



SGBEbulletinSSEB

No. 58 März/mars 2009

EDITORIAL

Pflegeethik und ärztliche Ethik: gemeinsame Fragen – unterschiedliche Antworten?

Die ethische Reflexion beruflichen Handelns am kranken und pflegebedürftigen Menschen ist so alt wie die Kunst des Heilens und Sorgens selbst. Vergleicht man Publikationen zur ärztlichen und pflegerischen Ethik, fällt auf, dass erstere in den letzten 60 Jahren verstärkt thematisiert wurde, währenddessen die explizite Reflexion über Ethik in der Pflege vergleichsweise zögerlich vorankam. Dort, wo Entwicklungen und Erwartungen an die Medizin vor allem ärztliches Handeln betrafen, leuchtet dies auch ein. Trotzdem kann Pflegeethik nicht einfach als „jüngere Schwester“ ärztlicher Ethik bezeichnet werden, denn sie schöpft aus grundlegend anderen Traditionen, wie etwa die kommunale und karitative Fürsorge und Visionen einer Solidargemeinschaft von Gesunden und Kranken. Heutzutage sind es genau diese Traditionen, die angesichts der Umverteilung von Ressourcen, der Rationalisierung und Rationierung von Gesundheitsleistungen neu thematisiert werden.

Die „heilende“ und die „sorgende“ Zuwendung zum kranken Menschen zusammen zu betrachten sowie Unterschiede und Gemeinsamkeiten von ärztlicher Ethik und Pflegeethik zu beleuchten, war das Ziel des Kolloquiums der SGBE, das am 4. Dezember 2008 im Wildt’schen Haus in Basel stattfand. Konsens bestand unter den Teilnehmenden des Kolloquiums darin, dass ärztliche Ethik und Pflegeethik keine exklusiven Sichtweisen sind, sondern für unterschiedliche Zugänge zum Menschen stehen, die nicht an Berufsgruppen „fixiert“ werden dürfen. Die „heilende“ und die „sorgende“ Zuwendung stellen vielmehr komplementäre Perspektiven dar. Diese Ausgabe des SGBE-Bulletins vereinigt verschiedene Stimmen, welche am Kolloquium zu Wort kamen, aber auch weitere. Im 1. Teil (interdisziplinäre Grundlagen) beleuchteten Nikola Biller-Andorno (Zürich) und Settimio Monteverde (Basel) konzeptionelle Aspekte ärztlicher und pflegerischer Ethik, Chris Gastmans (Leuven) geht der Frage nach, wie sich eine integrierte *health care ethics* implementieren lässt. Im 2. Teil (Reflexionen aus der Praxis) zeigen Regula Spreyermann und Mark Mäder (Basel) auf, welche konkreten Implikationen das tradierte ärztliche Ethos auf den beruflichen Alltag hat. Brigitte Garessus (Basel) beleuchtet die berufspolitische Dimension von Pflegeethik, Claudine Braissant (Belmont) und Bianca Schaffert-Witvliet (Mägenwil) stellen die Entwicklung von Pflegeethik in der Schweiz anhