhinderungsrate beträgt je nach Zeitpunkt der Einnahme zwischen 90 und 60 Prozent.

### 3.5.1.3 Die ethische Problematik

Ein Problem stellt die unklare Wirkungsweise von Levonorgestrel dar, die z. B. prägnant im Beipackzettel von Postinor® zum Ausdruck kommt (für das pharmakologisch idente Präparat Vikela® gilt Analoges):

„Der genaue Wirkmechanismus von Postinor ist nicht bekannt. Bei der empfohlenen Anwendung dürfte Levonorgestrel hauptsächlich durch Hemmung der Ovulation und Fertilisation wirken, wenn der Geschlechtsverkehr in der präovulatorischen Phase, wo die Wahrscheinlichkeit der Fertilisation am größten ist, stattgefunden hat. Levonorgestrel könnte auch Veränderungen des Endometriums bewirken, die eine Implantation beeinträchtigen. Falls die Implantation bereits begonnen hat, ist Levonorgestrel unwirksam.“

Die hier genannten Zweifel über den Wirkmechanismus, die für die ethische Beurteilung bedeutsam sind, spiegeln sich auch in der wissenschaftlichen Literatur wider.

### 3.5.1.4 Schlussfolgerungen und ethische Empfehlungen

Angesichts dieser Unsicherheit über die Wirkweisen von Levonorgestrel ergibt sich folgende Bewertung:

- Rechtzeitig eingenommen, verhindert Levonorgestrel den Eisprung und beeinträchtigt somit nicht die Entwicklung einer bereits befruchteten Eizelle. Dies setzt allerdings voraus, dass der Zeitpunkt der Ovulation bekannt ist.

- Nach erfolgter Nidation hat Levonorgestrel nach allgemeiner wissenschaftlicher Erkenntnis keine negativen Effekte auf den Embryo und führt daher nicht zu einem Schwangerschaftsabbruch. Insofern stellt die Einnahme in diesem Fall kein ethisches Problem dar (abgesehen von eventuellen sonstigen Nebenwirkungen für die Frau).
- Nicht eindeutig geklärt ist hingegen der Wirkmechanismus von Levonorgestrel in der Phase zwischen Eisprung und Nidation (Interzeption): Das Präparat beeinträchtigt mit hoher Wahrscheinlichkeit eine befruchtete Eizelle auf ihrem Weg zur Implantation (ca. sechs bis sieben Tage) oder verhindert die Implantation selbst. Damit wird in das Lebensrecht des frühen Embryos eingegriffen (⇒ Kapitel 7.2) und dessen Überleben gezielt verhindert.

Es ergeben sich folgende praktische Schlussfolgerungen:

1. Levonorgestrel wird aufgrund der genannten unklaren Effekte auf die Interzeption in Krankenhäusern der Barmherzigen Brüder *nicht rezeptiert*. Die Ärzte können sich hierbei auf die Gewissensklausel (§ 97 Abs. 2 StGB) berufen, sollten dabei gegenüber einer Patientin jedoch keinesfalls missachtend oder verletzend sein, sondern versuchen, ihr in anderer Weise zu helfen und sie in dieser Situation zu ermutigen, sich mit einer eventuellen Schwangerschaft positiv auseinanderzusetzen.
2. Levonorgestrel wird in Apotheken der Barmherzigen Brüder *nicht vorrätig lagernd* gehalten.
3. Ein darüber hinausgehendes *Verbot der Abgabe* müsste aufgrund des grundsätzlichen Kontrahierungszwangs öffentlicher Apotheken und fehlender gesetzlicher Gewissensklauseln für Apotheker allerdings vom Rechtsträger mit expliziter dienstlicher Weisung erfolgen, und dieser müsste dafür die rechtliche Verantwortung übernehmen (⇒ Kapitel 11).

## 4 Sterilisation

Inhalt:

- ▶ Begriffe
- ▶ Rechtliche Rahmenbedingungen
- ▶ Ethische Empfehlungen vor dem Hintergrund katholischer Lehre

### 4.1 Begriffsdefinitionen

Sterilisation ist ein Eingriff in die Integrität eines Menschen, der dessen Empfängnis- bzw. Zeugungsunfähigkeit zur Konsequenz hat (45).

- Beim Mann geschieht dies für gewöhnlich durch die Trennung der Samenleiter (Vasektomie).
- Bei der Frau wird eine Sterilisation in der Regel durch eine Durchtrennung der Eileiter durchgeführt (Tubenligatur).

Lege artis vorgenommen, führt die Sterilisation zu einer nur unter optimalen Bedingungen revidierbaren Empfängnis- bzw. Zeugungsunfähigkeit. Eine praktisch „hundertprozentige“ Sicherheit der Fortpflanzungsunfähigkeit nach Sterilisation kann jedoch niemals garantiert werden (vgl. Fälle, in denen die Samenleiter wieder zusammenwuchsen und der Mann zeugungsfähig wurde) (45).

#### 4.1.1 Elektive Sterilisation

Die Sterilisation ist heute weltweit eine der am häufigsten eingesetzten Formen der Empfängnisverhütung (46). In diesem Sinn kann von einer ohne sonstige medizinische Indikation vorgenommenen, elektiven Sterilisation gesprochen werden. In manchen Dokumenten wird diese als „direkte“ Sterilisation bezeichnet (12).

#### 4.1.2 Therapeutische Sterilisation

Eine Sterilisation kann aber auch die Nebenfolge eines medizinisch indizierten Eingriffs sein, wenn für die Fortpflanzung notwendiges Gewebe entfernt oder manipuliert werden muss, um den Patienten vor einem gesundheitlichen Schaden zu bewahren (z. B. Entfernung des Uterus im Rahmen einer Krebstherapie). Ist die Empfängnis- bzw. Zeugungsunfähigkeit nicht das intendierte Ziel, sondern die bloß in Kauf genommene Nebenfolge, so kann von einer therapeutischen Sterilisation gesprochen werden. Sie wird mitunter auch als „indirekte Sterilisation“ bezeichnet (12).

### 4.1.3 Prophylaktische Sterilisation

Wieder eine andere Intention liegt zugrunde, wenn eine Sterilisation keine Nebenfolge einer Therapie, aber auch keinen bewusst vom Patienten gewählten Eingriff zur Empfängnisverhütung ohne sonstige medizinische Indikation darstellt. Zu denken wäre hier an vier Fallgruppen:

1. *einwilligungsfähige* Menschen, die sich aus physiologischen Gründen mit einer Schwangerschaft in *Lebensgefahr* bringen würden. Die Sterilisation soll diese Lebensgefahr mit einer hohen Wahrscheinlichkeit ausschließen.
2. *einwilligungsfähige* Menschen, die eine Disposition haben, welche zwar nicht bei ihnen selbst, aber bei ihren *Nachkommen* zu einer schweren Erkrankung führen kann (z. B. Chorea Huntington). Die Sterilisation soll dies verhindern.
3. *einwilligungsfähige* Menschen, die eine *psychische Krankheit* und die berechtigte Sorge haben, dass die *Medikamente*, die ihre Krankheit lindern bzw. sie einwilligungsfähig machen, zu einer Schädigung des Kindes während einer Schwangerschaft führen können. Sie wollen sich sterilisieren lassen, damit eine solche Risikoschwangerschaft unterbleibt.
4. *nicht einwilligungsfähige* Menschen mit einer geistigen Behinderung, die Bedeutung und Tragweite ihrer Fortpflanzungsfähigkeit nicht abschätzen können. Die Sterilisation soll daher eine Schwangerschaft verhindern.

Bei diesen Fallgruppen kann von einer prophylaktischen Sterilisation gesprochen werden, da die Beendigung der Fortpflanzungsfähigkeit in Hinblick auf das Risiko einer zukünftigen Erkrankung vorgenommen wird. Dabei ist jedoch zu unterscheiden:

- Nur in Gruppe 1 wäre durch eine Schwangerschaft das Leben der Frau gefährdet.
- In den Gruppen 2, 3 und 4 geht es um die Unterbindung einer Schwangerschaft in Hinblick auf das potenzielle Risiko für einen Dritten (die Nachkommen).

## 4.2 Rechtlicher Rahmen

### 4.2.1 Elektive Sterilisation

Eine elektive Sterilisation ist rechtlich erlaubt, wenn die folgenden Bedingungen erfüllt sind (§ 90 Abs. 2 StGB):

- Sie wird von einem Arzt durchgeführt.
- Sie wird an einer einwilligungsfähigen Person nach Aufklärung und Zustimmung (Informed Consent) durchgeführt.
- Diese Person hat das 25. Lebensjahr bereits vollendet, oder

- die Person ist zwischen 18 und 25 Jahren und der Eingriff verstößt nicht gegen die guten Sitten.
- Wenn es sich um eine Person unter 18 Jahren handelt, darf eine elektive Sterilisation auch nicht mit Zustimmung der Eltern durchgeführt werden (§ 146d ABGB).

#### 4.2.2 Therapeutische Sterilisation

Ist die Sterilisation eine bloße Nebenfolge einer Therapie, so gelten für ihre rechtliche Beurteilung die allgemeinen Informed-Consent-Kriterien einer Heilbehandlung:

- Ist die Person über 18 Jahre alt und einwilligungsfähig, bestimmt sie selbst über den Eingriff.
- Ist die Person unter 18 Jahre alt und einwilligungsfähig, ist neben ihrer Einwilligung auch die Zustimmung der Obsorgeberechtigten nötig (§ 146c ABGB).
- Ist eine Person besachwaltet, so muss neben dem Sachwalter auch das Gericht seine Zustimmung zu dem Heileingriff, der eine Sterilisation als Nebenfolge hat, geben (§ 283 Abs. 2 ABGB).

#### 4.2.3 Prophylaktische Sterilisation

##### 4.2.3.1 Bei einwilligungsfähigen Personen

Eine prophylaktische Sterilisation ist rechtlich unter denselben Bedingungen zulässig wie eine elektive.

##### 4.2.3.2 Bei nicht einwilligungsfähigen Personen mit einer Behinderung

Handelt es sich um eine Person mit geistiger Behinderung, die besachwaltet (d. h. nicht einwilligungsfähig) ist, so ist eine prophylaktische Sterilisation unter folgenden Bedingungen erlaubt (§ 284 ABGB):

1. Wenn die Sterilisation unterbleiben würde, käme es zu einem dauerhaften körperlichen Leiden.
2. Dieses dauerhafte Leiden würde eine erhöhte Lebensgefahr oder eine schwere Schädigung der Gesundheit des Menschen mit Behinderung (nicht eines Dritten!) bedeuten.
3. Das Gericht stimmt der Einwilligung des Sachwalters zu.

Damit hat das Recht ausschließlich das Wohlergehen der besachwalteteten Person im Blick. Umgekehrt gilt somit: „Aus psychiatrischen oder psychosozialen Gründen darf daher eine Sterilisation niemals durchgeführt werden. Auch eine genetische Erkrankung der Mutter kann eine Unfruchtbarmachung nicht rechtfertigen, weil das Gesetz nicht auf die Möglichkeit einer Schädigung des Kindes abstellt“ (47).

### 4.3 Die ethische Beurteilung der Sterilisation auf dem Hintergrund der katholischen Lehre

Aus der Sicht der katholischen Lehre sind, unbeschadet rechtlich verbindlicher Grenzen, folgende allgemeine Gesichtspunkte bezüglich der Sterilisation zu beachten:

Die grundlegende ethische Problematik der Sterilisation besteht in der Sicht des katholischen Lehramtes darin, dass sie „dauernd oder vorübergehend, als Ziel oder auch als Mittel zum Ziel [...] die grundsätzliche Offenheit des ehelichen Aktes für das Leben prinzipiell aufhebt und ausschließt“ (12, S. 2.1.3.4; 28, S. Nr. 11; 48), wodurch die wesenhafte Zusammengehörigkeit von zwischenmenschlicher Liebe und Weitergabe des Lebens in der ehelichen Sexualität aufgelöst wird. Darüber hinaus unterscheidet die Sterilisation sich von der oralen Kontrazeption dadurch, dass sie einen schwerwiegenderen, meist irreversiblen Eingriff in die körperliche Integrität eines Menschen darstellt. Damit wird ein Mensch in irreversibler Weise der grundlegenden menschlichen Fähigkeit der Fortpflanzung und, wenn dies ohne oder gegen seinen Willen erfolgt, eines grundlegenden menschlichen Rechtes beraubt.

Die Anwendung empfängnisverhütender Mittel, die nicht nidationshemmend wirken, gilt als erlaubt, wenn der Ausschluss einer künftigen Empfängnis nicht das intendierte Ziel, sondern nur die zugelassene Nebenfolge darstellt, etwa wenn es primär darum geht, einen gesundheitlichen Schaden oder gar eine Gefährdung des Lebens abzuwenden (12, S. 2.1.3.). Ebenso bezieht das Lehramt sich in seiner Verurteilung empfängnisverhütender Mittel auf einen Kontext, wo menschliche Sexualität „im Einklang mit der menschlichen Würde“, also vollmenschlich, vollpersonal, frei und bewusst vollzogen wird (12, S. 2.1.3.1). „Zur Abwehr sexueller Gewalt“ (12), aber auch „bei psychisch kranken Frauen als ‚ultima ratio‘“ (42) ist es in Not- und Konfliktfällen zulässig, Maßnahmen zu setzen, die eine mögliche Empfängnis verhindern. Analoge Überlegungen müssen vernünftigerweise für die Sterilisation Geltung haben. Diese ist erlaubt, wenn das primäre und unmittelbare Ziel die Verhütung eines nicht anders abwendbaren Schadens für die Gesundheit ist. Eine Sterilisation kann daher nach medizinischer Indikation entsprechend dem Prinzip der doppelten Wirkung innerhalb der rechtlichen Rahmenbedingungen gerechtfertigt werden, wenn:

1. Leben bzw. Gesundheit der betroffenen Person unmittelbar oder durch eine Schwangerschaft gefährdet sind,
2. die Gefahr nicht anders als durch einen entsprechenden Eingriff abgewendet werden kann und
3. der Ausschluss der Fortpflanzung nicht das primär intendierte Ziel ist.

Eine Sterilisation nicht einwilligungsfähiger Menschen aus anderen Gründen stellt hingegen schon rechtlich eine nicht wählbare Option dar. Umso mehr ist sie aus ethischer Sicht abzulehnen, da hier der betroffene Mensch in seiner leibseelischen Integrität verletzt wird und gehindert wird, im betreffenden Bereich der Integration der sexuellen Kräfte in seiner Persönlichkeit zu reifen.

Sollte es trotz aller Vorsichtsmaßnahmen bei nicht einwilligungsfähigen Personen (vor allem bei geistiger Behinderung) zu einer Schwangerschaft kommen, so bemühen sich die Barmherzigen Brüder im Rahmen ihrer rechtlichen und menschlichen Möglichkeiten darum, dass dieses Kind zur Welt kommen darf und entsprechende Pflege und Obsorge erhält. Die Abtreibung eines solchen Kindes ist aus christlicher Sicht keine vertretbare Option.

Auch bei einwilligungsfähigen Personen ist eine Sterilisation allein als Methode der Empfängnisverhütung aus katholischer Sicht nicht zu rechtfertigen. Wendet sich eine Frau oder ein Mann mit dem Wunsch nach einer Sterilisation an eine Einrichtung der Barmherzigen Brüder, so soll diese Person nach einem ausführlichen Anamnese- und Aufklärungsgespräch, in dem geklärt werden muss, ob es sich tatsächlich um einen elektiven Sterilisationswunsch handelt, darauf hingewiesen werden, dass ein derartiger Eingriff hier nicht vorgenommen werden kann.

In die Aufklärung und Beratung über die Ursachen, Motive und Folgen einer Sterilisation sollte neben der Person, deren Sterilisation diskutiert wird, grundsätzlich auch ein allfällig vorhandener Ehe- oder Lebenspartner einbezogen werden, da der Eingriff unweigerlich Auswirkungen auf das Paar und nicht nur die einzelne Person hat.

 Dokumentation: Sterilisation ⇨ Kapitel 22.3



## 5 Reproduktionsmedizin

Inhalt:

- ▶ Der unerfüllte Kinderwunsch
- ▶ Begriffsdefinitionen
- ▶ Medizinische und ethische Probleme
- ▶ Reproduktionsmedizin und christliches Menschenbild aus Sicht des katholischen Lehramts
- ▶ Abschließende Empfehlungen

### 5.1 Einleitung: Der unerfüllte Kinderwunsch

Das Ausgangsproblem der Reproduktionsmedizin ist die unerwünschte Kinderlosigkeit von Paaren. Kinderlosigkeit als solche ist zwar keine Krankheit, jedoch liegen dem unerfüllten Kinderwunsch sehr häufig Krankheiten eines oder beider Partner zugrunde. Die WHO geht davon aus, dass eine ungewollte Kinderlosigkeit dann eine behandlungsbedürftige Fruchtbarkeits- bzw. Zeugungsstörung ist, wenn in einem Zeitraum von einem Jahr, in dem regelmäßig ungeschützter Geschlechtsverkehr vollzogen wurde, keine Schwangerschaft zustande kommt (49).

Die moderne Medizin hat für diese Situation eine Reihe von Techniken entwickelt, die Paaren dabei helfen sollen, ihren Kinderwunsch zu erfüllen. Auf die mögliche ethische Problematik dieser Techniken wird im Folgenden eingegangen.

### 5.2 Begriffsdefinitionen

Unter den heute gebräuchlichen Techniken der Reproduktionsmedizin kann man grob zwei Ansätze unterscheiden:

- Assistierte Insemination: Hierbei wird Samen mechanisch in die Frau eingebracht. Die Befruchtung der Eizelle findet in vivo statt.
- In-vitro-Fertilisation (IVF): Hierbei findet die Befruchtung der Eizelle außerhalb des weiblichen Körpers statt. Eine Variante der IVF ist die Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI); dabei wird ein Spermium mechanisch in die Eizelle eingebracht. Es gibt aber laufend neue Techniken.

In Bezug auf die Herkunft der Gameten lassen sich noch folgende Begriffe differenzieren:

- heterolog: Gameten stammen von (anonymen) Dritten. Dies ist in Österreich rechtlich nur bei der assistierten Insemination – d.h. für den Samen – zulässig.

- homolog: Gameten stammen von den Ehe- oder Lebensgemeinschaftspartnern selbst. Dies ist in Österreich eine Bedingung für die IVF.

### 5.3 Medizinische und ethische Probleme

Auch wenn sich die reproduktionsmedizinischen Methoden heute als Standardbehandlung etabliert haben, sind sie doch mit gravierenden Problemen behaftet, die eine ethische Auseinandersetzung erfordern: Zentral sind dabei folgende drei Themen:

- Belastung für die Frau: Im Zuge der IVF-Behandlung muss sich die Frau einer hormonellen Stimulation zur vermehrten Follikelproduktion unterziehen. Neben der allgemeinen physiologischen und psychischen Belastung kann es dabei zu einem ovariellen Hyperstimulationssyndrom (OHSS) kommen, das unterschiedliche Schweregrade aufweist.
- Mehrlingsschwangerschaften: Aufgrund der statistisch geringen Wahrscheinlichkeit, im Rahmen einer IVF schwanger zu werden, und angesichts des Aufwands, der im Zuge der IVF-Behandlung betrieben werden muss, werden zwei bis drei Embryonen in die Frau transferiert. Dies erhöht einerseits die Chance auf eine Schwangerschaft, andererseits aber auch die Wahrscheinlichkeit einer Mehrlingsschwangerschaft. Diese stellt sowohl für die Frau als auch für die Kinder ein erhebliches medizinisches Risiko dar. Allerdings wird in letzter Zeit von Reproduktionsmedizinerinnen der Single-Embryo-Transfer propagiert, der das Risiko einer Mehrlingsschwangerschaft massiv reduziert.
- Überzählige Embryonen: Im Rahmen der gegenwärtigen medizinisch-technischen Möglichkeiten werden gewöhnlich mehr Eizellen entnommen, befruchtet und anschließend kryokonserviert, als dann tatsächlich für die weitere Behandlung benötigt werden. Diese im Rahmen der routinemäßig durchgeführten IVF anfallenden „überzähligen“ Embryonen stellen, was den weiteren Umgang mit ihnen angeht, ein gravierendes ethisches Problem dar. Derzeit werden folgende Lösungen diskutiert: Auftauen und absterben lassen nach einer gesetzlich festgesetzten Frist; Freigabe für die Adoption; Verwendung für die Forschung.

### 5.4 Reproduktionsmedizin und christliches Menschenbild

Die katholische Kirche steht Maßnahmen zur Behebung der Unfruchtbarkeit grundsätzlich positiv gegenüber: „Forschungsarbeiten zur Behebung der Unfruchtbarkeit sind zu ermutigen, vorausgesetzt, dass sie ‚im Dienst der menschlichen Person stehen, ihrer unveräußerlichen Rechte sowie ihres wahren und ganzheitlichen

Wohls gemäß dem Plan und dem Willen Gottes‘ (DnV intr. 2)“ (50, S. Nr. 2375).

Für das katholische Lehramt müssen Verfahren der künstlichen Befruchtung jedoch insgesamt im Licht von drei grundlegenden Gütern ethisch beurteilt werden:

- der Schutzwürdigkeit jedes menschlichen Lebens von der Empfängnis bis zum natürlichen Tod,
- der Einheit der Ehe, „welche die gegenseitige Achtung des Rechtes der Eheleute einschließt, dass der eine nur durch den anderen Vater oder Mutter wird“ (41, S. 12),
- dem der menschlichen Geschlechtlichkeit eigenen Sinn, dass „die Zeugung einer menschlichen Person [...] Frucht des spezifisch ehelichen Aktes der Liebe zwischen den Eheleuten“ sein sollte (51, S. II.B.4).

Daraus ergibt sich die Ablehnung aller Methoden, die zu einer Verletzung des Lebensrechtes früher menschlicher Embryonen führen, eine besondere Zurückweisung aller heterologen Techniken, bei denen der Raum der ehelichen Partnerschaft gesprengt wird, drittens jedoch eine grundsätzliche Problematisierung künstlicher Reproduktionstechniken, insofern bei ihnen die menschliche Person zur Frucht eines technischen Aktes wird.

Obwohl zwischen der heterologen und der homologen Befruchtung ein sittlich relevanter Unterschied besteht, weil Letztere nicht „von all der ethischen Negativität belastet“ ist, „die man in der außerehelichen Fortpflanzung vorfindet“ (51, S. II.B.5), kann die grundsätzliche ethische Problematik der IVF in dieser Sichtweise nicht aufgehoben werden (d. h. sie wird nicht einfach durch bestimmte Umstände oder durch eine gute Absicht „gutgemacht“). Es können jedoch weitere mit ihr verbundene ethische Probleme verhindert bzw. minimiert werden, wenn folgende Punkte sichergestellt sind: wenn sie innerhalb der Ehe angewandt wird; nur Gameten der Ehepartner zum Einsatz kommen; sie nur als Ultima Ratio angewandt wird, weil die Kinderlosigkeit auf andere Weise nicht überwunden werden kann; nicht mehr Eizellen befruchtet werden, als in die Frau transferiert werden können, ohne dabei das Risiko einer Mehrlingsschwangerschaft zu erhöhen; die Frau über die Risiken und die Erfolgchancen wahrheitsgetreu aufgeklärt wird.

Einhellig abgelehnt wird aus christlicher Sicht jede Tendenz, den Lebensschutz des Embryos von der Befruchtung an zu schmälern. Insofern können weder die Kryokonservierung von Embryonen noch die gezielte Tötung während einer anschließenden Mehrlingsschwangerschaft („Mehrlingsreduktion“ = „Fetozid“) gerechtfertigt werden. Das Dokument *Dignitas Personae* weist im Besonderen auf die unannehmbare ethische Situation hin, welche durch die Praxis der Kryokonservierung von Embryonen geschaffen wird: Weder die Kryokonservierung selbst noch

Auftauen und Absterbenlassen oder Verwendung für die Forschung sind Vorgehensweisen, die sich mit der dem Embryo geschuldeten Achtung vereinbaren lassen. Auch eine generelle Freigabe für Adoption kann nicht als praktikable Gesamtlösung angesehen werden (41, S. 18f.).

In einer Gesamtsicht sind die reproduktionsmedizinischen Techniken insofern zu kritisieren, als sie Tendenzen der Selektion und der Verfügbarkeit über das Leben Vorschub leisten. Hinzu kommen Interessen von Reproduktionsmedizinern, die eine kritische Aufklärung über die verschiedenen Techniken und damit einen qualifizierten Informed Consent der Betroffenen erschweren. Der Ruf nach „reproduktiver Autonomie“ (d.h. selbstverantworteter Elternschaft) wird damit nicht selten zu einer Leerformel.

## 5.5 Empfehlungen im Hinblick auf die IVF

Es lassen sich folgende abschließende Empfehlungen für den Umgang mit IVF in den Einrichtungen der Barmherzigen Brüder formulieren:

1. Die Not, die durch einen unerfüllten Kinderwunsch betroffene Paare belasten kann, ist ernstzunehmen.
2. Rat suchende Paare sind kritisch über die Chancen und Risiken der Reproduktionsmedizin aufzuklären.
3. Aufgrund der dargestellten ethischen Problematik der IVF wird diese Technik (und ihre Varianten) in Einrichtungen der Barmherzigen Brüder nicht praktiziert.
4. Förderung von Alternativen zur Erleichterung des Leids von Kinderlosigkeit (Adoptionsbegleitung für kinderlose Paare, Angebote neuer Sinnsuche, seelsorgliche, psychologische Unterstützung).

## 5.6 Präimplantationsdiagnostik (PID/PGD)

Die PID (engl. *Preimplantation Genetic Diagnosis*, PGD) ist die molekulargenetische Untersuchung eines In-vitro-Embryos vor Transfer in die Frau. Während die verschiedenen Formen der Pränataldiagnostik (PND ⇔ Kapitel 6) schon länger in Gebrauch sind, setzt die PID die erst in den Siebzigerjahren des vergangenen Jahrhunderts entwickelte Technik der künstlichen Befruchtung voraus. Es lassen sich im Wesentlichen drei Ansätze unterscheiden (52, 53):

- Blastomeren-Diagnostik (d.h. Entnahme und Untersuchung von ein oder zwei Zellen aus dem In-vitro-Embryo),

- Polkörper-Diagnostik (d.h. Entnahme und Untersuchung von einem oder beiden Polkörpern der befruchteten Eizelle),
- Trophoblasten-Biopsie (d.h. Entnahme und Untersuchung von Zellen aus der äußeren Zellschicht der Blastocyste).

Die verschiedenen Techniken werden seit den 1990er-Jahren eingesetzt (54), doch von den meisten Experten auch heute noch als experimenteller Ansatz gesehen.

Bei der PID/PGD wird auf eine oder mehrere spezifisch definierte monogenetische Fragestellung(en) eingegangen. Es lassen sich durch die Genanalyse zahlreiche Mutationen feststellen, die mit monogenetischen Erkrankungen in Verbindung gebracht werden. Weiters ist es mit PID/PGD (einfacher) möglich, Aneuploidien (z.B. Trisomien) festzustellen, die in vielen Fällen eine weitere Entwicklung des Embryos verunmöglichen.

Bei der Polkörper-Diagnostik werden x-chromosomal vererbte Krankheiten, also autosomal rezessive Erkrankungen sowie maternal vererbte autosomal dominante Krankheiten, z. B. Zystische Fibrose, untersucht.

#### 5.6.1.1 Ethische Fragen der PID/PGD und der PND allgemein

Die vorgeburtliche Diagnostik in Form der PID/PGD wirft ethische Fragen auf, die in den letzten Jahren zu heftigen Kontroversen geführt haben und von denen einige auch die Verfahren der PND betreffen. Weder die Enquete-Kommission des Deutschen Bundestags (55) noch der deutsche Nationale Ethikrat (56) und auch nicht die Bioethikkommission beim österreichischen Bundeskanzleramt (57) konnten sich auf eine einheitliche Beurteilung einigen.

Zwar nicht für den einzelnen Beratungsfall, wohl aber für das Wirken der Einrichtungen der Barmherzigen Brüder insgesamt, gilt es für bestimmte sozialetische Fragen im Zusammenhang mit Präimplantations- wie auch Pränataldiagnostik zu sensibilisieren:

- Vorgeburtliche Diagnostik als Instrument der Eugenik? – Es ist zu befürchten, dass eine immer enghemmernde und leistungsfähigere vorgeburtliche Diagnostik zu einer neuen (liberalen) Form der Eugenik führt. Nicht staatlich vorgeschriebene Programme, sondern die Summe individueller Entscheidungen könnten heute auf diesem Gebiet zu einer immer konsequenteren Aussonderung von Menschen mit unerwünschten Eigenschaften führen. Es ist kaum plausibel, dass sich z.B. die Anwendung der PID nur auf das Erkennen von ohnehin nicht lebensfähigen Embryonen oder von einigen wenigen schwersten Erbkrankheiten beschränken lässt, wie manche ihrer Befürworter meinen. In

diese Richtung verweist auch *Dignitas Personae*: „Im Unterschied zu anderen Formen der pränatalen Diagnostik, wo die diagnostische Phase deutlich von der Phase der eventuellen Beseitigung des kranken Kindes unterschieden ist und die Paare frei bleiben, es anzunehmen, folgt auf die Präimplantationsdiagnostik gewöhnlich die Vernichtung des Embryos, der ‚verdächtig‘ wird, Gen- oder Chromosomendefekte aufzuweisen oder Träger eines nicht gewollten Geschlechtes oder nicht erwünschter Merkmale zu sein“ (41, S. Nr. 22).

- Diskriminierung von lebenden Menschen mit Behinderung? – Manche sehen in der systematischen Durchführung vorgeburtlicher Diagnostik eine Diskriminierung von Menschen mit Behinderung. Eine immer konsequentere vorgeburtliche Selektion stelle letztlich auch das Existenzrecht schon geborener Behinderter infrage. So berechtigt diese Sorge ist, wäre es umgekehrt falsch, einem Paar, das schon ein Kind mit Behinderung hat und versucht, ein weiteres Kind mit Behinderung auszuschließen, vorzuwerfen, es liebe deshalb ihr schon geborenes Kind weniger. Auch darf nicht übersehen werden, dass es gerade in den letzten Jahrzehnten zahlreiche Verbesserungen für Menschen mit Behinderungen gegeben hat, die als Zeichen ihrer gesellschaftlichen Achtung angesehen werden müssen.
- Verschärfung des Problems durch die PID/PGD? – Eindeutig kommt es durch die Techniken der PID/PGD im Vergleich zur traditionellen PND zu einer nochmaligen Verschärfung der beschriebenen Problematik. Erstere können nicht nur systematischer und einfacher zur Selektion von Embryonen mit unerwünschten Eigenschaften eingesetzt werden, bei ihnen ist auch das spontane Bewusstsein, dass dabei beginnendes menschliches Leben getötet wird, viel weniger ausgeprägt. Schwierig ist allerdings im Einzelfall die Abwägung zwischen PID und einer Schwangerschaft „auf Probe“ (Schwangerschaft + PND + nachfolgender Schwangerschaftsabbruch bei positivem Befund). Eine rechtliche Situation, die eine Selektion im frühen Embryonalstadium mittels PID verbietet, Schwangerschaftsabbrüche aber bei Vorliegen einer Behinderung bis zur Geburt erlaubt, erscheint widersprüchlich. Demgegenüber ist wiederum zu betonen, dass es bei der bedingten Straffreistellung des Schwangerschaftsabbruchs um den Respekt vor einem individuellen Gewissenskonflikt geht, bei der PID jedoch bestimmte Merkmale gesellschaftlich als nicht erwünscht festgeschrieben werden.
- Erhöhter rechtlicher Druck zum Schwangerschaftsabbruch? – Die jüngere Judikatur des Obersten Gerichtshofs zu Fragen der vorgeburtlichen Diagnostik wirft weitere Fragen auf (58; 59; 60; 61; 62; 63; 64). Werden diese „Wrongful

birth“-Entscheidungen, welche den Arzt für die Geburt eines behinderten Kindes haftbar machen, nicht einerseits in Richtung einer „Totalaufklärung“ führen, die eine vollkommene Überforderung der betroffenen Frauen darstellt, und andererseits den Arzt dazu bringen, in der Beratung bei schon geringsten Verdachts- und Wahrscheinlichkeitsmomenten einen Abbruch zu empfehlen? All dies darf nicht übersehen lassen, dass die entsprechenden Gerichtsurteile auch berechtigte Anliegen verfolgten, wie z. B. die Ahndung einer sorgfaltswidrigen Behandlung und das Anliegen einer finanziellen Unterstützung der betroffenen Eltern. Keinesfalls aber darf in der Öffentlichkeit der Eindruck entstehen, das Kind selbst könne in irgendeiner Weise als „Schadensfall“ gelten.

Die hier skizzierten Fragen zeigen, welche Probleme die individuelle schon schwierige Bewertung von vorgeburtlicher Diagnostik aufwirft, wenn der Blick auf die gesellschaftlichen Zusammenhänge geweitet wird. Alle Verantwortungsträger in Medizin und Kirche sollten dazu beitragen, die Öffentlichkeit in diesen Fragen zu sensibilisieren und in der Gesellschaft die Bereitschaft, menschliches Leben uneingeschränkt anzuerkennen, zu erhöhen. Gemäß der geltenden österreichischen Rechtslage ist die PID nicht zulässig; aufgrund der dafür notwendigen IVF wird sie in den Krankenhäusern der Barmherzigen Brüder nicht angewandt werden.



## 6 Pränatale Diagnostik

Inhalt:

- ▶ Ambivalenz der Technik
- ▶ Methoden der Pränataldiagnostik (PND)
- ▶ Ethische Fragen und Diskussionen
- ▶ Schlussfolgerungen und Empfehlungen

### 6.1 Einleitung

Der ursprüngliche Sinn der PND ist die Sorge um die Gesundheit von Mutter und Kind. PND ist so viel mehr als Screening und Defekterkennung, nämlich die Begleitung von Schwangeren mit einer besonderen Problematik und die Voraussetzung für die Wahl des richtigen Geburtszeitpunktes und -ortes für den maximalen Schutz von Mutter und Kind. PND ist in der Weiterentwicklung Pränataltherapie mit dem Ziel, Leben zu erhalten und Erkrankungen bereits intrauterin zu therapieren.

Die Ambivalenz der Methoden der vorgeburtlichen (pränatalen) Diagnostik gründet jedoch in der Tatsache, dass den diagnostischen Möglichkeiten oft keine therapeutischen Möglichkeiten entsprechen und ihre Ergebnisse Anlass zum Schwangerschaftsabbruch sein können (51, S. I.2).

### 6.2 Verfahren der PND

Die Methoden der PND umfassen heute vor allem folgende Techniken (65; 66):

- Ultraschall
- First-Trimester-Screening (Ultraschall-Nackentransparenzmessung + PAPP-A und  $\beta$ -hCG-Untersuchung des mütterlichen Bluts [67; 68])
- Triple-Test (Bestimmung von Alphafetoprotein, HCG und Estirol im mütterlichen Blut)
- Chorionzottenbiopsie (Gewinnung von Trophoblasten aus der Plazenta)
- Amniozentese (Biopsie zur Fruchtwasseruntersuchung)
- Chordozentese (Nabelschnurpunktion zur Untersuchung des kindlichen Bluts)

Jede Technik hat ihre besonderen Indikationen, ihre statistisch wahrscheinliche Aussagekraft und je eigene Risiken für Mutter und Kind (69; 70). Diese gilt es in der Aufklärung klar darzulegen (vgl. weiter unten).

### 6.3 Medizinische Fragen

Die vorgeburtliche Diagnostik gehört heute zu den Routinemöglichkeiten der Medizin, die in folgenden Fällen als indiziert gilt:

- Paare mit einem hohen Risiko, genetische Mutationen mit Krankheitswert an ihre Nachkommen weiterzugeben,
- Paare, bei denen die Frau aufgrund ihres Alters ein statistisch höheres Risiko trägt, ein Kind mit einer numerischen Chromosomenstörung zu bekommen,
- Paare mit anderen medizinischen Risiken, die sich eventuell auf das Neugeborene auswirken können (dauerhafte Medikamenteneinnahme),
- medizinisch unauffällige Paare, die eine PND wünschen.

Unübersehbar ist eine faktisch feststellbare bzw. immer wieder geforderte Ausweitung der Indikationen für vorgeburtliche Diagnostik, z. B. die geforderte Ausweitung des Screenings für Trisomie 21 auf alle schwangeren Frauen unabhängig von ihrem Alter (71).

Konsens besteht darüber, dass eine vorgeburtliche Diagnostik nicht nur medizinisch indiziert, sondern auch in eine qualifizierte, umfassende Beratung eingebettet sein muss. Die potenziellen Eltern müssen sich dabei über die Konsequenzen eines möglichen positiven Befundes klarwerden, und es sollte verhindert werden, dass sie in unvorhergesehene Konflikte hineingeraten. Ihre Entscheidungsfreiheit muss in allem gewahrt sein. Die Beratung betrifft dabei zwei Phasen (72):

1. Vor Durchführung einer diagnostischen Methode gilt es,
  - ↪ den Anlass, das Ziel, das Risiko,
  - ↪ die Grenzen der technischen Möglichkeiten,
  - ↪ die Aussagekraft,
  - ↪ das mögliche Vorgehen bei einem positiven Befund,
  - ↪ die damit verbundenen Belastungen und Alternativen zur Durchführung der Diagnostikzu besprechen.
2. Nach Durchführung der Diagnostik
  - ↪ muss der Befund in seiner Bedeutung erläutert werden (auch die Möglichkeit von falsch-positiven oder falsch-negativen Ergebnissen),
  - ↪ müssen Ursachen, Art und Prognose einer allfälligen Erkrankung oder Entwicklungsstörung geklärt werden,
  - ↪ muss über therapeutische Möglichkeiten aufgeklärt werden,
  - ↪ muss das Angebot der Kontaktaufnahme mit Selbsthilfegruppen gemacht werden und muss neben medizinischer auch psychosoziale Hilfe angeboten werden.

- Im Fall eines positiven Befundes (d. h. mit Verdacht oder Sicherheit einer Behinderung) soll eine Entscheidung für das Leben des Kindes gefördert und ermutigt werden.

Es liegt am Arzt, einen genügenden zeitlichen Entscheidungsspielraum zwischen den einzelnen Beratungs- und Diagnoseschritten offenzuhalten..

Eine qualitativ hochwertige Beratung ist die Grundvoraussetzung für einen qualifizierten Informed Consent, der mit der schwangeren Frau vor und nach der Durchführung einer vorgeburtlichen Diagnostik herzustellen ist. Die Komplexität der Fragestellungen und die Belastung, mit der eine Frau in einem solchen Fall jedenfalls konfrontiert ist, verlangen hier einen besonders geschulten Mediziner (73; 74; 75).

📄 Dokumentation Patientengespräch bei PND ⇨ Kapitel 22.4

## 6.4 Ethische Fragen

Durch die vorgeburtliche Diagnostik verändert sich das Erlebnis der Schwangerschaft: Das heranwachsende Kind wird sichtbar, was der Mutter dabei hilft, eine persönliche Beziehung zum Ungeborenen aufzubauen. Gleichzeitig wird jedoch eine Medikalisierung der Schwangerschaft befördert. Obwohl Schwangerschaft keine Krankheit ist, wird durch die vorgeburtliche Diagnostik systematisch kontrolliert, ob nicht eine Unregelmäßigkeit, Krankheit oder Krankheitsdisposition vorliegt; damit wird das Ungeborene schon von Beginn an in das medizinische System eingegliedert. Die Medizin kann sich dabei auf die ethischen Prinzipien des Wohltuns und des Nichtschadens berufen (⇨ Kapitel 1.3): Für Kind und Frau kann prinzipiell besser gesorgt und kann Schaden abgewendet werden, wenn Risiken frühzeitig erkannt werden. Die Frau bzw. das Paar kann entlastet werden, wenn eine befürchtete Krankheitsdisposition oder Krankheit nicht bestätigt wird.

Auf der anderen Seite kann die vorgeburtliche Diagnostik die Verwirklichung des Wohltuns- und Nichtschadensprinzips aber auch erschweren: Diagnoseergebnisse können unklar oder falsch sein, sie zwingen jedenfalls aber zu weiterführenden Entscheidungen. Da zwischen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten eine große Kluft herrscht, kann die Medizin bei positivem Befund vielfach keine Hilfe anbieten. Das Dilemma der Frau beschränkt sich dann auf die Entscheidung, ob sie die Schwangerschaft mit dem Risiko fortsetzen möchte oder aber darin keine Möglichkeit für sich sieht und die Schwangerschaft abbricht. Die Entscheidung wird meistens dadurch erschwert, dass keine genauen Aussagen darüber gemacht

werden können, ob und mit welcher Schwere eine Krankheit, Entwicklungsstörung oder Behinderung vorliegen würde.

Die vorgeburtliche Diagnostik kann also psychische Entlastung bringen und in manchen Fällen dabei helfen, frühzeitig therapeutische Maßnahmen zu ergreifen. Sie kann aber ebenso zu schwierigen Entscheidungskonflikten führen. Diese Ambivalenz muss in der vorangehenden Beratung unbedingt angesprochen werden. Im Übrigen gelten für die ethische Beurteilung der PND auch einige der im Hinblick auf die PID/PGD genannten Anfragen. Auch sie kann, als Routinemaßnahme und in Verbindung mit einem nachfolgenden Schwangerschaftsabbruch bei positivem Befund, eine Mentalität der negativen Selektion, d. h. der Aussonderung von Menschen mit unerwünschten Eigenschaften, befördern (⇒ Kapitel 5.6).

## 6.5 Schlussfolgerungen und ethische Empfehlungen

Vor dem Hintergrund der skizzierten Ambivalenz vorgeburtlicher Diagnostik und im Hinblick auf das Anliegen eines Lebensschutzes von seinem Anbeginn an lassen sich folgende Empfehlungen formulieren:

1. Methoden der vorgeburtlichen Diagnostik können großen Nutzen für das Kind und die Eltern stiften, wenn sie fachlich korrekt und ethisch verantwortungsvoll eingesetzt werden. Dies setzt ein hohes wissenschaftliches und technisches Verständnis, aber ebenso eine qualitativ hochwertige Beratung voraus (siehe Pkt. 3).
2. Der Einsatz der vorgeburtlichen Diagnostik darf ausschließlich auf die Gesundheit des Kindes und der schwangeren Frau abzielen. Er ist gerechtfertigt, wenn die Diagnostik dazu verwendet wird, das Paar zur Schwangerschaft zu ermutigen, frühzeitig für die Behandlung von gesundheitlichen Risiken vorzusorgen bzw. therapeutische Maßnahmen zu ergreifen oder den Geburtsvorgang besser zu planen. Er ist nicht gerechtfertigt, wenn er auf einen Schwangerschaftsabbruch zielt.
3. Für einen verantwortungsbewussten Einsatz vorgeburtlicher Diagnostik ist eine qualitativ hochwertige Beratung unerlässlich. Diese muss einerseits medizinische Sachfragen klären, andererseits aber auch die ethischen Bewertungsfragen ansprechen, mit denen die Frau bzw. das Paar konfrontiert sein wird. Sie sollte in diesem Zusammenhang die Verantwortung auch gegenüber dem ungeborenen Leben bewusst machen, ohne die im rechtlichen Rahmen vorgesehene eigenständige Entscheidung der Frau bzw. des Paares vorwegnehmen zu können.

Die Einrichtungen der Barmherzigen Brüder werden Methoden der vorgeburtlichen Diagnostik nur unter diesen Vorzeichen einsetzen.

## 7 Abtreibung

Inhalt:

- ▶ Heiligkeit des Lebens als Fundament
- ▶ Begriffsdefinitionen
- ▶ Rechtliche Lage in Österreich
- ▶ Die Lehre der Kirche
- ▶ Ethische Orientierung vor dem Hintergrund katholischer Lehre

### 7.1 Einleitung: Heiligkeit des Lebens als Fundament

„Das Ziel ärztlichen Handelns ist Heilung, Linderung oder Vermeidung von Krankheit und Behinderung, jedoch nicht die Tötung von Kranken und Behinderten. Im Rahmen der Schwangerenbetreuung gilt die Aufmerksamkeit und Fürsorge des Arztes sowohl dem Gesundheitszustand der Schwangeren als auch dem Gesundheitszustand und der Entwicklung des Ungeborenen“ (72, S. A-3013).

Ausgehend vom Grundsatz der Heiligkeit des Lebens (⇔ Kapitel 1.3) tritt die Kirche dafür ein, dass es keinen abgestuften Lebensschutz geben kann, „der die Schutzwürdigkeit der menschlichen Person an das Vorhandensein bestimmter körperlicher oder geistig-seelischer Fähigkeiten und Merkmale bindet“ (12, S. 13).

Aus dem ärztlichen Heilauftrag und der Morallehre der Kirche ergeben sich daher strenge Normen für den Schutz des Lebens. „Niemand darf sich daher, und zwar unter keinen Umständen, das Recht anmaßen, einem unschuldigen menschlichen Geschöpf direkt den Tod zuzufügen“ (12, S. 13).

Im Rahmen der Schwangerschaft kann es aber zu Situationen kommen, in denen dieser Grundsatz auf die Probe gestellt wird. Um solche Situationen wird es im Folgenden gehen.

### 7.2 Begriffsdefinitionen

- Beginn des Lebens: Neues Menschenleben liegt mit der Befruchtung der Eizelle vor. Von diesem Zeitpunkt an ist seine Heiligkeit zu achten und verdient es den ungeteilten Schutz.
- Schwangerschaft: Nach rechtlichen Kriterien beginnt die Schwangerschaft mit der Nidation des neuen Menschenlebens in die Gebärmutter. Nach medizinischen Kriterien kann vom Zeitpunkt der Konzeption bis zum Eintritt der Geburt von einer Schwangerschaft gesprochen werden (40). Eine Schwangerschaft

zeichnet sich dadurch aus, dass sie eine innige und unauflösliche Verbindung von Frau und Kind ist, also immer diese beiden Menschen betrifft.

- Abtreibung (Schwangerschaftsabbruch): Willentliche Beendigung der Schwangerschaft durch einen chirurgischen und/oder pharmakologischen Eingriff, der den Tod des Kindes zur Absicht und Folge hat.
- Nidationshemmung: Pharmakologischer und/oder technischer Eingriff in den Einnistungsvorgang des Embryos in die Gebärmutter, der den Tod des Kindes zur Absicht und Folge hat.
- Aus Sicht der Kirche stellen Schwangerschaftsabbruch und Nidationshemmung gleichermaßen eine Tötung des begonnenen Menschenlebens dar und sind daher auch gleich zu beurteilen.

### 7.3 Rechtliche Lage in Österreich

Die österreichische Rechtsordnung nimmt gegenüber dem Lebensschutz eine ambivalente Position ein, die von vielen Seiten hinterfragt und kritisiert wird. Uneingeschränkter Schutz kommt dem Menschen demnach erst ab der Lebendgeburt, mit Einsetzen der Eröffnungswehen zu. Davor gesteht das Recht dem Kind nur einen abgestuften Schutz zu, der in sich nochmals widersprüchlich ist:

- Grundsätzliche Rechtswidrigkeit: Grundsätzlich ist der Schwangerschaftsabbruch gemäß § 96 StGB rechtswidrig und sowohl für den Arzt (oder eine andere abbrechende Person) wie für die Frau strafbar.
- „Fristenregelung“: Wenn der Schwangerschaftsabbruch allerdings innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn der Schwangerschaft nach vorhergehender ärztlicher Beratung von einem Arzt vorgenommen wird, ist er nicht strafbar (§ 97 Abs. 1 Z. 1 StGB).
- „Medizinische Indikation“: Wenn der Schwangerschaftsabbruch „zur Abwendung einer nicht anders abwendbaren ernsten Gefahr für das Leben oder eines schweren Schadens für die körperliche oder seelische Gesundheit der Schwangeren erforderlich ist“ und von einem Arzt vorgenommen wird, ist er nicht strafbar – und zwar während der gesamten Schwangerschaft (§ 97 Abs. 1 Z. 2 Variante 1 StGB).
- „Embryopathische Indikation“: Wenn der Schwangerschaftsabbruch von einem Arzt durchgeführt wird, weil „eine ernste Gefahr besteht, dass das Kind geistig oder körperlich schwer geschädigt sein werde“, ist er während der gesamten Schwangerschaft nicht strafbar (§ 97 Abs. 1 Z. 2 Variante 2 StGB).
- „Soziale Indikation“: Wenn „die Schwangere zur Zeit der Schwängerung unmündig gewesen ist“ (d. h. unter 14 Jahre) und der Schwangerschaftsabbruch

von einem Arzt vorgenommen wird, ist dieser während der gesamten Schwangerschaft nicht strafbar (§ 97 Abs. 1 Z. 2 Variante 3 StGB).

- „Vitale Indikation“: Im Notfall, in dem das Leben einer Schwangeren nicht anders als durch einen Schwangerschaftsabbruch gerettet werden kann und ein Arzt diesen nicht rechtzeitig vornehmen kann, ist er auch dann straffrei, wenn er von einer nicht ärztlichen Person durchgeführt wird (§ 97 Abs. 2 StGB).

Festgehalten wird auch eine Gewissensklausel: „Kein Arzt ist verpflichtet, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen oder an ihm mitzuwirken, es sei denn, dass der Abbruch ohne Aufschub notwendig ist, um die Schwangere aus einer unmittelbar drohenden, nicht anders abwendbaren Lebensgefahr zu retten. Dies gilt auch für die im Krankenpflegefachdienst, in medizinisch-technischen Diensten oder im Sanitätshilfsdienst tätigen Personen“ (§ 97 Abs. 2 StGB).

## 7.4 Die Lehre der Kirche

Auf Basis der einleitend zitierten Heiligkeit des Lebens hält das katholische Lehramt folgende Punkte fest:

Zunächst erkennt die Kirche Situationen an, in denen sich die Schwangere in einem Gewissenskonflikt befinden kann: „Gewiss nimmt der Entschluss zur Abtreibung für die Mutter sehr oft einen dramatischen und schmerzlichen Charakter an, wenn die Entscheidung, sich der Frucht der Empfängnis zu entledigen, nicht aus rein egoistischen und Bequemlichkeitsgründen gefasst wurde, sondern weil manche wichtigen Güter, wie die eigene Gesundheit oder ein anständiges Lebensniveau für die anderen Mitglieder der Familie gewahrt werden sollen. Manchmal sind für das Ungeborene Existenzbedingungen zu befürchten, die den Gedanken aufkommen lassen, es wäre für dieses besser, nicht geboren zu werden“ (28, S. Nr. 58).

Zugleich macht das Lehramt aber klar: „Niemals jedoch können diese und ähnliche Gründe, mögen sie auch noch so ernst und dramatisch sein, die vorsätzliche Vernichtung eines unschuldigen Menschen rechtfertigen“ (28, S. Nr. 58).

Dementsprechend ergeben sich folgende klare lehramtliche Aussagen:

- „Abtreibung und Tötung des Kindes sind verabscheuenswürdige Verbrechen“ (26, S. Nr. 51).
- „Eine direkte, das heißt eine als Ziel oder Mittel gewollte, Abtreibung stellt ein schweres Vergehen gegen das sittliche Gesetz dar“ (28, S. Nr. 62; 50, S. Nr. 2271).
- „Die formelle Mitwirkung an einer Abtreibung ist ein schweres Vergehen“ (50, S. Nr. 2272).

## 7.5 Ethische Orientierung vor dem Hintergrund katholischer Lehre

Die Kirche möchte „die Barmherzigkeit nicht einengen“ (50, S. Nr. 2272), ohne jedoch die klaren Positionen und Argumente zum Verbot des Schwangerschaftsabbruchs zu relativieren. Vor diesem Hintergrund lässt sich zur ethischen Orientierung im Krankenhaus Folgendes sagen:

- Der „direkte“ Schwangerschaftsabbruch – d. h. der Eingriff, der den Tod des Kindes zur Absicht und Folge hat – kann unter keinen Umständen ethisch gerechtfertigt werden und darf daher, auch innerhalb des rechtlichen Rahmens, in Einrichtungen der Barmherzigen Brüder nicht durchgeführt werden.
- Die „vitale Indikation“ stellt ein besonderes Problem im Kontext des direkten Schwangerschaftsabbruches dar:
  - Das kirchliche Lehramt „vertritt die Auffassung, dass die Rettung des Lebens der Mutter durch absichtliche Zerstörung schuldlosen Menschenlebens sittlich verwerflich ist. Weder das Leben der Mutter noch das des Kindes kann als das wertvollere bezeichnet werden, vielmehr ist alles zur Rettung beider aufzubringen“ (12, S. 14).
  - Dies führt zur folgenden möglichen Beurteilung, die jede qualitative Wertung von Leben vermeidet: Sollte es zu einer Situation kommen, in der die Leben von Frau und Kind gegeneinanderstehen, so sei dem medizinisch rettbareren Leben gegenüber dem ohnedies unrettbaren Leben der Vorrang zu geben.
- Der „indirekte“ Schwangerschaftsabbruch – d. h. die nicht beabsichtigte Tötung des Kindes als Nebenfolge einer erlaubten und notwendigen medizinischen Behandlung – ist entsprechend dem Prinzip der doppelten Wirkung (⇒ Kapitel 1.6.2) entschuldbar, wenn alle sonstigen Sorgfältigkeitsmaßstäbe der medizinischen Behandlung eingehalten wurden und die Situation, einen „indirekten“ Schwangerschaftsabbruch in Kauf nehmen zu müssen, nicht fahrlässig herbeigeführt worden ist.

Ungeachtet dieser klaren Aussagen sollten folgende Punkte für die Begleitung von schwangeren Frauen in Not handlungsleitend sein:

- Vorbeugen und vermeiden: Es sollte alles Mögliche getan werden, damit Situationen, in denen ein Schwangerschaftsabbruch in Erwägung gezogen wird, nicht eintreten.
- Helfen statt töten: In eingetretenen Konfliktsituationen sollten der Schwangeren alle Optionen aufgezeigt und alle Hilfen angeboten werden, die eine Annahme

des Kindes unterstützen. Die Kirche und ihre Einrichtungen haben hierbei einen prophetischen Auftrag der Hilfeleistung, der über das übrige gesellschaftliche Maß hinausgeht.

- Barmherzigkeit statt Verurteilung: Frauen, die sich in Konfliktsituationen an eine Einrichtung der Barmherzigen Brüder wenden, werden in ihrer Not nicht allein gelassen und nicht verurteilt. Immer ist zu berücksichtigen, dass das Ausmaß individueller Schuld von außen nie angemessen beurteilt werden kann. Es bleibt jedoch klar, dass dies kein Ja zu einer Abtreibung einschließen kann.
- Individuum und sozialer Kontext: Entscheidungen für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch sind eingebettet in vielfältige soziale Rahmenbedingungen, die oft übersehen werden.



## 8 Künstliche Ernährung und Hydrrierung

Inhalt:

- ▶ Einleitung
- ▶ Begriffsdefinitionen
- ▶ Patientengruppen
- ▶ Zusammenfassende Grundsätze

### 8.1 Einleitung

Ausreichende Ernährung und Flüssigkeitszufuhr sind ein Grundbedürfnis des Menschen. Sie sind damit auch integraler Bestandteil jeder optimalen Betreuung im Krankheitsfall. Wenn ein Patient nicht in der Lage ist, ausreichend zu essen und trinken, müssen daher auch entsprechende Maßnahmen ergriffen werden.

Angesichts der Zunahme an hochbetagten, kognitiv eingeschränkten und multimorbiden Patienten hat der Einsatz medizinisch unterstützter Ernährungsmaßnahmen international in den letzten Jahren stark zugenommen (76). Gleichzeitig sind Ärzte und Pflegekräfte in Krankenhäusern und Pflegeheimen immer häufiger mit der Frage der Sinnhaftigkeit solcher Maßnahmen besonders am Lebensende konfrontiert.

Bei all dem darf die große Verschiedenheit der Kontexte, in denen sich die Frage nach einer künstlichen Ernährung stellt, nicht übersehen werden (intensivmedizinischer oder geriatrischer Kontext; künstliche Ernährung als Überbrückung oder auf Dauer angelegt; stabiler Zustand oder terminale Situation). Die Indikationsstellung muss das jeweilige Therapieziel berücksichtigen.

Grundlage unserer Entscheidungen sollte es sein, Leben zu erhalten und Leiden zu verkürzen, jedoch niemals Leben zu verkürzen oder Leiden zu verlängern (30).

### 8.2 Begriffsdefinitionen

- Enterale Ernährung und Hydrrierung: Hierbei handelt es sich um die Verabreichung von Kost, Diät und Flüssigkeit, welche über den Magen-Darm-Trakt aufgenommen wird. Dies kann einerseits durch orale Aufnahme („normales Essen“), andererseits durch eine Ernährungssonde (nasogastrale Sonde, perkutan endoskopische Gastrostomie/Jejunostomie PEG/PEJ-Sonde) erfolgen, da auch bei der Sonde die Nahrung in den Magen-Darm-Trakt befördert wird (77).

- Parenterale Ernährung und Hydrierung: Hierbei handelt es sich um die Zufuhr von Nährlösungen über das Blutgefäßsystem. Dazu muss in der Regel ein zentralvenöser Zugang (zentraler Venenkatheter, ZVK) gelegt werden (78). Die parenterale Ernährung wird gewählt, wenn eine enterale Ernährung nicht möglich ist.
- Subkutane Hydrierung: Flüssigkeit wird dem Körper über eine subkutan liegende Kanüle zugeführt.
- Künstliche Ernährung und Hydrierung als Teil der ärztlichen Behandlung? Enterale und parenterale künstliche Ernährung werden nach heute in Österreich herrschender juridischer Auffassung der medizinischen Heilbehandlung und nicht der allgemeinen Pflegeversorgung zugerechnet, wenn damit Eingriffe verbunden sind, die den Ärzten vorbehalten sind (z. B. das Legen einer PEG-Sonde, ZVK; PAC; nicht aber die händische Verabreichung von Nahrung und Flüssigkeit) (47). Sie können deshalb auch, z. B. im Rahmen einer verbindlichen Patientenverfügung, abgelehnt werden, was vom Arzt zu respektieren ist. Da trotz dieser rechtlichen Situation ethische Probleme damit verbunden sein können, soll der Arzt die Situation nach Möglichkeit mit den Angehörigen oder mit einem Consilium beraten und abwägen, ob die verbindliche Patientenverfügung zu befolgen oder eine Situation eingetreten ist, die der Patient, als er die Verfügung festgelegt hat, nicht voraussehen konnte.
- Künstlich/Natürlich: Es sollte bewusst bleiben, dass die Grenze zwischen „natürlich“ und „künstlich“ nicht immer klar gezogen werden kann und unter Umständen auch wertende Konnotationen enthält (79).

### 8.3 Patientengruppen

Betrachtet man die klinischen Fälle, in denen sich die Frage nach einer künstlichen Ernährung stellt, so lassen sich folgende Patientengruppen identifizieren:

1. Patienten, die Hilfe in Form von Ernährung benötigen und dies auch wollen;
2. Patienten, die ihren Wunsch im Sinne der Selbstbestimmung nicht mehr mitteilen können, wie z. B. demente, häufig geriatrische Patienten;
3. nicht einwilligungsfähige Patienten bei sonst guter Gesundheit, die mit der Verweigerung des Essens eine körperliche Schädigung bis hin zum Tod in Kauf nehmen würden;
4. Patienten in einer terminalen Situation;
5. Patienten mit schwerer, fortschreitender Demenz;
6. Patienten im vegetativen Status
7. einwilligungsfähige Patienten, die alles ablehnen.

### 8.3.3.1 Patienten, die Hilfe in Form von Ernährung benötigen und dies auch wollen

Diese Patienten sind uneingeschränkt nach den Regeln der ärztlichen und pflegerischen Kunst zu behandeln und zu betreuen.

### 8.3.1.2 Patienten, die ihren Wunsch im Sinne der Selbstbestimmung nicht mehr mitteilen können, wie z. B. demente, häufig geriatrische Patienten

Bei Patienten, die aktuell nicht mehr in der Lage sind, ihren Willen mitzuteilen, können mehrere Substitute für den aktuellen Patientenwillen zum Einsatz kommen:

- Patientenverfügung (⇒ Kapitel 2.2.3);
- Vorsorgevollmacht (⇒ Kapitel 3.2.4);
- Sachwalterschaft (⇒ Kapitel 2.2.5);
- mutmaßlicher Patientenwille (⇒ Kapitel 2.2.6).

Auch wenn es derzeit oft noch nicht Realität ist, sollte zukünftig versucht werden, den Patientenwillen zu einem Zeitpunkt festzustellen, in dem dieser noch einwilligungs- oder zumindest (für den mutmaßlichen Willen) kommunikationsfähig ist, etwa bei Eintritt in eine Pflegeeinrichtung. Dies kann dadurch geschehen, dass der Patient dazu ermutigt wird, eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht zu errichten, anstatt im Fall des Falles auf einen Sachwalter angewiesen zu sein.

Im Notfall braucht nicht nach einer Patientenverfügung oder einer Vorsorgevollmacht gesucht werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass der Patient die enterale/parenterale Versorgung wünscht, wenn nicht klare Anzeichen dagegensprechen. Nach der Akutphase ist jedoch dem Patientenwillen nachzugehen und dieser entsprechend zu respektieren.

Hinsichtlich der Indikationsfrage, ob eine langfristige Ernährung durchgeführt werden soll, gibt es kein Patentrezept. Prinzipiell sollte jeder Patient ausreichend Flüssigkeit bekommen. Im Hinblick auf eine langfristige künstliche Ernährung muss bedacht werden, dass die gesetzten Maßnahmen wie Magensonde, Magen-fistel etc. für sich alleine dem Patienten unter Umständen auch Schaden zufügen können.

### 8.3.1.3 Nicht einwilligungsfähige Patienten bei sonst guter Gesundheit, die mit der Verweigerung des Essens eine körperliche Schädigung bis hin zum Tod in Kauf nehmen würden

Diese Patienten, die aufgrund einer meist psychischen Erkrankung nicht in der Lage sind, verantwortlich zu handeln, sind im Sinne des Gesetzes zu besachwalen.

In weiterer Folge ist mit einer Ernährung zu beginnen. Besteht akute Lebensgefahr, so ist im Sinne des Patienten zu handeln, dessen mutmaßlicher Wille auf Überleben ausgerichtet ist.

#### 8.3.1.4 Patienten in einer terminalen Situation

Der einwilligungsfähige, unheilbar kranke Patient, mit einer Lebenserwartung von Tagen bis wenigen Wochen, der durch die enterale oder parenterale Ernährung Leid erfährt, hat die Möglichkeit, die Ernährung abzubrechen. Diese Entscheidung, die zum Ziel hat, das Leiden zu lindern, und niemals, das Leben zu verkürzen, kann jederzeit vom Patienten widerrufen werden. Eine Zwangsernährung ist aus gesetzlicher Sicht eine Heilbehandlung wider den Willen des Patienten und damit eine Körperverletzung. Eine Flüssigkeitszufuhr wird bei Fehlen von Kontraindikationen (z. B. Lungenödem) fortgeführt. „Eine aufgezwungene Ernährung wäre (abgesehen von der Rechtsfrage) menschenunwürdig“ (80, S. 325).

#### 8.3.1.5 Patienten mit schwerer, fortschreitender Demenz

Der Einsatz von enteraler Ernährung bei Menschen mit weit fortgeschrittener Demenz ist in der Literatur heftig umstritten (81; 82; 83; 84; 85; 86; 87; 88; 89). Einerseits wird darauf hingewiesen, dass die Ernährung zu keinem besseren Outcome führt, ja in einigen Fällen die Lebens- und Sterbensqualität sogar verschlechtert, andererseits wird von entgegengesetzten Beobachtungen berichtet – auf beiden Seiten fehlen jedoch randomisierte prospektive Studien. Trotz dieser Unsicherheiten kann Folgendes festgehalten werden:

1. Menschen mit Demenz sind genauso respekt- und würdevoll zu behandeln wie andere Menschen auch. Sie benötigen eine intensive, teils basale Stimulation, um sie in Beziehung zu ihrer Umgebung zu halten. Demenz kann damit einhergehen, dass die Betroffenen ein vermindertes Hunger- und Durstgefühl haben und so Nahrung vermindert aufnehmen oder die Nahrungsaufnahme verweigern, obwohl ihr Körper die Nährstoffe weiter aufnehmen könnte. Hier bedarf es einer umfassenden Diagnostik und eines geschulten Einfühlungsvermögens, um die jeweiligen Ursachen für ein solches Verhalten zu ergründen.
2. Im Stadium der weit fortgeschrittenen Demenz *kann* eine enterale/parenterale Versorgung jedoch dazu führen, dass der einsetzende Sterbensprozess des Körpers ungebührlich verlängert wird. In solchen Fällen erscheint eine Ernährung nicht mehr indiziert. Dies ist jedoch nicht damit zu verwechseln, dass auch schwer Demenzkranken das Durstgefühl genommen werden muss (z. B. durch Befeuchten der Mundhöhle mit Eisplättchen).

### 8.3.1.6 Patienten im vegetativen Status

Ähnlich wie bei schwer demenzkranken Menschen verhält es sich bei Patienten mit einem apallischen Syndrom. Auch hier muss das Gesamtbild (Ätiologie, bisheriger Verlauf, Status quo, Prognose) für die Indikationserstellung herangezogen werden. Menschen mit einem apallischen Syndrom sind nicht per se sterbende Personen, jedoch kann eine Weiterführung der enteralen/parenteralen Ernährung in besonderen Fällen sinnlos werden (⇒ Kapitel 15.4).

## 8.4 Allgemeine Grundsätze, die das ärztliche und pflegerische Handeln leiten sollen

Wie jede klinische Handlung müssen auch künstliche Ernährung und Hydrierung an zwei Bewertungsmaßstäben gemessen werden, nämlich der *medizinischen Indikation* und dem *individuellen Patientenwillen*. Die Frage nach deren Sinnhaftigkeit folgt dabei im Wesentlichen allgemeinen Überlegungen zur Therapiemodifikation:

- Es muss sorgfältig zwischen der Frage einer möglichen Reduktion oder Einstellung der enteralen/parenteralen Ernährung und dem „Verhungern-/Verdursteten-Lassen“ unterschieden werden. In jeder Situation und in allen Lebensphasen muss sich das therapeutische Bemühen des Arztes nicht nur auf die effektive Bewältigung von Schmerz und Angst konzentrieren, sondern hat stets auch das Nehmen von Hunger- und Durstgefühl zur Aufgabe. Dies bedeutet aber nicht immer und notwendig auch das Fortführen einer enteralen/parenteralen Versorgung.
- Es muss jeder Automatismus vermieden werden, und getroffene Entscheidungen müssen immer wieder überprüft werden. Abzulehnen ist die Anlage einer PEG-Sonde als Vorbedingung für die Aufnahme in ein Pflegeheim.
- Künstliche enterale Ernährung darf nie bloß deshalb eingesetzt werden, um Ressourcen zu sparen.
- Eine künstliche Ernährung muss aus ärztlicher Sicht indiziert sein, d. h. sie muss einen Nutzen stiften, der in ausgewogener Relation zu den mit der Behandlung verbundenen Belastungen und Risiken für den Patienten steht. Dabei muss immer sorgfältig gefragt werden, ob eine künstliche Ernährung das ihr eigene Ziel, Leben entscheidend zu verlängern oder die Lebensqualität substanziell zu heben, überhaupt noch erreicht.
- Zu den Belastungen ist auch der mögliche Entzug menschlicher Zuwendung, die ansonsten im Rahmen der Nahrungsverabreichung erfolgt, zu zählen. Die natürliche Darreichung von Nahrung und Flüssigkeit stellt eine elementare

Form menschlicher Zuwendung und des menschlichen Soziallebens dar und sollte deshalb nur aus wichtigen Gründen durch eine künstliche Ernährung ersetzt werden (82).

- Der Einsatz künstlicher Ernährung am Lebensende (terminale Phase) sollte sich von allgemeinen Grundsätzen der palliativen Medizin leiten lassen: Maximale Ermöglichung von Lebensqualität und eines guten Todes hat Vorrang vor bloßer Lebensverlängerung; der mögliche Verzicht auf eine künstliche Ernährung darf niemals als allgemeine Therapiebeendigung aufgefasst werden, sondern muss als eine Maßnahme im Rahmen einer Therapiemodifikation von einem kurativen zu einem palliativen Therapieziel angesehen werden.
- Eine Ernährung und Hydrierung muss vom Willen des einwilligungsfähigen und aufgeklärten Patienten gedeckt sein. Infrage kommen eine unmittelbare Willensäußerung (Arzt-Patienten-Gespräch) oder eine mittelbare (mittels Patientenverfügung und/oder Vorsorgevollmacht). Liegt keine von beiden vor, so ist nach dem mutmaßlichen Patientenwillen zu fragen, welcher die Basis für das weitere Vorgehen darstellt.
- Sollte eine Person, die einwilligungsfähig ist bzw. ihren diesbezüglichen Willen durch eine Patientenverfügung schon vorher erklärt hat, die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr im Fall einer für diese Form der Ernährung bestehenden medizinischen Indikation ablehnen, so kann die unausweichliche Respektierung dieses Patientenwillens die persönliche Überzeugung anderer (Ärzte, Pfleger) auf die Probe stellen, wenn diese aus sittlicher Perspektive zu dem Schluss kommen, dass der Patientenwille einer Selbsttötung gleichkomme. Für solche Fälle empfiehlt sich ein ethisches Konsil.
- Es sollte versucht werden, den Patientenwillen zu einem möglichst frühen Zeitpunkt zu erheben (z. B. beim Eintritt in eine Pflegeeinrichtung; Prinzip der möglichst frühzeitigen Erhebung des Patientenwillens).

## 9 Zwangsernährung und Zwangshydrierung von Häftlingen

Inhalt:

- ▶ Hungerstreik
- ▶ Zwangsbehandlung und medizinisches Ethos
- ▶ Prozessgestaltung für die Betreuung von Hungerstreikenden

### 9.1 Einleitung

Auch Häftlingen, die in einer Krankenanstalt der Barmherzigen Brüder aufgenommen sind, ist mit Respekt und im Geist der Hospitalität zu begegnen (⇒ Kapitel 1.1). Die folgenden Empfehlungen widmen sich der Frage, inwiefern bei Häftlingen Maßnahmen der Zwangsernährung oder Zwangshydrierung ethisch zulässig sein können. Diese Problematik ist deutlich von jener bei nicht inhaftierten Menschen abzugrenzen. Sie ergibt sich aus dem Umstand, dass einerseits der österreichische Gesetzgeber eine medizinische Zwangsbehandlung im Rahmen des Strafvollzugs grundsätzlich zulässt und andererseits das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Wien eine besondere Abteilung für kranke Häftlinge beherbergt.

Die Ausnahmesituation des Hungerstreikenden, der „als Geiselnehmer und Geisel in einer Person“ (90, S. 24) auftritt, stellt hohe Anforderungen an das ärztliche Gewissen. Der Weltärztebund hat dies bereits zweimal explizit thematisiert: Er spricht von der notwendigen Balance zwischen der ärztlichen Loyalitätsobliegenheit gegenüber dem Staat bzw. Dienstgeber und jener gegenüber dem Patienten, wobei Letzterem aufgrund des medizinischen Ethos im Konfliktfall der Vorrang zukomme (91; 92). In Hinblick auf die Zwangsernährung/Zwangshydrierung ist die Patientenautonomie auch bei Häftlingen zu achten und darf nur mit guten Gründen eingeschränkt werden.

Es ist der grundlegende Wunsch der Barmherzigen Brüder, dass kein Patient aufgrund eines Hungerstreiks in einer ihrer Einrichtungen verstirbt, sondern dass er vielmehr in eine für ihn möglichst akzeptable Lebenssituation zurückfindet. Die Ärzte und Pflegekräfte werden alles in ihrer Macht Stehende tun, um Hungerstreikende zu einer Verhaltensänderung zu bewegen, und sie jedenfalls respektvoll betreuen.

## 9.2 Begriffsdefinitionen

Für die ethische Beurteilung des Problemfelds ist eine präzise Definition der Begriffe unerlässlich:

1. Ernährung/Hydrierung: orale, parenterale oder enterale Verabreichung von Nahrung, Nährstoffen oder Flüssigkeit (⇒ Kapitel 8).
2. Zwang: eine im weiten Sinn mit Gewalt ausgeführte Handlung, die gegen den Willen oder das Verhalten eines Menschen gerichtet ist; abzugrenzen von „Überzeugung“ (die Person handelt aufgrund vorgebrachter Gründe aus eigenem Willen) und „Manipulation“ (die Person handelt aufgrund eines von Dritten getäuschten Bewusstseins) (93, S. 94).
3. Zwangsernährung/Zwangshydrierung: Ernährung/Hydrierung, die gegen den Willen des Patienten durchgeführt wird (90, S. 27). Damit verbunden sind häufig auch Zwangsmaßnahmen wie Fixierung oder Sedierung des Patienten.
4. Häftling: Überbegriff für Personen, die aus unterschiedlichen Gründen ihrer Freiheit beraubt sind:
5. Strafgefangener: Freiheitsentzug aufgrund einer gerichtlichen Verurteilung aus Gründen der persönlichen Strafe, der (General-)Prävention und des Schutzes der Allgemeinheit (94).
6. Schubhäftling: Freiheitsentzug aufgrund einer verwaltungsbehördlichen Maßnahme zum Vollzug des Asylrechts aus Gründen der Sicherstellung eines Aufenthaltsverbots, einer Ausweisung oder einer Abschiebung (95, § 76).
7. Hungerstreik: Verweigerung der Aufnahme von Nahrung und/oder Flüssigkeit durch eine einwilligungsfähige Person; abzugrenzen von der physiologisch oder psychologisch bedingten Unmöglichkeit, Nahrung/Flüssigkeit aufzunehmen, die eine Erkrankung darstellt (90, S. 28).

## 9.3 Grundlegende Prinzipien

„Die Schutzpflicht (Gewährleistungspflicht) des Staates für das Leben und die Gesundheit von in seinem Gewahrsam angehaltenen Personen berechtigt ÄrztInnen per se keinesfalls zu einer mit Zwangsgewalt durchgesetzten Untersuchung oder Heilbehandlung eines Häftlings, der seine/ihre Zustimmung zu dieser verweigert. Es bedarf vielmehr einer gesetzlichen Grundlage für den Eingriff, der aus medizinischer Sicht notwendig und geeignet sein muss, um die staatliche Schutzpflicht zu erfüllen, und das gelindeste Mittel zur Wahrnehmung der Schutzpflicht darstellen muss“ (90, S. 22).

### 9.3.1 Allgemeine Aspekte

1. Zwang beschränkt die Autonomie, worunter die Menschenwürde leidet.  
Zwang ist grundsätzlich unvereinbar mit einer moralisch und medizinisch guten Krankenversorgung, zu der auch die Ernährung und Hydrrierung zählt. Denn Zwang kann das Autonomieprinzip so weit beschränken, dass die Menschenwürde missachtet wird. Darüber hinaus führt er in vielen Fällen auch nicht zu effektiven medizinischen Resultaten (96).
2. Mangelnde Autonomie kann Zwangsmaßnahmen legitimieren.  
Eine Ernährung/Hydrrierung gegen den Patientenwillen ist ethisch nur dann legitim und rechtlich nur dann zulässig, wenn die faktische Autonomiefähigkeit (faktische Kompetenz, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen) beeinträchtigt ist. Dies trifft auf psychiatrisch untergebrachte Patienten zu, denen die Fähigkeit fehlt, Grund und Bedeutung der Nahrungsaufnahme einzusehen und danach zu handeln (97, S. 836; 98).
3. Hungerstreik indiziert nicht automatisch Nichteinwilligungsfähigkeit.  
Der Entschluss, in einen Hungerstreik zu treten, ist nicht automatisch mit der Nichteinwilligungsfähigkeit des Hungerstreikenden gleichzusetzen. Vielmehr bedarf es einer eigenen psychiatrischen Untersuchung, um seine Urteilsfähigkeit zu Beginn des Hungerstreiks zu beurteilen.
4. Hungerstreik indiziert nicht automatisch Suizidwilligkeit.  
Ein Hungerstreikender ist auch nicht automatisch mit einem Suizidwilligen gleichzusetzen, da das Ziel des Hungerstreikenden nicht sein Tod, sondern – in der Regel – ein politisches Anliegen (Hafterleichterung, Haftentlassung etc.) ist. Der Tod wird nur als nicht angestrebtes Ziel im äußersten Fall in Kauf genommen. Ob nicht doch ein Suizidversuch vorliegt, ist psychiatrisch zu klären.
5. Der hungerstreikwillige Häftling bzw. Hungerstreikende ist aufzuklären.  
Der Häftling, der die Nahrungs- bzw. Flüssigkeitsaufnahme verweigert, ist über die gesundheitlichen Folgen einer Unterernährung und Dehydrierung aufzuklären. Auch während eines Hungerstreiks ist mit dem Häftling über allfällige medizinische Maßnahmen (z. B. Blutabnahme, neurologische Untersuchungen) ein Informed Consent herzustellen.
6. Vor Zwangsanwendung müssen jedenfalls alle gelinderen Mittel ausgeschöpft sein.  
Die Zwangsernährung/Zwangshydrrierung eines Häftlings darf – ungeachtet aller sonstigen ethischen und rechtlichen Normen – nur als Ultima Ratio in den Blick kommen. Zuvor ist es die Pflicht aller Beteiligten, den Häftling durch Überzeugungsarbeit zu einer Verhaltensänderung zu bewegen.

### 9.3.2 Zwangsernährung/Zwangshydrierung von Strafgefangenen

1. Zwangsernährung/Zwangshydrierung von nicht psychiatrisch untergebrachten Häftlingen ist nur Anstaltsärzten erlaubt.

Eine Zwangsernährung/Zwangshydrierung von Häftlingen ist innerhalb des eng gesteckten rechtlichen Rahmens zulässig, wenn sie von einem Anstaltsarzt angeordnet wird (99; 100). Wird ein Häftling in einer öffentlichen Krankenanstalt versorgt, so gelten für die dort Tätigen ihre eigenen berufs-, organisations- und dienstrechtlichen Bestimmungen (100).

2. Zwangsernährung/Zwangshydrierung von psychiatrisch untergebrachten Häftlingen ist erlaubt.

Handelt es sich um einen psychiatrisch untergebrachten Häftling, so ist eine medizinisch notwendige Zwangsernährung/Zwangshydrierung unter den Bedingungen des § 36 UbG (vgl. Formblatt Hungerstreik eines Häftlings: Aufnahmedokumentation) erlaubt (98).

### 9.3.3 Zwangsernährung/Zwangshydrierung von Schubhäftlingen

1. Das Recht erlaubt die Zwangsernährung/Zwangshydrierung von Schubhäftlingen nicht explizit.

Von der juristischen Literatur wird kritisiert, dass das „Fremdenrechtspaket 2005“ im Abschnitt über die Durchführung der Schubhaft keine explizite Regelung medizinischer Zwangsmaßnahmen getroffen hat. Muzak weist darauf hin, dass hier – ähnlich wie im Strafvollzug – eine Nichtkompatibilität mit dem im Berufs-, Organisations- und Dienstrecht normierten Informed Consent der Krankenbehandlung besteht, die nicht aufgelöst wurde (101).

2. Eine Zwangsernährung/Zwangshydrierung von Schubhäftlingen ist aufgrund des Verhältnismäßigkeitsprinzips abzulehnen.

Drexler (100, S. 126), Nowak (102) und der Menschenrechtsbeirat des Innenministeriums (90, S. 27) kommen zu dem eindeutigen Schluss, dass eine Zwangsernährung/Zwangshydrierung von Schubhäftlingen nicht erlaubt ist, da sie gegenüber dem Ziel dieser Maßnahme, die Schubhaft aufrechtzuerhalten, unverhältnismäßig sei. Nur im Fall einer psychiatrischen Unterbringung gemäß UbG hat der Arzt der Krankenanstalt darüber zu entscheiden, ob und welche Zwangsmaßnahmen medizinisch indiziert sind (98).

## 9.4 Prozessgestaltung

📄 Dokumentation: Hungerstreik eines Häftlings ⇒ Kapitel 22.5

1. Die Krankengeschichte und der Behandlungsprozess sind ausführlich zu dokumentieren:
  - a. Bei Aufnahme in die Krankenanstalt → Formblatt Hungerstreik eines Häftlings: Aufnahmedokumentation
  - b. Während der Betreuung eines Hungerstreikenden → Formblatt Hungerstreik eines Häftlings: fortlaufende Betreuung
2. Ohne pflegschaftsgerichtliche Genehmigung darf keine Zwangsernährung oder Zwangshydrierung angeordnet werden.
3. Wird ein Häftling in das Krankenhaus eingeliefert, so ist danach zu trachten, dass die gesamte Krankengeschichte, die zuvor im Gefängnis dokumentiert wurde, übermittelt wird.
4. Der Hungerstreikende muss bei der Erstuntersuchung darüber aufgeklärt werden, dass es, um den unbemerkten Eintritt der Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung zu vermeiden, 47–72 Stunden nach Beginn des Unterlassens der Nahrungsaufnahme einer ersten Blut-Laboruntersuchung bedarf, da die individuellen physiologischen Auswirkungen seiner Nahrungsverweigerung sonst nicht abschätzbar sind. Verweigert der Patient die Blutabnahme, ist er darauf hinzuweisen, dass die Krankenanstalt für den Eintritt besagter Gefahr keine Haftung übernehmen kann.
5. Ärzte und Pflegekräfte der Krankenanstalt sind an keine Weisungen durch Justiz- oder Polizeiamtsärzte oder begleitende Aufsichtsbeamte gebunden.
6. Wird ein Häftling aufgenommen, der in den Hungerstreik treten möchte oder diesen bereits begonnen hat, so sind davon unverzüglich der Geschäftsführer der Krankenanstalt und der Ärztliche Leiter zu informieren.
7. Zur Entscheidungsfindung sollte der behandelnde Arzt das Klinische Ethikkomitee der Krankenanstalt konsultieren.
8. Es dürfen keine Informationen über die Krankenbehandlung an die Öffentlichkeit weitergegeben werden. Dies ergibt sich einerseits durch allgemeine datenschutzrechtliche Bestimmungen, andererseits durch die besondere Situation, dass der Hungerstreikende womöglich die Öffentlichkeit sucht, um so mehr Druck auszuüben. Dies wäre jedoch eine unzulässige Instrumentalisierung der Krankenanstalt und ihrer Mitarbeiter.
9. Wenn der Fall eines Hungerstreiks bereits öffentlich ist, soll das Klinische Ethikkomitee in Absprache mit dem Geschäftsführer der Krankenanstalt eine Erklä-

rung erarbeiten, die unter Hinweis auf die in diesen Empfehlungen genannten Argumente die Entscheidung begründet. Dabei sollte insbesondere auf den nicht auflösbaren Gewissenskonflikt hingewiesen werden, der in jedem Fall von Hungerstreik/Zwangsbehandlung auftritt.

## 10 Klinische Forschung

Inhalt:

- ▶ Bekenntnis zur medizinischen und pflegerischen Forschung
- ▶ Grundlegende ethische Maßstäbe
- ▶ Prüfung durch die Ethikkommission
- ▶ Verantwortung gegenüber dem Krankenhaus

### 10.1 Bekenntnis zur medizinischen und pflegerischen Forschung

Eine solide medizinische und pflegerische Forschung ist Voraussetzung für eine gute Krankenversorgung und Pflege. Die Barmherzigen Brüder bekennen sich daher grundsätzlich zu allen Anstrengungen, die ihre Mitarbeiter auf diesem Gebiet unternehmen. Sie betonen zugleich, dass nur eine verantwortungsbewusste Forschung ethisch legitim ist und letztlich auch langfristig Erfolg haben kann.

### 10.2 Grundlegende ethische Maßstäbe

Die grundlegenden ethischen Maßstäbe für die Forschung mit Menschen sind in folgenden Dokumenten niedergeschrieben:

- Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes (103) in der jeweils aktuellen Fassung
- „Good Clinical Practice“-Richtlinie der EU (104)
- Forschungs-Zusatzprotokoll zum Menschenrechtsübereinkommen Biomedizin des Europarates (105)

Die darin festgehaltenen Eckpunkte sind:

1. Schutz des Lebens, der Gesundheit, der Privatsphäre und der Würde des Probanden
2. Informed Consent der Probanden
3. Besonderer Schutz von nicht einwilligungsfähigen Menschen (Kindern, Behinderten, Notfallopfern)
4. Ausgewogenes Verhältnis von Nutzen und Risiken/Belastungen
5. Management von Interessenkonflikten (finanziellen und/oder strukturellen) (106)
6. Wissenschaftliche Qualität der Studie, der Forscher und der Einrichtungen
7. Veröffentlichung der positiven, aber auch der negativen Forschungsergebnisse

## 10.3 Prüfung einer Studie durch die Ethikkommission

Begriffsdefinition „Studie“:

- Interventionelle Studie (= klinische Prüfung): ist eine systematische Untersuchung eines noch nicht zugelassenen Arzneimittels, Medizinprodukts oder einer neuen medizinischen Methode an Versuchspersonen (Prüfungsteilnehmern, Probanden) gemäß einem wissenschaftlichen Plan (Studienprotokoll) (vgl. § 2a Abs. 1 AMG; § 3 Abs. 2 MPG; § 8c KAKuG). Um eine klinische Studie durchführen zu dürfen, ist die Prüfung durch eine unabhängige Ethikkommission gesetzlich vorgeschrieben.
- Nicht interventionelle Studie (= Anwendungsbeobachtung, Kohorten-Studie, Fall-Kontroll-Studie, Register-Studie): ist eine systematische Untersuchung einer zugelassenen Arzneimittelspezialität an Patienten, sofern das Medikament ausschließlich unter den in der Zulassung genannten Bedingungen verwendet wird, die Studie keine zusätzlichen diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen notwendig macht und keine zusätzlichen Belastungen des Patienten mit sich bringt und die Anwendung einer bestimmten Behandlungsstrategie nicht im Voraus in einem Prüfplan festgelegt wird, sie der medizinischen Praxis entspricht und die Entscheidung zur Verordnung des Medikaments klar von der Entscheidung getrennt ist, einen Patienten in die Studie einzubeziehen (vgl. § 2a Abs. 3 AMG). Nicht interventionelle Studien können einer Ethikkommission vorgelegt werden (§ 8c Abs. 3a KAKuG).<sup>1</sup>

Da es sich bei der Bewertung der Abgrenzungskriterien zwischen interventionellen und nicht interventionellen Studien mitunter aber um ethisch relevante Fragen handelt, die nicht immer evident sind (z. B. die Frage nach einer zusätzlichen Belastung des Patienten), sollen auch nicht interventionelle Studien der betroffenen Haus-Ethikkommission zur Begutachtung vorgelegt werden. Zudem kann eine derartige verpflichtende Vorlage auch den Qualitätsaspekt von nicht interventionellen Studien und die Publikation ihrer Resultate (vgl. die meist verpflichtende Vorlage einer Ethikkommissionbefassung beim Herausgeber) unterstützen und vermeidet einen rechtsethischen Graubereich, der sich durch die gesetzliche Lage ergeben hat. Begriffsdefinition „Ethikkommission“ ⇔ Kapitel 2.3.1.

Angesichts der unterschiedlichen Wirkungsbereiche von Ethikkommissionen stellt sich die Frage, in welchem Verhältnis Haus-Ethikkommissionen und Landes- bzw. Leit-Ethikkommissionen zueinander stehen. Hierzu hält der Ethik-Codex fest:

---

<sup>1</sup> Die erläuternden Bemerkungen zu diesem Absatz führen aus, dass die Prüfung einer nicht interventionellen Studie durch die Ethikkommission dann angezeigt ist, „wenn die Innovation aus der Sicht der Interessenlage des Patienten tatsächlich einer Beurteilung durch die Ethikkommission bedarf“.

- Sofern eine klinische Studie in einer Einrichtung der Barmherzigen Brüder durchgeführt werden soll, ist immer auch die entsprechende Haus-Ethikkommission damit zu befassen.
- Nicht jede von einer Landes- bzw. Leit-Ethikkommission bewilligte Studie muss auch von einer Haus-Ethikkommission der Barmherzigen Brüder genehmigt werden.

Es kann sich dabei um klinische Prüfungen handeln, die in Spannung oder Widerspruch zum ethischen Profil der Barmherzigen Brüder stehen (z. B. Studien zur Infertilitätsbehandlung).

- ▶ Den grundlegenden Maßstab für die Prüfung der Frage, ob eine Studie zu den Barmherzigen Brüdern passt, liefert dieser Ethik-Codex. Die Haus-Ethikkommissionen haben diesen daher unbeschadet ihrer gesetzlich geforderten Unabhängigkeit (s. o.) bei ihrer Entscheidungsfindung zu berücksichtigen.

Die Autorität von Ethikkommissionen hängt nicht nur von formalen gesetzlichen Bestimmungen, sondern auch von der Qualität der Kommissionen ab. Das Recht definiert lediglich Mindestanforderungen in Bezug auf:

- Zusammensetzung (§ 8c Abs. 4 KAKuG, § 41 Abs. 2 AMG, § 58 Abs. 4 MPG)
- Prüfungsmaterie (§ 8c Abs. 2 KAKuG, § 41a AMG, § 60 MPG)

📄 **Checkliste: Begutachtung von Studien durch die Haus-Ethikkommission**  
 ⇨ Kapitel 22.7

## 10.4 Verantwortung des Studienleiters gegenüber dem Krankenhaus

Die Einrichtungen der Barmherzigen Brüder ermöglichen und unterstützen klinische Forschung. Sie erwarten sich dementsprechend auch ein verantwortungsvolles Verhalten der Studienleiter bzw. Prüfer gegenüber der Leitung des jeweiligen Krankenhauses. Dies bedeutet insbesondere:

- Transparenz über die geplanten oder durchgeführten Studien: über ihr wissenschaftliches Design, ihre Resultate und ihre Finanzierungssituation
- Ehrlichkeit über Inhalt und Rahmenbedingungen der Studien
- Verhältnismäßigkeit in der Benutzung von Ressourcen des Krankenhauses

Die Barmherzigen Brüder und die Geschäftsleitungen bringen ihren forschenden Mitarbeitern großes Vertrauen entgegen und appellieren daher, ihr wissenschaftliches und organisatorisches Gewissen weiterhin im Dienst der Kranken einzusetzen.

# 11 Pharmazieethik

Inhalt:

- ▶ Pharmazie als Profession
- ▶ Ethische Grundsätze für die Ausübung der pharmazeutischen Profession
- ▶ Gewissensnöte in der Apotheke

Ethische Überlegungen zu Fragen der Pharmazie tauchen meist im Zusammenhang mit der pharmazeutischen Forschung und Industrie auf. Dies ist hier jedoch nicht die Themenstellung. Unter dem Titel „Pharmazieethik“ soll vielmehr einigen wichtigen Fragen nachgegangen werden, die sich im Kontext der Apotheke ergeben. Dieses Thema hat bislang in der bioethischen Literatur relativ wenig Beachtung gefunden (107; 108), ist für die Barmherzigen Brüder jedoch insofern von Relevanz, als der Orden auch Apotheken betreibt.

## 11.1 Pharmazie als Profession

Die Grundsatzfrage der Pharmazieethik lautet: Welches Berufsbild von Pharmazie soll maßgeblich sein? Die Antwort auf diese Frage stellt gleichsam die Weichen für weitere ethische Überlegungen. Sie ist allerdings nicht leicht zu geben, da es zwar in Österreich wie in anderen Ländern Berufsvereinigungen von Apothekern gibt (hier sogar als Körperschaft des öffentlichen Rechts), diese aber die angesprochene Grundsatzfrage nur zögerlich bearbeiten. Zu denken wäre an folgende Beschreibungen des Berufsbilds:

- der Apotheker als Abgebender für Arzneimittel und als Gesundheitsberater
- der Apotheker als gleichberechtigter Partner oder Erfüllungsgehilfe des Arztes
- der Apotheker als Krankenhausapotheker und klinischer Pharmazeut
- der Apotheker als Manager und Unternehmer
- der Apotheker als pharmazeutischer Wissenschaftler
- der Apotheker als Repräsentant der öffentlichen Gesundheitsverwaltung

Jede Berufsbildbeschreibung ist mit jeweils besonderen ethischen Ansprüchen verknüpft. Analysiert man den gegenwärtigen Zustand des Apothekenwesens, so kann man zu dem Schluss kommen, dass alle sechs Berufsbildbeschreibungen zugleich vorkommen. Welches Berufsbild stärker, welches schwächer ausgeprägt ist, hängt von Faktoren wie der Persönlichkeit des Apothekers, dem gesellschaftlichen, organisatorischen und rechtlichen Umfeld oder der Organisationskultur ab. Alle diese

Faktoren sind deshalb auch Ansatzpunkte, um bestimmte Aspekte eines pharmazeutischen Berufsbildes auszuprägen.

Ziel einer solchen Berufsbildgestaltung sollte es sein, die Pharmazie als Profession ausweisen zu können und damit auf „Augenhöhe“ mit anderen Professionen im Gesundheitswesen, insbesondere mit Ärzten, Pflegekräften oder Hebammen zu sein. Als Profession muss die Pharmazie allerdings folgende ethische Orientierungspunkte beachten (109):

- die Hochhaltung des Wissens und der Fertigkeiten der Pharmazie
- die Bereitschaft zur ständigen Selbstverbesserung
- die Bereitschaft zur Dienstleistung
- das pharmazeutische Selbstbewusstsein und das Engagement in der Pharmazie
- die treuhänderische Beziehung zu den Patienten
- die Förderung von Kreativität und Innovation
- Gewissenhaftigkeit und Vertrauenswürdigkeit
- die Bereitschaft, für die eigene Arbeit Rechenschaft abzulegen
- eine ethisch fundierte Entscheidungsfindung
- Leadership

Eine Profession ist somit durch die verantwortungsbewusste Gestaltung von mehreren Beziehungen charakterisiert:

- Beziehung zum Patienten (vgl. unten, 11.2.1)
- Beziehung zur Öffentlichkeit (vgl. unten, 11.2.2 und 11.2.3)
- Beziehung zu Partnern des Berufslebens (z. B. Ärzten) (vgl. unten, 11.2.4)
- Beziehung zu anderen Mitgliedern der Profession (vgl. unten, 11.2.5)

Die Österreichische Apothekerkammer hat einige dieser professionellen Verpflichtungen in ihrer neuen Berufsordnung angesprochen (110). Sie finden sich auch in anderen Kodizes pharmazeutischer Professionsverbände (111; 112; 113; 114) und bilden die Basis für die folgenden Aussagen zu den ethischen Grundsätzen für die Ausübung der pharmazeutischen Profession.

Auf den Punkt gebracht, muss es das professionelle Ziel von Apothekern sein, mit ihrem Wissen und Können dazu beizutragen, Menschen in deren medizinischen Problemen zu helfen bzw. ihre Gesundheit zu erhalten. Sie sind somit ein Beispiel für „Health Care Professionals“.

## 11.2 Ethische Grundsätze für die Ausübung der pharmazeutischen Profession

Als Profession, die sich der Sorge um kranke und gebrechliche Menschen bzw. um die Erhaltung der Gesundheit verschrieben hat, unterliegt die Pharmazie den allgemeinen ethischen Grundsätzen für alle Gesundheitsberufe (⇒ Kapitel 1.4). Diese lassen sich für den Kontext einer Apotheke nochmals wie folgt konkretisieren:

### 11.2.1 Im Umgang mit dem Patienten

Die wichtigste Verantwortung des Apothekers ist das Wohl des einzelnen Patienten. Sein Wohl kommt vor persönlichen oder wirtschaftlichen Interessen des Apothekers.

Patienten dürfen nicht aufgrund ihres Gesundheitszustands, ihrer sozialen Herkunft, ihres Geschlechts, ihrer Religion- oder Weltanschauung, ihres Alters, ihrer ethnischen Abstammung oder ihrer sexuellen Orientierung diskriminiert werden. Kommt es in einer Apotheke zu diskriminierendem Verhalten oder beleidigenden Äußerungen von Patienten gegenüber anderen Patienten (z. B. Substitutionspatienten), so soll sich der leitende Apotheker um eine Eindämmung dieses Verhaltens bemühen. Betrifft es das Verhalten von Angestellten der Apotheke selbst oder unterstützen diese ein solches Verhalten von Patienten, so soll der leitende Apotheker dies zum Anlass für ein Mitarbeitergespräch nehmen, in dem die klare Missbilligung eines solchen Verhaltens seitens des Eigentümers zum Ausdruck kommt.

Der Patient ist in die Erstellung von Heil- und Behandlungsplänen einzubeziehen, sofern der Apotheker daran beteiligt ist. Dies geschieht insbesondere durch eine fachgerechte Aufklärung und Beratung über infrage kommende Medikamente.

Die Vertraulichkeit der Beziehung zwischen Apotheker und Patient ist zu schützen. Dies erfordert unter Umständen auch einen geeigneten Raum in der Apotheke, um ein Gespräch unter vier Augen führen zu können.

Der Apotheker soll durch Information und Beratung die Sicherheit der Arzneimitteltherapie einschließlich der Adherence bzw. Compliance fördern. Dazu zählen:

- das Gespräch über die sachgerechte Anwendung (inkl. Aufbewahrung) von Medikamenten;
- das Gespräch über Wirkungen und Risiken (wie z.B. Neben-, Wechselwirkungen und Gegenanzeigen) von Medikamenten und die Gefahren des Missbrauchs derselben;
- die pharmazeutische Betreuung des Patienten in Abstimmung mit dem behandelnden Arzt (kontinuierliches Monitoring).

Der Apotheker lässt einen Patienten auch im Falle von Konflikten aufgrund von persönlichen ethischen Überzeugungen nicht im Stich, sondern versucht, eine für den konkret betroffenen Patienten adäquate Lösung zu finden, die einerseits dem professionellen Standard entspricht und andererseits die moralische Integrität sowohl des Patienten als auch des Apothekers zu bewahren hilft.

### **11.2.2 In Hinblick auf die pharmazeutische Wissenschaft und Qualitätssicherung**

Der Apotheker ist dafür verantwortlich, sein pharmazeutisches Wissen auf dem aktuellen Stand zu halten und sich kontinuierlich fortzubilden.

Der Apotheker trägt Mitverantwortung für die Sicherheit und Qualität von Medikamenten durch

- die Auswahl der Medikamente auf der Grundlage unabhängiger, wissenschaftlicher Bewertungen;
- Prüfung der Arzneimittel, Ausgangsstoffe, Wirkstoffe, Hilfsstoffe, Verpackungsmaterialien und Fertigarzneimittel auf die erforderliche Qualität;
- Sammlung und Dokumentation von Informationen über Beanstandungen bei Medikamenten, insbesondere Qualitätsmängel und Risiken (Pharmakovigilanz);
- Beteiligung an Netzwerken zwischen Apothekern, Ärzten, Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen, Krankenkassen, Gesundheitsbehörden sowie anderen Angehörigen von Gesundheitsberufen.

### **11.2.3 Im Kontext der öffentlichen Gesundheitsversorgung**

Apotheker in öffentlichen Apotheken setzen sich aktiv für die sichere und effiziente Versorgung der Bevölkerung mit Medikamenten ein. Dies beinhaltet insbesondere:

- die Beschaffung und Bereithaltung der Medikamente in erforderlicher Qualität für die bedarfsgerechte Versorgung;
- die Gewährleistung der sicheren Abgabe der Medikamente;
- die qualitätsgesicherte Information und Beratung der Patienten (vgl. oben, 11.2.1, Pkt. 6).

Apotheker haben sich im Kampf gegen gefälschte Arzneimittel einzusetzen.

Apotheker engagieren sich in der Gesundheitsvorsorge (Prävention).

### **11.2.4 Im Kontext der Krankenhausapotheke**

Die Krankenhausapotheke ist für die ordnungsgemäße Versorgung der im Krankenhaus behandelten Patienten mit Medikamenten verantwortlich. Der Versor-

gungsauftrag umfasst die pharmazeutischen Dienstleistungen für Ärzte, Pflegepersonal und die klinisch-pharmazeutische Betreuung von Patienten.

Der Apotheker kann den Patienten von der Arzneimittelanamnese bis zur Entlassungsmedikation betreuen und vermittelt die weitere pharmazeutische Betreuung im niedergelassenen Bereich.

Der Apotheker berät die Ärzte und Pflegekräfte über die Einsatzmöglichkeiten von Medikamenten und deren Alternativen. Dabei sind auch pharmakoökonomische Gesichtspunkte mit zu bedenken.

In der Krankenhausapotheke werden ärztliche Verordnungen auf ihre Plausibilität und Richtigkeit zur Verbesserung der Arzneimittelsicherheit und Optimierung des Therapieerfolgs geprüft.

### 11.2.5 Betriebs- und organisationsethische Grundsätze

Neben den allgemeinen Grundsätzen der Organisationsethik (⇔ Kapitel 17) ist im Kontext der Apotheke noch Folgendes zu berücksichtigen:

- Der Apotheker ist für die sorgfältige Ausbildung von Aspiranten und PKA-Lehrlingen verantwortlich und soll dieser Aufgabe genügend Zeit widmen.
- In der pharmazeutischen Ausbildung in einer Einrichtung der Barmherzigen Brüder soll neben der allgemeinen fachlichen Wissens- und Fertigkeitsvermittlung auch die Auseinandersetzung mit dem Ethos der Gesundheitsversorgung im Allgemeinen und der Pharmazieethik im Besonderen stattfinden.
- Im Rahmen der pharmazeutischen Praxis soll es für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter möglich sein, ethische Fragen zu thematisieren. Hierfür ist es notwendig, die ethische Sensibilität einer Profession zu fördern und die Organisationskultur entsprechend zu gestalten.
- Wenngleich öffentliche Apotheken auch ein Wirtschaftsunternehmen sind, so soll dieser Aspekt stets nur sekundär zum Zug kommen. Insbesondere soll für Apotheken der Barmherzigen Brüder gelten:
  - Die unabhängige, kritische Beratung über Medikamente und deren Alternativen ist fachlicher Kern der pharmazeutischen Profession.
  - Produkte, die keine Arzneimittel oder Medizinprodukte sind, sollen in der Apotheke nur dann geführt werden, wenn sie einer sorgfältigen, kritischen Prüfung durch das Gewissen der pharmazeutischen Profession standhalten.
  - Zu befürworten ist eine Kundenorientierung durch das Eingehen auf Wünsche und Bedürfnisse der Kunden aufgrund gesicherter pharmazeutischer Erkenntnisse.

## 11.3 Gewissensnöte in der Apotheke

Eine spezielle Frage der Pharmazieethik wird seit geraumer Zeit intensiv debattiert: diejenige von Gewissensnöten in der Apotheke. Im Folgenden wird versucht, innerhalb dieser noch andauernden Diskussion Orientierungshilfen für Einrichtungen der Barmherzigen Brüder zu geben. Dabei müssen kirchliche Zielvorstellungen, rechtliche Rahmenbedingungen und ethische Argumente in ein möglichst kohärentes System gebracht werden.

### 11.3.1 Hintergrund und Rahmen des Problems

Apotheken haben im österreichischen Gesundheitswesen die Aufgabe, die Bevölkerung in effizienter Weise mit Arzneimitteln zu versorgen. Die Errichtung und der Betrieb einer Apotheke erfolgt in einem öffentlich-rechtlichen Konzessionssystem mit Bedarfsprüfung. Dadurch kommt den Apotheken eine Monopolstellung für die Abgabe rezept- bzw. apothekenpflichtiger Arzneimittel zu. Diese Monopolstellung erhält ein Gegengewicht im Kontrahierungszwang, durch den der Apotheker gezwungen ist, Arzneimittel aufgrund einer Verschreibung oder aufgrund einer Notfallsituation abzugeben.

Der Kontrahierungszwang kann allerdings ethische Probleme auslösen, nämlich dann, wenn ein Arzneimittel abgegeben werden soll, welches nach Auffassung des Apothekers oder des Eigentümers einer Apotheke schwere Gewissenskonflikte auslöst.

### 11.3.2 Ansatzpunkte für die Bewältigung des Problems

Die derzeitige Situation ist aus Sicht vieler, insbesondere kirchlicher Akteure unbefriedigend. Daher wird international eine intensive Diskussion geführt, wie Gewissensnöte in der Apotheke bewältigt werden können. Hierfür stehen grundsätzlich zwei Ansatzpunkte zur Verfügung: ein individueller und ein korporativer.

#### 11.3.2.1 Individuelle Ebene: Grundrecht auf Gewissensfreiheit

Die Gewissensfreiheit (Gewissensbildungs- und Gewissensbetätigungsfreiheit) genießt in Staat und Kirche einen hohen Stellenwert. Sie ist im staatlichen und internationalen Recht mehrfach abgesichert und stellt ein Grundprinzip des Kanonischen Rechts dar. Der hier vorliegende Ethik-Codex hat die Gewissensfreiheit deshalb bereits zu Beginn thematisiert (⇒ Kapitel 1.7).

Gefordert wird in der Debatte eine (derzeit in Österreich nicht existente) Gewissensklausel für Apotheker, die deren gewissensbedingte Weigerung, ein Präparat abzugeben, legalisieren würde. Ob eine solche gesetzliche Bestimmung eingeführt

wird, ist eine politische Entscheidung, welche den schonenden Ausgleich zwischen der Gewissensfreiheit des Apothekers und der grundsätzlich gleichrangigen Gewissensfreiheit der Patientin im Blick haben muss.

### 11.3.2.2 Korporative Ebene: Grundrecht auf Religionsfreiheit

Für die Apotheken der Barmherzigen Brüder ist jedoch die individuelle Ebene des Problems von sekundärer Bedeutung, da es sich um Einrichtungen mit einem spezifischen katholischen Profil handelt. Der Ansatz für Problembewältigung ist demnach ein korporativer, der nicht den individuellen Apotheker, sondern die Organisation im Blick hat. Auf dieser Ebene ist an das Grundrecht auf Religionsfreiheit zu denken, welches nicht nur dem Einzelnen, sondern auch Gemeinschaften und deren Einrichtungen zugesichert ist.

*Auswirkungen auf Binnenbeziehungen der Apotheke (Eigentümer-Pächter, leitende Apothekerin-Angestellte etc.):* Personen, die in einer katholischen Apotheke arbeiten, sind zur Loyalität gegenüber dem katholischen Eigentümer verpflichtet. Diese Loyalität betrifft nicht zuletzt kirchliche Positionen der Glaubens- und Sittenlehre. Die individuelle Gewissens-, Religions- und Weltanschauungsfreiheit des Apothekers kann sich daher nur innerhalb des kirchlichen Rahmens bewegen, solange er eine katholische Apotheke führen oder in ihr arbeiten möchte.

*Auswirkungen auf die Außenbeziehungen der Apotheke (insbesondere zu Patienten, Apothekerkammer, Sozialversicherung):* In ihren Außenbeziehungen kann sich die katholische Apotheke auf ihr grundrechtlich abgesichertes kirchliches Selbstbestimmungsrecht berufen, wenn sie Präparate, die mit der Glaubens- und Sittenlehre in Widerspruch stehen, nicht führt bzw. abgibt.

Dieses Grundrecht ist jedoch nicht grenzenlos (ebenso wenig wie alle anderen Grundrechte), sondern findet Beschränkungen in den Grundrechten anderer sowie in bestimmten Rechtsgütern wie z. B. der öffentlichen Gesundheit. Das Ziel jeder Grundrechtsabwägung ist der schonende Ausgleich zwischen den fundamentalen Rechten und Rechtsgütern, die von einem Konflikt betroffen sind. Dieses Vorgehen ist rechtsethisch mit dem Respekt vor dem Gewissen des anderen in einer säkularen, pluralistischen Gesellschaft begründet.

Dementsprechend könnte ein schonender Ausgleich zwischen den berechtigten Interessen der katholischen Apotheke und den berechtigten Interessen anderer (v. a. der Patienten und des öffentlichen Gesundheitssystems) folgendermaßen aussehen:

### 11.3.3 Bewertung und Empfehlung

1. Die Apotheken der Barmherzigen Brüder führen keine pharmazeutischen Präparate, die im Widerspruch zur kirchlichen Glaubens- und Sittenlehre stehen, und berufen sich dabei auf das Grundrecht der korporativen Religionsfreiheit.
2. Um einen schonenden Ausgleich zwischen ihren Grundrechten und den Grundrechten anderer sowie elementaren Rechtsgütern zu gewährleisten, unterstellen die Barmherzigen Brüder ihre Apotheken in der Ausübung des Grundrechts zwei Bedingungen:
  - a. Beratungspflicht: Sollte eine Patientin die Apotheke aufsuchen, um sich von einem Apotheker über Themen beraten zu lassen, die mit kirchlich nicht gebilligten pharmazeutischen Präparaten zu tun haben, so ist eine fachlich versierte Beratung durchzuführen. Auch kirchlich nicht gebilligte Präparate können dabei Erwähnung finden, dürfen aber nicht empfohlen werden. Die Beratung ist vielmehr als Möglichkeit zu verstehen, um der ratsuchenden Patientin eine fachkundige, kritische Aufklärung zum Thema zu bieten.
  - b. Verweispflicht: Sollte eine Patientin die Apotheke aufsuchen, um ein Präparat, welches kirchlich nicht gebilligt wird, zu erhalten, so ist sie von der Apothekerin darüber aufzuklären, dass das Produkt aufgrund des katholischen Profils der Apotheke nicht geführt bzw. abgegeben wird. Der Patientin ist daraufhin die nächste diensthabende Apotheke zu nennen.
3. Die Apotheker, insbesondere jene in verantwortlicher Leitung, tragen Sorge dafür, dass das katholische Profil der Apotheke in deren Betrieb sowie bei der Einstellung und Entwicklung von Mitarbeitern beachtet wird.
4. Die Barmherzigen Brüder als Eigentümer werden sich für eine Vermittlung ihrer Position und ihres Vorgehens durch eine Kontaktaufnahme mit der Österreichischen Apothekerkammer und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger einsetzen.

## 12 Bluttransfusion

Inhalt:

- ▶ Hintergrund der Ablehnung von Bluttransfusionen durch Zeugen Jehovas
- ▶ Rechtlicher Rahmen
- ▶ Empfehlungen für den Umgang mit Ablehnungen

### 12.1 Hintergrund der Ablehnung von Bluttransfusionen durch Zeugen Jehovas

Die Gabe von Blutprodukten gehört heute in zentralen Bereichen der Medizin, insbesondere der chirurgischen Fächer, zur State-of-the-Art-Therapie. Blutprodukte sind ein stark begrenztes und kostbares Gut, die Voll- oder Teilblutspende wird von vielen Menschen als Ausdruck altruistischer Nächstenliebe und Solidarität angesehen (115). Aus all diesen Gründen sind sich alle Beteiligten stets bewusst, dass es sich bei Blutprodukten um ein „Geschenk des Lebens“ handelt, mit dem besonders verantwortungsbewusst umgegangen werden muss.

Für manche Menschen ist die Verabreichung von Blutprodukten allerdings inakzeptabel. Bekannt ist, dass Mitglieder der Religionsgemeinschaft „Jehovas Zeugen“ (so die offizielle Bezeichnung in Österreich) die Gabe von Blutprodukten aus religiösen Gründen größtenteils ablehnen:

- Einheitlich abgelehnt wird die Transfusion von Vollblut, auch von Eigenblut, Erythrozytenkonzentraten, Leukozyten, Thrombozyten, Plasma und Plasmaprodukten.
- Individuell unterschiedlich für zulässig gehalten werden Albumin, Globuline (inkl. IgG), gentechnisch (rekombinant) hergestellte Blutprodukte, Tierblut oder Produkte daraus und Organtransplantationen.
- Überwiegend, aber nicht einheitlich für zulässig gehalten werden Dialyse, Hämodilution und Verfahren mittels Cellsaver.
- Unsicherheit besteht bezüglich der Produkte, deren Bezug zum Blut unklar oder nicht unmittelbar erkennbar ist, wie etwa Interferone und Hormone. Hierzu wünschen sich manche Zeugen Jehovas ärztliche Aufklärung über die Produktherkunft.

Mitglieder, die gegen das Verbot der Bluttransfusion verstoßen, gelten als vom Glauben abgefallen und haben sich nach Auffassung der Zeugen Jehovas selbst aus der Gemeinschaft ausgeschlossen. Dieser Ausschluss kann erhebliche soziale Folgen haben.

Aus diesen Erkenntnissen heraus ergibt sich ein besonderes Konfliktpotenzial bei der Beurteilung von Zeugen Jehovas, das sich im ethischen Spannungsfeld von ärztlicher/krankenhäuslicher Fürsorgepflicht und Selbstbestimmungsrecht des Patienten befindet.

## 12.2 Rechtlicher Rahmen

Der rechtliche Rahmen für den Umgang mit Zeugen Jehovas oder anderen Menschen, die eine Bluttransfusion ablehnen, ist klar (⇒ Kapitel 2.2):

- Handelt es sich um eine einwilligungsfähige Person, so hat diese das Recht, jede medizinische Behandlung – also auch eine Bluttransfusion – abzulehnen, selbst wenn diese vital indiziert ist. Der entsprechende Patientenwille kann sich dabei unmittelbar (z. B. im Arzt-Patienten-Gespräch) oder mittelbar über eine gültige Patientenverfügung äußern.
- Ist die betreffende Person nicht (mehr) einwilligungsfähig und liegen keine gesicherten Anzeichen (wie eben Patientenverfügung oder Vertretungsbevollmächtigter) für eine Ablehnung vor, so wird von einem Behandlungswunsch inklusive Bluttransfusion ausgegangen, sofern dies indiziert ist.
- Handelt es sich um ein Kind unter 14 Jahren, so können die Obsorgeberechtigten (Eltern) nicht stellvertretend eine Bluttransfusion ablehnen, wenn dadurch das Leben oder die Gesundheit des Kindes ernsthaft gefährdet würde. Ist ausreichend Zeit, so ist das zuständige Gericht anzurufen, bei Gefahr im Verzug können die Ärzte auch ohne Gericht tätig werden.
- Bei Minderjährigen über 14 Jahren ist deren Einsichts- und Urteilsfähigkeit individuell zu überprüfen. Sollte man dabei zur Auffassung gelangen, dass sich der Patient über die Tragweite seiner Ablehnung einer Bluttransfusion im Klaren ist, ist diese Entscheidung anzuerkennen.

Wie bei jedem Informed Consent bedeutet die Achtung des Patientenwillens nicht ein kommentarloses Hinnehmen einer unhinterfragten Meinung. Vielmehr sind die Ärzte dazu verpflichtet, sich ein Bild davon zu machen, ob die Entscheidung nicht auf Irrtum, Zwang oder Drohung basiert und ob sie die einschlägigen Chancen und Risiken der Behandlung adäquat erfasst hat. Dies sollte in einem „Vier-Augen-Gespräch“ stattfinden. Gerade bei erwachsenen Zeugen Jehovas wird man in der Regel aber davon ausgehen können, dass sie sich schon zuvor eingehend mit diesem Thema beschäftigt haben.

Somit kann als rechtlicher und ethischer Grundsatz festgehalten werden:

- ▶ Die aufgeklärte Entscheidung eines einwilligungsfähigen Menschen, eine Bluttransfusion abzulehnen, ist zu respektieren, selbst wenn dies eine ernsthafte Gefahr für Leben oder Gesundheit bedeutet.

Umgekehrt haben Ärzte und Krankenhäuser aber das Recht, einen Behandlungsvertrag für einen elektiven Eingriff auszuschlagen, wenn über die Behandlung kein Konsens mit dem Patienten hergestellt werden kann. Dies trifft insbesondere auf Fälle zu, in denen State-of-the-Art-Therapien abgelehnt werden, für die es keine in der Chancen-Risiko-Bewertung adäquate Alternative gibt.

### 12.3 Empfehlungen für den Umgang mit Ablehnungen

1. Die Einrichtungen der Barmherzigen Brüder können mit Patienten, die eine indizierte Bluttransfusion bei einer ins Auge gefassten Behandlung kategorisch ablehnen, keinen derartigen Behandlungsvertrag eingehen. Die Ärzte sollten aber vor einer endgültigen Abweisung überprüfen, ob erstens tatsächlich eine aufgeklärte Entscheidung vorliegt und ob zweitens nicht doch Alternativen zur Bluttransfusion bestehen.
2. Rechtlich wie ethisch unzulässig ist die Zusicherung eines Verzichts auf Bluttransfusion, obwohl der Arzt bereit ist, sie im Bedarfsfall auch ohne das Wissen des Patienten zu geben.
3. Rechtlich wie ethisch zulässig ist hingegen eine vertrauliche Bluttransfusion. Wenn ein Patient den Arzt ersucht, eine allfällige Bluttransfusion vertraulich zu behandeln, so sind die entsprechenden Informationen im Behandlungsteam mit äußerster Diskretion zu geben. Eine Dokumentation einer erfolgten Bluttransfusion in der Krankengeschichte ist aus haftungsrechtlichen Gründen dennoch zwingend. Intern ist allerdings sicherzustellen, dass die Patientenakte, auch die elektronische, einen entsprechenden Sperrvermerk trägt. Die Vertraulichkeit betrifft auch eine eventuelle Privatrechnung, die nicht dazu führen darf, dass Dritte auf diesem Weg Kenntnis von der konkreten Behandlung erlangen. Schließlich ist die Vertraulichkeit auch in die postmortale Schweigepflicht eingeschlossen.
4. Sonstige medizinische Behandlungen, die auch ohne Bluttransfusion erfolgen können, werden jedoch auch für Patienten, die eine Bluttransfusion ablehnen, uneingeschränkt gewährleistet. Eine Diskriminierung aufgrund der Ablehnung darf nicht stattfinden.



## 13 Intensivmedizin

Inhalt:

- ▶ Das Erleben der Intensivstation für den Patienten
- ▶ Das Erleben der Intensivstation für die Angehörigen
- ▶ Die Zusammenarbeit im Behandlungsteam
- ▶ Strukturelle Rahmenbedingungen

Grundsätzlich gelten für die Intensivmedizin die gleichen ethischen und rechtlichen Standards wie für die Behandlung auf einer Normalstation. Aufgrund der Dichte der medizinischen Möglichkeiten verschärfen sich allerdings einige Probleme, die im Folgenden angesprochen werden sollen.

### 13.1 Das Erleben der Intensivstation für den Patienten

Die Intensivstation symbolisiert wie kaum eine andere Institution der modernen Medizin für die Menschen unserer Zeit das Technische in der Medizin mit ihren Segnungen, aber auch ihren humanitären Risiken. Sie vermittelt gleichermaßen ein ambivalentes Gefühl von Bedrohung und Sicherheit, ein Gefühl des Ausgeliefertseins, aber auch des Schutzes.

Medizinische Laien und die Öffentlichkeit haben vielfach noch eine Vorstellung von Intensivmedizin, die aus deren Anfängen in den 1960er- und 1970er-Jahren herrührt. Die damit verbundenen Sorgen und Ängste vor „Schläuchen“, „Apparaten“ und einer „Therapie ohne Rücksicht auf Verluste“ müssen auch heute noch wahr- und ernstgenommen werden. Ihnen muss mit behutsamer Aufklärung darüber begegnet werden, dass die Intensivmedizin selbstkritischer geworden ist und die Würde des Patienten im Mittelpunkt steht.

Die Intensivstation stellt für die Patienten nicht nur aufgrund deren Krankheit eine erhebliche Belastung dar. Hannich zählt hierzu folgende Belastungsaspekte auf (116, zitiert nach 117):

- Sorge um die Gesundheit und die weitere Zukunftsgestaltung
- Krankheits- und Schwächegefühl
- Angewiesensein auf fremde Hilfe
- Starke Durstgefühle
- Orientierungsschwierigkeiten (werden als besonders belastend beschrieben [118; 119])
- Beatmung

- Schlafmangel
- Absaugen
- Starke Schmerzen

Der Aufenthalt auf einer Intensivstation wird von vielen Patienten als ein surrealer Zustand empfunden, als eine Art Grenzstation, an der die Entscheidung fällt zwischen Gesundheit, Invalidität und Tod (120; 121). Entsprechend groß sind nicht nur die körperlichen, sondern auch die seelischen Belastungen für die Kranken, ihre Angehörigen, aber auch für die betreuenden Ärzte und Pflegekräfte (122; 123). Hoffnung und Verzweiflung zeigen sich hier als besonders enge, jedoch ungleiche Geschwister.

Empfehlungen:

1. Für diese Belastungen gilt es seitens des Behandlungsteams besonders sensibel zu sein.
2. Trotz Analgosedierung sollte am Patientenbett *mit* dem Patienten gesprochen werden, nicht über ihn (117).
3. Da Reizarmut und/oder Reizüberflutungen zu Wahrnehmungsstörungen führen, sind eine beständige Ansprache auch des bewusstlosen Patienten und Berührungen/Hautkontakt unerlässlich, um Unruhezuständen oder innerem Rückzug vorzubeugen (117).

### **13.2 Das Erleben der Intensivstation für die Angehörigen**

Für die Angehörigen ist die Konfrontation mit der intensivmedizinischen Betreuung eines ihnen nahestehenden Menschen oftmals ein regelrechter Schock. Hier bedarf es einer geduldigen, einfühlsamen Aufklärung über die Vorgänge und der Ermutigung, mit dem Patienten regelmäßig Kontakt aufzunehmen. Schara spricht hier von einem Wandel von Besuchsverboten, die früher häufig ausgesprochen wurden, zu Besuchsgeboten (117).

### **13.3 Die Zusammenarbeit im Behandlungsteam**

Die Intensivmedizin ist trotz – oder wegen – ihrer medizinischen und humanitären Herausforderungen heute vielfach zu einem „Vorzeigefach“ geworden, was das effiziente und effektive Teamwork betrifft. Es ist für ein intensivmedizinisches Behandlungsteam klar, dass überkommenes standespolitisches Denken keinen Platz haben darf, weil dadurch in der Regel die Behandlung leidet.

Natürlich gibt es wie in allen Lebens- und Arbeitsbereichen immer wieder Reflexionsbedarf. Einige Fragen, die sich Behandlungsteams oder Abteilungen hier stellen können, sind:

- Wie klar und effektiv werden Status und Prognose eines Patienten bei der Dienstübergabe zwischen den beiden Teams besprochen?
  - Gerade die Prognoseeinschätzung ist für die weitere Behandlung essenziell. Jedes Behandlungsteam sollte hierzu bei Dienstübergabe Stellung nehmen.
- Wer spricht wann und wie mit den Angehörigen? Wie wird die zu kommunizierende Botschaft im Behandlungsteam und unter den verschiedenen Behandlungsteams akkordiert?
  - Eine Gefahr besteht darin, dass Angehörige unterschiedliche, teilweise widersprechende Botschaften hören. Dies kann natürlich an einem geänderten Status des Patienten liegen, doch dann ist dies auch zu erläutern. Nicht selten liegen unterschiedlichen Botschaften aber nicht akkordierte Prognoseeinschätzungen zugrunde, was es zu vermeiden gilt.
- Wie werden jüngere Teammitglieder in das Teamwork und die Arbeit eingeführt?
  - Entscheidungen in der Intensivmedizin zu treffen, erfordert oftmals nicht nur Wissen, sondern auch Erfahrung und Mut. Hier sollten jüngere Teammitglieder von den Erfahrenen angeleitet werden, wie solche Entscheidungen zu treffen sind. Die erfahrenen Ärzte und Pflegekräfte sollten dabei auch bewusst Ambivalenzen ansprechen und den jüngeren vermitteln, wie Behandlungsgrenzen anzunehmen sind.

### 13.4 Strukturelle Probleme in der Intensivmedizin

Eine angesichts der medizinischen Probleme auf Intensivstationen zunächst banal klingende, letztlich aber wesentliche Herausforderung ergibt sich häufig durch Raumnot. Gespräche mit Angehörigen, aber auch im Team, die „zwischen Tür und Angel“ oder im (engen) Kaffeezimmer der Station geführt werden müssen, erschweren die Kommunikation und Verarbeitung der Botschaft.

- ▶ Aus diesem Grund ist mit Nachdruck darauf hinzuwirken (sofern nicht schon geschehen), dass jede Intensivstation über einen Kommunikationsraum verfügt, in dem mit den Angehörigen in Ruhe und möglichst angenehmer Raumatmosphäre gesprochen werden kann.

Ähnliche Herausforderungen bringt der Faktor Zeit: Der Tagesablauf auf Intensivstationen unterscheidet sich wesentlich vom gewöhnlichen Tagesrhythmus.

Warum dies nötig ist, sollte den Angehörigen und den (ansprechbaren) Patienten vermittelt werden.

Ein strukturelles Problem anderer Natur stellt schließlich die Allokation (Zuteilung) begrenzter Mittel dar. Angesichts maximaler medizinischer Möglichkeiten muss sich die Intensivmedizin darüber klar sein, dass jeder ihrer Erfolge auch einen – nicht zuletzt monetären – Preis hat. Patient und Angehörige sollten jedoch in jedem Fall die Gewissheit haben, dass alles medizinisch Sinnvolle zum Wohl des Patienten unternommen wird. Näheres zur Allokationsproblematik ⇔ Kapitel 16.

# 14 Organtransplantation

Inhalt:

- ▶ Hohe Bedeutung der Organtransplantation
- ▶ Postmortale Organspende
- ▶ Lebendorganspende
- ▶ Organknappheit

## 14.1 Einleitung

Die Möglichkeit, Organe transplantieren zu können, ist nicht nur eine beachtliche medizinische Leistung, die einen großen planerischen Aufwand erfordert, sie ist auch für viele Menschen die letzte Hoffnung. Ohne eine Organspende werden sie in absehbarer Zeit sterben oder zumindest eine stark eingeschränkte Lebensqualität haben.

Die Organtransplantation sieht sich allerdings einigen grundsätzlichen ethischen Schwierigkeiten gegenüber, um die es im Folgenden gehen wird. Die Barmherzigen Brüder sind sich bewusst, dass es sich sowohl um eine medizinische als auch eine ethische Herausforderung handelt, mit der Organtransplantation verantwortungsbewusst umzugehen. Sie bekennen sich zur Förderung des Transplantationswesens unter Beachtung der folgenden Empfehlungen.

## 14.2 Von wem dürfen Organe entnommen werden?

Die erste Frage lautet, unter welchen Bedingungen Organe gespendet werden dürfen. Grundsätzlich kommen hierfür zwei Gruppen in Frage:

- die postmortale Organspende
- die Lebendspende

### 14.2.1 Explantation von einem toten Menschen

Die postmortale Organspende ist in § 62a KAKuG geregelt:

- Organe oder Organteile dürfen nur für die Lebensrettung oder die Wiederherstellung der Gesundheit eines anderen Menschen entnommen werden.
- Sie dürfen nicht explantiert werden, wenn der Verstorbene (oder sein gesetzlicher Vertreter) zu Lebzeiten der Entnahme widersprochen hat (formlos oder durch die Eintragung in das Widerspruchsregister des ÖBIG).
- Die Pietät muss gewahrt bleiben: Verunstaltungen des Leichnams sind zu verhindern oder durch entsprechende Maßnahmen wieder zu beseitigen.

- Die Todesfeststellung muss durch einen Arzt erfolgen, der nicht mit der Transplantation oder einem damit verbundenen Eingriff befasst ist.
- Organe oder Organteile dürfen nicht Gegenstand von gewinnorientierten Rechtsgeschäften sein.
- Die Transplantation hat Vorrang vor einer sonstigen Gewebeverwertung.

In diesen rechtlichen Regelungen sind einige Punkte angesprochen, auf die näher einzugehen ist:

#### 14.2.1.1 Widerspruchslösung – Umgang mit Angehörigen

Österreich hat – wie die meisten europäischen Länder – eine sogenannte Widerspruchslösung. Diese ist in den Augen der Barmherzigen Brüder dann ethisch gerechtfertigt, wenn ein gesellschaftlicher Konsens vorausgesetzt werden kann. Zusätzlich müssen potenzielle Organspender entsprechend informiert werden und auch die reale Chance haben, einen Widerspruch auszudrücken.

Vor einer Explantation ist – auch bei einem negativen Abfrageergebnis im Widerspruchsregister – der mutmaßliche Wille des Patienten zu berücksichtigen. Er kann durch eine Befragung der Angehörigen erkundet werden. Dabei ist jedoch darauf zu achten, dass die Angehörigen nicht den Eindruck erhalten, sie müssten oder dürften einer Explantation zustimmen bzw. sie verweigern.

Die Angehörigen sollten in jedem Fall darüber aufgeklärt werden, warum der (hirntote) Patient als tot gilt (vgl. weiter unten) und was bei einer Explantation geschieht. Es empfiehlt sich, das Gespräch nach der Überbringung der Todesnachricht zu führen. Die Angehörigen sollten genügend Zeit bekommen, um vom Patienten Abschied zu nehmen, bevor die Vorkehrungen für eine Explantation beginnen – Drängen und Hektik durch Vorbereitungsmaßnahmen sind hier unbedingt zu vermeiden.

Sollten die Angehörigen von sich aus Widerstand gegen eine Explantation aufbauen, so wird man mit ihnen ein weiteres ausführliches Aufklärungsgespräch führen, in dem die Bedeutung der Transplantation und die unbedingte Beachtung der Pietät unterstrichen werden. Sie sollten schließlich – einfühlsam – auch darauf hingewiesen werden, dass sie nicht in der Position sind, anstelle des Patienten zu entscheiden.

- ▶ Wenn der Widerstand durch das eingehende Gespräch dennoch nicht abgebaut werden konnte, empfiehlt es sich, auf die Explantation zu verzichten.
- ▶ Eine Ausnahme ist dann gerechtfertigt, wenn der Patient eine Transplantation ausdrücklich wünschte (z. B. in einer Patientenverfügung). In diesem Fall ist der Patientenwille auch gegen den anhaltenden Widerstand der Angehörigen zu respektieren.

### 14.2.1.2 Hirntodkriterium

Die Todesfeststellung sorgt in der medizinethischen Diskussion seit Jahrzehnten für anhaltende Kontroversen, mit denen man im Transplantationswesen vertraut sein sollte. Im Wesentlichen lassen sich folgende Positionen ausmachen:

- Erst der endgültige Herz-Kreislauf-Stillstand ist das zulässige Kriterium für die Todesfeststellung.
- Schon der irreversible Ausfall des Großhirns kann als Todeskriterium herangezogen werden.
- Der Ganzhirntod ist das adäquate Kriterium für die Todesfeststellung.

Österreich hat sich – wie fast alle Staaten der Erde – für das *Ganzhirntodkriterium* entschieden. Auch die katholische Kirche hat das Hirntodkriterium im Sinn des Ganzhirntodes in mehreren Stellungnahmen anerkannt (124; 125). Es besagt, dass der irreversible Ausfall *aller* Hirnteile und der damit verbundenen Lebensfunktionen das entscheidende Kriterium für den eingetretenen Tod ist. In der Praxis haben viele Menschen damit (emotionale) Probleme, denn der hirntote Mensch *erscheint* ihnen nicht „tot“ im alltäglichen Sinn zu sein; durch den Einsatz von Maschinen ist er vielmehr beatmet und durchblutet, dadurch warm und kann Bewegungen zeigen, die durch Reflexbögen im Rückenmark ausgelöst werden. Deshalb ist es unbedingt notwendig, dass Angehörigen (aber etwa auch jungen Behandlungsteammitgliedern) diese Situation genau und einfühlsam erklärt wird.

Aus anthropologischer Perspektive gilt es zu sagen, dass der Hirntod lediglich ein empirisch feststellbares Kriterium darstellt, das auf den eingetretenen Tod des Menschen als Person hinweist und mit dessen Hilfe dieser festgestellt wird. Für dieses Kriterium spricht vor allem die herausragende integrative Funktion des Gehirns für den Organismus, die dessen für ein personales Dasein notwendige Einheit garantiert. Deshalb sollte das Ganzhirntod-Konzept weiter Unterstützung finden. Die Barmherzigen Brüder sprechen sich jedoch klar gegen Teilhirntod-Konzepte aus, bei denen etwa der irreversible Ausfall der Großhirnrinde schon als Todeskriterium genügt. Danach müssten auch Wachkomapatienten schon als tot betrachtet werden.

Darüber hinaus ist es unerlässlich, die Hirntoddiagnostik fachgerecht und sorgfältigst durchzuführen. Das ÖBIG hat hierfür Empfehlungen erarbeitet, die es zu beachten gilt (126).

### 14.2.1.3 Non-Heart-Beating-Donation (NHBD)

Die Organspende von Verstorbenen ohne Herzaktion ist in Österreich unüblich. In anderen Ländern, wie z. B. den Niederlanden, findet sie dagegen routinemäßig Verwendung. Gesetzlich ist diese Methode zulässig, wenn ein Arzt vor der Explantation den Tod erklärt (§ 62a KAKuG). Unter dem Druck der Organknappheit sehen viele in dieser Methode eine Möglichkeit, das Organaufkommen zu erhöhen. Es werden vier Gruppen von NHBD unterschieden:

- Tod bei Aufnahme
- erfolglose mechanische Reanimation
- zu erwartender Kreislaufstillstand bei ausgeschöpfter pharmakologischer Reanimation
- Kreislaufstillstand während der Schwebezeit

Kommt es bei einem Organspender während der Zeit ab der Hirntoddiagnostik bis zur Explantation zu einem Herzkreislaufstillstand, so ist die Organspende unbedenklich, da der Hirntod bereits nachgewiesen wurde. Bei allen anderen Gruppen ist die Situation schwieriger. Für die Zeit, die vom Stillstand des Herzens bis zur Explantation der Organe gewartet werden muss („hands-off period“), sind verschiedene Standards in Gebrauch. Folgt man dem Prinzip, dass (lebenswichtige) Organe nur nach dem sicheren Tod des Spenders entnommen werden dürfen („dead donor rule“), so muss diese Zeit in jedem Fall so gewählt werden, dass mit Sicherheit vom Tod des potenziellen Spenders ausgegangen werden kann (Wiederbelebung z. B. darf nicht mehr möglich sein). Derzeit (2010) gibt es diesbezüglich für Österreich noch keine klaren Richtlinien der Österreichischen Fachgesellschaften oder des ÖBIG. Für den Fall, dass in Zukunft Richtlinien für das Vorgehen erarbeitet werden, sollte vor Beginn im Haus Konsens unter Einbeziehen des Klinischen Ethikkomitees erreicht werden, da die Organspende nach den NHBD-Kriterien einer aufwendigen Organisation bedarf.

### 14.2.2 Explantation von einem lebenden Menschen

Für die Lebendspende kommen grundsätzlich paarige (z. B. Nieren), nachwachsene (z. B. Leber) und teilentbehrliche (z. B. Lunge) Organe in Frage. Die Lebendspende ist in Österreich nicht sehr ausgeprägt (127). Es existieren keine expliziten rechtlichen Regelungen für sie. Als Orientierung kann daher das entsprechende Positionspapier des Transplantationsbeirats des ÖBIG dienen (128):

- Eine Lebendspende wird nur in Form der uneigennütigen (altruistischen) Spende zwischen Verwandten oder einander emotional nahestehenden Personen akzeptiert.

- Die Lebendspende wird als Ultima Ratio für jene Fälle angesehen, in denen keine postmortale Organspende oder gleich wirksame Behandlungsmethoden zur Verfügung stehen.
- Die Entnahme hat unter Minimierung der physischen, psychischen und etwaigen sozialen Risiken für den Spender zu erfolgen.
- Das Risiko für den Spender muss in einem angemessenen Verhältnis zum Nutzen für den Empfänger stehen.
- Minderjährige sollen nicht für eine Lebendspende herangezogen werden, auch wenn sie im Einzelfall einwilligungsfähig wären.
- Vor einer Lebendspende muss der potenzielle Spender einer medizinischen und psychologischen Untersuchung unterzogen werden, die physiologische, psychische und soziale Folgen abklären soll.
- Der potenzielle Spender ist über folgende Dinge zu informieren:
  - die durchzuführenden Untersuchungen;
  - die Ergebnisse dieser Untersuchungen;
  - die Risiken der Organentnahme und die möglichen gesundheitlichen und sozialen Konsequenzen;
  - das zu erwartende Ergebnis der Transplantation;
  - alternative Behandlungsformen für den Empfänger der Organspende;
  - weitere spender- und empfangerspezifische Umstände, die die Entscheidung beeinflussen können.
- Für die Einwilligung sind die sonstigen Anforderungen an einen Informed Consent zu beachten (⇒ Kapitel 2.2.1).
- Der potenzielle Spender ist darüber aufzuklären, dass er jederzeit seine Entscheidung widerrufen kann und dass eine Ablehnung der Lebendspende vertraulich behandelt wird.
- Zur Vermeidung von Interessenkonflikten sollten Entnahme und Transplantation von zwei unabhängigen chirurgischen Teams durchgeführt werden.
- Nach der Lebendspende ist das Transplantationszentrum zuständig für:
  - den postoperativen Genesungsprozess;
  - langfristige Behandlungsmöglichkeiten;
  - langfristige gesundheitliche Überwachung.
- Lebendspenden dürfen nicht Gegenstand von Rechtsgeschäften sein.

Zusätzlich sollte bei Lebendspenden in den Einrichtungen der Barmherzigen Brüder das Klinische Ethikkomitee in den Entscheidungsprozess eingebunden werden.

### 14.3 Organknappheit und Bereitschaft zur Organspende

Das vielleicht größte Problem der Transplantationsmedizin ist die Knappheit an Organen. Die Barmherzigen Brüder unterstützen die Bemühungen des ÖBIG, das Transplantationswesen und insbesondere die Transplantationsrate in Österreich zu fördern.

In diesem Zusammenhang sollte betont werden, dass die katholische Kirche die *altruistische* Organspende (postmortal und lebend) als genuinen Ausdruck christlicher Nächstenliebe und Solidarität wertschätzt (28, S. Nr. 86; 129), dabei aber den unaufgebaren personalen Charakter einer solchen Gabe betont (130).

Die Organknappheit könnte in absehbarer Zeit durch den steigenden Bedarf an menschlichem Gewebe für die Herstellung von Arzneimitteln bzw. Medizinprodukten noch weiter verschärft werden (131). Aus diesem Grund sieht das Recht auch den Vorrang der Transplantation von Organen oder Organteilen vor einer sonstigen Verwertung des Gewebes vor.

Klar abzulehnen sind folgende Maßnahmen zur „Linderung“ der Organknappheit:

- eine Kommerzialisierung des menschlichen Körpers (Organhandel, organ marketing/organ trafficking)
- eine nicht freiwillige bzw. unfreiwillige Explantation (z. B. bei Exekutierten)

Die strikte Ablehnung aller Formen einer Kommerzialisierung der Organspende bezieht sich nicht auf einen möglichen Ausgleich von Nachteilen finanzieller oder gesundheitlicher Natur, die mit einer Spende verbunden sind („reimbursement“ bzw. „compensation“ als Ersatz tatsächlich anfallender Kosten, Erholungsurlaub u. a.). Dem Spender soll neben dem Risiko einer Lebendorganspende nicht noch ein zusätzlicher Nachteil entstehen. Lebendspender können im Falle eines späteren Organversagens auch mit einer gewissen Priorität behandelt werden (vgl. Eurotransplant Ethics-Committee, Recommendation 02.08 und Recommendation 03.08). Mit der von einigen Vertretern der Transplantationsgemeinschaft befürworteten Einführung von finanziellen Anreizen („financial incentives“) würde jedoch eine ethisch fragwürdige Grauzone erreicht werden.

## 15 Therapiezieländerung und Behandlungsbegrenzung

Inhalt:

- ▶ Ziel und Grenzen der Medizin
- ▶ Gleichwertigkeit von Verzicht und Abbruch
- ▶ Therapiestufen
- ▶ Besondere Fragen der Entscheidungsfindung
- ▶ Apallisches Syndrom

Die Modifikation von Therapien in medizinisch aussichtslosen Situationen bzw. die Unverhältnismäßigkeit von Belastung zu Nutzen zielt hin auf eine Richtungsänderung von Kuration zu Palliation.

### 15.1 Einführung

Die Aufgabe des Arztes, der Pflegenden und weiterer an der Betreuung und Behandlung des Patienten eingebundener Personen ist es, die biologischen Lebensvorgänge zu unterstützen, Linderung vorhandener Beschwerden zu erzielen und Maßnahmen zur Heilung durchzuführen (kurative Medizin).

Es ist nicht Aufgabe des Arztes, der Pflegenden und weiterer in der Behandlung des Patienten eingebundener Personen, ohne den ausdrücklichen Wunsch des Patienten Leben zu verlängern, wenn damit keine Linderung bzw. Besserung oder Heilung zu erzielen ist. Ausschließliche Lebensverlängerung eines Kranken als Selbstzweck ist Leidensverlängerung ohne Auftrag und daher nicht zu rechtfertigen. Medizin zielt weder auf Lebensverkürzung noch auf Leidensverlängerung.

Für die Beendigung einer medizinischen Maßnahme gibt es unterschiedliche Gründe. Zu diesen gehört insbesondere die Absicht des Patienten, der Last der Behandlungsfolgen zu entgehen, nicht jedoch die Absicht, die Last des Lebens abzuschütteln. Aus der Tatsache, dass der Patient schwer behindert oder geisteskrank ist oder nie mehr zum vollen Bewusstsein kommen wird, folgt nicht, dass man ihm durch Pflege und Behandlung nicht helfen kann.

Weder für den Patienten noch für den Arzt besteht eine uneingeschränkte moralische Notwendigkeit, den drohenden Tod so lange wie möglich zu verhindern. Unter manchen Umständen wären die Behandlungsfolgen für den Patienten so belastend, dass eine Unterlassung der Therapie gerechtfertigt ist – sofern die Begründung der Unterlassung darin liegt, dass ein Abwägen guter und schlechter Behandlungsfolgen für das Leben des

Patienten mit Rücksicht auf dessen Bedürfnisse insgesamt gegen die Behandlung spricht. Dagegen kann solche Unterlassung nicht durch die Absicht gerechtfertigt sein, den Tod oder ein baldiges Sterben des Patienten herbeizuführen – auch wenn der Tod hier als Mittel mit dem fernerem Zweck intendiert wird, das Leid des Patienten zu beenden.

Kurative Therapien sind daher nicht mehr zu beginnen bzw. abzubrechen, wenn das Ziel einer relevanten Besserung der Erkrankung bzw. Heilung nicht mehr erreichbar ist. Dies bedeutet eine Veränderung des Zieles von der Heilung (kurativ) zu dem Ziel der Ermöglichung einer Befreiung physischer und psychischer Belastungen, eines Sterben-Lassens in Würde und ohne Schmerzen durch palliative Therapiemaßnahmen. Bei einem unsicheren Erfolg der kurativen Therapie ist in diesen Fällen – falls damit massive Belastungen für den Patienten verbunden sind – ebenfalls ein Vorenthalt bzw. eine Begrenzung der Intensität und/oder Dauer sowie ein Abbruch in Erwägung zu ziehen (132; 133; 134; 135; 136). Sehr oft beginnt daher in der Praxis eine palliative Therapie parallel zu laufenden kurativen Therapiemaßnahmen.

## 15.2 Begriffsdefinitionen

- **Kurative Therapiemaßnahmen:** medizinische und pflegerische Maßnahmen, die auf die Erhaltung des Lebens und eine Wiederherstellung der Gesundheit – wengleich mitunter auf einem anderen Niveau als vor der Erkrankung – gerichtet sind.
- **Palliative Care:** medizinische und pflegerische Maßnahmen, die auf die Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und deren Familien durch Vorbeugen und Lindern von Leiden, durch Behandlung von Schmerzen und Angstzuständen sowie anderen belastenden Beschwerden körperlicher, psychosozialer und spiritueller Art gerichtet sind.
- **Basisversorgung:** pflegerische Maßnahmen, die man einem Patienten immer schuldet und die deshalb weder von Ärzten und Pflegekräften noch von Patienten abgelehnt werden können; dazu zählen die menschliche Zuwendung (Ansprache und Berührung), ein respektvoller Umgang, die richtige Lagerung, Körperpflege sowie das Nehmen von Hunger- und Durstgefühl.
- **Therapiestufen** (30; 137; 138; 139; 140):
  - a. Maximaltherapie: Es wird alles getan, was medizinisch und pflegerisch möglich ist.
  - b. Behandlungsverzicht: Eine Maßnahme wird nicht begonnen (z. B. Reanimation, Beatmung invasiv oder invasiv plus nicht invasiv, extrakorporale Therapie, Zytostatika, Katecholamine, Antibiotika, Blutprodukte [136]).

- c. Therapieerhalt/Behandlungslimitierung: Die laufende Therapieintensität wird beibehalten, doch wird eine zusätzlich auftretende Problematik nicht mehr behandelt./Die Dosis einer Maßnahme wird begrenzt (z. B. Kreislauftherapie: keine Steigerung oder Reduktion der Katecholamindosis, keine Steigerung oder Reduktion der inspiratorischen Sauerstoffkonzentration etc.)./Die Dauer einer Maßnahme wird begrenzt (z. B. bei Unklarheit, ob die gewählte Therapie noch indiziert ist).
- d. Behandlungsreduktion/Behandlungsabbruch: Zurücknahme oder Beendigung einer zuvor begonnenen Maßnahme (z. B. Kreislauftherapie, Antibiotika, extrakorporale Therapie, künstliche Beatmung mit und ohne Extubation, Flüssigkeitstherapie, künstliche Ernährung).

### 15.3 Was ist bei der Entscheidungsfindung zu beachten?

Für die Entscheidung, eine Therapiemaßnahme zu ergreifen oder sie zu unterlassen, sind dieselben zwei Kriterien zu beachten wie bei anderen Behandlungsentscheidungen auch: die Indikation und der Patientenwille (⇒ Kapitel 2).

#### **Rechtzeitige Entscheidungsfindung mit dem Patienten**

Mit dem Patienten soll möglichst frühzeitig über die ständig eintretende Möglichkeit eines Atem- und Herzkreislaufstillstands, Multiorganversagens etc. gesprochen werden. Der Patient soll ermutigt werden, eine diesbezügliche aktuelle oder vorausschauende Willenserklärung (Patientenverfügung) abzugeben. In kurzen Abständen sollen erneute Gespräche mit dem Patienten darüber geführt werden.

#### **Sollen alle entscheidenden Fragen mit dem Patienten besprochen werden?**

Diese Frage muss individuell behandelt werden. So wird man bei Patienten, bei denen alle therapeutischen Maßnahmen bereits ausgeschöpft wurden, keine Reanimation durchführen. In der Regel wird dies dann auch nicht mehr mit dem Patienten diskutiert, da hier schon die Indikation fehlt. Die Schwierigkeit besteht darin, ob Patienten darüber überhaupt sprechen wollen (141). Aus Untersuchungen in den USA geht hervor, dass von den 77 % der Schwerkranken, die die Therapie einer Reanimation nicht besprochen haben, weniger als 50 % darüber sprechen wollten. Bei der Frage einer Beatmung hatten dies 12 % mit ihrem Arzt besprochen, von den übrigen 88 % wollten nur mehr 20 % dies besprechen. Werden Patienten in ein derartiges Gespräch gedrängt, so könnten sich eventuell daraus negative Folgen mit Zunahme von Angst u. Ä. ergeben (142). Dies sollte jedoch nicht zu einer In-

formationsminderung führen. Schlechte Kommunikation und Information führen ebenfalls zu einer Zunahme von Angst und Unsicherheit beim Patienten. Letztendlich kann dieses Problem nur durch eine frühzeitige und ausreichende Information des Patienten und ein vertrauensvolles Gespräch zwischen dem behandelnden Arzt und dem Patienten gelöst werden (143; 144).

- ▶ Empfehlung: Bei der Aufklärung des Patienten über dessen Erkrankung und notwendige diagnostische und therapeutische Maßnahmen sollten auch Fragen der Therapiezieländerung (inklusive Verzicht auf und Reduktion von Maßnahmen) besprochen werden.
- ▶ Der Patient sollte während seines Krankenhausaufenthalts in die Gespräche über das weitere Vorgehen eingebunden werden, soweit er dies wünscht und physisch wie psychisch dazu in der Lage ist.

Wichtig ist zu beachten, dass entsprechende Entscheidungen aufseiten des Arztes nicht nur ein hohes Maß an sachlichem Wissen, sondern auch Erfahrung und die Entwicklung spezifischer ärztlicher Tugenden voraussetzen.

### **Wem ist die Entscheidung über einen Behandlungsverzicht, eine Behandlungsreduktion oder einen Behandlungsabbruch aufgrund fehlender Indikation zu kommunizieren?**

- dem Patienten, sofern er aufnahmefähig ist (muss nicht gleichbedeutend mit einwilligungsfähig sein);
- dem autorisierten Stellvertreter des Patienten (Bevollmächtigten, Sachwalter);
- allen Ärzten und Pflegekräften, die mit der Sorge um den Patienten betraut sind.

### **Wie ist die Entscheidung zu dokumentieren?**

- schriftlich (siehe entsprechendes Formular);
- in der Patientenakte;
- mit Hinweis bei Dienstwechsel;
- mit regelmäßiger Überprüfung durch den jeweils diensthabenden Arzt; eine Revision ist mit entsprechender Begründung zulässig.

 Dokumentation: Begrenzung und Beendigung kurativer Therapiemaßnahmen ⇨ Kapitel 22.8

## 15.4 Wie ist der Fall eines Patienten mit apallischem Syndrom zu beurteilen?

Der Fall eines Patienten mit apallischem Syndrom („Wachkoma“, „*persistent vegetative state*“) ist einerseits analog zum bisher Gesagten zu beurteilen, wirft andererseits aber besondere Fragen auf.

### 15.4.1 Medizinische Anmerkungen zum apallischen Syndrom

Das apallische Syndrom lässt sich in seinem Vollbild als klinisches Zustandsbild kompletter Unkenntnis seiner selbst und seiner Umwelt definieren. Ein normaler Schlaf-Wach-Rhythmus bleibt erhalten, weiters die kompletten oder nur zum Teil erhaltenen autonomen Funktionen von Hypothalamus und Hirnstamm. Das Syndrom rührt von akut traumatischen und nicht traumatischen Verletzungen, degenerativen und metabolischen Störungen oder angeborenen Malformationen her (145; 146; 147).

Zur prognostischen Einschätzung der Genesung eines apallischen Patienten müssen zwei Bereiche abgegrenzt werden: die Wiedererlangung des Bewusstseins und die Wiedererlangung der körperlichen Funktionen. Der Bereich der Bewusstseins-erholung umfasst den zuverlässigen Hinweis von Selbstwahrnehmung und Wahrnehmung der Umgebung, konstante freiwillige (nicht stimulierte) Antworten auf visuelle und akustische Reize sowie Interaktion mit anderen Personen. Erholung der körperlichen Funktionen beinhaltet Kommunikation, die Fähigkeit zu lernen, Mobilität und die selbstständige Teilnahme an reproduzierbaren und sprachlichen Aktivitäten. Bewusstseins-erholung ist auch ohne Wiedererlangung der Körperfunktionen möglich, jedoch kann keine Erholung der körperlichen Funktionen ohne Erlangung des Bewusstseins stattfinden (146).

Zur Veranschaulichung der Validität von Prognosedaten gibt es nicht sehr viele Studien mit einer ausreichend großen Studienpopulation. In der Arbeit von Jennett (148) sind zwei Studien mit einer größeren Population ( $n = 522$  und  $n = 754$ ) erwähnt.

Tabelle 1 gibt den Outcome dieser Patienten nach einem Jahr wieder.

**Tab. 1:** Outcome von Patienten mit apallischem Syndrom nach einem Jahr (148); \* inkludiert jene, die unabhängig (d. h. rehabilitiert) sind

Alter	n	Tot (%)	Apallisch (%)	Bei Bewusstsein (%)*	Unabhängig (%)
Traumatische Ursachen					
Erwachsene	434	33	15	52	24
Kinder	106	9	29	62	27
Nicht traumatische Ursachen					
Erwachsene	169	53	32	15	4
Kinder	45	22	65	13	6

Eine Wiedererlangung des Bewusstseins aus einem traumatisch verursachten apallischen Syndrom ist nach dem Konsens der Multi-Society Task Force on PVS jenseits von einem Jahr mit dem Syndrom unwahrscheinlich. Handelt es sich um eine nicht traumatische Ursache, ist die Wahrscheinlichkeit der Bewusstseinswiedererlangung bereits nach einigen Monaten im apallischen Syndrom äußerst schlecht. Davon zu unterscheiden ist jedoch die Überlebensrate mit dem Syndrom: Sie weist eine statistische Bandbreite von zwei bis fünf Jahren auf, in einigen Ausnahmefällen bis zu zehn Jahren (145). Die Rückbildung des apallischen Syndroms erfolgt bei traumatischen Ursachen in Remissionsphasen; bei nicht traumatischen finden sich oft nur Teile der für die jeweilige Phase typischen Symptome (149). Wenn der Remissionsverlauf zum Stillstand kommt, dann meist innerhalb der ersten Stadien. Späte Remissionsphasen-Patienten können häufig daheim oder über eine tagesklinische Einrichtung betreut werden. Eine Verbesserung des apallischen Syndroms ist also möglich, wenngleich mit anhaltender Dauer in einem niedrigen Remissionsstadium selten.

#### 15.4.2 Ethische Beurteilungsfragen

Auch im Fall des apallischen Syndroms gelten die beiden Beurteilungsmaßstäbe: medizinische Indikation und Patientenwille.

In Bezug auf die medizinische Indikation muss auch hier die Frage erörtert werden, worin das Ziel der Behandlung besteht und mit welcher Belastung bzw. potenziellen Schädigung die Verfolgung dieses Ziels verbunden ist. Weder ist die Diagnose „apallisches Syndrom“ allein ein Freibrief für das Unterlassen intensivmedizinischer Maßnahmen noch für die unhinterfragte Anwendung einer Maximaltherapie. Vielmehr müssen die Ausprägung des Syndroms, seine Ätiologie, die vielleicht schon erzielten Fortschritte in der Rehabilitation und zusätzliche medizinische Komplikationen in die Indikationsstellung mit einfließen.

Der Fall eines apallischen Patienten ist von jenem eines sterbenden Patienten zu unterscheiden: Menschen mit apallischem Syndrom befinden sich nicht per se im Sterbensprozess. Ihre eingeschränkten kognitiven Leistungen tun ihrem Menschsein und der ihnen eigenen Würde keinen Abbruch, sie verlangen vielmehr eine besonders intensive Auseinandersetzung mit dem Patienten.

Wenn apallische Patienten eine Spontanatmung besitzen, stellt sich die Frage nach dem Abbruch der künstlichen Beatmung nicht. Sehr wohl müssen diese Patienten aber künstlich ernährt werden. Die künstliche Ernährung stellt dabei nach österreichischem Recht eine Therapiemaßnahme dar, die den Patienten in seiner Rehabilitation unterstützen soll. Sie muss ebenso wie andere medizinische Maßnahmen also indiziert sein (⇒ Kapitel 8). Wenn apallische Patienten keine Spontanatmung besitzen und deshalb intubiert sind, ist die Weiterführung der künstlichen Beatmung analog zur künstlichen Ernährung zu beurteilen.

Der Patientenwille ist auch im Fall eines apallischen Syndroms zu respektieren. Da apallische Patienten niemals einwilligungsfähig sind, kommt dabei nur eine Patientenverfügung oder ein autorisierter Stellvertreter in Betracht. In Hinblick auf den in einer Patientenverfügung ausgedrückten Willen gilt es dabei Folgendes zu bedenken: Patienten haben das Recht, nach ärztlicher und rechtlicher Aufklärung eine Behandlung (auch künstliche Beatmung oder Ernährung) für den Fall des apallischen Syndroms abzulehnen. Diesen Patientenwillen gilt es zu respektieren. Dessen ungeachtet stellt in der Sicht der katholischen Kirche der Abbruch der künstlichen Ernährung bei apallischem Syndrom auf moralischer Ebene grundsätzlich keine wählbare Option dar (150; 151). Man stößt hier an die Grenze zur Selbsttötung. Patienten dürfen daher auch nicht im Vorhinein zu einer solchen Entscheidung ermutigt werden. Im Umgang mit einer vorliegenden Patientenverfügung muss darüber hinaus – wie immer bei der Überprüfung einer Patientenverfügung – kritisch hinterfragt werden, ob der Patient das Krankheitsbild apallisches Syndrom hinreichend erfasst hat und über die Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt wurde.

## 15.5 Zusammenfassende Leitsätze

Die folgenden Leitsätze lehnen sich an jene des Konsensuspapiers der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs (30) an:

1. Medizin zielt weder auf Lebensverkürzung noch auf Leidensverlängerung.
2. Es gibt kein Recht auf eine medizinisch nicht indizierte Behandlung. Kontraindizierte Behandlungen sind darüber hinaus medizinisch, ethisch und rechtlich nicht erlaubt.

3. Alle Gründe, die einen Behandlungsverzicht rechtfertigen, legitimieren auch eine Behandlungsreduktion bzw. einen Behandlungsabbruch.
4. Die geplante Aufnahme auf eine Intensivstation ist an das Vorhandensein einer potenziell positiven Prognose für das Weiterleben gebunden. Intensivmedizin ist dazu da, Leben zu erhalten, nicht aber Sterben zu verlängern.
5. Sobald einem lebensbedrohten Patienten kurativ nicht mehr geholfen werden kann, hat die Sorge darum, dem Patienten ein Sterben in Würde zu ermöglichen, oberste Priorität.
6. Die Frage nach den Zielen medizinischer Maßnahmen und deren Erreichbarkeit ist im Behandlungsprozess stets neu zu überprüfen.
7. Die Achtung des Patientenwillens (unmittelbar oder mittelbar) ist für die Entscheidungsfindung unabdingbar und Ausdruck des Respekts vor der Würde des Menschen.
8. Der Verzicht auf oder die Limitierung, Reduzierung oder Beendigung einer medizinischen Maßnahme darf nichts an der grundsätzlichen Fürsorge um den Patienten ändern: Niemand wird im Stich gelassen, auch wenn kurative Zielsetzungen nicht mehr erreichbar sind.

## 16 Gerechtigkeit & Allokationsethik

Inhalt:

- ▶ Verantwortungsvoller Umgang mit begrenzten Ressourcen
- ▶ Begriffsdefinitionen aus der Sprache der Ökonomik
- ▶ Ethische Prinzipien für ein gerechtes Management
- ▶ Der Prozess rationaler Ressourcenallokation
- ▶ Angemessene Honorierung und Abgeltung (Sonderklasse)

### 16.1 Einleitung: Verantwortungsvoller Umgang mit begrenzten Ressourcen

Die Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen in Österreich und anderen europäischen Ländern stehen vor der Herausforderung, ihre Ziele mit begrenzten Ressourcen zu erreichen. Dieses „Gesetz der Knappheit“ ist nicht neu, sondern stellt vielmehr ein grundlegendes Charakteristikum des menschlichen Lebens überhaupt dar. Es fordert von den Betroffenen, verantwortungsvoll mit den ihnen anvertrauten Mitteln umzugehen, sie sinnvoll einzusetzen. Die Bewältigung des Knappheitsproblems ist Kern von Ökonomik als Wissenschaft und Ökonomie als Realsystem. Sie ist darüber hinaus aber auch eine ethische Angelegenheit (152; 153).

Zu einem Problem der Gerechtigkeit wird die Knappheit, wenn zwei oder mehr Menschen sich einigen müssen, wie sie mit ihren begrenzten Ressourcen umgehen sollen. Der in demokratischen, marktwirtschaftlichen Gesellschaften beste Lösungsansatz hierfür ist die Kooperation zum Nutzen aller Beteiligten: Durch Zusammenarbeit wird ein (nicht nur monetärer) Mehrwert geschaffen, der Knappheit lindern soll.

Die ethische Frage einer gerechten Krankenversorgung betrifft vor diesem Hintergrund vor allem folgende Themen:

- die grundlegenden Werte, die unserem Gesundheitssystem im Allgemeinen und den Einrichtungen der Barmherzigen Brüdern im Speziellen zugrunde liegen
- die spannungsreiche Beziehung von Medizin und Ökonomie
- die Kriterien, nach denen die begrenzten Ressourcen eingesetzt werden sollen (Allokationsethik)

Zu diesen Themen wird im Folgenden Stellung genommen. Es wäre illusionär, wollte man sich hier „Patentlösungen“ erwarten, denn das Gesetz der Knappheit ist – wie eingangs erwähnt – nicht auflösbar. Zudem scheitert eine adäquate Problembewältigung oftmals an der fehlenden Transparenz und Ehrlichkeit im Diskurs: Vielfach werden

Allokations- bzw. Rationierungsfragen nach wie vor von den Politikern, Standesvertretern und anderen Verantwortungsträgern tabuisiert, obwohl sie im Alltag von Ärzten, Pflegekräften und Krankenhausmanagern längst Realität sind. Die Barmherzigen Brüder sprechen sich dafür aus, dass diese Problematik in unserer Gesellschaft offener thematisiert wird, mit ökonomischem Realismus, aber stets unter der Prämisse, dass der Mensch selbst in seiner Würde unantastbar und unverrechenbar ist und bleibt.

## 16.2 Begriffsdefinitionen

Regelmäßig wird der interdisziplinäre Diskurs zwischen Medizin, Ökonomik und Ethik eingefordert – zu Recht. Für die gegenseitige Verständigung ist es aber unerlässlich, auch die Sprache des anderen besser zu lernen. An dieser Stelle sollen daher einige zentrale ökonomische Begriffe kurz erläutert werden, die auch für Medizin und Ethik einen wichtigen Stellenwert haben.

- Ressourcen: Personal, Geld, Sachmittel, Know-how und andere Faktoren, die für die Erreichung eines (Unternehmens-)Ziels nötig sind
- Allokation: die Zuteilung von zur Verfügung stehenden, jedoch begrenzten Ressourcen, um einen bestimmten Zweck zu erreichen
- Opportunitätskosten: jene Kosten, die dadurch anfallen, dass man die zweitbeste Alternative seiner Optionen nicht wahrnehmen kann, weil man sich für die erstbeste Alternative entschieden hat
- Kosten: Überbegriff für die verwendeten Ressourcen zur Erstellung eines Guts
  - Direkte Kosten: lassen sich der Leistungserstellung zuordnen und einkalkulieren
  - Indirekte Kosten: treten aufgrund externer Effekte ein, die nicht der Leistungserstellung unmittelbar zugeordnet sind und in der Regel auf Dritte abgeschoben werden
- Grenzkosten: jene Kosten, die für die Erzeugung/Zur-Verfügung-Stellung einer zusätzlichen Leistungseinheit entstehen
- Nutzen: Überbegriff für die Vorteile, die sich aus einem Gut ergeben
  - Direkter Nutzen: lässt sich dem erstellten/erhaltenen Gut zuordnen und einkalkulieren
  - Indirekter Nutzen: tritt aufgrund externer Effekte ein, die einem Gut nicht unmittelbar zugeordnet und in der Regel auch nicht einkalkuliert werden können
- Grenznutzen: jener Nutzen, der durch die Erzeugung/Zur-Verfügung-Stellung einer zusätzlichen Leistungseinheit entsteht
- Wirtschaftlichkeitsanalysen: Methoden, um die Relation von Kosten und Nutzen festzustellen

- ↪ Kosten-Nutzen-Analysen: Input und Outcome werden monetär gemessen
  - ↪ Kosten-Nutzwert-Analysen: Input wird monetär, Outcome nicht monetär (z. B. Anzahl geretteter Menschenleben, reduzierte Krankheitsdauer, gewonnene qualitätsbereinigte Lebensjahre [QALYs]) gemessen
- Effizienz: Grad der Wirtschaftlichkeit, d. h. der Relation von Input und Outcome
  - ↪ Input-orientierte Effizienz: Wie viel kann mit den begrenzten Ressourcen erreicht werden?
  - ↪ Outcome-orientierte Effizienz: Wie viele Ressourcen sind notwendig, um definierte Ziele zu erreichen?
- Rationalisierung: Steigerung des Effizienzgrads (d. h. mit den gleichen Ressourcen wird mehr/Besseres erreicht; oder das gleiche Ziel wird mit weniger Ressourcen erreicht)
- Rationierung: schillernder, oft bloß polemisch verwendeter Begriff, der Mehrfaches bedeuten kann (154):
  - ↪ Vorenthalten eines Guts (Verweigerung)
  - ↪ Reduktion/Verknappung eines Guts (z. B. durch Budgetierung, Kontingentierung, bürokratische Hürden, Abschreckung oder Verzögerung)
  - ↪ Zuteilung eines Guts (dann gleichbedeutend mit Allokation)

## 16.3 Ethische Prinzipien für ein gerechtes Management vor dem Hintergrund begrenzter Ressourcen

Vor dem Hintergrund der geschilderten Ausgangslage, stets mit begrenzten Ressourcen arbeiten zu müssen und diese deshalb verantwortungsvoll einzusetzen, ergeben sich einige ethische Prinzipien, die erste Orientierungspunkte für das Management darstellen. Unter „Management“ sind alle Funktionsträger zu verstehen, die in einer Organisation Entscheidungen fällen, die andere betreffen; dies geschieht auf mehreren Ebenen (z. B. Geschäftsführung, Abteilungsleitung) und in mehreren Bereichen (z. B. Medizin, Pflege, Verwaltung).

### 16.3.6 Für die Gestaltung der Krankenversorgung maßgebliche gesellschaftliche Grundwerte

Die Krankenversorgung der Barmherzigen Brüder geschieht in einem sozialen Umfeld, das durch bestimmte Werte geprägt ist. Diese stellen gleichzeitig genuin christliche Werte dar. Für Österreich (wie für andere europäische Länder mit einer öffentlichen Gesundheitsversorgung) sind dies insbesondere:

- Gerechtigkeit: die „geschuldete Sozialmoral“ (155)
  - Soziale Gerechtigkeit: das Fundament gesellschaftlichen Zusammenlebens (156)
  - Beitragsgerechtigkeit: ein fairer Beitrag zur Erstellung eines Guts
  - Leistungsgerechtigkeit: ein fairer Lohn für die Erstellung eines Guts (vgl. weiter unten)
- Solidarität: eine Handlung oder Handlungsbereitschaft zur Hilfe anderer, die auf einer gewissen Gegenseitigkeit („Pakt“) beruht (157) und mit dem bekannten Spruch „Einer für alle, alle für einen“ zusammengefasst werden kann
- Subsidiarität: Grundsatz, wonach der Einzelne oder die kleinere Einheit eine Aufgabe selbstständig und eigenverantwortlich erfüllen kann, der Vorgesetzte oder die größere Einheit diese Aufgabe oder Kompetenz nicht an sich ziehen soll; wohingegen dies nicht das Fall ist, dort besteht Handlungsbedarf für den Vorgesetzten oder die größere Einheit
- Verantwortlichkeit: Rechenschaftspflicht für das eigene Handeln (Eigenverantwortung) oder das Handeln der anvertrauten Personen/Organisationen (Fremdverantwortung)
- Freiheit: Anspruch auf Autonomie, d. h. auf im Gewissen verantwortete Selbstgestaltung des Lebens
- Gleichheit: auf Basis der Menschenwürde und Menschenrechte, nicht aber im Sinn einer diskriminierenden „Gleichmacherei“

### **16.3.2 Weitere Orientierungspunkte, die für das Management im Gesundheitsbereich maßgeblich sind**

Innerhalb dieses Rahmens haben die einzelnen Akteure im Gesundheitssystem die Möglichkeit, diese Werte näher auszugestalten. Dabei sollten insbesondere folgende ethische Orientierungspunkte beachtet werden (152):

- Orientierung am Menschen (Patienten, Mitarbeiter, Lieferanten etc.)
- Transparenz der Entscheidungen
- Verständlichkeit der Entscheidungen (gute Argumente statt irrationaler Machtspiele)
- Zielorientierung (auf normativer, strategischer und operativer Ebene)
- Konsistenz der einzelnen Schritte (statt Wertungswidersprüche)
- Anreizkompatibilität (damit nicht gute Ziele durch falsche Anreize konterkariert werden)
- Relevante Alternativen statt letztlich unrealistische Idealvorstellungen in die Abwägung einbeziehen
- Effektivität und Qualität des Prozesses und des Outcomes sicherstellen

- Effizienz im Umgang mit begrenzten Ressourcen
- Nachhaltigkeit der Entscheidungen

Diese zehn Orientierungspunkte können als „Benchmarks“ verstanden werden. Benchmarking ist der Vergleich mit und die Orientierung am Klassenbesten und umfasst folgende Aspekte:

- Strategie-Benchmarking: Tun wir die richtigen Dinge?
- Prozess-Benchmarking: Tun wir die Dinge richtig?
- Struktur-Benchmarking: Was tut eine Person in ihrer Funktion für das Unternehmen (und wie tut sie es)?
- Produkt-Benchmarking: Wie gut ist unser Produkt/unsere Leistung?

Diese Grundwerte und Orientierungspunkte eröffnen – zusammen mit den nachfolgend beschriebenen Erfordernissen einer rationalen Ressourcenallokation – einen Gestaltungsraum im Hinblick auf das Krankenhausmanagement, der aus dem Geist und dem Charisma der Barmherzigen Brüder konkret ausgestaltet werden will (⇒ Kapitel 1.1).

## 16.4 Der Prozess rationaler Ressourcenallokation

Für eine effektive und effiziente Sorge um kranke, gebrechliche und behinderte Menschen sind neben medizinischem und pflegerischem auch ökonomisches Fachwissen und ein gutes Management erforderlich. Im Folgenden wird der Prozess einer rationalen Ressourcenallokation beschrieben, der auf diesem Know-how fußt.

### 16.4.1 Schritt 1: Vision und Mission

Eine „Vision“ ist „ein konkretes Zukunftsbild, nahe genug, dass wir die Realisierbarkeit noch sehen können, aber schon fern genug, um die Begeisterung der Organisation für eine neue Wirklichkeit zu erwecken“ (158). Am Anfang steht diese normative Grundausrichtung der Organisation. Sie ist in den Einrichtungen der Barmherzigen Brüder wesentlich durch den Ordensstifter, Johannes von Gott, geprägt. Er hatte eine „unternehmerische“ Vision der Sorge um Kranke, Arme, Gebrechliche und sozial Ausgegrenzte in der Nachfolge Jesu, die der Orden weiterverfolgt (⇒ Kapitel 1). Ein Leitgedanke dieser Vision Johannes' von Gott ist:

- ▶ „Das Gut tun und es gut tun.“ (1, S. 6)

Im Laufe der Zeit wurde diese Vision entsprechend den Bedürfnissen und Rahmenbedingungen weiterentwickelt, ohne den Wurzeln untreu zu werden.

Die „Mission“ soll „eine generelle Zielausrichtung und eine Grundorientierung für das strategische und operative Management vermitteln“, um damit der Vision näherzukommen (158). In den Konstitutionen des Ordens wird die Mission der Barmherzigen Brüder wie folgt definiert:

- ▶ „Ermutigt von der empfangenen Gabe, weihen wir uns Gott und stellen uns durch die Betreuung der Kranken und Hilfsbedürftigen in den Dienst der Kirche. Unter ihnen bevorzugen wir die Ärmsten.“ (1, S. 7)

Auch die Mission einer Organisation muss regelmäßig darauf hin überprüft werden, ob sie person-, sach- und zeitgemäß ist. Sie bedarf einer Konkretisierung durch Managemententscheidungen, die stets mit Ressourcenallokationen verbunden sind. Eine besondere Herausforderung für die Barmherzigen Brüder ist darin zu sehen, dass der Orden die operative Leitung eines Großteils der Einrichtungen in die Hände von Nicht-Ordensleuten gelegt hat und in diesen Einrichtungen Menschen arbeiten, die nicht primär aufgrund der Vision Johannes' von Gott dort arbeiten, sondern eine Vielfalt an Motiven dafür haben. Es ist gerade ein Charakteristikum christlicher Orden, dass ihre Mitglieder eine Nachfolge Jesu wählen, die andere so nicht antreten können. Daher wäre es ungerecht, Nicht-Ordensleuten moralische Verpflichtungen aufzuerlegen, die eigentlich Ordensleute auszeichnet. Andererseits kann der Orden als Träger der Einrichtungen wie jedes Unternehmen eine gewisse Loyalität seiner Mitarbeiter auch gegenüber der Vision und Mission der Organisation erwarten und einfordern. Letztlich wird es nur dann gelingen, die Ressourcen gerecht einzusetzen und damit die Zielsetzungen zu erreichen, wenn die Arbeit aller – Ordensleute und Nicht-Ordensleute – auf gemeinsamen Werten basiert.

#### **16.4.2 Schritt 2: Inhaltliche Strategie**

Die Entwicklung einer Strategie ist notwendig, um die Mission der Barmherzigen Brüder zu operationalisieren. Strategische Entscheidungen müssen vom Top-Management zusammen mit dem Eigentümer (Träger der Einrichtung) getroffen werden. Für die Strategieentwicklung sind folgende Fragen zentral (1, S. 8):

- Warum gibt es unsere Einrichtung/unser Werk?
- An wen wendet sich unser Dienst?
- Wer soll diesen Dienst erfüllen?
- Welche Strukturen und Prozesse sind hierfür am geeignetsten?

Die Fragen können nicht losgelöst vom Umfeld beantwortet werden. Daher ist es für die Strategieentwicklung notwendig, die politischen, rechtlichen, ökonomi-

schen und kulturellen Rahmenbedingungen zu analysieren. So wird das öffentliche Gesundheitssystem, in dem sich die Einrichtungen der Barmherzigen Brüder bewegen, durch eine Vielzahl an Strukturvorgaben und Anreizmechanismen (insbesondere die leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung) geprägt. Diese müssen bei der Strategieentwicklung berücksichtigt werden.

Die Barmherzigen Brüder haben für die Strategieentwicklung einen Leitgedanken formuliert, der direkt Bezug auf die Frage der Ressourcenallokation nimmt:

- ▶ „Das Motto unserer Einrichtungen könnte folgendermaßen lauten: eine gezielte Zuteilung der uns zur Verfügung stehenden Mittel durchführen und mit einem vorrangigen Augenmerk auf die spezifischen Aspekte des Ordens, zum einen, um die Lebensfähigkeit unserer Einrichtungen zu wahren, zum anderen, um unsere Dienste und Abteilungen so zu gestalten, dass sie dem Kranken und Hilfsbedürftigen eine ganzheitliche Betreuung anbieten.“ (1, S. 68)

Auf dieser Basis ergeben sich inhaltliche Eckpunkte, die bei der Strategieentwicklung berücksichtigt werden müssen:

- Nicht-Gewinnmaximierung („not-for-profit“) und Gemeinnützigkeit
- Priorität der Versorgung von Menschen, die von anderen Einrichtungen ausgegrenzt werden
- Qualitätsgesicherte Versorgung (Ergebnis-, Struktur- und Prozessqualität): Derjenige, der in eine Einrichtung der Barmherzigen Brüder aufgenommen wird, wird nach dem State of the Art behandelt. Dabei müssen aber sowohl Kapazitätsgrenzen als auch Opportunitätskosten beachtet werden
- Wirtschaftlichkeit als ökonomischer und ethischer Gesichtspunkt, um den Auftrag nachhaltig erfüllen zu können
- Achtung der Mitarbeiter als wertvolle, auch knappe Ressource
- Bereitstellung von Ressourcen für die Entwicklung einer positiven Unternehmenskultur
- Sensibilisierung für gesellschaftliche Entwicklungen, um darauf reagieren zu können
- Mut und Innovationsfreudigkeit auf allen Ebenen der Einrichtung
- Verantwortungsübertragung, Beteiligung und Verantwortungsübernahme

### 16.4.3 Schritt 3: Profilbildung

Eine konsistent formulierte und implementierte Strategie wird als Nächstes zu einer bewusst initiierten Profilbildung führen, d. h. zu einer bewussten Auswahl und Gestaltung des medizinischen Angebots, der Schwerpunkte und der besonderen Art

und Weise, wie diese in den Einrichtungen der Barmherzigen Brüder erfüllt werden. Sie ist abzugrenzen von einem erratischen Angebot, das aus einer unkoordinierten Bottom-up-Bewegung entsteht. Die Profilbildung erfolgt auf mehreren Ebenen:

- Profilbildung der einzelnen Einrichtungen der Barmherzigen Brüder
- Profilbildung einzelner Bereiche der jeweiligen Einrichtung
- Profilbildung einzelner Abteilungen innerhalb des jeweiligen Bereichs

Eine solche Profilierung ist stets mit Pluralität verbunden, die auf die spezifischen Bedürfnisse antworten soll. Zugleich ist es aber seitens des Managements notwendig, die gemeinsame Klammer, die alle Profile zusammenhält, zu stärken. Dabei benötigt es auch ein gutes Gespür für Innovationen, die von der Basis kommen und das Profil schärfen. Es ist gute Tradition der Barmherzigen Brüder, solche Bottom-up-Prozesse zuzulassen, sofern dadurch nicht das Ganze ungebührlich in Mitleidenschaft gezogen wird.

#### 16.4.4 Schritt 4: Ressourcenallokation

Der letzte Schritt in diesem Prozess ist die Ressourcenallokation im engeren Sinn. Damit ist die Zuteilung von Mitteln für die Erreichung der jeweiligen Zielsetzung des Profils zu verstehen. Vernünftig ist eine Ressourcenallokation somit dann, wenn:

- sie aus der Vision und Mission der Organisation motiviert ist;
- sie auf einer strategischen Entscheidung zur Erfüllung der Mission basiert;
- sie dazu dient, eine Zielsetzung im Rahmen des Profils zu erreichen.

Dieser Prozess ist damit an einer Outcome-Effizienz orientiert: Ziele werden bestimmt und mit einem möglichst geringen Mitteleinsatz zu erreichen versucht. Empirische Untersuchungen haben gezeigt, dass in der Klinik vor allem folgende Kriterien für die Begründung einer Allokation für oder gegen eine Medikamententherapie angeführt werden:

**Tab. 2:** Begründungen für Allokationsentscheidungen; Quelle: (159)

Grund	Beispiele
Kosteneffektivität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Medikamententherapie liefert einen signifikanten medizinischen Nutzen gemessen an ihren Kosten.</li> <li>• Eine unabhängige gesundheitsökonomische Expertise empfiehlt die Medikamententherapie.</li> </ul>
Gleichheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Medikamententherapie hilft dabei, Beschränkungen in der Gesundheitsversorgung zu minimieren.</li> <li>• Die Medikamententherapie kommt jemandem aus einer sozial benachteiligten Gruppe zu.</li> </ul>

Klinische Effektivität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Medikamententherapie liefert einen gesundheitlichen Nutzen (entweder in Form einer Lebensverlängerung oder einer Lebensqualitätsverbesserung).</li> <li>• Die Medikamententherapie verbessert die Chancen des Patienten auf ein unabhängige(re)s Leben.</li> <li>• Die Medikamententherapie ist lebensrettend.</li> <li>• Eine unabhängige medizinische Expertise empfiehlt die Medikamententherapie.</li> </ul>
Gesamtkosten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Summe an Geld, die eine Medikamententherapie kostet (inklusive notwendige Begleitmaßnahmen).</li> <li>• Die Gesamtkosten, welche die Organisation für die Medikamententherapie gemessen an ihren Ressourcen hat.</li> <li>• Die Gesamtkosten für die Gesellschaft, die durch die Medikamententherapie entstehen.</li> </ul>
Politische Vorgaben	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Medikamententherapie hilft dabei, öffentlich vereinbarte Versorgungsziele besser zu erreichen.</li> </ul>
Angemessenheit	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Medikamententherapie behandelt einen Zustand, der von der öffentlichen Meinung als Krankheit gewertet wird.</li> <li>• Es kann dem Patienten nicht zugemutet werden, für die Medikamententherapie selbst zu zahlen.</li> </ul>
Patientenwille	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Medikamententherapie hat eine hohe Priorität innerhalb einer medizinischen Disziplin für deren Patienten.</li> <li>• Eine Medikamententherapie, welche die höchstmöglichen Verbesserungen für den Patienten bringt, sollte eine hohe Priorität haben.</li> </ul>
Verzögerte Effekte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Medikamententherapie wird unverzügliche Effekte haben.</li> <li>• Die Medikamententherapie hat präventiven Charakter, der langfristig Ressourcen sparen hilft.</li> </ul>
Angst vor rechtlicher Klage	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Verweigerung der Medikamententherapie könnte dazu führen, dass eine rechtliche Klage angestrengt wird.</li> </ul>
Interner und externer Druck	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interner Druck von Klinikern kann zu der Allokationsentscheidung führen.</li> <li>• Externer Druck von Patientenvertretungen oder der Öffentlichkeit kann zu der Allokationsentscheidung führen.</li> </ul>
Alter	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Es gibt eine besondere Verpflichtung, Kinder prioritär zu behandeln, da sie ihr Leben noch vor sich haben.</li> <li>• Es gibt eine besondere Verpflichtung, ältere Menschen prioritär zu behandeln, da sie viel für die Gesellschaft getan haben.</li> </ul>
Keine Alternative	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Verweigerung der Medikamententherapie würde die letzte Hoffnung zunichte machen.</li> <li>• Das Krankenhaus schuldet dem Patienten, zumindest irgendetwas für ihn zu tun.</li> </ul>
Eigenverantwortung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menschen, die ihre Gesundheit eigenverantwortlich verschlechtern haben, haben eine niedrigere Priorität als Menschen, die dies nicht getan haben.</li> </ul>
Beitrag zur medizinischen Forschung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Die Finanzierung der Medikamententherapie würde Forschung ermöglichen, die in der Zukunft Menschen nutzen soll.</li> </ul>

Die empirischen Untersuchungen haben gezeigt, dass nicht ein Grund der allein maßgebliche für eine Allokationsentscheidung ist, sondern dass die für eine Entscheidung verantwortlichen Personen sich an mehreren Begründungen orientieren. Die ersten vier Gründe – Kosteneffektivität, klinische Effektivität, Gleichheit und Gesamtkosten – wurden allerdings von allen Befragten erwähnt und stellen insofern den Kern der Begründung dar.

#### **16.4.5 Probleme in der Realität**

In der Realität ist der Prozess der rationalen Ressourcenallokation, wie er soeben skizziert wurde, mit zahlreichen Problemen konfrontiert, z. B.:

- Politische/rechtliche Rahmenbedingungen ändern sich (Anpassungen des LKF-Systems, Änderungen der Regelungen für die Abgangsdeckung etc.)
- Managementfehler (Falscheinschätzung der Umwelt, inadäquate Strategiewahl etc.)
- Unklare Profilbildung, Ausscheren Einzelner vom gemeinsam vereinbarten Profil
- Irrationale Allokationsentscheidungen aufgrund von Macht, persönlicher Zu-/Abneigung etc.

Solche Probleme werden nie gänzlich eliminiert werden können. Dies ändert allerdings nichts an der grundsätzlichen normativen Richtigkeit des skizzierten Allokationsprozesses. Es ist die Aufgabe und Verantwortung des Managements auf allen Ebenen und in allen Bereichen, darauf zu achten, dass die Ressourcenallokation unter Berücksichtigung der ethischen Kriterien und des rationalen Prozesses erfolgt; dass dafür die Rahmenbedingungen stimmen; dass Vereinbarungen eingehalten werden; dass es zu einer Rückkoppelung von der Basis zur Spitze kommt. Ärzte, Pflegekräfte und Verwaltung tragen die gemeinsame Verantwortung, die Ressourcenallokation so rational wie möglich zu gestalten. Jeder Bereich und jede Person hat darüber hinaus eine spezifische Verantwortung, im eigenen Handlungsbereich mit den anvertrauten Ressourcen nach den oben beschriebenen ethischen Kriterien umzugehen.

### **16.5 Sonderklasse: Gebühren- und Honorarverrechnung**

Johannes von Gott war immer auf Spendensuche. Die Gelder und alle materiellen Mittel, die er sammelte, dienten ausschließlich dem Wohl „seiner“ Kranken bzw. jener armen Menschen, die ihn um seine Hilfe baten. Diese bedürfnislose Offenheit ist bis heute ein Kennzeichen der Barmherzigen Brüder. Eine transparente und ethisch einwandfreie Ökonomie stellt daher auch in der Thematik der Leistungshonorierung die Grundlage für die jeweilige Richtlinie dar.

Mit den LKF-Gebührenersätzen, den Pflegegebühren, den in den Landes-KAKuG genannten Kosten, allfälligen Pflegegebühren für Begleitpersonen sind alle Leistungen der Krankenanstalt abgegolten. Den Patienten der Sonderklasse werden darüber hinaus die Anstaltsgebühr und ärztliches Honorar in Rechnung gestellt, bei privat versicherten Patienten im Ausmaß der jeweils vertraglich vorgesehenen Vereinbarung mit dem Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs.

Von den Patienten werden keine darüber hinausgehenden Zahlungen, die im Zusammenhang mit der Aufnahme und Behandlung in der Krankenanstalt stehen, aktiv verlangt oder angenommen. Dies gilt sowohl für die Zuweisung, für die Vereinbarung eines Operations- oder Behandlungstermins als auch für die Nachsorge, sofern sie in der Krankenanstalt erbracht wird.

Der Gedanke von Beitrags- und Leistungsgerechtigkeit schließt aus, dass Patienten Sonderklasse-Leistungen erhalten, obwohl sie ihre Zusatzversicherung nicht in Anspruch nehmen (z. B. aufgrund persönlicher Beziehungen).

Es darf nicht dazu kommen, dass Patienten der allgemeinen Klasse aufgrund fehlender Zusatzversicherung oder übertriebenen Zeitaufwands für die Sonderklasse-Patienten medizinisch, pflegerisch oder in anderer Weise vernachlässigt werden.

Durch eine Zusatzversicherung darf es nicht zum Abgehen von einer strengen Indikationsstellung kommen („Übertherapie“). Die medizinischen Entscheidungen haben ausschließlich nach medizinischen Notwendigkeiten und nicht nach Honorarüberlegungen zu erfolgen.

Sollte eine Unterbringung in kleineren Zimmern aus medizinischen Gründen empfehlenswert oder gar notwendig sein, so soll diese auch ohne die Verrechnung von Sonderhonoraren erfolgen.

## 16.6 Patientenwartelisten

Die OP-Planung sieht sich mit unterschiedlich großen freien Bettenkapazitäten der allgemeinen und der Sonderklasse konfrontiert. Daher ist es in der Praxis aus Effizienzgründen notwendig, bis zu vier Wartelisten zu führen. Die Steuerung der Patientenwartelisten erfolgt EDV-gestützt und dient der Gewährleistung der Transparenz und der Nachvollziehbarkeit der Patienteneinberufung.

Folgende Wartelisten sind denkbar:

- Elektive OP Warteliste: Die Aufnahme der Patienten in die Liste erfolgt auf Abteilungsebene chronologisch unmittelbar nach Anmeldung der Patienten durch Zuweisung oder über die Ambulanz. Diese Patienten erhalten sofort den nächstmöglichen Wunschtermin oder wählen sich selbst einen späteren mögli-

chen Termin aus. Sollte ein Patient aus der Liste ausfallen, wird der erstgereichte Patient der Springerliste einberufen. Der ausgefallene Patient bekommt einen zeitlich vertretbaren Ersatztermin.

- Dringende Fälle: Verschobene bzw. abgesetzte Patienten vom OP-Programm des Vortages, Patienten mit Erkrankungsbildern, die eine rasche OP medizinisch erfordern, sowie Patienten mit sozialer Indikation erhalten den nächstmöglichen OP-Termin. Die Begründung dafür wird eindeutig dokumentiert. Notfallpatienten werden sofort versorgt und im Bedarfsfall operiert.
- Patienten der Sonderklasse: erhalten entsprechend der Bettenkapazitäten der Sonderklasse-Stationen einen OP-Termin in den dafür freigehaltenen Zeitfenstern der Warteliste.
- Springerliste: Patienten, die freiwillig flexibel sind, erhalten eine „Startnummer“ und werden bei durch Ausfall eines Patienten entstehenden „Löchern“ telefonisch verständigt und dementsprechend vorgezogen. Auch zu erwartendes Nichtausnutzen von Sonderklasse-Kontingenten wird mit diesen Patienten vermieden. Diese Patienten erhalten im Bedarfsfall kurzfristig im Haus eine interne OP-Freigabe.

## 16.7 Umgang mit Nichtversicherten

Die Barmherzigen Brüder nehmen Maß an der Person Jesu und seinen Taten.

„In seinem irdischen Leben waren die Kranken, die Armen und die Demütigen die Bevorzugten seiner Liebe. ... Seine Identifizierung mit den Schwachen und Notleidenden legt uns nahe, unser Leben in den Dienst der Evangelisierung der Kranken und Armen zu stellen.“ (4, S. 41)

So stellen sich die Barmherzigen Brüder und ihre Mitarbeiter aufgrund ihrer Werthaltung insbesondere aufgrund der Werte der Barmherzigkeit und der Gerechtigkeit an die Seite der Armen, verschiedenster Randgruppen und aller Leidenden:

„In einer Welt, in der die Mehrheit der Bevölkerung unter Krankheit und Armut leidet, ist unsere Aufgabe, Johannes von Gott sichtbar zu machen, insofern hochbedeutsam, als das drückende Elend und die ungerechten Sozialstrukturen, durch die das Elend verursacht wird, eine systematische Gewalt gegen Männer, Frauen, Kinder und das ungeborene Leben erzeugen, die in dem von Gott gewollten Reich nicht tragbar ist.“ (1, S. 4.3.)

Es ist daher Ordensbrüdern wie Mitarbeitern ein Anliegen und bleibender Auftrag, nichtversicherte Patienten zu behandeln, auch wenn diese für die Behandlungskosten nicht oder nur teilweise aufkommen können. Sie werden genauso behandelt wie alle anderen Patienten.

Grundsätzlich wird der Patient gefragt, ob er die Behandlungskosten zumindest teilweise oder auf Raten tragen kann.

Wenn es für den Patienten von Vorteil ist, wird ein Krankentransport ins Heimatland organisiert und Medikamente für eine bestimmte Zeit auf Vorrat mitgegeben. Es ist darauf zu achten, dass auch dort die Betreuung des Patienten gewährleistet ist. Die Umsetzung des Umgangs mit den mittellosen Patienten ist mittels einer eigenen Leitlinie zu regeln.

## **16.8 Antikorruptionsmaßnahmen**

Die Barmherzigen Brüder sind sich der Sensibilität des derzeit laufenden Prozesses in Hinblick auf die Problematik von Geschenkkannahme und Korruption bewusst und partizipieren an der öffentlichen Debatte.

Immer wieder wollen Patienten ihre Dankbarkeit auch durch wertvolle Geschenke ausdrücken.

Zuwendungen, die der Orden für seine Einrichtungen von Personen oder Organisationen als Spenden erhält, kommen der Versorgung von mittellosen Patienten zugute. Persönliche Geschenkkannahmen von Mitarbeitern sind davon abzugrenzen und unterliegen den – immer strenger werdenden – Antikorruptionsgesetzen.



# 17 Organisationsethik

Inhalt:

- ▶ Ethische Grundsätze für die Organisation
- ▶ Mission und Vision der Einrichtungen als organisationsethische Ausgangsbasis
- ▶ Gutes Management als tragendes Prinzip der Hospitalität
- ▶ Ethische Grundsätze für die Personalpolitik

## 17.1 Einleitung

Drei Ebenen der ethischen Diskussion mit unterschiedlicher Reichweite sind:

- gesellschaftspolitische Ebene (Makro-Ebene)
- Ebene der Organisation (Meso-Ebene)
- persönliche Ebene – der Mensch als Träger moralischer Handlungen (Mikro-Ebene)

Diese drei Ebenen sind miteinander verknüpft und wirken aufeinander. Im Kern geht es bei der Organisationsethik darum, zu beachten, dass sich die ethische Verantwortung von Organisationen nicht auf die Ebene der einzelnen Individuen reduzieren lässt. Eine Organisation ist als Ganzes so zu gestalten, dass ihre moralische Identität erhalten, gestärkt und erweitert werden kann.

## 17.2 Ethische Grundsätze für die Organisation

Der organisationelle Werterahmen und die Regelwerke fußen auf den Grundsätzen des Ordens der Barmherzigen Brüder.

### 17.2.1 Grundsätzlicher Charakter der Organisationen der Barmherzigen Brüder

Damit Institutionen funktionieren und das Leben der Menschen erleichtern, muss ihr „Geist“ verstanden werden. Der Geist der Organisationen der Barmherzigen Brüder lässt sich aus organisationstheoretischer Perspektive mithilfe folgender grundsätzlicher Charakterzüge beschreiben (1, S. 75f.):

- Non-Profit-„Unternehmen“
- Gemeinnützigkeit
- finanzielles Gleichgewicht der für die Mission der Einrichtung maßgeblichen Bedürfnisse
- Transparenz in der Verwaltung

### 17.2.2 Organisationskultur

Durch die Institutionen und den Geist, in dem die Menschen diese verwenden und mit ihnen leben, bildet sich unweigerlich eine bestimmte Organisationskultur heraus. Für sie aufmerksam zu sein und sie zu formen, ist eine der wichtigsten Aufgaben des Managements auf seinen verschiedenen Ebenen.

Die Organisationskultur setzt sich dabei aus folgenden Schichten zusammen (160):

- Artefakte: jene Dinge, die an der Oberfläche einer Organisation sichtbar, ohne Zusatzinformationen aber schwer zu deuten sind (z. B. Architektur; Sprache; Technologie; Umgang mit Fehlern; Inanspruchnahme klinischer Ethikberatung; Umgangsformen; tradierte Mythen und Erzählungen; Publikationen zum Ethos; beobachtbare Rituale und Zeremonien).
- Deklarierte Werte: die Begründungsmechanismen, die auf Nachfrage genannt werden, um die Artefakte zu erklären; sie vermitteln einen umfassenderen Einblick in die Einrichtungskultur, lassen aber viele Bereiche unerklärt (z. B. Strategien; Zielsetzungen; Organisationsphilosophien).
- Zugrundeliegende Basisannahmen: jene unbewussten, als selbstverständlich aufgefassten Annahmen, Sichtweisen, Gedanken und Gefühle, die unsere Weltansicht formen (z. B. über Zeit und Raum; Menschenbild; Wesen der Wahrheit; soziale Beziehungen; Stellenwert von Arbeit, Familie und Selbstverwirklichung).

Gerade die fundamentale Stufe der zugrunde liegenden Basisannahmen lässt sich nur sehr eingeschränkt beeinflussen, weil diese sehr früh in der menschlichen Entwicklung maßgeblich geformt werden. Dennoch macht eine systematische Auseinandersetzung mit der Organisationskultur Sinn, denn sowohl deklarierte Werte als auch Artefakte können bewusst gestaltet werden. Und selbst zugrunde liegende Basisannahmen werden gerade in Gesundheitseinrichtungen aufgrund der existenziellen Herausforderungen immer wieder hinterfragbar. Ihnen auf den Grund zu gehen ist eine wichtige Aufgabe für jedes wertebewusste Management; ohne diesen Schritt drohen deklarierte Werte und Artefakte zu bloßen Hohlgebilden zu werden. Vor diesem Hintergrund dürfte eine schwerpunktmäßige Beschäftigung mit der Organisationskultur in den Einrichtungen der Barmherzigen Brüder eine lohnenswerte Angelegenheit sein und bildet den Kontext für die Implementierung dieses Ethik-Codex.

### 17.2.3 Wertegemeinschaft in einer pluralistischen Gesellschaft

Die Organisationskultur von Gesundheitseinrichtungen geistlicher Orden ist unter anderem auch davon geprägt, dass es um die Formung und Positionierung einer

Wertegemeinschaft im Kontext einer pluralistischen Gesellschaft geht. Die *Charta* schlägt hierfür eine sehr weltoffene Herangehensweise vor (1, S. 74):

- Pluralismus ist eines der wichtigsten Kennzeichen unserer Gesellschaft.
- Das Management der Ordenseinrichtungen muss daran arbeiten, die verschiedenen Kulturen und Weltanschauungen, die in den Einrichtungen nebeneinander bestehen, miteinander zu verbinden und zu integrieren.
- Auf Basis einer unverzichtbaren und unantastbaren Grundlage (des Ethos der Einrichtungen) soll eine Kultur gemeinsamer Werte geschaffen werden, in denen sich alle wiederfinden und die von allen mitgetragen werden können.

Daran schließt sich auch die Frage an, wie Gewissensentscheidungen zu bewerten sind. Schon im ersten Kapitel des Codex wurde der hohe Stellenwert der Gewissensfreiheit innerhalb der christlichen Ethik sowie des staatlichen und kirchlichen Rechts hervorgehoben und wurden Orientierungshilfen für die Gewissensbildung gegeben (⇒ Kapitel 1.7). Aus organisationsethischer Perspektive stellt sich nunmehr die Frage, wie mit Gewissensentscheidungen, die innerhalb einer pluralistischen Gesellschaft tendenziell häufiger auftreten können als in homogeneren Gruppen, umzugehen ist:

- Die *Charta* spricht sich für das Recht auf Gewissensverweigerung aus, wenn es um die Anwendung gesetzlicher Bestimmungen geht, die den Werten der Barmherzigen Brüder zuwiderlaufen (1, S. 77).
- Wer auch immer ein solches Recht fordert oder in Anspruch nimmt – sei es der Eigentümer, die Geschäftsleitung oder ein Mitarbeiter bzw. eine Mitarbeiterin –, der muss auch bereit sein, die Konsequenzen zu tragen, die sich aus einem eventuellen Gesetzesverstoß ergeben (für Fälle, in denen das Recht nicht explizite Gewissensklauseln vorsieht).

### 17.3 Mission und Vision der Einrichtungen als organisationsethische Ausgangsbasis

Der Ausgangspunkt für alle weiteren Ausführungen und ein gutes Management sind Mission und Vision einer Einrichtung. Die Mission bezieht sich auf die Frage: Warum gibt es uns als Einrichtung? Die Vision bezieht sich auf die Frage: Wo sehen wir uns angesichts unserer Mission in zehn oder fünfzehn Jahren?

Auf diese beiden Fragen müssen zunächst die Eigentümer zusammen mit den obersten Leitungspersonen Antworten finden. Sodann gilt es aber, Mission und Vision für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen zu kommunizieren und dafür zu sorgen, dass sie die Arbeit aller Formen. Sie bilden die

substanzielle Grundlage für die Identifikation mit der Einrichtung und sind eine zentrale Motivationsquelle. (Darüber hinaus bilden Mission und Vision auch die Basis für eine rational verantwortete Ressourcenallokation ⇨ Kapitel 16.)

Die Einrichtungen der Barmherzigen Brüder haben hierbei den Vorteil, dass sie aus einer reichhaltigen Geschichte schöpfen können, die mit der Ordensgründung begann. Dieses Reservoir muss jedoch systematisch und bewusst genutzt werden:

- Folgende Akteure sollten sich regelmäßig unter Einbezug des Charismas der Barmherzigen Brüder mit den zwei oben genannten Leitfragen zu Mission und Vision auseinandersetzen und darauf kompakte Antworten finden:
  - die Ordensprovinz
  - jede einzelne Einrichtung
  - unter Umständen jede Organisationseinheit innerhalb einer Einrichtung
- Dieser Prozess sollte von der Leitung initiiert werden (Top-down-Ansatz), da derartige Weichenstellungen zu den wichtigsten Aufgaben der Eigentümer und der obersten Leitungsorgane gehören. Dennoch wird jede Leitung gut beraten sein, die nachgeordneten Stellen und Personen einzubinden, um einerseits eine Vorstellung für die Visionen, aber auch Herausforderungen an der Basis für den Entwicklungsprozess zu erhalten und andererseits bei der Umsetzung von Unternehmungs-Mission und -Vision den notwendigen Rückhalt in der Belegschaft zu gewinnen.
- Aussagen zu Mission und Vision müssen zwischen den verschiedenen Hierarchieebenen inhaltlich abgestimmt werden, sodass es zu keinen Widersprüchen kommt.

Mission und Vision bilden den Rahmen und den Beweggrund für die Führung der Einrichtungen und die Arbeit darin. Aus ethischer Perspektive drückt sich in ihnen zum einen das *Telos* (Vorstellung eines gelungenen Lebens der Einrichtung und ihrer Menschen) und zum anderen der erste, aber unabdingbare Schritt der Wahrnehmung von Verantwortung aus. Es wäre daher sowohl ethisch zu kritisieren als auch betrieblich fatal, bestünde Unklarheit über Mission und Vision einer Einrichtung unter deren Eigentümern, Leitung und Mitarbeiterschaft.

## 17.4 Gutes Management als tragendes Prinzip der Hospitalität

Der Orden der Barmherzigen Brüder hat seit seiner Gründung erkannt, dass Hospitalität in den Einrichtungen nur dann hinreichend gelebt werden kann, wenn diese fachlich, menschlich und ethisch gut organisiert und geleitet werden. Die *Charta der Hospitalität* bezeichnet gutes Management daher auch als eines der Prinzipien, auf denen die Hospitalität aufbaut (1, S. 31).

Im Folgenden werden einige Konkretisierungen dieser organisationsethischen Fragen vorgenommen. Wie die *Charta* selbst betont, ist es dabei unerlässlich, Erkenntnisse und Konzepte der modernen Betriebswirtschaftslehre, Managementtheorie, Betriebssoziologie und -psychologie etc. zu berücksichtigen (1, S. 71).

Zentrale Begriffe, kurz definiert:

- Managementethik: Beschäftigung mit ethischen Fragen zu Leitungsaufgaben in einer Einrichtung
- Personalethik: Beschäftigung mit ethischen Fragen zur Personalpolitik
- Organisationsethik: Beschäftigung mit ethischen Fragen zur Aufbau- und Ablauforganisation einer Einrichtung

Managementverantwortung findet sich grundsätzlich auf allen Ebenen einer Einrichtung: begonnen von der Gesamtleitung über die Leitung von Organisationseinheiten (z. B. klinischen Abteilungen) bis hin zur Leitung von temporären Arbeitsgruppen. Letztlich kann man – in einem analogen Sinn – auch von „Selbstmanagement“ sprechen, das jede Person betrifft. In Gesundheitseinrichtungen, insbesondere in Krankenhäusern, wurde die Bedeutung und Komplexität des Managements lange Zeit unterschätzt. Doch genauso, wie man ganz selbstverständlich eine ärztliche oder pflegerische Professionalität verlangt, hat auch Management-Professionalität gewährleistet zu sein. Im Folgenden werden hierzu einige Grundsätze festgehalten.

#### 17.4.1 Management als Profession

Es liegt im eigenen Interesse von Gesundheitseinrichtungen, Management nicht als bloßen Verwaltungsjob zu verstehen, sondern seine Professionalisierung zu fördern. Dies bedeutet, auf folgende Punkte zu achten:

- fachliche Kompetenz: Kenntnisse moderner Managementlehre und, wo erforderlich, Betriebswirtschaftslehre; → ausgeprägte konventionelle Intelligenz
- persönliche Eignung: moralische Integrität, um als Vorbild dienen zu können (insbesondere durch Achtung und Förderung der die Einrichtung tragenden Werte und ethischen Grundsätze); Leadership-Qualitäten, die über die Verwaltung des Gegebenen hinausgehen; inneres Gleichgewicht; Entscheidungskraft; → ausgeprägte emotionale Intelligenz (161)
- soziale Eignung: Kommunikationsfähigkeit; Teamfähigkeit; Orientierung am Gemeinwohl; Priorisierung der anvertrauten gemeinsamen Interessen vor den eigenen; → ausgeprägte soziale Intelligenz (162)

Bei der Auswahl von Personen für Managementaufgaben ist auf die ausgewogene Qualifikation in allen drei Bereichen zu achten. Personen, die zwar über überdurchschnittliche fachliche Kompetenz verfügen, aber unzureichende persönliche und/oder soziale Eignung aufweisen, sollten nicht in Leitungsfunktionen bestellt werden; dies umso mehr, wenn sich die fachliche Kompetenz nicht auf das Management, sondern auf andere Arbeitsgebiete (z. B. medizinische, pflegerische) bezieht. Inwieweit die religiöse Dimension (d. h. das persönliche Bekenntnis) bei der Bestellung von Leitungsfunktionen eine Rolle spielen soll, ist in einer säkularen und pluralen Gesellschaft, in der der Orden seine Einrichtungen führt, eine schwierige Frage. Sicherlich kann es eine engagierte Identifikation mit den grundlegenden Werten und Zielen der Barmherzigen Brüder, die an sich unabdingbar ist, unabhängig von der religiösen Einstellung oder der konfessionellen Bindung geben. Umgekehrt geht es beim Charisma der Barmherzigen Brüder um eine ganzheitliche Wirklichkeit, sodass dieses umso deutlicher sichtbar wird, je mehr ethisch-humane Werte und religiös-spirituelle Orientierung zu einer Einheit kommen. Gesellschaftlich wird diese Frage in den letzten Jahren im Licht europäischer Gleichbehandlungs- und Antidiskriminierungspolitik diskutiert. Man wird aber grundsätzlich davon ausgehen dürfen, dass eine differenzierte, begründete Berücksichtigung der religiösen Dimension bei der Bestellung oder Promotion von Personen in Leitungsfunktionen aufgrund des besonderen Tendenzschutzes im österreichischen Recht gerechtfertigt werden kann. Letztlich möchte der Orden aber stets auch für Personen offen sein, die trotz ihres fehlenden *formalen* Bekenntnisses zur katholischen Kirche die Mission und Vision des heiligen Johannes von Gott in ihrer Arbeit in den Einrichtungen glaubhaft leben können.

#### **17.4.2 Identifikation mit der Identität der Einrichtung und betriebliche Sozialisation durch die „Schule der Hospitalität“**

Von Personen in Leitungsfunktionen wird erwartet werden können, dass sie sich in einem hohen Maß mit der Identität der Einrichtung (ihrer Mission, Vision, tragenden Werten, ethischen Grundsätzen) identifizieren. Dabei kann der Grundsatz gelten: Je höher bzw. zentraler die Funktion, umso strenger der Maßstab für die geforderte Identifikation (ohne dabei in nicht leitenden Funktionen ein Mindestmaß zu unterschreiten).

Vermeehrt stehen die Orden mit ihren Einrichtungen jedoch vor einem Problem, das H. Gärtner folgendermaßen beschreibt: „Wenn man nicht mehr davon ausgehen kann, dass die Mitarbeiter in der Breite Kenntnis oder gar Bindung gegenüber dem christlichen Glauben mitbringen, was kann man tun?“ (163) Er schlägt für

diese Herausforderung folgenden Lösungsansatz vor: „Man kann etwas tun. Die Träger können etwas tun. ... Ich bin zurzeit an einem Projekt im Erzbistum Köln beteiligt, wo darüber nachgedacht wird, für Mitarbeiter kirchlicher Einrichtungen, die keine Kirchenbindung mehr haben und die teilweise vom Christentum nichts mehr wissen, Kurse anzubieten, in denen die Kernaussagen des Christentums erschlossen werden. ... Die Erschließung der Glaubensinhalte geschieht arbeitsplatz- und organisationsbezogen.“ Gärtner kommt zu dem Schluss: „Wenn die Menschen nichts mehr über das Evangelium wissen, braucht es betriebliche Sozialisation.“ In Richtung dieses Vorschlags geht das Projekt „Schule der Hospitalität“ der Barmherzigen Brüder, das Akzente für die Identifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit der Identität der Ordenseinrichtungen und der sie tragenden Werte setzt.

### 17.4.3 Zentrale Managementaufgaben

Zu den aus ethischer Sicht wichtigsten Aufgaben eines professionellen Managements zählen:

- Sicherstellung, dass Mission und Vision im Alltag umgesetzt werden können und umgesetzt werden
- Beitrag zur Gestaltung einer positiven Unternehmenskultur (vgl. dazu weiter unten)
- Wahrnehmung der Vorbildfunktion für andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
- Wahrnehmung der mit einer Leitungsfunktion verbundenen Autorität im Sinn von Mission, Vision, Werten und ethischen Grundsätzen des Unternehmens (v. a. durch Auszeichnung des Guten und Sanktionierung von Verstößen oder Ignoranz)
- Wahrnehmung und Rechenschaftslegung für anvertraute Verantwortlichkeiten; dazu zählt auch das eindeutige Aufzeigen von für die Arbeit unzureichenden Rahmenbedingungen gegenüber der vorgesetzten Stelle oder dem Eigentümer
- Förderung einer transparenten, ehrlichen Kommunikation und Informationspolitik; hierzu zählt auch die Beschäftigung mit der Konfliktkultur innerhalb der Einrichtung

Im Übrigen schließen sich die Barmherzigen Brüder in Hinblick auf ihre Führungskräfteentwicklung dem „St. Georgener Manifest für neues Wirtschaften und ethisches Führen“ an: Würde, Nachhaltigkeit, Werte, Verantwortung, Chancen, Selbstverpflichtung, Authentizität, Vertrauen, Sinn und Erfolg werden darin als „Voraussetzung für einen langfristigen, nachhaltigen und zukunftsorientierten Erfolg“ gesehen (164).

## 17.5 Ethische Grundsätze für die Personalpolitik

Aus ethischer Perspektive nimmt die Personalpolitik in der Organisationsethik von Gesundheitseinrichtungen aus zumindest zwei Gründen eine zentrale Stellung ein: Erstens gilt das ethische Prinzip der Achtung der Menschenwürde (⇒ Kapitel 1.2) nicht nur gegenüber den Patienten bzw. Bewohnern, sondern ebenso nach innen gegenüber jeder einzelnen Person, die in der Einrichtung arbeitet. Zweitens können nur selbst geachtete Mitarbeiter auch ihre Patienten bzw. Bewohner achten.

### 17.5.1 Loyalität und Fürsorgepflicht

Die beiden komplementären ethischen Werte für eine verantwortungsbewusste Personalpolitik sind:

- Loyalität des Mitarbeiters oder der Mitarbeiterin gegenüber der Einrichtung, d. h. Handeln in Übereinstimmung mit der Mission und den normativen Standards der Organisation
- Fürsorgepflicht der Einrichtung für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Loyalitätsobliegenheit und Fürsorgepflicht äußern sich etwa darin, nach stabilen Arbeitsverhältnissen zu streben und damit einen Kontrapunkt zum gegenwärtigen Trend stark fluktuierender oder prekärer Beschäftigungen zu setzen. Die *Charta* erklärt hierzu sehr weitsichtig: „Ein Werk, in dem nicht stabile Arbeitsverhältnisse herrschen, wird nie imstande sein, die Mitarbeiter für das gemeinsame Projekt des Hauses zu begeistern“ (1, S. 75).

Zur Fürsorgepflicht zählt unter anderem, „dass man Mitarbeiter, die gerichtlich belangt werden, unterstützt und schützt, außer es liegt ein klarer Fall von beruflicher Nachlässigkeit vor“ (1, S. 75). Diese Pflicht greift umso mehr, wenn es zu einer persönlichen Anklage kommt, weil der entsprechende Mitarbeiter aufgrund seiner Loyalität zur Ordenseinrichtung und deren Ethos eine Gewissensentscheidung trifft, die ihn in Konflikt mit dem Gesetz oder Interessen Dritter bringt.

Die beiden Werte von Loyalität und Fürsorgepflicht müssen in Balance gehalten werden. Tritt hier eine Störung ein, d. h. wird die Fürsorge der Einrichtung nicht durch entsprechende Loyalität des Mitarbeiters beantwortet oder entspricht die Einrichtung in ihrer Fürsorgepflicht nicht dem loyalen Einsatz der Mitarbeiter, so gibt es zwei aufeinander aufbauende Reaktionsmöglichkeiten:

- zunächst den Versuch, die Balance wieder herzustellen;
- scheidet dies, eine Auflösung der Beziehung.

Kommt es zu einer Auflösung der Beziehung, sind nach Möglichkeit auch in der Auflösung die beiden ethischen Werte der Loyalität und Fürsorgepflicht zu berücksichtigen (vgl. weiter unten, 17.5.5).

### 17.5.2 Auswahl von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen

Hinsichtlich der Kriterien für die Mitarbeiterauswahl gilt in Analogie das oben zum Management als Profession Gesagte (vgl. weiter oben, 17.4.1). Die Berücksichtigung von

- fachlicher,
- menschlicher,
- ethischer und
- religiöser

Eignung sollte – mit einer differenzierten Gewichtung je nach zu besetzendem Verantwortungsbereich – von jenen, die über eine Mitarbeiterauswahl zu entscheiden haben, ernstgenommen werden. Wie auch die *Charta* empfiehlt, wäre es wünschenswert, wenn im Auswahlverfahren möglichst hohe Transparenz herrscht (1, S. 73).

Wo Einrichtungen der Barmherzigen Brüder Lehrkrankenhäuser sind, sollte dies als Möglichkeit verstanden werden, systematisch nach Mitarbeiter Nachwuchs zu suchen. Praktika während des Studiums und postpromotionelle Ausbildung können genützt werden, um potenziellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern das besondere Profil der Einrichtung näherzubringen und einzuschätzen, inwieweit sie mit diesem Profil kongruieren.

### 17.5.3 Sorge um die Sorgenden

Eine der größten Gefahren im Gesundheitswesen ist, dass vor lauter Sorge um die Patienten bzw. Klienten die Sorge um die Sorgenden – jene, die in den Gesundheitsberufen arbeiten – zu kurz kommt oder ganz vergessen wird. Ohne eine solche Selbstsorge steht aber jedes Unterfangen, anderen helfen zu wollen, längerfristig auf tönernen Füßen. Daher sollten in den Einrichtungen der Barmherzigen Brüder folgende Grundsätze der Sorge um die Sorgenden konkrete Beachtung finden:

- Das Zeugnis helfender Liebe, das nach außen gegenüber Patienten/Klienten, Angehörigen und der Öffentlichkeit wirken soll, muss auch nach innen, gegenüber Kolleginnen und Kollegen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, lebbar sein und gelebt werden.
- Die Anerkennung fachlich, menschlich und ethisch guter Arbeit durch Vorgesetzte ist ebenso wichtig wie die Prävention oder aber auch Sanktion schlechter Arbeit.

- Eine professionelle Einführung neuer Mitarbeiter durch eine Person in Leitungsfunktion und ihre kontinuierliche Begleitung ist unabdingbare Voraussetzung für eine weitere gute Zusammenarbeit.
- Die Sorge um die Sorgenden kommt in den Einrichtungen der Barmherzigen Brüder auch dadurch zum Ausdruck, dass an praktikablen, flexiblen und personengerechten Lösungen (z. B. für Alleinerziehende) für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie gearbeitet wird.
- Um die stete Gefahr eines Burn-outs zu minimieren, versuchen die Einrichtungen der Barmherzigen Brüder, die Arbeitsrahmenbedingungen (z. B. Dienstzeiten, Arbeitsplatzbeschreibungen) so zu gestalten, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Möglichkeit haben, einen Ausgleich zwischen Beruf und außerberuflichem Leben zu finden („Work-Life-Balance“). Zusätzlich werden gezielte arbeitspsychologische Angebote zur Burn-out-Prävention gemacht.
- Mobbing und andere entwürdigende Verhaltensweisen (wie z. B. sexuelle Belästigungen oder gar Missbrauch) dürfen durch die verantwortlichen Leiterinnen und Leiter nicht toleriert werden. Reagieren diese nicht oder sind sie selbst in derartiges Verhalten involviert, ist es die Pflicht jedes Einzelnen, der davon Kenntnis hat, die jeweils übergeordnete Instanz davon zu informieren. Opfern von Mobbing und anderen Entwürdigungen wird eine professionelle Unterstützung angeboten.
- Ausbeuterische Strukturen sind mit dem Ethos der Krankenfürsorge und jenem der Barmherzigen Brüder nicht vereinbar. Der Orden und die Personen in Leitungsfunktionen werden deshalb darauf achten, dass bei aller berechtigter Forderung nach Leistung dies nicht auf Kosten der personalen Würde einer Person geht. Insbesondere ist darauf zu achten, dass nicht eine falsch verstandene Demuts- und Gehorsamsauffassung zur (Selbst-)Ausbeutung führt.

#### **17.5.4 Gerechte Vergütung der Arbeit**

Einige Orientierungspunkte für die gerechte Vergütung der Arbeit wurden bereits im Kapitel über Gerechtigkeit & Allokationsethik gegeben (⇒ Kapitel 16). Die *Charta* spricht die Verpflichtung der Eigentümer auf eine gerechte Vergütung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter folgendermaßen an (1, S. 74):

- Pflicht zur bestmöglichen Entlohnung angesichts konkreter Umstände
- Beitragen zur Verbesserung der ökonomischen und sozialen Bedingungen der Beschäftigten

Die finanzielle Entlohnung (Gehalt) ist ein notwendiger, aber kein hinreichender Teil der gerechten Vergütung. Daneben ist auch an folgende Vergütungsformen zu denken:

- Angebot hervorragender Arbeitsbedingungen (Arbeitsumgebung; Angebote, um die Work-Life-Balance sicherzustellen; Sicherheit; Klima; Gemeinschaftsgeist; Angebote der Fort- und Weiterbildung etc.).
- soziale Absicherung (Arbeitgeberbeitrag zur gesetzlichen Kranken-, Unfall-, Pensions- und Arbeitslosenversicherung; Arbeitsplatzstabilität etc.).
- leistungsorientierte Anerkennungen (Prämien; Zulagen; Promotionen; Auszeichnungen etc.).
- Die Grundhonorierung der ärztlichen Leistungen im Spital erfolgt über die Gehälter. Eine besondere Honorierung gibt es für Leistungen zugunsten der Sonderklasse-Patienten. Für die Angemessenheit der Honorare sind hierbei zu beachten:
  - ⊃ gesetzliche Bestimmungen
  - ⊃ Verträge mit den Versicherungsgesellschaften
  - ⊃ Empfehlungen der Ärztekammern
- Bei Sonderklasse-Patienten ohne private Zusatzversicherung sollte das Honorar die Höhe für Sonderklasse-Patienten mit Zusatzversicherung nicht übersteigen.
- Die Ausgestaltung und Anwendung der Sonderklasse-Honorierung sollte so erfolgen, dass
  - ⊃ fachlich und menschlich tüchtige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über die Honorierung Leistungsanreize bekommen
  - ⊃ und die Gemeinkosten (Overheads) der Krankenanstalt zumindest teilweise abgegolten werden.

### **17.5.5 Konfliktkultur und ethische Orientierung für die Auflösung von Arbeitsverhältnissen**

Konflikte sind im zwischenmenschlichen Leben grundsätzlich unvermeidbar und können als Krise verstanden werden, die eine Chance bietet, um sich weiterzuentwickeln. Hierfür ist allerdings eine entsprechende förderliche Konfliktkultur notwendig, die sich vor allem durch folgende Eckpunkte auszeichnet:

- transparente und ehrliche Kommunikation
- konsequentes Feedback
- Sachfragen nicht auf eine persönliche Ebene ziehen
- die andere Person ihr Gesicht wahren lassen
- Auffassungsunterschiede nicht leichtfertig („um des Friedens willen“) überdecken
- Sachargumente nicht durch bloßen Verweis auf hierarchische oder berufsgruppenbezogene Stellung vom Tisch wischen

Kommt es zwischen Kolleginnen oder Kollegen derselben hierarchischen Stufe zu Konflikten, so ist es Aufgabe und Verantwortung der übergeordneten Leitungsperson, konfliktlösend beizutragen, wenn die unmittelbar Betroffenen nicht selbst dazu in der Lage sind (Prinzip der Subsidiarität). Kommt es zwischen einem Mitarbeiter oder einer Mitarbeiterin und einer übergeordneten Leitungsperson zu einem persönlichen Konflikt, so sollten beide Seiten die Möglichkeit haben, eine unbeteiligte Stelle um Konfliktlösung anzurufen.

- ▶ Handelt es sich um fallbezogene Konflikte (z. B. Therapieentscheidungen), so wäre die Einschaltung einer ethischen Fallbesprechung (ethisches Konsil) eine mögliche Konfliktlösungsstrategie.

Wenn ein Konflikt zu einer Auflösung des Arbeitsverhältnisses führt, sollte dies – unbeschadet allfälliger arbeitsrechtlicher Vorschriften (wie z. B. Notwendigkeit einer sofortigen Entlassung bei groben Pflichtverletzungen) – unter Beachtung der beiden weiter oben beschriebenen ethischen Werte von Loyalität und Fürsorgepflicht geschehen (vgl. weiter oben, 17.5.1).

Erachtet es eine Einrichtung der Barmherzigen Brüder aus wirtschaftlichen Gründen für notwendig, eine Mitarbeiterin oder einen Mitarbeiter zu kündigen, so sind bei der Auswahl der betreffenden Person neben fachlichen Leistungskriterien auch deren soziale Verhältnisse in besonderem Maß zu berücksichtigen. Dabei gebietet es die Fürsorgepflicht, in begründeten Fällen über die gesetzlich vorgeschriebenen Abfindungen hinauszugehen.

## 18 Kinder und Jugendliche

Inhalt:

- ▶ Einleitung: Ethik in der Pädiatrie
- ▶ Medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen
- ▶ Kommunikation mit Kindern und Eltern
- ▶ Forschung bei Kindern
- ▶ Entscheidungsfindung in extremen Situationen
- ▶ Sozialpädiatrische Aspekte

### 18.1 Einleitung: Ethik in der Pädiatrie

Die Pädiatrie ist die medizinische Behandlung und Betreuung des Kindes, die auch das Jugendalter bis zum vollendeten 18. Lebensjahr einschließt. „Das Kind ist kein kleiner Erwachsener“. Es ist kein „unfertiges“ Lebewesen, sondern stellt auf jeder Entwicklungsstufe eine vollwertige menschliche Entität mit altersspezifischen Funktionen, Entwicklungspotenzen und individuellen somatischen und psychischen Bedürfnissen dar. Es bestehen zahlreiche grundlegende entwicklungsbedingte biologische Unterschiede zwischen Kindern und Erwachsenen. Daher müssen wir auch in ethischer Hinsicht der Vollwertigkeit des Kindes und der Eigenständigkeit seiner Würde in allen Altersstufen gerecht werden, gerade auch unter Berücksichtigung dessen, dass es in vielfacher Hinsicht auf die Hilfe Erwachsener angewiesen ist.

Der zentrale ethische Grundsatz in der Pädiatrie lautet „im besten Interesse des Kindes“. Er entspricht den Festlegungen der Menschenrechtsdeklaration und der Konvention der Rechte des Kindes von 1989, die auch in Österreich anerkannt sind (165). Wichtige medizinisch relevante Prinzipien sind:

- das fundamentale Recht jedes Kindes auf Leben und Achtung seiner Würde
- das Recht auf Schutz und kindgerechte Förderung seiner physischen, mentalen, emotionalen und sozialen Entwicklung
- das Recht auf kindspezifische präventive Maßnahmen und medizinische Versorgung auf bestmöglichem Standard
- keine Diskriminierung oder Benachteiligung des Kindes ungeachtet seiner Geburt, Ethnizität oder Nationalität, seines Geschlechts, seiner sozialen Stellung, seiner Religion oder seines Gesundheitszustandes. Behinderte Kinder haben die gleichen Rechte.
- das Recht auf Anhörung und Berücksichtigung seiner Meinung
- Kinder haben Priorität in Fragen der medizinischen Versorgung

Die Deklaration der World Medical Association on the Right of the Child to Health Care von Ottawa 1998 schließt sich diesen Forderungen an (166).

Weil Kinder und Jugendliche in hohem Maße vom Schutz und der Unterstützung der Erwachsenen abhängen, ist die ethische Einstellung der Ärzte von besonderer Bedeutung, mit aller Empathie und Gewissenhaftigkeit ihre Bedürfnisse für eine gesunde Entwicklung zu beachten. Dieser Ethik-Grundsatz hat in wesentlichen Bereichen der Pädiatrie die folgenden Konsequenzen.

## **18.2 Medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen**

Bei allen ärztlichen Maßnahmen ist auf die spezifischen physiologischen und pathologischen Prozesse der Kinder und Jugendlichen zu achten, um Beratung, Gesundheitspflege, diagnostische und therapeutische Maßnahmen auf höchstem Stand des Wissens der gegenwärtigen wissenschaftlichen Evidenz zu gewährleisten (167; 168; 169; 170).

Verantwortungsbewusste, Kinder betreuende Ärzte und Ärztinnen berücksichtigen sorgsam die altersspezifischen Besonderheiten der Anatomie, Physiologie, Pathologie, Pathophysiologie, Pharmakokinetik und Pharmakodynamik, die in vielen Bereichen essenzielle Unterschiede zu Erwachsenen aufweisen. Sie sind sich der erhöhten Vulnerabilität und der Ängste kleiner Kinder bewusst. Sie wählen sorgfältig die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen aus, die auf ihre Wirksamkeit und ihre Nebenwirkungen getestet wurden. Sie nehmen Bedacht auf die Minimierung von Risiken und Belastungen, indem sie angemessene Methoden für Labortests (z. B. Mikromethoden) auswählen, möglichst kleine Blutmengen verwenden, invasive Methoden begrenzen und Lokalanästhetika anwenden, bevor sie Injektionen verabreichen oder Katheter oder Sonden setzen. Eine adäquate Schmerztherapie sollte niemals vernachlässigt werden, was besonders für Neugeborene und kleine Kinder gilt.

Ist die Aufnahme in ein Krankenhaus im Interesse des Kindes notwendig, sollten die Empfehlungen der Europäischen Charta der Rechte des Kindes (171) im Krankenhaus so weit wie möglich realisiert werden, z. B. Mitaufnahme eines Elternteils, kindgerechte Infrastruktur und familiäre Atmosphäre, zeitgemäßer pädiatrischer Standard der Einrichtungen und professionelles Personal im Hinblick auf die altersspezifischen Bedürfnisse des Kindes in den verschiedenen Entwicklungsperioden. Zur Vermeidung von kommerziellen Interessenskonflikten sollte die individuelle und institutionelle Unterstützung durch die Industrie für Ausbildungs-, Fortbildungs- und Forschungsaktivitäten ausgewogen sein und jederzeit transparent gemacht werden (172).

## 18.3 Kommunikation mit Kindern und Eltern

Das kommunikative Geschehen hat im Grunde bereits den Stellenwert therapeutischen Handelns. Das ärztliche Gespräch mit Kindern und Jugendlichen stellt hohe ethische Ansprüche. Bei behinderten Kindern gilt dies in besonderem Maße (169). Die verbal und nonverbal spürbare empathische Hinwendung des Arztes und seine Glaubhaftigkeit im Gespräch sind Grundlagen für das gegenseitige Vertrauen und Voraussetzung für eine wirksame Therapie. Dazu gehört ganz besonders eine verständliche, der mentalen Kapazität des Kindes angepasste Sprache. Kinder erwerben im Durchschnitt ab dem 9. Lebensjahr die Fähigkeit zur einfachen objektiven Einschätzung der biologischen Grundlagen, des Nutzens und der Risiken einer medizinischen Maßnahme (173). Das Österreichische Kindschaftsrechtsänderungsgesetz von 2001 verlangt daher zusätzlich zur Information und Einwilligung der gesetzlichen Vertreter (Eltern oder Vormund) auch bei einwilligungsunfähigen Minderjährigen die der Entwicklung des Kindes entsprechende Information und Zustimmung (Informed Assent) (174). Ab dem 14. Lebensjahr haben einwilligungsfähige minderjährige Jugendliche das Recht autonomer Entscheidungen (Informed Consent), sofern diese nicht schwerwiegende Eingriffe betreffen und die Gesundheit des Jugendlichen nicht gefährden (⇒ Kapitel 2.2.2). Die ärztliche Verantwortung ist daher besonders groß, weil Ärzte die Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Kindes und Jugendlichen feststellen müssen. Bei Forschungsstudien ist bei allen Kindern bis zur Volljährigkeit (vollendetes 18. Lebensjahr) die Einwilligung des gesetzlichen Vertreters einzuholen.

Kommunikation und Interaktion mit Jugendlichen gelingt am besten auf der Basis von Respekt, Verständnis, Neutralität und Ehrlichkeit.

## 18.4 Forschung beim Kind

Da ein evidenter Mangel an allgemeingültigem Wissen über Wirksamkeit und Nebenwirkungen medizinischer, vor allem pharmazeutischer Produkte in der Pädiatrie besteht und weil medizinische Maßnahmen weitgehend auf empirischem und in der Erwachsenenmedizin gewonnenem Wissen basieren, sollte gerade in Anbetracht der biologischen Unterschiede zwischen Kindern und Erwachsenen die Forschung als essenzieller Bestandteil der pädiatrischen Versorgung gefördert werden (175). Derzeit sind mehr als 50 % der Medikamente, die in Krankenhäusern bei Kindern verordnet werden, für das entsprechende Alter und die jeweilige Indikation nicht wissenschaftlich evaluiert (176). Neben der ethischen Forderung nach methodisch einwandfreier pädiatrischer Forschung muss jedoch in gleichem

Maß ein spezieller Schutz der in die Forschung einbezogenen Kinder gefordert werden, damit Integrität und Würde ihrer Person und ihre Entwicklungsfähigkeiten angesichts der erhöhten Vulnerabilität und eingeschränkten Autonomie gewahrt bleiben. Es gibt hierfür kindspezifische Richtlinien für die „gute klinische Praxis“ in der pädiatrischen Forschung (177; 178; 179), die bereits in österreichisches Recht eingeflossen sind (AMG, MPG). Die entsprechenden für Österreich gültigen Ethik-Richtlinien für pädiatrische Forschung finden sich in dem Grundsatzpapier der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (180). Pädiatrische Studien benötigen zusätzlich zu den für alle Forschungsprojekte am Menschen anerkannten Forderungen der „guten klinischen Praxis“ im Wesentlichen (175):

- einen von pädiatrischen Experten erarbeiteten Studienplan, der keine simple Umarbeitung von Erwachsenenprotokollen darstellt;
- die Berücksichtigung der Heterogenität der pädiatrischen Population;
- die Evaluierung des Risiko-Nutzen-Verhältnisses und des Zeitpunktes des Einschlusses von Kindern in Phase I-IV nach spezifischen Kriterien;
- die professionelle Erfüllung der Erfordernisse des kindgerechten Informed Consent bzw. Assent;
- die Approbation der Studie vor Beginn durch eine mit den Rechten, den biomedizinischen Besonderheiten und altersgerechten Bedürfnissen der Kinder vertraute Ethikkommission;
- die Durchführung der Studie an pädiatrisch erfahrenen Institutionen.

## 18.5 Entscheidungen am Ende des Lebens

Im Grunde gelten dieselben ethischen Überlegungen wie bei Erwachsenen, Leben zu erhalten, aber Sterben nicht zu verlängern (⇒ Kapitel 15). Vorenthaltung oder Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen in Situationen unerträglichen und endlosen Leids ohne Aussicht auf Besserung oder bei beginnendem unabwendbaren Sterben eines Kindes sollten durch das gesamte behandelnde und pflegende Team unter Einbeziehung der Meinung des einsichtsfähigen Patienten und seiner Eltern geprüft werden (181). Die Voraussetzung ist die Recherche aller Fakten, um die prognostischen Chancen zu definieren. Bei jedem Zweifel gilt der Grundsatz „in dubio pro vita“. Die Letztentscheidung liegt bei dem/der behandelnden Arzt/Ärztin. Nach einer Entscheidung zur Beendigung oder Vorenthaltung lebenserhaltender Maßnahmen und Zustimmung durch den einsichtsfähigen Patienten bzw. der Eltern sollte eine optimale Palliativtherapie mit würdevoller Pflege, empathischer, kulturell feinfühligem psychologischer und religiöser Unterstützung für Kind und

Familie und weiterführender Trauerberatung nach dem Tod des Kindes so gut wie möglich durchgeführt werden (181). Diese Probleme sind in der Neonatologie besonders aktuell. Ein Frühgeborenes vor Vollendung von 22 Schwangerschaftswochen ist nach heutigem Stand des Wissens und der medizinischen Möglichkeiten nicht lebensfähig und sollte daher nur palliativ betreut werden (180). Bei älteren Frühgeborenen hängt die Überlebenschance von der postpartalen Vitalität und von der Schwere der möglichen Komplikationen ab. Aktive, absichtliche Beendigung des Lebens eines Kindes durch Verabreichung tödlicher Medikamente stellt eine moralisch und rechtlich unerlaubte Tötung dar und wird auch einhellig von den österreichischen Pädiatern abgelehnt (181). Behinderung an sich ist kein Grund für Vorenthaltung oder Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen.

## 18.6 Sozialpädiatrische Aspekte

Vernachlässigung, Misshandlung und sexueller Missbrauch von Kindern stellen ein schweres Unrecht dar und sind verboten.

Sie hinterlassen psychologische und/oder körperliche Schäden. Ärzte sollten die Verdachtssymptome kennen, über die rechtlichen und sozialen Hilfsmaßnahmen Bescheid wissen und die notwendigen Maßnahmen ergreifen. Es empfiehlt sich, das Kind aus der gefährlichen Situation zu entfernen, um das Kind zu schützen und alle Fakten zu objektivieren. Professionelle Kinderschutzgruppen können wertvolle Hilfe anbieten. Enge Kooperation zwischen Arzt/Ärztin, medizinisch-sozialen Einrichtungen, Therapeuten und Gesetzesvertretern (Jugendamt) ist notwendig (182). Die Deklaration der Rechte des Kindes nimmt Bedacht auf weitere Gefahrensituationen, in denen der Arzt oder die Ärztin sich für den Schutz und die Gewährleistung einer gesunden Entwicklung des Kindes einsetzen kann (183):

- angemessene Versorgung eines Kindes aus Familien in existenzieller Not mit Essen, Kleidung, Unterkunft, Erziehung, Schulbildung und hygienischen Lebensbedingungen
- Zusammenführung von Flüchtlingskindern mit ihren Eltern
- Verhinderung der Ausnutzung von Kindern und Jugendlichen zur Prostitution und Pornografie
- Verhinderung von ausnützender Kinderarbeit, von Handel mit Kindern und ihren Organen sowie von tiefen Verletzungen durch Kriege und anderen Grausamkeiten

In diesem Sinn können Ärzte für Kinder auch als die Anwälte für die Gesundheit der Kinder betrachtet werden.



## 19 Menschen mit geistiger bzw. mehrfacher Behinderung

Inhalt:

- ▶ Prinzipien im Umgang mit geistig behinderten Menschen
- ▶ Medizinische Behandlung geistig behinderter Menschen
- ▶ Sexualität geistig behinderter Menschen
- ▶ Sterilisation geistig behinderter Menschen

### 19.1 Prinzipien im Umgang mit geistig behinderten Menschen

Der geistig behinderte Mensch muss in seiner Würde wie jede andere Person respektiert werden. Er hat dieselben Grundrechte, insbesondere das Recht auf Schutz seiner körperlichen und seelischen Unversehrtheit, seiner Intimsphäre und seiner Freiheit. Er hat ein Recht, vor Ausbeutung, Missbrauch und erniedrigender Behandlung geschützt zu werden.

Im Hinblick auf behinderte Menschen muss mit verschiedensten, noch immer vorhandenen gesellschaftlichen Vorurteilen gerechnet und diesen entgegengewirkt werden. Der erwachsene Mensch mit geistiger Behinderung ist kein „großes Kind“. Auch wenn seine intellektuellen Leistungen oftmals mit denen von Kindern in bestimmten Altersstufen vergleichbar sind, darf im Umgang mit ihm keinesfalls übersehen werden, dass er sowohl von seiner körperlichen Konstitution als auch von seiner lebensgeschichtlichen Erfahrung her erwachsen ist.

Der geistig behinderte Mensch hat ein Recht auf Pflege, pädagogische Begleitung, Training und Ausbildung in einer Weise, die ihn in die Lage versetzt, seine Fähigkeiten und Begabungen in größtmöglichem Ausmaß zu entfalten, ungeachtet dessen, wie schwer der Grad seiner Behinderung ist. Die Schwere einer Behinderung und die damit verbundene schlechte Prognose rechtfertigen keinen Verzicht auf fördernde pädagogische Maßnahmen.

Sind die Erziehung, pädagogische Begleitung, Pflege und Ausbildung des geistig behinderten Menschen in einer Institution notwendig, sollte sie in einer Umgebung und unter Umständen vorgenommen werden, die dem normalen Leben so nahe wie möglich kommen:

- Normalisierung der Lebensbedingungen: normaler Tages- und Jahresrhythmus, Trennung von Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereich etc.

- Integration in die Gesellschaft: Eingliederung in das öffentliche Leben, Öffentlichkeitsarbeit zur Überwindung gesellschaftlicher Marginalisierung
  - Partizipation: Einbindung und Mitentscheidung bei der Gestaltung des Zusammenlebens
- ... müssen als Leitlinien angemessener Betreuungsarbeit dienen.

Die Betreuungssituation des geistig behinderten Menschen ist immer durch ein gewisses Maß an Fremdbestimmung gekennzeichnet. Er kann seine Rechte und die Sorge um sein Wohl nicht in derselben Weise wie ein nicht behinderter Mensch wahrnehmen und ist so in besonderer Weise auf die entgegenkommende Unterstützung der ihn betreuenden Personen angewiesen. Umso dringlicher ist es, ihn in der Begleitung und Pflege als Subjekt zu verstehen, ihn zu akzeptieren, zu respektieren und ihm partnerschaftlich so zu begegnen, dass er trotz eingeschränkter Kommunikations- und Selbstbestimmungsfähigkeit mit seinen Wünschen und Bedürfnissen als er selbst wahrgenommen wird.

Der geistig behinderte Mensch hat das Recht, dass ihm bei Bedarf entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen ein Sachwalter zur Seite gestellt wird, der alle oder einzelne Angelegenheiten für ihn regelt, die er selbst nicht ohne Gefahr eines Nachteils für sich selbst besorgen kann (vgl. §268 Abs. 1 ABGB; siehe auch das Stichwort „Sachwalterschaft“ ⇒ Kapitel 2.2.5).

## **19.2 Medizinische Behandlung geistig behinderter Menschen**

Der geistig behinderte Mensch hat ein Anrecht auf angemessene medizinische Versorgung, wobei ihm keine medizinisch indizierte Behandlung aus Gründen der damit verbundenen Kosten vorenthalten werden darf. Der betreuende Arzt hat im Rahmen der Gesundheitsfürsorge allein entsprechend den Maßstäben der Menschenwürde, der medizinischen Sinnhaftigkeit und der individuellen Zumutbarkeit zu entscheiden und zu handeln. Der geistig behinderte Mensch ist dabei zu unterstützen, dass er wie jeder andere die für alle gleich geltenden Patientenrechte wahrnehmen kann. Zur Frage der Zustimmung zur medizinischen Behandlung ⇒ Kapitel 2.2.

## **19.3 Sexualität geistig behinderter Menschen**

Die Sexualität jedes, also auch des behinderten Menschen ist von einer existenziellen Bedeutung für seine Persönlichkeit, für die Entwicklung seiner Identität und für seine interpersonalen Beziehungen. Sie lässt sich nicht auf die Genitalbereiche und ihre

Funktionen reduzieren, sondern meint immer die Realisierung des Mann- oder Frau-Seins in einem umfassenden Prozess menschlicher Selbstentfaltung, in mitmenschlicher Beziehung und Liebe und oft in der Erfahrung von Fruchtbarkeit. Dies hat Papst Johannes Paul II. unmissverständlich klargestellt: „Die sexuelle Dimension ist ... eine der konstitutiven Dimensionen des Menschen, der als Abbild der Liebe Gottes von seinem Ursprung her dazu gerufen ist, sich in der Begegnung und in der Gemeinschaft zu verwirklichen. Die Voraussetzung für die emotional-sexuelle Erziehung des behinderten Menschen liegt in der Überzeugung, dass er dasselbe Bedürfnis nach Zuwendung hat wie jeder andere Mensch. Auch er hat das Bedürfnis, zu lieben und geliebt zu werden, sehnt sich nach Zärtlichkeit, Nähe und Intimität“ (184).

Deshalb bedarf die Geschlechtlichkeit geistig behinderter Menschen einer aufmerksamen Beachtung und Begleitung. Die mit der Sexualität gegebenen Emotionen und Triebregungen dürfen nicht restriktiv negiert werden, wie dies in der Vergangenheit vielfach geschah, sondern müssen kultiviert und personalisiert werden, entsprechend der individuellen Reife und den Ausdrucks- und Verstehensmöglichkeiten der jeweiligen Person.

Dem Vorurteil einer besonders starken Triebhaftigkeit behinderter Menschen muss entgegengewirkt werden. Auffälliges Sexualverhalten von Menschen mit geistiger Behinderung ist oft Folge fehlgeleiteter oder unterlassener sexualpädagogischer Begleitung, die Entwicklung hemmt oder pathologisiert, anstatt sie zu unterstützen. Die pädagogische Verpflichtung zur Sexualerziehung setzt schon im präpubertären Alter an. Diese Erziehung soll erfolgen durch eine Einübung in adäquate soziale Verhaltens- und Kommunikationsformen.

Ziel des sexualpädagogischen Handelns ist es auf jeden Fall, die Sexualentwicklung als Teil der Gesamtentwicklung der Person zu unterstützen, insbesondere als Fähigkeit zu einer ganzheitlichen Öffnung und Hingabe an eine andere Person. Dies gilt auch dann, wenn aufgrund der intellektuellen Beeinträchtigung nicht zu erwarten ist, dass die zu begleitende Person dieses Ziel jemals ganz erreichen wird. Umso wichtiger ist es, auch einzelne Schritte dorthin als solche anzuerkennen. Auch die Sexualität behinderter Menschen steht in christlicher Sicht unter der Zielperspektive einer von Gott gewollten Sinnfülle menschlicher Sexualität, wie sie in verschiedenen kirchlichen Dokumenten umschrieben wird (26; 43). In diesem Zusammenhang ist dem Ehwunsch von geistig behinderten Menschen mit Respekt und Einfühlungsvermögen zu begegnen. Immer sollte das grundlegende Bedürfnis nach Geborgenheit und Zuwendung in freundschaftlichen Beziehungen Gestalt finden können. Auch ein behutsames Zusammenführen und ein ungezwungener Umgang der Geschlechter gehören hierher.

Die Verantwortung der Institution liegt darin, dafür Sorge zu tragen, dass Sexualität in einem respektvollen Klima gelebt werden kann, um die persönliche Würde jedes Einzelnen sicherzustellen. Dazu bedarf es bestimmter Grenzen, die von der einzelnen Person selbst und von den anderen zu respektieren sind.

Vor allem dürfen Menschen mit geistiger Behinderung von niemandem sexuell ausgenutzt werden. Insbesondere betreuende Personen müssen darauf achten, dass sie bei aller mit ihrer Tätigkeit verbundenen notwendigen Nähe stets die professionelle Distanz und den Respekt vor der Geschlechtlichkeit der betreuten Person wahren. Den betreuenden Institutionen kommt hier bei der Auswahl, Führung und Weiterbildung des Personals besondere Verantwortung zu.

Betreute mit sexuellen Ausbeutungs- und Gewalterfahrungen bedürfen der besonderen Unterstützung und Begleitung bei deren Aufdeckung und Aufarbeitung. Die Rechte der Betroffenen als Opfer sexueller Ausbeutung haben hier Vorrang vor eventuellen anderen Rücksichtnahmen. Die Verantwortlichen haben die Pflicht zu rascher und adäquater Reaktion, sobald ihnen entsprechende Vorfälle zur Kenntnis gelangen.

## **19.4 Empfängnisverhütung und Sterilisation bei Menschen mit geistiger Behinderung**

Zur Frage von Empfängnisverhütung und Sterilisation bei Menschen mit geistiger Behinderung ⇨ Kapitel 3.4, 4.2.3.2, 4.3.

## 20 Geroethik – Ethische Fragen rund um den alternden Menschen

Inhalt:

- ▶ Altern als Teil des Menschseins
- ▶ Ethische Grundlagen für den Umgang mit alten Menschen
- ▶ Gemeinsame Charakterstärken für individuelles Altern
- ▶ Typische Krankheiten im Alter und deren korrekte Therapie
- ▶ Demenz
- ▶ Geroethik und moderne Medizin
- ▶ Ethische Qualitätsanforderungen in der Pflege alter Menschen
- ▶ Auf dem Weg zur integrierten Versorgung

### 20.1 Einleitung: Von Alter und Krankheit

Im folgenden Kapitel geht es einerseits um ethische Fragen des Alterns und des Umgangs mit alten Menschen im Allgemeinen und andererseits um solche Fragen, die sich zusätzlich ergeben, wenn altersbedingte Krankheitszustände, insbesondere Demenz, auftreten. Der alte Mensch ist nicht durch sein numerisches Alter definiert, sondern durch den körperlichen und geistigen Alterszustand; diese beiden Faktoren können zum Teil sehr stark variieren.

### 20.2 Altern als Teil des Menschseins: Verlauf und Bedeutung

Um die ethischen Fragen, welche sich im Zusammenhang mit der medizinischen und pflegerischen Betreuung alter Menschen stellen, besser verstehen zu können, ist es hilfreich, zunächst nach dem Verlauf und der Bedeutung des Alterns zu fragen.

#### 20.2.1 Soziologische Beobachtungen zum Verlauf des Alterns

Nach Atchley sowie Schroeter und Prahl können folgende sieben Phasen des Alterns unterschieden werden (185; 186):

1. **Entfernte Phase:** Die entfernte Phase beginnt in den jungen Jahren und reicht bis ca. drei Jahre vor dem Berufsaustritt. Anfänglich bleibt die Vorstellung vom eigenen Alter noch ungenau und eher idealisierend. Noch werden keine konkreten Pläne für die nachberufliche Phase geschmiedet. Es dominieren Vorstellungen von einer Zeit des ewigen Urlaubs, ständiger Freizeit, und die positiven Erwartungen stehen eindeutig im Vordergrund.

2. **Nähephase:** Die Nähephase beginnt kurz vor der Pensionierung. Die künftigen Ruheständler werden sich der Tatsache bewusst, dass sie schon bald eine vollkommen neue Rolle einzunehmen haben, und beginnen, sich mit der Zeit danach auseinanderzusetzen. Die künftige Lebenssituation wird durchdacht: Rentenansprüche werden geprüft und finanzielle Konsequenzen deutlich. Die Einstellung zum Ruhestand wird deutlich schlechter, Ängste treten auf. Unterschiedliche, zwischen unrealistischen Verlustszenarien und romantischer Idealisierung schwankende Zukunftsphantasien werden entwickelt.
3. **Euphoriephase:** Nach dem Berufsaustritt beginnt eine kurzfristige Euphoriephase („Honeymoon“-Phase). Die neu gewonnene Zeit wird wie Urlaub empfunden. Befreit vom engen Korsett beruflicher Zwänge und Lasten wird die neue Freiheit genossen. Reisen und allerlei Geschäftigkeit werden unternommen. Die finanziell, gesundheitlich oder anderweitig eingeschränkten Personen erleben indes nicht diese Form von Euphorie.
4. **Ernüchterungsphase:** Nach dem zuvor erlebten Erholungseffekt tritt alsbald eine Phase der Ernüchterung und Enttäuschung ein. Schmerzhaft wird erlebt, dass Ruhestand eben keine Freizeit ist. Bis hin zu Depressionen wirken sich die Einsichten aus, dass man auch im Ruhestand Sinn und Aufgaben, zeitliche Strukturierung und Orientierungspunkte benötigt. Es wird deutlich, dass das Alter nicht einzig aus Reisen, Feiern, Konsum und spontanen Aktionen bestehen kann. Zumal Personen, die finanzielle und gesundheitliche Belastungen zu tragen haben, aber auch diejenigen, die sich mit ihrem Beruf überidentifiziert haben, und diejenigen, die nicht gelernt haben, ihr Leben eigenständig zu gestalten und zu strukturieren, laufen Gefahr, in eine emotionale Krise zu schlittern.
5. **Reorientierungsphase:** Der Ernüchterung folgt eine Neuorientierung. Die Menschen versuchen, ihren Alltag zu strukturieren. Rhythmen und Rituale werden entwickelt, diejenigen, die sich vor Beendigung ihres Berufslebens realistisch mit der Zeit „danach“ beschäftigt haben, finden nach der vorübergehenden Euphoriephase relativ schnell eine für sie zufriedenstellende Alltagsroutine. Alte Gewohnheiten werden z. T. wieder aufgenommen, neue Verhaltensmuster werden ausprobiert, bis es zu einer Stabilisierung des Alltagslebens kommt. Wem das nicht gelingt, der läuft Gefahr, in Depressionen steckenzubleiben.
6. **Stabilitätsphase:** Die Stabilitätsphase umreißt die längste Zeit des Alterns. Geringe Veränderungen, die keine größeren Probleme mit sich bringen (kleine Unfälle, Krankheiten, nachlassende Kräfte), werden bewältigt oder durchgestanden. Die Menschen haben sich mit ihrer Altersrolle arrangiert und identifiziert. Sie haben eine Form der Lebensführung gefunden, die sie ihr Leben

bequem und geregelt gestalten lassen. Der Alltag wird zur Routine, vorhersehbar, kalkulierbar und zufriedenstellend. Die Verhaltensmuster sind weitgehend normiert. Der alte Mensch kennt seine Ressourcen, Kapazitäten und Grenzen. Kritische Lebensereignisse, wie Partnerverluste oder der Tod nahestehender Personen, können Rückfälle in die Ernüchterungs- oder Reorientierungsphase bedeuten, sofern das Leben abermals neu strukturiert und neue Routinen entwickelt werden müssen.

7. **Endphase:** Die Endphase ist durch den Verlust der Handlungs- und Kontrollfragen charakterisiert. Sie spiegelt gewissermaßen den Übergang des Ruheständlers in die Rolle des alten, gebrechlichen, pflegebedürftigen Menschen, der in voller Abhängigkeit zu anderen Menschen oder Institutionen steht. Die Endphase kann eine nur ganz kurze Zeit dauern, sie kann sich aber ebenso über viele Jahre des Lebens erstrecken.

### 20.2.2 Philosophische und christlich-theologische Anthropologie

Für eine angemessene Geroethik (187) ist eine Reflexion der Frage, was Altern aus der Perspektive der philosophischen und theologischen Anthropologie bedeutet, hilfreich. Denn das Bild, welches wir vom alternden Menschen haben, beeinflusst auch unser Handeln ihm gegenüber.

Vom Standpunkt einer personalen Anthropologiekonzeption (z. B. Ferdinand Ebner, Martin Buber) lebt der Mensch in einer personalen Welt (188): Diese ist einerseits durch die individuelle Einmaligkeit jedes Menschen gekennzeichnet, andererseits durch den Bezug zum anderen, zur sozialen Mitwelt. Das Grundphänomen menschlicher Selbsterfahrung ist somit eine Dialektik zwischen Innen und Außen – begonnen vom Kleinkindalter über das Erwachsenwerden und das Altern bis hin zum Sterben. Von vielen Philosophen seit der Antike wird die besondere Fähigkeit des Menschen herausgestellt, seinen Verstand zu benutzen, um mit seiner Welt in Kommunikation zu treten und sie zu gestalten. Der Mensch lebt in der Welt und fragt nach dem Sinn seines Daseins. Dasjenige, wodurch etwas verstehbar und bejahbar ist, nennen wir seinen Sinn. Gerade im Alter wird diese Frage für viele Menschen wichtiger, da sie ein Leben hinter sich sehen, in dem sie Lasten und Sorgen tragen mussten, Freuden und Leiden erleben konnten, Erfolg und Misserfolg erfahren; sie altern und wissen: Am Ende steht der Tod. Das Alter kann in diesem Sinn als Chance begriffen werden, den Sinngrund des Lebens noch einmal zu erschließen. Gemäß der personalen Weltsicht ist dies eine Aufgabe, die individuell, aber nicht individualistisch gemeistert werden muss – also eine sorgsame und begleitende Mitwelt braucht.

Das menschliche Leben ist also einerseits durch ein schier unbeschreibliches Vermögen und Können charakterisiert, andererseits zugleich stets durch eine grundsätzliche Verletzlichkeit und Gebrechlichkeit (189). Manche Menschen müssen diese Gebrechlichkeit schon in sehr jungen Lebensjahren erfahren, doch spätestens wenn ein höheres Alter erreicht wird, bleibt sie kaum jemandem erspart. Der Wunsch vieler Menschen, reif an Jahren schnell und glatt sterben zu können, dürfte in Zukunft eher die Ausnahme denn die Regel sein.

Über diese philosophische Perspektive hinaus kann nach dem Spezifikum einer christlichen Anthropologie und deren Bedeutung für das Altern gefragt werden (190). In der Bibel gilt Alter als hohes Gut, durch das Gott dem Menschen besondere Huld erweist (vgl. Ijob 5,23–26). Mit dem Alter verbundene Beschwerden werden durch die Sippe und das Volk, in dem der alte Mensch Rang und Würde hat, gemildert (vgl. Koh 12,1–7; Dtn 21,2–6). Auf dieser Basis können aus einer religiösen Perspektive folgende Eckpunkte benannt werden:

- Die Begrenztheit des menschlichen Daseins ist durch die Schöpfung verfügt.
- Im Alter wird es zusehends dringlicher, die Begrenztheit des Daseins frei anzunehmen und sich in das Sterben einzuüben.
- Die Hoffnung auf die Auferstehung nimmt Sterben und Tod den Stachel der Sinnlosigkeit.

Aus christlicher Sicht kann das Altern des Menschen und sein letzliches Sterben als integraler Teil der *Conditio humana* (Grundsituation des Menschen) verstanden werden, von der Gott nicht entbindet, in der Gott aber seine Zusage aufrechterhält, mit dem Menschen gemeinsam auch diese Lebensphase durchzustehen.

Angesichts der demografischen Veränderungen, Verschiebungen im Morbiditätsspektrum und medizinischen Interventionsmöglichkeiten, auf die noch eingegangen werden muss, kann aber auch zu Recht ein Patient zu Wort kommen, der seine Gebrechlichkeit und Abhängigkeit nicht so leicht mit der christlichen Verheißung in Einklang bringen konnte: „Niemand in der Bibel starb so wie ich sterbe“ (191).

## 20.3 Ethische Grundlage für den Umgang mit alten Menschen

Im Grunde gibt es für den Umgang mit alten Menschen keine andere ethische Grundlage als für den Umgang mit jüngeren Menschen; insofern ist zunächst auf die grundlegenden Prinzipien ärztlicher und pflegerischer Ethik zu verweisen (⇒ Kapitel 1.4).

Bei der konkreten Umsetzung dieser Prinzipien gilt es allerdings Folgendes zu bedenken:

- „Der alte Mensch“ ist eine Abstraktion: Gerade in unserer heutigen Gesellschaft ist die Lebenssituation, die physische und psychische Verfassung von alten Menschen sehr unterschiedlich und reicht von der Zugehörigkeit zu einer der politisch stärksten Lobbyinggruppen bis hin zur vollständigen Hilfsbedürftigkeit und Abhängigkeit von anderen. Ein Umgang, welcher der jeweiligen Situation gerecht wird, ist daher unerlässlich.
- Der Tendenz, alte Menschen zu bevormunden, muss entgegengewirkt werden: Nicht selten wird alten Menschen pauschal die Fähigkeit oder der Wille abgesprochen, ihre Autonomie auszuüben. Mitunter wird dabei ein Maßstab angelegt, der inadäquat ist. Selbstverständlich können viele alte Menschen ihren Willen nicht in dem Maß artikulieren, wie es jüngere können. Dies muss jedoch als Auftrag verstanden werden, mehr Hilfestellungen anzubieten, sodass auch eine eingeschränkt autonome Entscheidung möglich wird.
- Hierzu zählt ein „präventiver Ansatz“, der alte Menschen dazu ermutigt, sich in einem Zustand, in dem sie es noch leichter können, Gedanken über ihren Lebensplan und die damit verbundenen medizinischen und pflegerischen Maßnahmen zu machen. Die Errichtung einer Patientenverfügung oder die Bevollmächtigung einer Vertrauensperson sind hierfür wichtige Instrumente.
- Ein fairer Umgang miteinander bedeutet auch Sorge um die Pflegenden: Während es selbstverständlich ist, ethische Ansprüche an diejenigen zu stellen, die sich um alte Menschen kümmern, wird noch nicht ausreichend über die Sorge um die Pflegenden selbst gesprochen. Dies ist aber die notwendige andere Seite der Gerechtigkeit. Ebenso, wie eine Bevormundung oder gar Misshandlung von alten Menschen nicht rechtfertigbar ist, ist es auch eine Ausbeutung der Pflegenden. Pflegende Laien und Professionals (Mitarbeiter in der Pflege von alten Menschen) müssen letztlich dieselbe Achtung und Sorge erfahren wie die alten Menschen.

Ohne dies einseitig als Segen oder Problem titulieren zu wollen, ist es unzweifelhaft so, dass es in unserer Gesellschaft eine demografische Verschiebung hin zu mehr alten und hochbetagten Menschen gibt. Dies wird unsere Gesellschaft nicht nur ökonomisch, sondern sehr wesentlich auch menschlich und moralisch vor neue Herausforderungen stellen (192). Es wird unsere individuellen und gesellschaftlichen Wertmaßstäbe, letztlich unseren Charakter als Individuen und als Gesellschaft sowie unser Selbstverständnis von Menschsein auf die Probe stellen. Um dabei nicht in eine Sackgasse zu geraten, sollten wir damit beginnen, uns von der Vorstellung zu verabschieden, das „Problem des Alterns“ allein medizinisch oder sozialstaatlich „lösen“ zu wollen.

## 20.4 Typische Krankheiten im Alter und deren korrekte Therapie

Für eine bedürfnis- und bedarfsgerechte Sorge um alte Menschen ist es hilfreich, ein Wissen um typische Alterungsverläufe inklusive ihrer Beeinträchtigungen durch Krankheit und Gebrechen zu haben. Eine 2003 durchgeführte Studie gibt hierüber Aufschluss (193). Sie unterscheidet drei Typen „chronischer Krankheitsverläufe“ im hohen Alter:

1. Menschen, die nach einer kurzen Phase massiven Verfalls sterben. Dies ist typisch für nicht kurierbare Krebserkrankungen.
2. Menschen, die nach mehreren Jahren eines langsamen, aber stetigen Verfalls mit immer wieder auftretenden akut lebensbedrohenden Episoden, nach denen sie sich wieder etwas erholt haben, sterben. Hierfür sind chronische Herz- und Atemwegserkrankungen typisch.
3. Menschen, die erst nach einer langen Phase des Dahinschwindens ohne markante episodenhafte Einschnitte sterben. Für diese Gruppe sind Demenzerkrankungen oder multiple körperlich-organische Beeinträchtigungen und Ausfälle typisch.

Anhand der drei Typen lässt sich auch der Pflege- und medizinische Bedarf umreißen (191):

- Gruppe 1 bedarf eines Angebots medizinischer Maximaltherapie, solange die Funktionen gut erhalten werden können, danach ist eine Therapiezieländerung in Richtung palliativ für die kurze Phase des massiven Verfalls indiziert.
- Gruppe 2 bedarf eines Angebots von Disease-Management, um die Wahrscheinlichkeit der episodenhaften, aber massiven Einschnitte zu minimieren, zusammen mit einer Maximalintervention, falls es zu einer solchen Episode kommt.
- Gruppe 3 bedarf eines Angebots unterstützender Pflege für viele Jahre im täglichen Leben. Nicht nur der gebrechliche alte Menschen selbst, sondern auch die ihn Pflegenden müssen in dieses Angebot eingeplant werden.

Die letzte Gruppe, für die Demenzerkrankte typisch sind, ist unter den hochbetagten Menschen laut der angeführten Studie zahlenmäßig die größte. Dementsprechend soll auf die Demenz im folgenden Abschnitt eigens eingegangen werden.

## 20.5 Demenz

Demenz ist keine spezifische Krankheit, sondern ein Zustand der Desorientierung und der abnehmenden intellektuellen Fähigkeiten, der letztlich tödlich verläuft (194). Sie kann von unterschiedlichen Ursachen herrühren, wobei die bekannteste

und für alte Menschen relevanteste wohl die Alzheimer-Krankheit ist, die im Folgenden als Beispiel für eine Demenzerkrankung dienen soll.

Im Verlauf der Alzheimer-bedingten Demenz lassen sich drei Phasen unterscheiden (192):

1. Zunächst beginnt es mit oftmals kaum wahrnehmbaren Ausfällen des Kurzzeitgedächtnisses. Diese Phase dauert typischerweise zwei bis vier Jahre.
2. Dann folgen weitere zwei bis drei Jahre des progressiven Verfalls des sprachlichen Ausdrucksvermögens und zunehmende Schwierigkeiten mit manuellen Fähigkeiten. Menschen in dieser Phase verlieren ihr Orientierungsvermögen, können emotionale Ausbrüche und manchmal auch aggressives Verhalten haben.
3. Schließlich verursacht die Alzheimer-Erkrankung einen Kontrollverlust über die Körperfunktionen und die motorischen Fähigkeiten. Innerhalb eines oder zweier Jahre versinkt der Patient in einen Zustand relativer Zurückgezogenheit. Letztlich sterben diese Menschen an hinzukommenden Erkrankungen wie z. B. einer Aspirationspneumonie.

Ungeachtet etwaiger medizinischer Möglichkeiten, die Alzheimer-Erkrankung in Zukunft abschwächen zu können, wenn sie rechtzeitig erkannt wird, ist diese Situation in erster Linie eine große Herausforderung aus existenzieller und pflegerischer Sicht: existenziell, da die zunehmende Demenz von den Patienten selbst, ihren Familien und Freunden als bedrohlich und persönlichkeitsverändernd erfahren wird; pflegerisch, weil die Situation körperlich und emotional äußerst belastend ist:

- Je ausgeprägter der geistige Verfall der Betroffenen, je eingeschränkter die Kontakt- und Kommunikationsfähigkeit ist, desto schwerer ist es für den Demenzkranken, sich in der jeweiligen Situation zurechtzufinden und zu orientieren, jede auch noch so kleine Änderung der jeweiligen Situation kann enorme Ängste und Unruhe auslösen (z. B. Änderung der Pflegesituation, Krankenhauseinweisung).
- Diese Patienten können ihre Ängste jedoch nicht mehr artikulieren und nicht mehr durch z. B. emotionale Ausbrüche und Aggressionen reagieren.
- Das subjektive Leiden der demenzkranken Menschen nimmt in der Endphase der Erkrankung leider nicht ab.

Selbst jene, die an einen tieferen Sinn des Leidens glauben, werden es schwer haben, irgendetwas Gutes an diesem Zustand zu finden, da dem Patient im Rahmen seines Verfalls zunehmend die Möglichkeit geistiger Einsicht und Sinngebung abhandenkommt. Und am Ende gibt es keine sinnvolle Möglichkeit des Abschieds oder der Versöhnung.

Dennoch ist es wichtig, gerade im Kontext christlicher Ethik, auch angesichts solcher scheinbarer Sinnlosigkeit den Mut und den Entschluss zur Sorge nicht zu verlieren. Medizin und Pharmazie können mit ihren wissenschaftlichen Fortschritten dabei unterstützend sein. Entscheidend sind jedoch die basale mitmenschliche Sorge und die professionelle Pflege, die es demenzkranken Menschen ermöglichen, zumindest in Phase 1 und 2 ein sinnerfülltes Leben zu führen. Was bleibt, ist die Belastung und das Leiden der Pflegenden, insbesondere wenn es Angehörige sind.

Angesichts dieser Situation werden die Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen der Barmherzigen Brüder darauf hinarbeiten:

- ihr wissenschaftliches Können dafür einzusetzen, Alzheimer schon frühzeitig zu erkennen und im Fall des Falles die Betroffenen behutsam über Möglichkeiten aufzuklären, die Erkrankung hinauszuzögern, und sie dazu ermutigen;
- betroffenen Alzheimer-Patienten insbesondere in Phase 2 psychologische und seelsorgliche Angebote zu machen, um die Sinnfrage besser bewältigen zu können;
- ambulante und stationäre Unterstützung durch professionelle Pflegeeinrichtungen für jene Angehörigen anzubieten, die demente Menschen in Phase 3 pflegen, da hier die Belastung enorm ist;
- eine für alle Beteiligten hilfreiche Kooperation zwischen pflegenden Angehörigen, professionellen Pflegekräften in Pflegeheimen und dem Personal im Krankenhaus zu fördern, sodass die Belastung auf mehrere Schultern verteilt werden kann;
- den Pflegenden – Professionals wie Laien – Angebote zu machen, einerseits ihre Fertigkeiten im Umgang mit dementen Menschen zu verbessern und andererseits Kraft und seelische Unterstützung für ihre Arbeit zu finden.

## 20.6 Geroethik und moderne medizinische Interventionen

Die Möglichkeiten der modernen Medizin führen dazu, dass beispielsweise eine Pneumonie heute in den meisten Fällen eine schwere, aber heilbare Erkrankung darstellt. Die Medizin kann den akuten, kurzen und oftmals schmerzhaften Tod in vielen Fällen abwenden. Diese unbestrittene Errungenschaft hat allerdings auch ihre Schattenseite, vor allem, wenn es sich um hochbetagte Menschen handelt.

Nicht das Alter an sich ist dabei das Hauptproblem, sondern die vielfachen Einschränkungen durch Gebrechlichkeiten und Begleiterkrankungen, die fast unweigerlich mit dem Altern einhergehen. So stellt sich die Frage, inwieweit die Heilung einer Pneumonie Sinn für einen hochbetagten, multimorbiden und eventuell dementen Patienten macht. Sicherlich gibt es Fälle, in denen man diese Sinnhaftigkeit bejahen wird. Deshalb ist ein Automatismus, eine Pneumoniebehandlung für

bestimmte Patientengruppen abzulehnen, auch nicht rechtfertigbar. Aber es gibt auch Fälle, in denen wiederholte medizinische Interventionen, um den Patienten aus einer akuten Krise zu retten, ihm weitere Jahre der Inkontinenz, des minimalen Bewusstseinszustands und der ständigen Abhängigkeit aufbürden.

Es ist daher ein Gebot der ethischen Verantwortung, die Sinnhaftigkeit einer Akut-Intervention beim konkreten Patienten in den Kontext seines Gesamtzustands und seiner geäußerten Wünsche bzw. Werthaltungen zu stellen und darauf basierend eine Behandlungsentscheidung zu treffen.

Diese Problematik betrifft auch die medizinische Intervention der künstlichen Ernährung (⇒ Kapitel 8). Ihre medizinische Indikation bei weit fortgeschrittener Demenz wird kontrovers diskutiert, was insbesondere mit der soeben aufgezeigten Frage zu tun hat, wie sie im Kontext des Gesamtzustands des Patienten einzuordnen ist (81; 84; 86; 87; 89). Jedenfalls lässt sich ihr Einsatz ethisch dann nicht legitimieren, wenn er lediglich ökonomisch begründet ist, also die Kosten der Essenseingabe ersparen soll.

## **20.7 Ethische Qualitätsanforderungen in der Pflege alter Menschen**

Im Zuge der Langzeitpflege von alten Menschen ergeben sich besondere Herausforderungen an die Qualität von Pflege und menschlicher Zuwendung. Eine Untersuchung, die an Patienten, Angehörigen und Pflegenden in Finnland durchgeführt wurde, ergab folgende Problembereiche (195):

- Psychologische Integrität
  - Beleidigungen oder Herabwürdigungen
  - Mangelnder Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten
  - Mangelnde Information
- Physische Integrität
  - Körperliche Misshandlungen
  - Mangelnde individualisierte Fürsorge
- Soziale Integrität
  - Vereinsamung im Pflegeheim
  - Isolation von der Außenwelt

## **20.8 Auf dem Weg zur integrierten Versorgung**

Neben dem weiter oben angesprochenen organisationsethischen Aspekt der institutionellen Sorge um die Pflegenden (durch Weiterbildung, Supervision, adäqua-

te Personalschlüssel etc.) hängt die Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung von alten Menschen auch davon ab, wie effizient die unterschiedlichen Institutionen zusammenarbeiten.

Es ist bekannt, dass es massive Probleme an den sogenannten Schnitt- oder Nahtstellen im Gesundheits- und Pflegesystem gibt, die Reibungsverluste und mangelnde Qualität erzeugen (196). Es ist daher eine Aufgabe für alle Institutionen, auch jene der Barmherzigen Brüder, Maßnahmen zu setzen oder zu intensivieren, die eine integrierte Versorgung fördern. Gerade für alte Menschen kann dies erheblich zur Lebensqualität auch mit Gebrechen und Krankheit beitragen. Solche Maßnahmen können insbesondere folgende Bereiche treffen:

- die Zusammenarbeit mit mobilen Pflegediensten
- die Koordination mit Pflegeheimen und den dort tätigen Ärzten
- das Entlassungsmanagement, welches eine Nachsorge sicherstellt

Eine wichtige Aufgabe für die Institutionen der Barmherzigen Brüder im Sinne einer integrierten Versorgung ist der Ausbau von umfassenden geriatrischen Strukturen. Durch die multiprofessionelle geriatrische Arbeit können die Probleme der Schnitt- und Nahtstellen durch entsprechende Vernetzung der intra- und extramuralen Versorgung am besten bewältigt werden. Durch individuelle Remobilisationsprogramme, stationär, teilstationär oder ambulant, kann die Selbstständigkeit multimorbider Patienten möglichst lange erhalten bleiben, gleichzeitig können auch pflegende Angehörige entsprechend angeleitet und unterstützt werden.

## 21 Freiheitsbeschränkende Maßnahmen

Inhalt:

- ▶ Das Gut „Freiheit“
- ▶ Grundsätze einer Freiheitsbeschränkung
- ▶ Fallgruppen
- ▶ Wahl des gelindesten Mittels
- ▶ Der Intensivpatient

### 21.1 Das Gut „Freiheit“

Die Freiheit des Menschen, zu der seine freie Willensbildung gehört, ist als ein zentrales ethisches und rechtliches Gut anzusehen, wodurch sich der Mensch auch als Mensch definiert. Vor allem ist in der Freiheit die Verwirklichung des Menschen als Person mit all seinen intellektuellen Merkmalen, insbesondere seiner unverwechselbaren Identität, enthalten. Dementsprechend ist dieses Gut auch besonders schützenswert.

Zum Begriff der Freiheit zählt allerdings auch die Fähigkeit, abschätzen zu können, was aus einer Handlung heraus entsteht bzw. welche Folgen sich aus einer bestimmten Handlungsweise ergeben. Unter Berücksichtigung der geistigen Verfassung eines Menschen kann es dabei in bestimmten Situationen möglich sein, dass bei unbeschränkter Freiheit eine Gefahr für den Handelnden selbst oder für Dritte entsteht, die er selbst nicht oder nicht voll umfänglich abschätzen kann. In diesem Fall ist über freiheitsbeschränkende Maßnahmen nachzudenken, welche automatisch aber zu Konfliktsituationen zwischen den Prinzipien Autonomie, Fürsorge und Nicht-Schaden führen (⇒ Kapitel 1.6).

### 21.2 Grundsätze für eine Freiheitsbeschränkung

Eine Freiheitsbeschränkung liegt vor, wenn eine Ortsveränderung einer betreuten oder gepflegten Person gegen oder ohne deren Willen mit physischen Mitteln, insbesondere durch mechanische, elektronische oder medikamentöse Maßnahmen, oder durch deren Androhung unterbunden wird (vgl. § 3 Abs. 1 HeimAufG).

Maßgebliche Kriterien, die bei einer Freiheitsbeschränkung zu überprüfen sind:

- Gibt es grundsätzlich eine gesetzliche Ermächtigung für die Freiheitsbeschränkung? (z. B. im Heimaufenthaltsgesetz, Unterbringungsgesetz)
- Wird mit der Freiheitsbeschränkung das ausschließlich legitime Ziel des Eigen- und/oder Fremdschutzes verfolgt?

- Wird dabei die Verhältnismäßigkeit von Ziel und Mittel gewahrt? D. h.:
  - Ist die Freiheitsbeschränkung geeignet, d. h. kann mit ihr das legitime Ziel erreicht werden?
  - Ist die Freiheitsbeschränkung erforderlich, d. h. wurden alle gelinderen Möglichkeiten ausgeschöpft?
  - Ist die Freiheitsbeschränkung angemessen, d. h. stehen ihre Nachteile nicht völlig außer Verhältnis zu den Vorteilen, die sie bewirken soll?

Rechtlich gesehen darf zum Schutz des Lebens oder der Gesundheit eines Betroffenen eine freiheitsbeschränkende Maßnahme gesetzt werden, wobei diese nach Art, Umfang und Dauer nur dann zulässig ist, wenn sie für den Einzelfall zur Gefahrenabwehr unerlässlich ist.

## 21.3 Fallgruppen

Eine freiheitsbeschränkende Maßnahme muss auf einer geistigen Störung des Betroffenen beruhen, welche es diesem verunmöglicht, selbst mit dem entsprechenden Weitblick zu handeln. Automatisch ergeben sich unter diesem Gesichtspunkt auch Fragestellungen, wann und unter welchen Bedingungen eine freiheitsbeschränkende Maßnahme zur Anwendung kommen darf. Die Basis dafür stellt die geistige Verfassung des Betroffenen dar, welche generell in drei unterschiedlichen Personengruppen zu diskutieren ist: Patienten mit psychiatrischen Symptomen bzw. psychiatrischen Erkrankungen, Menschen mit geistiger Behinderung und alte Menschen.

All diesen Personen sind eine Einengung der Bewusstseinslage und damit eine Verminderung der Kritikfähigkeit für bestimmte Fragestellungen gemeinsam, welche bei entsprechender Ausprägung einen Einsatz von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen erforderlich macht. All diese Maßnahmen sind gesetzlich auch genau geregelt und entsprechend zu dokumentieren.

### 21.3.1 Patienten mit psychiatrischen Symptomen bzw. psychiatrischen Krankheiten

Es muss hier zwischen Symptomen ohne eigentliche psychiatrische Erkrankung und Symptomen bei psychiatrischen Erkrankungen unterschieden werden:

In die erste Gruppe fallen vor allem alle hirnorganischen Prozesse, die von einem Schädelhirntrauma mit sogenanntem „Durchgangssyndrom“ (vorübergehende Verwirrtheit) bis hin zum Hirntumoren reichen. Es gilt hier vor allem zu verhin-

dern, dass eine Gefahr für den Körper auftritt: Wenn z. B. gehunfähige Personen aufstehen wollen und stürzen könnten, gilt es dagegen Maßnahmen zu ergreifen.

### **21.3.2 Menschen mit geistiger Behinderung**

Diesbezüglich wird zunächst auf die Prinzipien im Umgang mit geistig behinderten Menschen (⇨ Kapitel 19.1) verwiesen. Hier gilt es, Sachwalterfunktion zu übernehmen und diese unter Gewährleistung einer möglichst weitgehenden Autonomie des Menschen mit einer geistigen Behinderung auszuüben. Wesentlich dabei ist vor allem, Schaden in bestimmten Situationen zwar zu verhindern, dabei aber die freiheitsbeschränkenden Maßnahmen möglichst gering zu halten. Wichtig ist dabei auch, den Betroffenen das Gefühl zu vermitteln, dass sie ihre persönliche Würde durch erforderliche Maßnahmen nicht untergraben fühlen.

### **21.3.3 Der alte Mensch**

Wie bereits unter 20.1 festgehalten, stellt das Altern einen Teil des Menschseins dar, wobei ab einem gewissen Alter vermehrt Hilfe notwendig wird. Alte Menschen sind aber glücklicherweise nicht alle in ihrer Bewusstseinslage eingeschränkt und bleiben bis ins hohe Alter geistig fit.

Der Tendenz, alte Menschen zu bevormunden (⇨ Kapitel 20.2), muss prinzipiell entgegengewirkt werden. Im Rahmen von geistigen Veränderungen im Alter kann es zu fluktuierenden oder aber auch konstanten geistigen Abbauerscheinungen kommen, welche in bestimmten Situationen für den Betroffenen gesundheitsgefährdend sein können. Um freiheitsbeschränkende Maßnahmen als letztmögliches Mittel der Gefahrenabwehr verhindern zu können, ist es in diesen Fällen notwendig, den geistigen Abbauerscheinungen gefühlvoll gegenzusteuern. Wesentlich dabei ist, die Ursache dieser Symptomatik und die Begleitumstände möglichst gut zu erfassen. So ist z. B. bekannt, dass eine fremde Umgebung zu einer Dekompensation von Demenzsymptomen führen kann. Daher sind z. B. auch die Fragestellungen, wann ein Mensch mit Demenzsymptomen von einer Abteilung in eine andere oder aber auch nur von einem Zimmer in ein anderes verlegt werden soll, gründlich zu überdenken. Wesentlich ist bei dementen Personen ein weitgehend konstantes Umfeld, dies sowohl örtlich als auch personell. Dadurch können Situationen vermindert werden, welche freiheitsbeschränkende Maßnahmen erforderlich machen. Noch besser ist es, die betroffenen Demenzkranken gar nicht in eine fremde Umgebung zu bringen, sondern zu Hause im gewohnten heimischen Umfeld zu behandeln und zu therapieren, wie es in unserem Konzept der „Ambulanten Geriatrischen Remobilisation“ vorgesehen ist.

## 21.4 Wahl des gelindesten Mittels

Prinzipiell gilt, dass möglichst schonende Mittel einzusetzen sind, welche die Betroffenen nicht auch noch zusätzlich belasten. So werden z. B. versperrte Türen sehr häufig mit „Gefängnis“ assoziiert, und Gitterbetten werden als „Käfig“ gesehen. Selbst Seitenteile werden von den Betroffenen als beinahe unüberwindliche Mauern empfunden.

Es gilt dabei stets abzuschätzen, mit welchen freiheitsbeschränkenden Mitteln am wenigsten zusätzliche psychische Alteration verursacht wird, denn nur so kann es gelingen, die Notwendigkeit einer freiheitsbeschränkenden Maßnahme auf das absolute Minimum zu beschränken. Wichtig ist es dabei auch, das medizinische Gesamtkonzept zu überdenken, denn manchmal wirken sich auch bestimmte Medikamente ungünstig auf die psychische Gesamtverfassung des Betroffenen aus. Auch können bestimmte Substanzen helfen, Situationen erst gar nicht entstehen zu lassen, welche freiheitsbeschränkende Maßnahmen erforderlich machen.

## 21.5 Der Intensivpatient

Sehr häufig muss beim Intensivpatienten – vor allem beim maschinell beatmeten Patienten – eine freiheitsberaubende Maßnahme durch eine medikamentöse Sedierung durchgeführt werden. Eine zusätzlich mechanische Fixierung ist jedoch nur in Ausnahmefällen notwendig, um den Patienten zu schützen (197). Es sollten hierbei immer primär alle alternativen Methoden ausgeschöpft werden, um mechanische Fixierungsmaßnahmen hintanzuhalten bzw. zeitlich zu limitieren, d. h. Fixierungsmaßnahmen sollten nicht routinemäßig, sondern nur in Ausnahmefällen mit entsprechender Indikation und einer entsprechender Risikoabschätzung angewendet werden. Ist eine mechanische Fixierung trotzdem notwendig, so sollte die geringste Einschränkung unter dem Aspekt einer größtmöglichen Sicherheit zur Anwendung kommen

Die Gründe für die Anwendung von Fixierungsmaßnahmen müssen dokumentiert und die Verordnung auf 24 Stunden limitiert werden; falls eine über 24 Stunden dauernde Fixierung durchgeführt wird, so muss die Verordnung nach 24 Stunden neu erfolgen. Angehörige sollten kontinuierlich über diese Maßnahmen aufgeklärt werden. Eine mechanische Fixierung bedeutet auch, dass Patienten auf mögliche Komplikationen einer Fixierung engmaschig, d. h. mindestens vierstündlich überwacht und kontrolliert werden.

## 22 Anhang: Checklisten und Dokumentationsblätter

Die folgenden Checklisten und Dokumentationsblätter dienen als Anregung und Vorlage für eine bedürfnisgerechte Umsetzung im jeweiligen Krankenhaus. Für eine effektive und effiziente Anwendung müssen sie in den alltäglichen Arbeitsablauf (z. B. elektronische Dokumentensysteme) integriert werden.

Inhalt:

1. Checkliste: Informed Consent
2. Checkliste: Umgang mit Patientenverfügungen
3. Checkliste: Sterilisation
4. Checkliste: Patientengespräch bei PND
5. Checkliste: Hungerstreik eines Häftlings
6. Checkliste: Begutachtung von Studien durch die Haus-Ethikkommission
7. Checkliste: Begrenzung und Beendigung kurativer Therapiemaßnahmen

## 22.1 Checkliste: Informed Consent

**Patient:**

**Diagnose:**

**A. Einwilligungs- und Urteilsfähigkeit sind gegeben:**

- Freiwillige Entscheidung
- Aufklärung über die Diagnose, die indizierten Optionen, ihre Ziele, Risiken und Nebenwirkungen
- Empfehlung der „Methode der Wahl“ aus Sicht des Arztes
- Vergewisserung, dass der Patient das Wesentliche verstanden hat

**B. Einwilligungs- oder Urteilsfähigkeit sind nicht gegeben:**

- Patientenverfügung vorhanden
- Vorsorgevollmacht vorhanden
- Patient ist in medizinischen Belangen besachwaltet (keine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht vorhanden)
- Sachwalter stimmt einer einfachen medizinische Behandlung zu
- Sachwalter stimmt einer einfachen medizinische Behandlung nicht zu, sodass das Gericht einzuschalten ist
- Schwerwiegende medizinische Behandlung: Der Sachwalter stimmt zu UND es liegt ein 2. ärztliches Zeugnis vor, das die Nicht-Einwilligungsfähigkeit und Behandlungsnotwendigkeit bestätigt, ODER es liegt eine gerichtliche Genehmigung vor
- Patient ist besachwaltet, gibt aber zu erkennen, dass er eine schwerwiegende medizinische Behandlung ablehnt, sodass eine gerichtliche Genehmigung einzuholen ist
- Ein Sachwalter wird über das Pflschaftsgericht bestellt
- Zwangsmaßnahmen: eine gerichtliche Anordnung ist vorhanden

NAME des Arztes (in Blockbuchstaben):

Unterschrift:

Datum:

<b>Teilnehmer der ethischen Fallbesprechung (Name, Unterschrift)    Datum/Uhrzeit</b>
---

### Hinweise zur Checkliste Informed Consent

Ist der Patient nicht einwilligungsfähig, gibt es folgende Möglichkeiten (siehe Checkliste Umgang mit Patientenverfügungen):

1. Patientenverfügung
2. Vorsorgevollmacht – Der Patient bevollmächtigt eine andere Person (kann auch aus dem Behandlungsteam sein), an seiner statt Entscheidungen zu treffen. Handelt der Bevollmächtigte ohne Zweifel im Sinne des Patienten (das kann auch eine Therapieablehnung beinhalten), ist keine gerichtliche Überprüfung erforderlich. Bestehen begründete Zweifel daran, dass der Bevollmächtigte im Sinne des Patienten handelt, haben die Behandler die Pflicht, das Gericht zur Klärung einzuschalten.
3. Patient ist besachwaltet
4. Sachwalter ist zu bestellen: Ein Sachwalter darf nur dann bestellt werden, wenn die Person nicht durch einen anderen gesetzlichen Vertreter, eine Vorsorgevollmacht oder eine verbindliche Patientenverfügung vertreten wird. Es ist darauf zu achten, dass die Sachwalterschaft die Besorgung medizinischer Angelegenheiten umfasst (dies ist nicht automatisch der Fall!). Zum Sachwalter kann jede Person bestellt werden, die eigenberechtigt und unbescholten ist. Ausgeschlossen sind Personen, die in der Einrichtung arbeiten, in der sich die zu besachwaltende Person aufhält.

„Rangordnung“ bei der Auswahl:

- a. Personen, die vor dem Verlust der Einsichts- und Urteilsfähigkeit von der behinderten Person gewünscht wurden (z. B. mittels Sachwalterverfügung)
- b. Nahestehende Personen
- c. Sachwalterverein
- d. Rechtsanwalt, Notar, andere geeignete Personen

Eine besachwalte Person, die einsichts- und urteilsfähig ist, entscheidet selbst über ihre medizinische Behandlung!

**Einfache medizinische Behandlung:** ist die Person nicht einwilligungsfähig, kann der Sachwalter die Zustimmung erteilen. Erteilt er die Einwilligung nicht, kann das Gericht die Sachwalterschaft einer anderen Person übertragen oder die Zustimmung des Sachwalters ersetzen!

**Schwerwiegende medizinische Behandlung:** der Sachwalter kann nur dann zustimmen, wenn:

5. ein unabhängiges 2. ärztliches Zeugnis die Nicht-Einwilligungsfähigkeit und Behandlungsnotwendigkeit bestätigt *oder*
6. die Genehmigung des Gerichts vorliegt.

Die gerichtliche Genehmigung ist jedenfalls einzuholen, wenn der Patient zu erkennen gibt, dass er die Behandlung ablehnt!

**Gefahr in Verzug:** auch ohne Zustimmung des Sachwalters... Gericht kann Zustimmung des Sachwalters ersetzen oder die Sachwalterschaft einer anderen Person übertragen, wenn es die Zeit erlaubt.

Zwangsmaßnahmen: dürfen nicht gesetzt werden, wenn sie das Gericht nicht ausdrücklich angeordnet hat. „Mutmaßlicher Patientenwille“: Als letzte Möglichkeit ist eine einseitige Entscheidung durch den Behandelnden (leitenden Arzt) vorgesehen. Dies trifft dann ein, wenn:

- der Patient nicht einwilligungsfähig ist,
- keine Patientenverfügung vorliegt,
- keine Person mit der Stellvertretung beauftragt wurde (Vorsorgebevollmächtigter oder Sachwalter);
- überdies muss eine gewisse Zeitnot bestehen, da ansonsten das PflEGsgericht mit der Bitte um eine Sachwalterbestellung angerufen werden müsste.

Es muss eine Diskussion aller Behandelnden – Ärzte, Pflegepersonal, ev. Seelsorger, Physiotherapeuten etc. – vorausgehen und ein Gespräch mit den Angehörigen.

Die letztendliche Entscheidung und Verantwortung trägt der behandelnde Arzt.

Das Gesetz sieht zwar die grundsätzliche Möglichkeit der rechtlichen Vertretung des nicht entscheidungsfähigen Patienten durch nächste Angehörige vor, jedoch liegen schwerwiegende Behandlungsentscheidungen („ist mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder der Persönlichkeit verbunden“) außerhalb des Kompetenzbereichs!

## 22.2 Checkliste: Umgang mit Patientenverfügungen

**Patient:**

**Diagnose:**

**A. Verbindliche Patientenverfügung**

- Vom Patienten selbst errichtet
- Eine oder mehrere eindeutig identifizierbare Behandlungen werden abgelehnt
- Eine umfassende ärztliche Aufklärung ist zuvor erfolgt – wann:
- Errichtet durch Rechtsanwalt, Notar oder rechtskundigen Mitarbeiter der Patientenvertretung (Patientenanwalt)
- Die Patientenverfügung ist nicht älter als 5 Jahre

**B. Beachtliche Patientenverfügung**

- Weist nicht alle Merkmale der verbindlichen Patientenverfügung auf

**C. Unwirksamkeit einer Patientenverfügung**

- Patient widerruft die Patientenverfügung oder gibt zu erkennen, dass sie nicht mehr wirksam sein soll
- Patientenverfügung wurde nicht freiwillig errichtet
- Der Inhalt ist strafrechtlich nicht zulässig (z. B. Wunsch nach Tötung auf Verlangen)
- Der Stand der medizinischen Wissenschaft hat sich in Hinblick auf den Inhalt der Verfügung seit ihrer Errichtung wesentlich geändert

NAME des Arztes (in Blockbuchstaben):

Unterschrift:

Datum:

Teilnehmer der ethischen Fallbesprechung (Name, Unterschrift) Datum/Uhrzeit

## 22.3 Checkliste: Sterilisation

Patient:

Diagnose:

### A. Therapeutische Sterilisation

Als „therapeutische bzw. indirekte Sterilisation“ wird ein medizinisch indizierter Eingriff bezeichnet, bei welchem die dauerhafte Sterilität nicht das Therapieziel, sondern eine Nebenfolge ist (z. B. Hysterektomie, bilaterale Salpingektomie bei ausgeprägter PID etc.).

Unterbleibt die Operation, sind Leben bzw. Gesundheit der Patientin gefährdet. Diese Gefahr kann nur durch den Eingriff selbst, der als Nebenwirkung die Sterilität der Patientin zur Folge hat, abgewendet werden.

- Alter > 18 Jahre – Einwilligung der Patientin vorhanden
- Alter < 18 Jahre – Einwilligung der Patientin *und* eines Obsorgeberechtigten vorhanden
- Beschwaltete Patientin: Zustimmung von Sachwalter und Gericht vorhanden

### B. Formen „prophylaktischer“ Sterilisation

Keine prophylaktische Sterilisation bei Patientinnen < 18 Jahre (auch nicht mit Zustimmung des Obsorgeberechtigten!).

Einwilligungsfähige Patientin > 18 Jahre:

- Patientin würde sich mit einer Schwangerschaft in Lebensgefahr bringen. Eine Sterilisation ist möglich, wenn eine andere Form der Empfängnisverhütung unter den gegebenen Umständen eine Lebensgefährdung durch Schwangerschaft nicht mit notwendiger Sicherheit abzuwenden vermag.
- Patientin leidet an einer Erkrankung, die eine Medikation erfordert, welche zu einer Schädigung des Kindes während der Schwangerschaft führen kann. Eine Sterilisation ist möglich, wenn eine andere Form der Empfängnisverhütung unter den gegebenen Umständen die Empfängnis eines Kindes mit nachfolgender sicherer Schädigung nicht auszuschließen vermag.
- Patientin hat eine Disposition, die bei den Nachkommen zu einer schweren Erkrankung führen kann (z. B. Chorea Huntington). Sterilisation moralisch nicht zu rechtfertigen!

Nicht einwilligungsfähige Patientin:

Wenn die Sterilisation unterbleibt, käme es zu einem dauerhaften körperlichen Leiden: Es käme zu einer erhöhten Lebensgefahr oder einer schweren Schädigung der Gesundheit der Patientin (nicht eines Dritten!).

- Gericht *und* Sachwalter stimmen zu.

Jedenfalls ausführliche Diskussion und Überprüfung der Indikationstellung durch mehrere Personen des Behandlungsteams, womöglich Erörterung im Klinischen Ethikkomitee.



## 22.4 Checkliste: Patientengespräch im Rahmen der Pränataldiagnostik (PND)

Patient:

Diagnose/SSW:

### A. Indikation

Information über die Indikation der unterschiedlichen Methoden der PND, insbesondere:

- Ultraschalluntersuchung
- Organscreening
- Ersttrimester-Screening (NT-Messung, Combined Test) und die Möglichkeiten weiterführender Diagnostik bei
- erhöhtem Risiko, eine genetische Mutation weiterzugeben,
- höherem Lebensalter der Frau,
- erhöhtem Risiko für das Ungeborene (z. B. Medikamenteneinnahme),
- auf Wunsch des Paares.

### B. Aussagekraft

Information über die

- Aussagekraft und
- Möglichkeit falsch-positiver sowie falsch-negativer Ergebnisse

### C. Risiken der Untersuchung für Frau und Kind

### D. Konsequenzen

Konsequenzen eines auffälligen Befundes:

- Ursachen, Art und Prognose einer allfälligen Erkrankung oder Entwicklungsstörung
- Therapeutische Möglichkeiten (auch Vorsorge im Interesse des kranken Fetus, z. B. Sectio in Zentralkrankenhaus)
- Angebot für Selbsthilfegruppen, medizinisch und psychosoziale Hilfe

**Im Fall eines positiven Befundes (Verdacht oder Sicherheit einer Behinderung) soll eine Entscheidung für das Leben des Kindes gefördert und ermutigt werden!**

NAME des Arztes (in Blockbuchstaben):

Unterschrift:

Datum:

<p><b>Teilnehmer der ethischen Fallbesprechung (Name, Unterschrift) Datum/Uhrzeit</b></p>
---

## 22.5 Checkliste: Hungerstreik eines Häftlings

Patientenaufkleber

### Hungerstreik eines Häftlings: Aufnahmedokumentation

Grundinformation	
Patient ist	
<input type="checkbox"/> Strafgefangener	<input type="checkbox"/> Schubhäftling <input type="checkbox"/> U-Haft
Krankengeschichte aus der Haft	
<input type="checkbox"/> wurde angefordert	<input type="checkbox"/> liegt vor
Informed Consent	
Kommunikation mit dem Patienten	
<input type="checkbox"/> möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich <input type="checkbox"/> Dolmetscher beigezogen
Anamnese durchgeführt:	
<input type="checkbox"/> Selbstanamnese	<input type="checkbox"/> Fremdanamnese
Patient verweigert:	
<input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/> Flüssigkeitsaufnahme
Patient wurde vom Krankenhausarzt aufgeklärt über	
<input type="checkbox"/> die medizinischen Folgen der Nahrungsverweigerung	
<input type="checkbox"/> die medizinischen Folgen der Flüssigkeitsverweigerung	
<input type="checkbox"/> mögliche Kompromissformen (z. B. Flüssigkeitsaufnahme mit Nährstoffen)	
<input type="checkbox"/> Psychiatrisches Gutachten notwendig	
<input type="checkbox"/> Erstellt am:	<input type="checkbox"/> Liegt dem Patientenakt bei
Patient ist:	
<input type="checkbox"/> urteils-, einsichts- und einwilligungsfähig	
<input type="checkbox"/> nicht einwilligungsfähig	
<input type="checkbox"/> Sachwalterschaft wurde beantragt	
Es handelt sich in diesem Fall um	
<input type="checkbox"/> einen Hungerstreik	Grund:
<input type="checkbox"/> eine physiologisch-pathologisch bedingte Nichtaufnahme von Nahrung/Flüssigkeit	
<input type="checkbox"/> eine psychologisch-pathologisch bedingte Nichtaufnahme von Nahrung/Flüssigkeit	

<b>Medizinischer Status quo</b>	
Befund, der sich aufgrund der Nahrungs- bzw. Flüssigkeitsverweigerung ergibt	
Sonstiger gesundheitlicher Status, insbesondere Risikofaktoren, Vor- bzw. Grunderkrankungen	

<p><b>Individuelles „kritisches Gewicht“/Individuelles „kritisches Gewicht“</b></p> <p>Auf Basis des medizinischen Status quo wurde folgendes individuelles „kritisches Gewicht“ bestimmt:</p> <p>Bei Unterschreitung dieses Gewichts ist eine erweiterte medizinische Überwachung mit entsprechenden laborchemischen Analysen notwendig.</p>	
---	--

<b>Erhoben von (Name, Unterschrift)</b>	<b>Datum/Uhrzeit</b>
---	----------------------

<b>Zwangswise Ernährung/Hydrierung</b>	
Folgende Voraussetzungen müssen erfüllt sein:	
<input type="checkbox"/> Der Patient ist gemäß §3 UbG psychiatrisch untergebracht.	
<input type="checkbox"/> Der Patient ist in Hinblick auf die zwangswise Ernährung/Hydrierung nicht einwilligungsfähig.	
<input type="checkbox"/> Alle gelinderen Mittel wurden erfolglos ausgeschöpft.	
<input type="checkbox"/> Die zwangswise Ernährung/Hydrierung ist medizinisch dringend notwendig und verhältnismäßig.	
<input type="checkbox"/> Grund und Bedeutung der Behandlung sind dem Kranken und dem Sachwalter zu erklären.	
<input type="checkbox"/> Das Pflegschaftsgericht hat der zwangswisen Ernährung/Hydrierung zugestimmt (Entscheidung liegt bei).	
<input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung	<input type="checkbox"/> Enterale Ernährung <input type="checkbox"/> Hydrierung mit/ohne Nährstoffe/n
<input type="checkbox"/> Fixierung (wenn nötig)	<input type="checkbox"/> Sedierung (wenn nötig)

<b>Genehmigt vom Abteilungsleiter (Name, Unterschrift)</b>	<b>Datum/Uhrzeit</b>
--	----------------------

<b>Teilnehmer der ethischen Fallbesprechung (Name, Unterschrift)</b>	<b>Datum/Uhrzeit</b>
--	----------------------

## 22.6 Hungerstreik eines Häftlings: fortlaufende Betreuung

Patientenaufkleber

### Erweiterte Untersuchung

48–72 Stunden nach Beginn des Unterlassens der Nahrungsaufnahme soll eine Blut-Laboruntersuchung zur besseren Einschätzung der Risiken durchgeführt werden.

- Informed Consent für Blutabnahme vorhanden
- Patient verweigert Blutabnahme
- Würde über Haftungsausschluss aufgeklärt

Befund

Im Rahmen der fortlaufenden Betreuung ist regelmäßig (mind. alle 24 Stunden) der Gesundheitszustand zu erheben. Maßnahmen, die der Patient nach Aufklärung nicht verweigert hat, können angeordnet werden. Die Basispflege (menschliche Zuwendung, Körperpflege) kann nicht abgelehnt werden. Es ist bei jedem dieser Gespräche auch zu versuchen, den Patienten zu einer wenn auch nur eingeschränkten Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme zu bewegen.

### Fortlaufende Betreuung

Zeitpunkt	Zustand
	Maßnahmen
	Anmerkungen
	Name/Unterschrift des Arztes

Teilnehmer der ethischen Fallbesprechung (Name, Unterschrift)

Datum/Uhrzeit

## 22.7 Checkliste: Begutachtung von Studien durch die Haus-Ethikkommission

Die folgende Checkliste basiert auf den Empfehlungen zur Begutachtung klinischer Studien durch Ethikkommissionen, welche die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (Deutschland) erarbeitet hat (198). Die rechtlichen Rahmenbedingungen sind in Österreich und Deutschland gleich, sodass die Fragen übernommen werden können. Zu den für Österreich gültigen rechtlichen Rahmenbedingungen vgl. unter <http://www.ethikkommissionen.at>. Ergänzt wurde die Liste um Fragen aus Sicht eines katholischen Ordenskrankenhauses.

Überblick über die Themenbereiche:

1. Studienbasis
2. Fragestellung und Studiendesign
3. Studienteilnehmer (Schutz und Sicherheit)
4. Dokumentation, Auswertung, Berichterstattung
5. Zusammenfassende Beurteilungsdimensionen

Die Tabelle kann als eine Liste von Merk- oder Erinnerungsposten verstanden werden, welche Details des Studiendesigns und des geplanten Vorgehens thematisiert. Nicht jeder Punkt ist dabei für jeden Studienantrag relevant.

A. Studienbasis	
1. Identifizierung, Studienregistrierung und Meldung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Titel der Studie genannt, passend?</li> <li>• Registrierung, Meldung: ja/nein</li> </ul>
2. Abteilungsleitung, Studienleiter/prüfende Person, Studien-/Prüfstellen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Name, Anschriften</li> <li>• Qualifikation, Erfahrung</li> <li>• Durchführung und Praktikabilität von der Abteilungsleitung geprüft</li> </ul>
3. Sponsor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifizierung, Details, Rechtsstellung</li> <li>• Rechte/Pflichten</li> <li>• Regelungen von Verantwortlichkeiten</li> <li>• Verträge mit Studienleitung/Prüfstellen</li> </ul>
4. Finanzierung der Studie, Studienkonto, Abrechnungsmodus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spezifiziert, für Studiendurchführung ausreichend?</li> <li>• Studienkonto – vorhanden ja/nein. Welches:</li> <li>• Exakte Angabe der Aufteilung des Studienbudgets</li> <li>• Wofür wird das Studienbudget verwendet werden?</li> </ul>
5. Studiendurchführung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uni- oder multizentrisch, Liste teilnehmender Zentren</li> <li>• Identifikation des Antragstellers</li> </ul>
6. Interessenkonflikte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angegeben, welcher Art, unbedenklich?</li> <li>• Regelungen für mögliche Interessenkonflikte vorgesehen?</li> </ul>

- |                            |  |
|----------------------------|--|
| 7. Studiengremien          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trial Steering Committee (TSC)?</li> <li>• Data and Safety Monitoring Board?</li> <li>• Weitere Gremien konstituiert, erforderlich?</li> </ul>  |
| 8. Rechtliche Bestimmungen | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unterliegt die Studie speziellen gesetzlichen Regelungen?</li> <li>• Falls Anwendung von Arzneimittel oder Medizinprodukt: In Österreich zugelassen/zertifiziert? Falls nein: Zulassung in einem anderen Land?</li> <li>• Einsatz in zugelassener Indikation?</li> <li>• Speziell für die Studie hergestellt? Von wem? Fachinformation oder Investigator's Brochure vorgelegt?</li> </ul> |

## B. Fragestellung und Studiendesign

- |  |  |
|--|--|
| 9. Fragestellung, Hintergrund, Zielsetzung, Hypothesen, Zielpopulation | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eindeutig festgelegt, hinreichend definiert?</li> <li>• Merkmale klar spezifiziert?</li> </ul>  |
| 10. Zusammenfassung des aktuellen Wissensstandes                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ja/Nein; Evidenzlage vollständig, ausgewogen dargestellt?</li> <li>• Bezug zu fachwissenschaftlichen Leitlinien?</li> <li>• Eigene Vorarbeiten?</li> </ul>  |
| 11. Studienteilnehmer (Stichprobe)                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zielpopulation(en), Stichprobenbasis, Stichprobe</li> <li>• Ein-/Ausschlusskriterien für Studienteilnahme spezifiziert, begründet?</li> <li>• Anzahl, Geschlecht, Alter, Charakterisierung ausreichend?</li> <li>• Anteil am Gesamtspektrum</li> <li>• Zugang, Rekrutierungsverfahren</li> <li>• Selektionsverzerrungen, Repräsentativität, Erreichbarkeit der Teilnehmer</li> </ul>  |
| 12. Fallzahl(schätzung)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brutto/Netto, Stichprobenverluste</li> <li>• Fallzahl nach Hauptzielparameter kalkuliert?</li> <li>• Grundannahmen überzeugend?</li> </ul>  |
| 13. Studientyp/-design   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Passend für Forschungsfrage?</li> <li>• Phase (bei diagnostischen Studien und Therapiestudien)</li> <li>• Kontroll-/Vergleichsgruppe?</li> <li>• Herkunft/Auswahl der Teilnehmer der Kontroll-/Vergleichsgruppe</li> <li>• Art der Zuweisung:             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Methoden der Randomisierung</li> <li>– Bei Nichtrandomisierung: mögliche Verzerrungsquellen diskutiert?</li> <li>– Kontrolle?</li> </ul> </li> </ul> |
| 14. Zeitplan, Arbeitsplan  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beginn, Rekrutierungs-, Untersuchungszeitraum</li> <li>• (Nach-)Beobachtung, Auswertungsperiode</li> <li>• Gesamtdauer der Studie insgesamt, für jeden Teilnehmer</li> <li>• Flussdiagramm, Meilensteine</li> </ul>   |

- |  |  |
|--|--|
| 15. Intervention                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nein/Ja             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Art, Applikation, Dauer</li> <li>– Möglicher Nutzen – für wen, ausreichend spezifiziert?</li> <li>– Belastungen der Studienteilnehmer, der Prüfer</li> <li>– Risiken, Schwellen definiert?</li> <li>– Wie gefährlich ist die Studie für den Patienten? (Nutzen-Risiko-Abwägung)</li> <li>– Reversibilität, Vertretbarkeit</li> <li>– Qualitätssicherung</li> </ul> </li> <li>• Parallele Behandlungen (Begleittherapien, studienunabhängige Behandlung), mögliche Interaktionen</li> <li>• Alle Tests/Erhebungsverfahren dargestellt?</li> </ul> |
| 16. Kontrollgruppe, Vergleichssubstanz         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Intervention? Placebo? Standard?</li> <li>• Chancen, Risiken, Belastungen</li> <li>• Klinisch angemessen?</li> <li>• Equipoise-Bedingung erfüllt?</li> <li>• Überlegenheits-, Äquivalenz-, Nicht-Unterlegenheitsstudie?</li> </ul>  |
| 17. Verblindung/Entblindung                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gegenstand, Verfahren spezifiziert, angemessen?</li> <li>• Bei diagnostischen Studien: unabhängige verblindete Testungen</li> </ul>   |
| 18. Ausgangs- und Ergebnisparameter (Outcomes) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primäre/sekundäre Endpunkte/Zielgrößen spezifiziert, angemessen?</li> <li>• Klinische Relevanz?</li> <li>• Erhebungsverfahren: Objektivität, Reliabilität, Validität, Veränderungssensitivität</li> <li>• Vergleichbarkeit mit anderen Studien</li> <li>• Nennung aller eingesetzten Tests (klinische Tests, Labortests, Fragebögen etc.) und Messzeitpunkte</li> </ul>   |
| 19. Vorzeitiger Studienabbruch                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kriterien festgelegt und angemessen?             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Für Beendigung bei einzelnen Teilnehmern</li> <li>– Für Beendigung der ganzen Studie</li> </ul> </li> <li>• Abbruchverfahren, Betreuung nach Abbruch, Weiterbehandlung</li> </ul>   |

### C. Studienteilnehmer (Schutz und Sicherheit)

- |   |  |
|---|--|
| 20. Patienten-/Probanden-Information und Einwilligungserklärung | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Art und Form der Einwilligung</li> <li>• Beschreibung des Prozesses zur Erlangung der Einwilligung (wer klärt wen wie auf?)</li> <li>• Vollständigkeit (rechtlich, inhaltlich)</li> <li>• Richtigkeit, Umfang, Laienverständlichkeit</li> <li>• Ausgewogenheit, Zurückhaltung</li> <li>• Rechte/Pflichten aller Beteiligten angesprochen</li> </ul> |
| 21. Einwilligungsfähigkeit                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prüfung der Einwilligungsfähigkeit: Verfahren             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Rechtliche Kriterien zum Einschluss nicht Einwilligungsfähiger erfüllt?</li> </ul> </li> <li>• Begründung für die Einbeziehung von gesunden bzw. kranken Minderjährigen und nicht einwilligungsfähigen Erwachsenen</li> </ul>                    |
| 22. Patienten/Probanden in spezifischen Situationen             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Besondere Vulnerabilität (z. B. durch Abhängigkeitsverhältnis)</li> <li>• Begründung für den Einschluss?</li> </ul>   |

- |   |   |
|---|---|
| 23. Versicherung, Schadensersatz                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Probanden-/Patientenversicherung</li> <li>• Wegeunfallversicherung</li> <li>• Versicherungsschutz ausreichend?</li> <li>• Versicherungslaufzeit ausreichend?</li> <li>• Verweis auf Rechte/Pflichten der Versicherten</li> </ul>   |
| 24. Finanzielle Regelungen                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufwandsentschädigung und/oder Bezahlung für Studienteilnehmer notwendig/angemessen?</li> <li>• Aufwandsentschädigung, Honorar für Untersucher angemessen, offengelegt?</li> </ul>   |
| 25. Ärztlich-medizinische Betreuung/psychosoziale Unterstützung | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Interferenz der Intervention mit Standardversorgung, mit Arzt-Patienten-Beziehung</li> <li>• Spezielle Vorkehrungen notwendig, gesichert?</li> <li>• Beschwerdeverfahren</li> <li>• Zentrale Kontaktstelle eingerichtet</li> <li>• Fürsorgepflicht</li> <li>• Nach-/Weiterbehandlung nach Studienende</li> </ul> |
| 26. Körper- (Bio-)Materialien, genetische Tests/Untersuchungen  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationsgehalt der Marker</li> <li>• Angemessene Information der Studienteilnehmer</li> </ul>  |

#### **D. Dokumentation, Auswertung, Berichterstattung**

- |   |   |
|---|---|
| 27. Datenschutz   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konzept spezifiziert</li> <li>• Verfahren der Anonymisierung oder Pseudonymisierung</li> <li>• Vorkehrungen angemessen und ausreichend?</li> <li>• Umgang mit personenbezogenen Daten</li> <li>• Einbezug des Datenschutzbeauftragten?</li> </ul>  |
| 28. Datenerfassung  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dateneingabe, Datenmanagement, Datenverarbeitung</li> </ul>  |
| 29. Datenhaltung  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ort, verantwortliche Stelle, Dauer</li> <li>• Kodierung, Zugangsrecht, Dekodierung im Notfall</li> <li>• Weitere Verwendung der Daten, Weitergabe</li> <li>• Datenaufbewahrung, Datentreuhänder, Archivierungskonzept</li> </ul>   |
| 30. Kontrolle der Studiendurchführung (Monitoring, Audit) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorgesehen, angemessen?</li> <li>• Einsatz eines unabhängigen Datenüberwachungskomitees?</li> </ul>  |
| 31. Dokumentationsbögen                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vorgesehen, vorgelegt, angemessen?</li> </ul>  |
| 32. Auswertung  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Auswertungskollektive definiert?</li> <li>• Vorgehen, Analyseplan (Intention-to-treat-Analysis, Per-Protokoll-Analyse, Umgang mit Missing Data) beschrieben, angemessen?</li> <li>• Zwischenauswertungen vorgesehen, begründet?</li> <li>• Effektmaße, statistische Verfahren</li> <li>• Subgruppen-/Sensitivitätsanalysen (Alter, Geschlecht, soziale Schicht etc.)</li> <li>• Qualitätskontrollen</li> </ul> |
| 33. Unerwünschte Ereignisse, Nebenwirkungen               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhebungs-/Reaktions-/Berichtsverfahren spezifiziert, angemessen?</li> <li>• Information des Sponsors, der Ethikkommission, der Behörden</li> <li>• Rechtlich vorgeschriebene Informationspflichten</li> </ul>   |

34. Wissenschaftliche Veröffentlichungen, weitere Kommunikation der Ergebnisse
- Publikationsregelungen, Einschränkungen durch Sponsor (Veröffentlichungsklausel)?
  - Zwischen-/Endbericht, Bekanntgabe von Zwischenergebnissen
  - Mitteilung an Ethikkommission
  - Mitteilung an Studienteilnehmer, Angehörige, Hausärzte angeboten?
  - Einbezug der Öffentlichkeit?

**E. Zusammenfassende Beurteilung in den Dimensionen**

35. Wissenschaftlicher Wert, Originalität, Qualität
- Thema über-/wiederholt?
  - Wissenschaftliche Relevanz vor dem Hintergrund bereits verfügbaren Wissens
  - Plausibilität von Fragestellung und Design
  - Gesamtqualität
36. Praxisrelevanz
- Relevanz für die Klinik, Heilkunde, medizinisches Wissen, gesundheitliche Versorgung, Public Health
  - Auswirkungen auf/für sonstige Gruppen, Institutionen, Ökonomie
37. Ethische Grundprinzipien
- Studienspezifische Probleme mit
    - Würdeschutz
    - Autonomie
    - Rechte
    - Sicherheit
    - Nutzen
    - Wohlergehen
    - Gerechtigkeit
  - Welche Probleme wurden vom Antragsteller selbst formuliert, reflektiert berücksichtigt?
  - Bewertung des Nutzen-Schaden/Belastung-Verhältnisses (für Probanden, Gruppe, Fremde)
  - Bewertung einer eventuellen Placebogruppe
38. Ethische Prinzipien aus katholischer Sicht
- Schutz der Heiligkeit des Lebens
  - Wissenschaft und Forschung zu Techniken und Verfahren, die mit dem kirchlichen Lehramt im Einklang sind
  - Wie würde die geplante Studie die Außenwahrnehmung der Barmherzigen Brüder beeinflussen?
  - Wie wird das Gewissen des einzelnen Arztes oder anderer Mitarbeiter geschützt, wenn sie aus religiöser Überzeugung nicht an der Studie mitwirken möchten?
  - Welches Licht wirft eine Zusammenarbeit mit anderen Studienzentren (bei Multi-Center-Studien) auf die Barmherzigen Brüder?
  - Hat die Studie bloß etablierte Patientengruppen im Blick, oder können davon auch marginalisierte Personen einen Nutzen haben?

## 22.8 Checkliste: Therapieverzicht und Therapiebegrenzung

### Allgemeines

Ein Therapieverzicht bzw. eine Therapiebegrenzung ist eine der wichtigsten Entscheidungen, die bei einem Patienten getroffen wird. Neben objektiven Überlegungen muss der Patientenwille angemessen berücksichtigt werden. Es sollte daher immer versucht werden, in der Patientenaufklärung auch diese Problematik anzusprechen, um im Ernstfall im Sinne des Patienten entscheiden zu können. Bei nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten gibt es mehrere Punkte (siehe unten), die bedacht werden müssen, um die Entscheidung im Sinne des Patienten zu fällen. Diese Entscheidung muss immer so dokumentiert werden, dass die Schritte auch nachvollziehbar sind. Es können für diese Dokumentation ausführliche Checklisten (Checkliste A) verwendet werden, wobei hier die einzelnen Punkte noch einmal durchgegangen werden, oder ein einfacheres Formular (Checkliste B) mit Freitext zur Durchführung und Begründung des Therapievorenthaltes bzw. der Therapiebegrenzung.

- Unter einem Therapieverzicht bzw. Therapiebegrenzung versteht man einen Vorenthalt bzw. Begrenzung einer kurativen Therapie. Diese Entscheidung bedeutet in jedem Falle den gleichzeitigen Beginn einer palliativen Therapie. Bei dieser Entscheidung wird daher im Einzelfall die Zuziehung des Palliativteams empfohlen.
- Es gibt keine Verpflichtung und keinen Auftrag, Therapieformen, die nach sorgfältiger Analyse und ausreichender Datenlage nach aktuellen medizinischen Standards als nutzlos beurteilt werden, anzuwenden oder weiterzuführen.

### Durchführung

#### Wer?

Alle Therapieverzichts- und -begrenzungsentscheidungen sind Entscheidungen, die einstimmig von der Gruppe getroffen werden sollen. Dieser Gruppe sollten sowohl stationsführende Ärzte als auch Angehörige des Pflegepersonals angehören, die Art und Weise der Einbindung des Abteilungsleiters sollte abteilungsintern aufgrund der unterschiedlichen Strukturen geklärt werden. Der jeweilige Facharzt ist der Letztentscheidende und sollte dies durch seine Unterschrift am entsprechenden Formblatt bestätigen

Angehörige sollten über die Änderung des Therapiezieles (kurativ in palliativ) informiert werden. Angehörigen kann und darf keine medizinische Entscheidung aufgebürdet werden – die Letztverantwortung liegt beim Arzt, die Wünsche der

Angehörigen werden besprochen und nach Möglichkeit mitberücksichtigt. Im Gespräch mit den Angehörigen sollten negative Begriffe wie Therapieabbruch, „nichts mehr zu tun“, Maschinen abstellen o. Ä. unbedingt vermieden werden und durch Verwendung positiver Begriffe wie konservative Therapie, keine intensivmedizinischen Maßnahmen, sichere und adäquate Schmerzbekämpfung und unveränderte Fortsetzung von Pflege und Zuwendung ersetzt werden.

### Grundlagen zur Durchführung

- Patientenwunsch
- Patientenverfügung
- Früher geäußelter Patientenwunsch
- Rechtliche Grundlagen
- Physiologische Gründe (Therapie führt zu keiner Besserung des Krankheitsverlaufes bzw. der Mortalität)
- Neurologische Gründe (bei Komplikationen wie Herzkreislaufstillstand kommt es zu einer derartig schweren Schädigung eines vorgeschädigten Gehirnes, dass ein Weiterleben nur mit schwersten Hirnschäden einhergehen würde)
- Funktionelle Gründe (ein Überleben ginge mit einem nicht mehr akzeptablen Verlust der Lebensqualität einher)

Was?

<b>Therapieverzicht</b>	<b>Therapiebegrenzung bzw. -abbruch</b>
Keine Wiederbelebungsmaßnahme	
Keine Verlegung auf die Intensivstation	Transfer von der ICU auf Normalpflege
Keine invasive Beatmung	Terminales Weaning – FiO <sub>2</sub> O <sub>2</sub> , Umstellung auf einen Spontanatemmodus, Extubation
Keine extrakorporale Therapie	Beendigung der extrakorporalen Therapie
Keine Vasopressoren/Katecholamine	Keine Dosissteigerung, Absetzen
Keine intravenöse Flüssigkeit	
Keine Antibiotika	Antibiotika absetzen
Keine Blutkonserven	
Keine parenterale Ernährung	
Keine enterale Ernährung	

## Checkliste A: Therapieverzicht und Therapiebegrenzung

Patient

Diagnose

### Patient entscheidungsfähig:

- ja       nein       unklar

### Gründe für den Therapieverzicht bzw. die Therapiebegrenzung:

- Patientenwille nach Aufklärung (Patient einsichts- und urteilsfähig)
- Patientenwille in der Patientenverfügung
- Patientenwille über eine bevollmächtigte Person
- Mutmaßlicher Patientenwille
- Reanimation oder andere Therapiemaßnahme nicht erfolgversprechend:
  - Physiologische Gründe: Reanimation physiologisch nicht wirksam (ein Überleben wäre trotz der Reanimationsmaßnahmen nicht möglich).
  - Neurologische Gründe: Bei bestehender Vorschädigung des Gehirns wäre durch die zusätzliche Hypoxie im Rahmen des Herzkreislaufstillstandes eine weitere Hirnschädigung zu erwarten, sodass trotz Reanimation eine weitere für den Patienten nicht mehr akzeptable Hirnschädigung zu erwarten ist.
  - Funktionelle Gründe: Es würde nach der Reanimation zu einer für den Patienten nicht mehr tolerablen Beeinträchtigung der Lebensqualität kommen (z. B. Reanimation bei ALS, terminaler respiratorischer Insuffizienz und damit Respiratorenabhängigkeit).
  - Andere Gründe:

---

### Therapieverzicht (Maßnahmen, die nicht mehr durchgeführt werden sollen): Geändert\*

- Bei Herzstillstand keine Wiederbelebung
- Nur Defibrillation. Keine Herzmassage, keine Intubation
- Keine Intubation/Beatmung
- Keine (Dosiserhöhung der) Katecholamine
- Keine Blutprodukte
- Keine Antibiotika
- Keine parenterale Ernährung
- Keine enterale (Sonden-)Ernährung
- Keine PEG-Sonde
- Keine i.v. Flüssigkeit
- Keine Chemotherapie
- Kein Transfer auf Intensivstation
- Keine Hämofiltration/dialyse

\*) Änderungen sind mit Datum und Unterschrift zu versehen.

**Therapiereduktion bzw. Therapieabbruch**

Geändert\*)

- Beatmung: Reduktion des FiO<sub>2</sub>
- Beatmung: Beendigung mit Sauerstoffsufflation über Tubus
- Beatmung: mit Extubation
- Blutprodukte
- Antibiotika
- Parenterale Ernährung
- Enterale (Sonden-)Ernährung
- PEG-Sonde
- i. v. Flüssigkeit
- Chemotherapie
- Hämofiltration/dialyse
- Katecholamine

**Kommunikation zur Entscheidung**

Die Nicht-Durchführung der beschriebenen Maßnahmen wurde besprochen

von:

- mit: \_\_\_\_\_
- Patient\*)  am:
  - DGKS/DGKP  am:
  - weiteren Ärzten  am:
  - Palliativteam  am:
  - Angehörigen  am:
  - Hausarzt  am:
  - Seelsorger  am:

\*) Erklärung zum Gespräch mit dem Patienten:

- Patient ist einsichts- und urteilsfähig, es wurde aber kein Gespräch über den Therapieverzicht geführt, weil ...
- Patient ist nicht einsichts- und urteilsfähig, es wurde aber nicht mit den Angehörigen gesprochen, weil ...

Inhalt des Gesprächs:

- Diagnose  Prognose  CPR-Vorgang/Wirksamkeit
- Alternative Maßnahmen  Palliative Care
- Lebensqualität  Tod

<b>Teilnehmer der ethischen Fallbesprechung (Name, Unterschrift)</b>	<b>Datum/Uhrzeit</b>
--	----------------------

**Autorisierung der Entscheidung**

Name des Arztes:

Unterschrift:

Datum:

**Nachverfolgung**

Patient entlassen am:

Patient verstorben am:

## Checkliste B

Patient

Diagnose

Auf welche Therapie soll verzichtet werden? Welche Therapie soll reduziert bzw. abgebrochen werden?

Gründe für die Entscheidung:

Mit wem wurde diese Entscheidung besprochen? (Namen und Datum anführen)

Änderung der Entscheidung (Gründe, Datum)

.....

Teilnehmer an einer ethischen Fallbesprechung (Name, Datum/Uhrzeit, Unterschrift)

Autorisierung der Entscheidung

Name des Arztes:

.....

Unterschrift:

.....

Datum:

.....

## Rechtliches Normenverzeichnis

- ABGB. Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch. JGS Nr. 946/1811 i.d.F. BGBl. I Nr. 113/2006.
- AMG. Arzneimittelgesetz. BGBl. Nr. 185/1983 i.d.F. BGBl. I 52/2008.
- EMRK. Europäische Menschenrechtskonvention. BGBl. Nr. 210/1958 i.d.F. BGBl. III Nr. 179/2002.
- KAKuG. (Bundes-)Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz. BGBl. Nr. 1/1957 i.d.F. BGBl. I 124/2009.
- MPG. Medizinproduktegesetz. BGBl. Nr. 657/1996 i.d.F. BGBl. I 77/2008.
- PatVG. Patientenverfügungsgesetz. BGBl. I Nr. 55/2006.
- StGB. Strafgesetzbuch. BGBl. Nr. 60/1974 i.d.F. BGBl. I Nr. 112/2007.
- UbG. Unterbringungsgesetz. BGBl. Nr. 155/1990 i.d.F. BGBl. I Nr. 12/1997.

# Literatur

1. Barmherzige Brüder Wien – München – Frankfurt. Charta der Hospitalität: Die Betreuung kranker und hilfsbedürftiger Menschen in der Nachfolge des heiligen Johannes von Gott. München: Johann von Gott Verlag; 2000.
2. Ioannes Paulus PP. II. Sollicitudo rei socialis; 1987 [updated 1987 Dec 30; cited 2009 May 26]; Available from: [http://www.vatican.va/holy\\_father/john\\_paul\\_ii/encyclicals/documents/hf\\_jp-ii\\_enc\\_30121987\\_sollicitudo-rei-socialis\\_ge.html](http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_30121987_sollicitudo-rei-socialis_ge.html).
3. Conferencia General del Episcopado Latinoamericano. Die Kirche in der gegenwärtigen Umwandlung Lateinamerikas im Lichte des Konzils: Sämtliche Beschlüsse der II. und III. Generalversammlung des Lateinamerikanischen Episkopats in Medellín und Puebla. Bonn: Deutsche Bischofskonferenz; 1985.
4. Barmherzige Brüder. Konstitutionen. Rom: Hospitalorden des heiligen Johannes von Gott; 1984.
5. Schaupp W. Spirituelle Dimensionen des Krankseins – Der christliche Patient. In: Körtner UHJ, Müller S, Kletečka-Pulker M, Inthorn J, editors. Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett. Wien: Springer; 2009. p. 165–75.
6. Puchalski CM. A Time for Listening and Caring: Spirituality and the Care of the Chronically Ill and Dying. Oxford: Oxford University Press; 2006.
7. Lo B, Ruston D, Kates LW, Arnold RM, Cohen CB, Faber-Langendoen K, Pantilat SZ, Puchalski CM, Quill TR, Rabow MW, Schreiber S, Sulmasy DP, Tulsky JA. Discussing Religious and Spiritual Issues at the End of Life: A Practical Guide for Physicians. JAMA. 2002 Feb 13;287(6):749–54.
8. O'Brien ME. The Need for Spiritual Integrity. In: Yura H, Walsh MB, editors. Human Needs and the Nursing Process. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts; 1982. p. 82–115.
9. Spaemann R. Personen: Versuche über den Unterschied zwischen „etwas“ und „jemand“. Stuttgart: Klett-Cotta; 1996.
10. Luf G. Menschenwürde in der Biomedizin. In: Fischer M, editor. Der Begriff der Menschenwürde. Frankfurt aM: Lang; 2004. p. 235–52.
11. Spaemann R. Über den Begriff der Menschenwürde. In: Böckenförde E-W, Spaemann R, editors. Menschenrechte und Menschenwürde: Historische Voraussetzungen, säkulare Gestalt, christliches Verständnis. Stuttgart: Klett-Cotta; 1987. p. 295–313.
12. Österreichische Bischofskonferenz. Leben in Fülle: Leitlinien für katholische Einrichtungen im Dienst der Gesundheitsfürsorge. Wien: Österreichische Bischofskonferenz; 2006.
13. Spaemann R. Gut und böse – relativ? Über die Allgemeingültigkeit sittlicher Normen. Freiburg: Informationszentrum Berufe der Kirche; 1979.
14. Rhonheimer M. Die sittlichen Tugenden: Anthropologische und praktisch-kognitive Dimension. Imago Hominis. 2000;7(2):103–14.
15. Prat EH. Was macht das ärztliche Ethos aus? Österr Ärztztz. 2009 Apr 25(8):24.
16. Schweidler W. Zur Aktualität des Begriffs der Tugend. Imago Hominis. 2000;7(1):35–48.
17. Prat EH. Qualitätssicherung und Tugenden im Gesundheitswesen: Begründung des Zusammenhangs. Imago Hominis. 2000;7(3):199–211.
18. Bonelli J, Mader H. Qualitätssicherung im Krankenhaus und Tugenden: Ein Fragenkatalog. Imago Hominis. 2000;7(3):189–97.
19. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 6th ed. New York, NY: Oxford University Press; 2009 [1979].
20. Koslowski L, editor. Maximen in der Medizin. Stuttgart: Schattauer; 1992.
21. Adam K. „Primum nil nocere“ und die Möglichkeit zu wählen. In: Koslowski L, editor. Maximen in der Medizin. Stuttgart: Schattauer; 1992. p. 30–32.
22. Steinvoth U. Zum „primum non nocere“ aus philosophischer Sicht. In: Koslowski L, editor. Maximen in der Medizin. Stuttgart: Schattauer; 1992. p. 33–9.
23. Holderegger A. Das Prinzip der Doppelwirkung. In: Rotter H, Virt G, editors. Neues Lexikon der christlichen Moral. Innsbruck: Tyrolia; 1990. p. 95–8.

24. Poliwođa H. „Primum utilis esse“ in der antiken und modernen Medizin. In: Kosłowski L, editor. *Maximen in der Medizin*. Stuttgart: Schattauer; 1992. p. 44–50.
25. Berka W. *Die Grundrechte: Grundfreiheiten und Menschenrechte in Österreich*. Wien: Springer; 1999.
26. Vaticanum II. *Gaudium et spes: Pastoralkonstitution Die Kirche in der Welt von heute*. In: Rahner K, Vorgrimler H, editors. *Kleines Konzilskompendium*. Freiburg: Herder; 1965. p. 449–552.
27. Ioannes Paulus PP. II. *Veritatis splendor: Über einige grundlegende Fragen der kirchlichen Morallehre*. 1993 [updated 1993 Aug 6; cited 2009 Nov 13]; Available from: [http://www.vatican.va/holy\\_father/john\\_paul\\_ii/encyclicals/documents/hf\\_jp-ii\\_enc\\_06081993\\_veritatis-splendor\\_ge.html](http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_06081993_veritatis-splendor_ge.html).
28. Ioannes Paulus PP. II. *Evangelium vitae: Enzyklika über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens*. Vatican: Libreria Editrice Vaticana; 1995.
29. Vaticanum II. *Dignitatis humanae: Erklärung über die Religionsfreiheit*. In: Rahner K, Vorgrimler H, editors. *Kleines Konzilskompendium*. Freiburg: Herder; 1965. p. 661–75.
30. *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.
31. Sehgal AR, Galbraith A, Chesney M, Schoenfeld P, Charles G, Lo B. *How Strictly Do Dialysis Patients Want Their Advance Directives Followed?* *JAMA*. 1992 Jan 1;267(1):59–63.
32. Suhl J, Simons P, Reedy T, Garrick T. *Myth of substituted judgment: Surrogate decision making regarding life support is unreliable*. *Arch Intern Med*. 1994 Jan 10;154(1):90–6.
33. Seckler AB, Meier DE, Mulvihill MN, Cammer Paris BE. *Substituted judgment: How accurate are proxy predictions?* *Ann Intern Med*. 1991 Jul 15;115(2):92–8.
34. Kopetzki C. *Einleitung und Abbruch der medizinischen Behandlung beim einwilligungsunfähigen Patienten: Praktische Auswirkungen der gesetzlichen Neuerungen durch PatVG und SWRÄG*. *Interdis Z Familienrecht*. 2007 Jul;2(4):197–204.
35. Bauer AW. *Das Klinische Ethik-Komitee (KEK) im Spannungsfeld zwischen Krankenhaus-Zertifizierung, Moralpragmatik und wissenschaftlichem Anspruch*. *Wien Med Wochenschr*. 2007 May;157(9-10):201–9.
36. Dörries A, Hesse-Jungesblut K. *Die Implementierung Klinischer Ethikberatung in Deutschland*. *Ethik Med*. 2007 Jun;19(2):148–56.
37. *Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V., Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. Ethik-Komitee im Krankenhaus*. Stuttgart; 1997.
38. Meyer-Zehnder B, Pargger H, Reiter-Theil S. *Folgt der Ablauf von Therapiebegrenzungen auf einer Intensivstation einem Muster? Erkenntnisse aus einer systematischen Fallserie*. *Intensivmed Notfallmed*. 2007 Oct;44(7):429–37.
39. Paulus PP. VI. *Humanae vitae: Enzyklika über die rechte Ordnung der Weitergabe menschlichen Lebens*. *Acta Apostolicae Sedis*. 1968 Jul 25;60:481–503.
40. *Pschyrembel W. Pschyrembel Klinisches Wörterbuch*. 260th ed. Berlin: De Gruyter; 2004.
41. *Kongregation für die Glaubenslehre. Dignitas personae über einige Fragen der Bioethik*. Instruktion. Vatikan; 2008 Dec 12.
42. Gänswein G. *Anfragebeantwortung der Glaubenskongregation*. Nantes: Wolfgang B. Lindemann; 2004 [updated 2004 Sep 21; cited 2009 Nov 13]; Available from: [http://www.wolfganglindemann.net/html/brief\\_aus\\_rom.html](http://www.wolfganglindemann.net/html/brief_aus_rom.html).
43. Ioannes Paulus PP. II. *Familiaris consortio: Über die Aufgabe der christlichen Familie in der Welt von heute*; 1981 [updated 1981 Nov 22; cited 2009 Nov 13]; Available from: [http://stjosef.at/dokumente/familiaris\\_consortio.htm](http://stjosef.at/dokumente/familiaris_consortio.htm).
44. WHO. *Emergency contraception*; 2005 [updated 2005 Oct; cited Aug 30, 2008]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/>.
45. Peterson HB. *Sterilization*. *Obstet Gynecol*. 2008 Jan;111(1):189–203.
46. WHO. *World Contraceptive Use 2003*. Geneva: World Health Organization (WHO); 2004.
47. Aigner G, Kletečka A, Kletečka-Pulker M, Memmer M, editors. *Handbuch Medizinrecht für die Praxis*. Wien: Manz; 2003ff.

48. Kongregation für die Glaubenslehre. *Quaecumque fertilitatio: Antworten zur Praxis der Sterilisation in katholischen Krankenhäusern*. Acta Apostolicae Sedis. 1976 Mar 13;68:738-40.
49. WHO. *Recent Advances in Medically Assisted Conception*. Geneva: World Health Organization (WHO); 1992.
50. Katholische Kirche. *Katechismus der Katholischen Kirche*. München: Oldenbourg; 1993.
51. Kongregation für die Glaubenslehre. *Donum vitae: Instruktion über die Achtung vor dem beginnenden menschlichen Leben und die Würde der Fortpflanzung*. 1987 [updated 1987 Feb 22; cited Feb 18, 2009]; Available from: [http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_19870222\\_respect-for%20human-life\\_ge.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19870222_respect-for%20human-life_ge.html).
52. Griesinger G, Schultze-Mosgau A, Finas D, Felberbaum R, Diedrich K. Präimplantationsdiagnostik: Methode und Anwendung aus reproduktionsmedizinischer Sicht. *Z med Ethik*. 2003;49(4):325-42.
53. ESHRE Ethics Task Force, Shenfield F, Pennings G, Devroey P, Sureau C, Tarlatzis B, Cohen J. Taskforce 5: preimplantation genetic diagnosis. *Hum Reprod*. 2003 Mar;18(3):649-51.
54. Handyside AH, Kontogianni EH, Hardy K, Winston RM. Pregnancies from biopsied human preimplantation embryos sexed by Y-specific DNA amplification. *Nature*. 1990 Apr 19;344(6268):768-70.
55. Deutscher Bundestag. *Schlussbericht der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“*. Berlin: Deutscher Bundestag; 2002 14. 05. 2002.
56. NER. *Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft. Stellungnahme*. Berlin: Nationaler Ethikrat; 2003 Jan.
57. BEK-BKA. *Präimplantationsdiagnostik (PID)*. Bericht. Wien: Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt; 2004 Juni.
58. Wrongful birth VII, OGH 5 Ob 148/07m (Dec 11, 2007).
59. Wrongful birth VI, OGH 2 Ob 172/06t (Nov 30, 2006).
60. Wrongful birth V, OGH 6 Ob 101/06f (Sep 14, 2006).
61. Wrongful birth IV, OGH 5 Ob 165/05h (Mar 7, 2006).
62. Wrongful birth III, OGH 6 Ob 303/02f (Oct 23, 2003).
63. Wrongful birth II, OGH 2 Ob 317/00g (Dec 7, 2000).
64. Wrongful birth I, OGH 1 Ob 91/9k (May 25, 1999).
65. Stengel-Rutkowski S. Möglichkeiten und Grenzen pränataler Diagnostik. In: Petermann F, Wiedebusch S, Quante M, editors. *Perspektiven der Humangenetik*. Paderborn: Schöningh; 1997. p. 49-80.
66. Schüler HM, Zerres K. *Pränatale Diagnostik*. In: Düwell M, Mieth D, editors. *Ethik in der Humangenetik*. Tübingen: Francke; 1998. p. 15-25.
67. Stenhouse EJ, Crossley JA, Atiken DA, Brogan K, Cameron AD, Connor JM. First-trimester combined ultrasound and biochemical screening for Down syndrome in routine clinical practice. *Prenat Diagn*. 2004 Oct;24(10):774-80.
68. Cicero S, Bindra R, Rembouskos G, Spencer K, Nicolaides KH. Integrated ultrasound and biochemical screening for trisomy 21 using fetal nuchal translucency, absent fetal nasal bone, free  $\beta$ -hCG and PAPP-A at 11 to 14 weeks. *Prenat Diagn*. 2003 Apr;23(4):306-10.
69. Garne E, Loane M, Dolk H, De Vigan C, Scarano G, Tucker D, Stoll C, Gener B, Pierini A, Nelen V, Rösch C, Gillerot Y, Feijoo M, Tincheva R, Queisser-Luft A, Addor M-C, Mosquera C, Gatt M, Barisic I. *Prenatal diagnosis of severe structural congenital malformations in Europe*. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2004 Jan;25(1):6-11.
70. Dolk H. EUROCAT: 25 years of European surveillance of congenital anomalies. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2005 Sep;90(5):F355-8.
71. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Screening for Fetal Chromosomal Abnormalities*. *Obstet Gynecol*. [Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, No. 77, Jan. 2007]. 2007 Jan;109(1):217-27.
72. BÄK. *Richtlinie zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen*. *Dtsch Ärztebl*. 1998/2003;95(50):A-3236-42.
73. Haker H. *Ethik der genetischen Frühdiagnostik*. Paderborn: Mentis; 2002.

74. Haker H. Genetische Beratung und moralische Entscheidungsfindung. In: Düwell M, Mieth D, editors. *Ethik in der Humangenetik*. Tübingen: Francke; 1998. p. 238–68.
75. Strachota A. Zwischen Hoffen und Bangen: Frauen und Männer berichten über ihre Erfahrungen mit pränataler Diagnostik. Frankfurt aM: Mabuse; 2006.
76. Roche V. Percutaneous endoscopic gastrostomy: Clinical care of PEG tubes in older adults. *Geriatrics*. 2003 Nov;58(11):22–9.
77. Körner U, Biermann E, Bühler E, Oehmichen F, Rothärmel S, Schweidtmann W. Leitlinie Enterale Ernährung der DGEM und DGG: Ethische und rechtliche Gesichtspunkte. *Aktuel Ernährungsmed*. 2004 Aug;29(4):226–30.
78. Jauch K-W, Schregel W, Stanga Z, Bischoff SC, Braß P, Hartl W, Mühlebach S, Pscheidl E, Thul P, Volk O. Leitlinie Parenterale Ernährung der DGEM: Technik und Probleme der Zugänge in der parenteralen Ernährung. *Aktuel Ernährungsmed*. 2007 May;32(S1):S41–53.
79. Peintinger M. Künstliche Ernährung: Ethische Entscheidungsfindung in der Praxis. *Ethik Med*. 2004 Sep;16(3):229–41.
80. Bonelli J. Leben und Sterben: Zur Problematik der ärztlichen Sterbens- und Leidensverlängerung durch künstliche Ernährung. *Imago Hominis*. 2006;13(4):322–7.
81. Delege MH. Percutaneous Endoscopic Gastrostomy in the Dementia Patient: Helpful or Hindering? *Am J Gastroenterol*. [Editorial]. 2008 Apr;103(4):1018–20.
82. Fasching P. Zur Diskussion: PEG-Sonde in der Geriatrie - notwendige Intervention oder unethische Zwangsernährung? *J Ernährungsmed*. 2001 Jul/Aug;3(3):38–40.
83. Finucane TE, Christmas C, Travis K. Tube Feeding in Patients With Advanced Dementia: A Review of the Evidence. *JAMA*. 1999 Oct 13;282(14):1365–70.
84. Gillick MR, Volandes AE. The Standard of Caring: Why Do We Still Use Feeding Tubes in Patients With Advanced Dementia? *J Am Med Dir Assoc*. 2008 Jun;9(5):364–7.
85. Kolb C. Künstliche Ernährung bei Demenzkranken. *Ethik Med*. 2004 Sep;16(3):265–74.
86. Murphy LM, Lipman TO. Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Does Not Prolong Survival in Patients With Dementia. *Arch Intern Med*. 2003 Jun 9;163(11):1351–3.
87. Rappold E. Praxis der Ernährungstherapie bei stationären dementen Patienten. *Aktuel Ernährungsmed*. 2004 Mar;29(2):63–8.
88. Rappold E, Kratochvila HG. Aspekte der künstlichen Ernährung bei demenzkranken Patienten in der Geriatrie. *Ethik Med*. 2004 Sep;16(3):253–64.
89. Sanders DS, Carter MJ, D'Silva J, James G, Bolton RP, Bardhan KD. Survival analysis in percutaneous endoscopic gastrostomy feeding: a worse outcome in patients with dementia. *Am J Gastroenterol*. 2000 Jun;95(6):1472–5.
90. Menschenrechtsbeirat [AT]. Gesundheitsversorgung in Schubhaft: Bericht und Empfehlungen des Menschenrechtsbeirates anlässlich des Todes von Yankuba Ceesay im PAZ Linz. Wien: Geschäftsstelle des Menschenrechtsbeirates Bundesministerium für Inneres; 2007 Feb 12.
91. WMA. The World Medical Association Declaration of Tokyo: Guidelines for Physicians Concerning Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment in Relation to Detention and Imprisonment. 2006 [updated 2006 May 20; cited July 2, 2008]; Available from: <http://www.wma.net/e/policy/c18.htm>.
92. WMA. World Medical Association Declaration on Hunger Strikes (Declaration of Malta). 2006 [updated 2006 Oct 14; cited July 2, 2008]; Available from: <http://www.wma.net/e/policy/h31.htm>.
93. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 5th ed. Oxford: Oxford University Press; 2001 [Originally published 1979].
94. Fuchs H. *Österreichisches Strafrecht Allgemeiner Teil I*. Wien: Springer; 1998.
95. Bundesgesetz über die Ausübung der Fremdenpolizei, die Ausstellung von Dokumenten für Fremde und die Erteilung von Einreisetitel [Fremdenpolizeigesetz, FPG]. *BGBI. I* 2005/100.
96. Crosby SS, Apovian CM, Grodin M. Hunger Strikes, Force-feeding, and Physicians' Responsibilities. *JAMA*. 2007 Aug 1;298(5):563–6.

97. Kopetzki C. Unterbringungsrecht: Historische Entwicklung und verfassungsrechtliche Grundlagen. Wien: Springer; 1995.
98. Bundesgesetz vom 1. März 1990 über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten [Unterbringungsgesetz, UbG]. BGBl. 1990/155 i.d.F. BGBl. I 1997/12.
99. Bundesgesetz vom 26. März 1969 über den Vollzug der Freiheitsstrafen und der mit Freiheitsentziehung verbundenen vorbeugenden Maßnahmen [Strafvollzugsgesetz, StVG]. BGBl. 1969/144 i.d.F. BGBl. I 2007/109.
100. Drexler K. Strafvollzugsgesetz (StVG) samt den wichtigsten, den Strafvollzug betreffenden Bestimmungen in anderen Gesetzen und Verordnungen, unter Berücksichtigung der höchstgerichtlichen Judikatur und der wichtigsten Literatur. Wien: Manz; 2003.
101. Muzak G. Ist die Zwangsernährung in der Schubhaft nach dem FPG zulässig? *Recht Med.* 2008;15(24):36–40.
102. Nowak M. Rechtsgutachten zur Frage der Zwangsernährung von Schubhäftlingen in Österreich. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte; 2006 [updated 2006 Feb 3; cited Jul 24]; Available from: <http://www.univie.ac.at/bim/php/bim/get.php?id=189>.
103. WMA. Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen. 2004 [updated 2004; cited Aug 14, 2008]; Available from: <http://www.bundesaeztekammer.de/downloads/92Helsinki.pdf>.
104. Good Clinical Practice (GCP) Richtlinie 2001/20/EG. 2001 [updated 2001; cited Aug 14, 2008]; Available from: [http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/eudralex/vol-1/dir\\_2001\\_20/dir\\_2001\\_20\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/eudralex/vol-1/dir_2001_20/dir_2001_20_de.pdf).
105. Council of Europe. Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine, concerning Biomedical Research. 2005 [updated 2005; cited Aug 14, 2008]; Available from: <http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/195.htm>.
106. Morin K, Rakatansky H, Riddick FAJ, Morse LJ, O'Bannon JMr, Goldrich MS, Ray P, Weiss M, Sade RM, Spillman MA. Managing conflicts of interest in the conduct of clinical trials. *JAMA.* 2002 Jan 2;287(1):78–84.
107. Veatch RM, Haddad A. *Case Studies in Pharmacy Ethics*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2008.
108. Wingfield J, Badcott D. *Pharmacy Ethics and Decision Making*. London: Pharmaceutical Press; 2007.
109. ASHP. ASPH Statement on Professionalism. *Am J Health Syst Pharm.* 2008 Jan 15;65(2):172–4.
110. Österreichische Apothekerkammer. Berufsordnung. Wien: Österreichische Apothekerkammer; 2009 [updated 2009 Apr 1; cited 2009 May 18]; Available from: [http://www.apotheker.or.at/Internet/OEAK/NewsPresse\\_1\\_0\\_0a.nsf/webPages/6713AEAD32AF7878C125751500329226?OpenDocument](http://www.apotheker.or.at/Internet/OEAK/NewsPresse_1_0_0a.nsf/webPages/6713AEAD32AF7878C125751500329226?OpenDocument).
111. ASHP. Code of Ethics for Pharmacists. Bethesda, MD: American Society of Health-System Pharmacists; 2008 [updated 2008; cited July 3, 2008]; Available from: <http://www.ashp.org/DocLibrary/BestPractices/EthicsEndCode.aspx>.
112. IPF. FIP Statement of Professional Standards Codes of Ethics for Pharmacists. The Hague, NL: International Pharmaceutical Federation; 2004 [updated 2004 Sep; cited July 3, 2008]; Available from: [http://www.fip.org/www2/statements/index.php?page=statements&statements=statements\\_list](http://www.fip.org/www2/statements/index.php?page=statements&statements=statements_list).
113. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain. Code of Ethics revision. *Pharm J.* 2006 Mar 10;266(10):325–32.
114. Bundesapothekerkammer [DE]. Das Berufsbild des Apothekers. Berlin: ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände; 2004.
115. Titmuss RM. *The Gift Relationship: From Human Blood to Social Policy*. Original ed. with new chapters ed. by Ann Oakley and John Ashton ed. New York, NY: New Press; 1997 [1970].
116. Hannich HJ. Worunter leiden Intensivpatienten besonders? In: Neander K, Mayer G, Friesacher H, editors. *Handbuch der Intensivpflege*. Landsberg: Ecomed; 1993. p. 1–7.
117. Schara J. Das Erleben der Intensivmedizin. In: Junginger T, Perneczky A, Vahl C-F, Werner C, editors. *Grenzsituationen in der Intensivmedizin: Entscheidungsgrundlagen*. Berlin: Springer; 2008. p. 17–22.
118. Brunke A. Erfahrungen, Erlebnisse und Erleben des analgosedierten, beatmeten Patienten. *Intensiv.* 2007 Jul;15(4):166–72.

119. Moser RI. Postoperative Verwirrheitszustände. In: List W, Osswald PM, Hornke I, editors. *Komplikationen und Gefahren in der Anästhesie*. 4th ed. Berlin: Springer; 2003. p. 123–30.
120. Steins T. 50 Tage intensiv. In: Strätling-Tölle H, editor. *50 Tage intensiv oder: Die menschliche Würde im Krankenhaus*. Frankfurt aM: Mabuse; 2000. p. 17–46.
121. Steins B. Erinnerungen aus dem Koma. In: Strätling-Tölle H, editor. *50 Tage intensiv oder: Die menschliche Würde im Krankenhaus*. Frankfurt aM: Mabuse; 2000. p. 47–70.
122. Freitag E. Was und wie Patienten erleben. In: Strätling-Tölle H, editor. *50 Tage intensiv oder: Die menschliche Würde im Krankenhaus*. Frankfurt aM: Mabuse; 2000. p. 71–104.
123. Ratheiser K. *Die Schärfe des Augenblicks: Ein Intensivmediziner erzählt von seinen Erfahrungen*. Wien: Seifert; 2003.
124. Ioannes Paulus PP. II. Handel mit menschlichen Organen verletzt die Menschenwürde: Ansprache von Johannes Paul II. beim Internationalen Kongress für Organverpflanzung im „Palazzo dei Congressi“ in Rom am 29. August 2000. *L'Osservatore Romano: Deutsche Ausgabe*. 2000 Sep 15;30(37):7–8.
125. Sánchez Sorondo M, editor. *Working Group on The Signs of Death*. Vatican: Pontifical Academy of Sciences; 2007.
126. ÖBIG. Empfehlungen zur Durchführung der Hirntoddiagnostik bei einer geplanten Organentnahme entsprechend dem Beschluss des Obersten Sanitätsrates vom 17. Dezember 2005. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen; 2005 [updated 2005; cited Jul 10, 2008]; Available from: [http://www.oebig.org/upload/files/CMSEditor/Letztfassung\\_OSR\\_Stellungnahme\\_nach\\_OSR\\_1.3.06.pdf](http://www.oebig.org/upload/files/CMSEditor/Letztfassung_OSR_Stellungnahme_nach_OSR_1.3.06.pdf).
127. ÖBIG. Jahresbericht 2007 des Koordinationsbüros für das Transplantationswesen. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen; 2008 May.
128. ÖBIG. Lebendspende: Positionspapier des am ÖBIG eingerichteten Transplantationsbeirates. Wien: Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen; 2005 [updated 2005; cited Jul 10, 2008]; Available from: [http://www.oebig.org/upload/files/CMSEditor/Positionspapier\\_zur\\_Lebendspende2005.pdf](http://www.oebig.org/upload/files/CMSEditor/Positionspapier_zur_Lebendspende2005.pdf).
129. Spindelböck J. Sittliche Kriterien der Organspende beim Menschen. *Studia Moralia*. 2009;47(1):237–64.
130. Benedictus PP. XVI. Ansprache von Papst Benedikt XVI. an die Teilnehmer des Internationalen Kongresses zum Thema „Ein Geschenk für das Leben: Überlegungen zur Organspende“, veranstaltet von der Päpstlichen Akademie für das Leben am 7. November 2008. 2008 [updated 2008 Nov 13; cited 2009 May 26]; Available from: [http://www.stjosef.net/dokumente/organspende\\_b16.htm](http://www.stjosef.net/dokumente/organspende_b16.htm).
131. Youngner SJ, Anderson MW, Schapiro R, editors. *Transplanting Human Tissue: Ethics, Policy, and Practice*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
132. Prendergast TJ, Luce JM. Increasing incidence of withholding and withdrawal of life support from the critically ill. *Am J Respir Crit Care Med*. 1997 Jan;155(1):15–20.
133. Schobersberger W, Fries DR, Hasibeder W, Schwamberger H, Klingler A, Antretter V, Kofler A, Hackl JM. Durchführung therapielimitierender Maßnahmen an intensivmedizinischen Stationen: Therapieabbruch, Therapiereduktion und Therapieverzicht an den intensivmedizinischen Abteilungen der Universitätskliniken Innsbruck. *Wien Klin Wochenschr*. 1999 Oct;111(19):802–9.
134. Gajewska K, Schroeder M, De Marre F, Vincent J-L. Analysis of terminal events in 109 successive deaths in a Belgian intensive care unit. *Intensive Care Med*. 2004 Jun;30(6):1224–7.
135. Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. *Lancet*. 2001 Jan;357(9249):9–14.
136. Bosshard G, Faiss K, Fischer S, Minder R, Zellweger U, Tschopp A, Gutzwiller F, Bär W. Begrenzung lebenserhaltender Maßnahmen bei Patienten am Lebensende in der deutschsprachigen Schweiz – Resultate einer Todesfallstudie. *Dtsch Med Wochenschr*. 2005 Dec 16;130(50):2887–992.
137. Holzapfel L, Demingon G, Piralla B, Biot L, Nallet B. A four-step protocol for limitation of treatment in terminal care. An observational study in 475 intensive care unit patients. *Intensive Care Med*. 2002 Sep;28(9):1309–15.
138. Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow H-H, Hovlehto S, Ledoux D, Lippert A, Maia P, Phelan D, Schobersberger W, Wennberg E, Woodcock T. End-of-life Practices in European Intensive Care Units: The Ethicus Study. *JAMA*. 2003 Aug 13;290(6):790–797.

139. Salomon F. Leben erhalten und Sterben ermöglichen. Entscheidungskonflikte in der Intensivmedizin. *Anaesthesist*. 2006 Jan;55(1):64–9.
140. Sedillot N, Holzapfel L, Jacquet-Francillon T, Tafaro N, Eskandarian A, Eyraud S, Metton P, Prost S, Serre P, Souton L. A five-step protocol for withholding and withdrawing of life support in an emergency department: an observational study. *Eur J Emer Med*. 2008 Jun;15(3):145–9.
141. Hofmann JC, Wenger NS, Davis RB, Teno J, Connors AF, Desbiens NA, Lynn J, Phillips RS. Patient Preferences for Communication with Physicians about End-of-Life Decisions. *Ann Intern Med*. 1997 Jul 1;127(1):1–12.
142. Tonelli MR. Waking the dying: Must we always attempt to involve critically ill patients in end-of-life decisions? *Chest*. 2005 Feb;127(2):637–42.
143. Higginson IJ. For and against: Doctors should not discuss resuscitation with terminally ill patients. *Br Med J*. 2003 Sep 13;327(7415):615–6.
144. Manisty C, Waxman J. For and against: Doctors should not discuss resuscitation with terminally ill patients. *Br Med J*. 2003 Sep 13;327(7415):614–5.
145. Multi-Society Task Force on PVS. Medical Aspects of the Persistent Vegetative State — First of Two Parts. *N Engl J Med*. 1994 May 26;330(21):1499–508.
146. Multi-Society Task Force on PVS. Medical Aspects of the Persistent Vegetative State — Second of Two Parts. *N Engl J Med*. 1994 Jun 2;330(22):1572–9.
147. American Academy of Neurology. Practice parameters: assessment and management of patients in the persistent vegetative state. *Neurology*. 1995 May;45(5):1015–8.
148. Jennett B. *The Vegetative State: Medical Facts, Ethical and Legal Dilemmas*. Cambridge: Cambridge University Press; 2002.
149. Steinbach A, Donis J. *Langzeitbetreuung Wackoma: Eine Herausforderung für Betreuende und Angehörige*. Wien: Springer; 2004.
150. Kongregation für die Glaubenslehre. Antworten auf Fragen der Bischofskonferenz der Vereinigten Staaten bezüglich der künstlichen Ernährung und Wasserversorgung. Vatikan; 2007 [updated 2007 Aug 1; cited Sep 27, 2007]; Available from: [http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_20070801\\_risposte-usa\\_ge.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20070801_risposte-usa_ge.html).
151. Kongregation für die Glaubenslehre. Kommentar zu den Antworten auf Fragen der Bischofskonferenz der Vereinigten Staaten bezüglich der künstlichen Ernährung und Wasserversorgung. Vatikan; 2007 [updated 2007 Aug 1; cited Jul 3, 2008]; Available from: [http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_20070801\\_nota-commento\\_ge.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20070801_nota-commento_ge.html).
152. Wallner J. *Ethik im Gesundheitssystem*. Wien: Facultas; 2004.
153. Suchanek A. *Ökonomische Ethik*. 2nd ed. Tübingen: Mohr-Siebeck; 2007.
154. Smith R. Plädoyer für eine offene Rationierungsdebatte. *Dtsch Arztebl*. 1998 Okt. 2;95(40):A-2453–8.
155. Höffe O. *Gerechtigkeit: Eine philosophische Einführung*. München: Beck; 2001.
156. Nothelle-Wildfeuer U. *Soziale Gerechtigkeit und Zivilgesellschaft*. Paderborn: Schöningh; 1999.
157. Wildt A. Solidarität – Begriffsgeschichte und Definition heute. In: Bayertz K, editor. *Solidarität: Begriff und Problem*. Frankfurt aM: Suhrkamp; 1999. p. 202–16.
158. Bleicher K. *Das Konzept Integriertes Management: Visionen – Missionen – Programme*. 7th ed. Frankfurt aM: Campus; 2004.
159. Hasman A, Mcintosh E, Hope T. What reasons do those with practical experience use in deciding on priorities for healthcare resources? A qualitative study. *J Med Ethics*. 2008 Sep;34(9):658–63.
160. Schein EH. *Organizational Culture and Leadership*. 3rd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2004.
161. Goleman D. What Makes a Leader? *Harv Bus Rev*. 1998 Nov-Dec;76(6):77–90.
162. Kihlstrom JE, Cantor N. Social Intelligence. In: Sternberg RJ, editor. *Handbook of Intelligence*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000. p. 359–79.
163. Gärtner HW. Wie kommt das Evangelium in die Organisation? Warum Kontaminierungsstrategien scheitern müssen. In: Schuster N, editor. *Management und Theologie: Führen und Leiten als spirituelle und theologische Kompetenz*. Münster: Lambertus; 2007.

164. St. Georgener Manifest für neues Wirtschaften und ethisches Führen. St. Georgen am Längsee: Bildungshaus St. Georgen; 2009 [updated 2009; cited 2009 Aug 27]; Available from: <http://www.stiftstgeorgen.at/stift/article.siteswift?so=all&do=all&c=download&d=article%3A418%3A1>.
165. UN-Konvention über die Rechte des Kindes. Wien: Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend; 1989 [updated 1989; cited 2009 May 26]; Available from: <http://www.kinderrechte.gv.at/home/un-konvention/content.html>.
166. WMA. Declaration of Ottawa on the Rights of the Child to Health Care. World Medical Association; 1998 [updated 1998 Oct; cited 2009 May 26]; Available from: <http://www.wma.net/e/policy/c4.htm>.
167. Kurz R. Ethik in der Pädiatrie. *Pädiatrische Praxis*. 2005;67:203–10.
168. Kurz R. Im besten Interesse des Kindes. In: Kenner T, Plöchl E, editors. *Medizinische Ethik im Brennpunkt – Macht und Ohnmacht der modernen Medizin*. Heilbronn: SPS Verlagsgesellschaft; 2005. p. 44–9.
169. Kurz R, Mosler T. Die Achtung der Würde in der Kommunikation mit behinderten Kindern und ihren Familien. *Pädiatrie und Pädologie*. 2006;5:22–5.
170. Kurz R, Gill D, Mjones S. Ethical issues in the daily medical care of children. *Eur J Pediatr*. 2006 Feb;165(2):83–6.
171. EACH. EACH Charter. European Association for Children in Hospital; 1988 [updated 1988; cited 2009 May 26]; Available from: <http://www.each-for-sick-children.org/each-charter>.
172. Chambers TL. The relationship between European paediatricians and commerce: Ethical principles in paediatrics working group recommendations. Confederation of European Societies of Paediatrics (CESP). *Eur J Pediatr*. 2000 Jan;159(1-2):116–8.
173. De Lourdes Levy M, Larcher V, Kurz R. Informed consent/assent in children. Statement of the Ethics Working Group of the Confederation of European Specialists in Paediatrics (CESP) *Eur J Pediatr*. 2003 Sep;162(9):629–33.
174. Bundesgesetz, mit dem das allgemeine bürgerliche Gesetzbuch, das Ehegesetz, das Unterhaltsvorschussgesetz, die Jurisdiktionsnorm, die Zivilprozessordnung, das Außerstreitgesetz, das Rechtspflegergesetz, die Exekutionsordnung, das Personenstandsgesetz, das Bundesgesetz über das Internationale Privatrecht, das Gerichtsgebührengesetz, die Vierte Durchführungsverordnung zum Ehegesetz, das Jugendwohlfahrtsgesetz 1989, das Bankwesengesetz und das Krankenanstaltengesetz geändert werden (Kindschaftsrechtsänderungsgesetz 2001 – KindRÄG 2001) [Kindschaftsrechtsänderungsgesetz 2001, KindRÄG 2001]. BGBl. I 2000/135.
175. Kurz R. Ethik in der pädiatrischen Forschung. *Monatsschr Kinderheilkd*. 2003 Dec;151(12):1276–81.
176. Tschabitscher D, Male C. Geregelt Forschung. *Österr Ärztztg*. 2008 May 10(9):52–5.
177. ICH. E11: Clinical Investigation of Medicinal Products in the Pediatric Population. International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use; 2000 [updated 2000; cited 2009 May 26]; Available from: <http://www.ich.org/cache/compo/475-272-1.html#E11>.
178. Directive 2001/20/EC of the European Parliament and the Council of 4 April 2001 on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States relating to the implementation of good clinical practice in the conduct of clinical trials on medicinal products for human use. *Official Journal of the European Union L 121*, 34–44 May 1, 2001.
179. Gill D. Ethical principles and operational guidelines for good clinical practice in paediatric research. Recommendations of the Ethics Working Group of the Confederation of European Specialists in Paediatrics (CESP). *Eur J Pediatr*. 2004 Feb;163(2):53–7.
180. ÖGKJ. Erstversorgung von Frühgeborenen an der Grenze der Lebensfähigkeit: Leitlinie der Arbeitsgruppe Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin und der Arbeitsgruppe Ethik. *Monatsschr Kinderheilkd*. 2005 Jul;153(7):711–715.
181. Kurz R. Ethik in der pädiatrischen Forschung: Grundsatzpapier der Ethik-Arbeitsgruppe der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde. 2001 [updated 2001; cited 2009 May 26]; Available from: <http://www.meduni-graz.at/ethikkommission/Forum/Download/Files/Paediatr.pdf>.

182. Lenard HG. Misshandlung, Missbrauch und Vernachlässigung von Kindern. In: Lentze MJ, Schulte FJ, Schaub J, Spranger J, editors. *Pädiatrie: Grundlagen und Praxis*. 3rd ed. Heidelberg: Springer; 2007. p. 153–62.
183. Bellamy C, UNICEF, editors. *Bedrohte Kindheit*. Frankfurt aM: Fischer; 2005.
184. Ioannes Paulus PP. II. Botschaft an die Teilnehmer des internationalen Symposiums „Würde und Rechte geistig behinderter Menschen“. 2004 [updated 2004 Jan 5; cited 2009 Nov 13]; Available from: [http://www.die-tagespost.de/Archiv/titel\\_anzeige.asp?ID=6981](http://www.die-tagespost.de/Archiv/titel_anzeige.asp?ID=6981).
185. Atchley RC. *The Sociology of Retirement*. Cambridge, MA: Schenkman; 1976.
186. Schroeter KR, Prahl H-W. *Soziologisches Grundwissen für Altenhilfieberufe: Ein Lehrbuch für die Fach(hoch)schule*. Weinheim: Beltz; 1999.
187. McCullough LB. Geroethics. In: Khushf G, editor. *Handbook of Bioethics*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers; 2004. p. 507–23.
188. Coreth E. *Was ist der Mensch? Grundzüge einer philosophischen Anthropologie*. 4th ed. Innsbruck: Tyrolia; 1986.
189. Körtner UHJ. Frailty. *Ethik Med*. 2006 Jun;18(2):108–19.
190. Auer A. Alter/Altern: 3. Ethisch. In: Korff W, Beck L, Mikat P, editors. *Lexikon der Bioethik*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus; 2000. p. 136–9.
191. Lynn J. Living Long in Fragile Health: The New Demographics Shape End of Life Care. *Hastings Cent Rep*. 2005 Nov-Dec;35(Suppl):S14–8.
192. President's Council on Bioethics. *Taking Care: Ethical Caregiving in Our Aging Society*. Washington, DC: President's Council on Bioethics; 2005 Sep.
193. Lynn J, Adamson DM. *Living Well at the End of Life: Adapting Health Care to Serious Chronic Illness in Old Age*. White Paper. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 2003.
194. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, Volicer L, Givens JL, Hamel MB. The Clinical Course of Advanced Dementia. *N Engl J Med*. 2009 Oct 15;361(16):1529–38.
195. Teeri S, Leino-Kilpi H, Valimäki M. Long-term nursing care of elderly people: identifying ethically problematic experiences among patients, relatives and nurses in Finland. *Nurs Ethics*. 2006 Mar;13(2):116–29.
196. Meggeneder O, Noack H, editors. *Integration in der Versorgung und Pflege*. Linz: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse; 2002.
197. Macciolo G, Dorman T, Brown B, Mazuski J, McLean B, Kuszaj J, Rosenbaum SH, Frankel L, Devlin J, Govert J, Smith B, Peruzzi W. Clinical practice guidelines for the maintenance of patient physical safety in the intensive care unit: Use of restraining therapies – American College of Critical Care Medicine Task Force 2001–2002. *Crit Care Med*. 2003 Nov;31(11):2665–76.
198. Raspe H, Hüppe A, Steinmann M. *Empfehlungen zur Begutachtung klinischer Studien durch Ethikkommissionen*. Bonn: Deutsches Ärzteblatt; 2005 [updated 2005; cited Aug 14, 2008]; Available from: <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/ao.asp?id=49169>.

## Sachregister

- Abtreibung ..... 67ff.  
Abtreibungspille ..... 46  
Allokation ..... 120  
Allokationsethik ..... 119ff.  
Alter ..... 155  
Alzheimer-Krankheit ..... 161  
Amniozentese ..... 63  
Angehörige ..... 36f., 102  
Anthropologie ..... 157f.  
Antikorruptionsmaßnahmen ..... 131  
Anwendungsbeobachtung ..... 86  
apallisches Syndrom ..... 77, 115f.  
Apotheke ..... 89  
Armut ..... 130  
Aufklärung ..... 114  
Auswahl von Mitarbeitern  
  und Mitarbeiterinnen ..... 141  
Autonomie ..... 17, 20f., 28  
  
Barmherzigkeit ..... 14  
Basisversorgung ..... 112  
Beginn des Lebens ..... 67  
Behandlungsabbruch ..... 113  
Behandlungslimitierung ..... 113  
Behandlungsreduktion ..... 113  
Behandlungsteam ..... 102f.  
Behandlungsverzicht ..... 112  
Behinderung ..... 60, 151ff.  
Benchmarking ..... 123  
Bluttransfusion ..... 30, 97ff.  
Burn-out ..... 142  
  
Chordozentese ..... 63  
Chorionzottenbiopsie ..... 63  
  
Deklaration von Helsinki ..... 85  
Demenz 76, ..... 160ff.  
Disease-Management ..... 160  
Durchgangssyndrom ..... 166  
  
Effizienz ..... 121  
Einwilligungsfähigkeit ..... 29  
Eltern ..... 31, 147  
Elternschaft, verantwortete ..... 43f.  
Empfängnisregelung ..... 43, 45f.  
  natürliche E..... 44  
Entscheidungsfindung ..... 113f.  
Entscheidungsprozess ..... 40  
Ernährung  
  enterale E. .... 73  
  parenterale E. .... 74  
Ethikberatung, klinische ..... 38f.  
Ethikkommission ..... 37f., 86, 180ff.  
Ethisches Konsil ..... 78  
Eugenik ..... 59  
  
Familienplanung, natürliche ..... 44  
First-Trimester-Screening ..... 63  
Fixierung ..... 168  
Forschung ..... 85ff., 147f.  
Freiheit ..... 165  
Freiheitsbeschränkung ..... 165f.  
Fürsorge ..... 22f.  
Fürsorgepflicht ..... 140  
  
Gemeinnützigkeit ..... 125, 133  
Gerechtigkeit ..... 23, 119ff.  
Geroethik ..... 155ff.  
Geschenkannahme ..... 131  
Gesellschaft, pluralistische ..... 135

Gewaltausübung .....	18	Kinderwunsch .....	55
Gewissen .....	24ff.	klinische Prüfung .....	86
Gewissensentscheidungen .....	135	Klinisches Ethikkomitee .....	28, 39
Gewissensfreiheit .....	94	Knaptheit .....	119
Gitterbetten .....	168	Konfliktkultur .....	143f.
Good Clinical Practice-Richtlinie ...	85	Kontrazeptiva .....	44
Grenzkosten .....	120	Kosten-Nutzen-Analysen .....	121
Grenznutzen .....	120	Kosten-Nutzwert-Analysen .....	121
Heiligkeit des Lebens .....	17, 67	Krankenhausapotheker .....	92f.
Hirntodkriterium .....	107	Kryokonservierung .....	57
Hospitalität .....	13ff., 136ff.	künstliche Ernährung .....	73ff.
Hungerstreik .....	79ff., 177ff.	Langzeitpflege .....	163
Hydrrierung .....	73f.	Lebensspende .....	108
Identifikation .....	138f.	Lebensschutz .....	17
Indikation .....	27f.	Lebensverlängerung .....	111
vitale I. ....	70	Leid .....	15
Informed Assent .....	147	Leiden .....	161
Informed Consent ....	21, 28f., 98, 170f.	Leidensverlängerung .....	111
Informed Refusal .....	28	Leitungsfunktionen .....	138
Insemination, assistierte .....	55	Levonorgestrel .....	46ff.
Integration .....	152	Loyalität .....	95, 124, 140
Intelligenz		Management .....	136ff.
emotionale I. ....	137	Managementaufgaben .....	139
soziale I. ....	137	Maximaltherapie .....	112
Intensivmedizin .....	101ff.	Mehrlingsschwangerschaften .....	56
Interzeption .....	44, 48	Menschenrechtsübereinkommen	
Intracytoplasmatische		Biomedizin des Europarates .....	85
Spermieninjektion .....	55	Menschenwürde .....	16f.
In-vitro-Fertilisation .....	55	Mifepriston .....	46
Johannes von Gott .....	13, 123	Missbrauch .....	18
Jugendliche .....	145ff.	Misshandlung .....	149
Kinder .....	30f., 145ff.	Mission .....	124, 135f.
Kinderschutzgruppen .....	149	Mitarbeiter .....	125
		Mitarbeiterauswahl .....	141
		Mobbing .....	142

Nichtschadensprinzip .....	21	QALYs .....	121
Nichtversicherte .....	130f.	Randgruppen .....	130
Nidationshemmer .....	44	Rationalisierung .....	121
Nidationshemmung .....	68	Rationierung .....	121
Non-Heart-Beating-Donation .....	108	Reproduktionsmedizin .....	55ff.
Normalisierung der Lebensbedingungen .....	151	Ressourcen .....	120
Notfallverhütung .....	47	Ressourcenallokation .....	123ff.
Nutzen .....	120	Sachwalterschaft .....	33ff.
OP-Planung .....	129	Schule der Hospitalität .....	138f.
Opportunitätskosten .....	120	Schwangerschaft .....	67f.
Option für die Armen .....	15	Schwangerschaftsabbruch .....	68
Organisationsethik .....	93, 133ff.	Sexualität .....	152ff.
Organisationskultur .....	134	sexuelle Belästigung .....	142
Organtransplantation .....	105ff.	sexueller Missbrauch .....	149
Pädiatrie .....	145f.	Sinnhaftigkeit .....	27
Palliative Care .....	112	Solidarität .....	122
Paternalismus .....	22	Sonderklasse .....	128f., 143
Patientenautonomie .....	21	Spiritualität .....	15
Patientenverfügung .....	31f., 172	Sterilisation .....	49ff., 173f.
Patientenwille .....	28ff.	Strategie .....	124f.
mutmaßlicher P. ....	35f.	Strategieentwicklung .....	124
PEG-Sonde .....	74	Studie interventionelle S. ....	86
persistent vegetative state .....	115	nicht interventionelle S. ....	86
Personalpolitik .....	140ff.	Studienleiter .....	87f.
Pflege .....	163	Subsidiarität .....	122
Pharmakovigilanz .....	92	Therapiebegrenzung .....	185ff.
Pharmazieethik .....	89ff.	Therapieerhalt .....	113
Pille danach .....	46	Therapieverzicht .....	185ff.
Präimplantationsdiagnostik .....	58ff.	Therapiezieländerung .....	111ff.
Pränatale Diagnostik .....	63ff., 175f.	Triple-Test .....	63
Prinzip der „doppelten Wirkung“ .....	21, 70	Trisomie 21 .....	64
Profilbildung .....	125f.	Tubenligatur .....	49
Prüfer .....	87	Tugend .....	19f.

Übertherapie .....	129
Ultraschall .....	63
Unternehmenskultur .....	125
Vasektomie .....	49
vegetativer Status .....	77
Verantwortlichkeit .....	122
Vereinbarkeit von Beruf und Familie .....	142
Vergütung .....	142f.
Vision .....	123, 135f.
Vorsorgevollmacht .....	33
Wachkoma .....	115
Wartelisten .....	129f.
Wertegemeinschaft .....	134f.
Widerspruchslösung .....	106
Wirksamkeit .....	27
Wohltunsprinzip .....	22
Work-Life-Balance .....	142
Wrongful birth .....	60
Zwangsernährung .....	80f.
Zwangshydrierung .....	80f.

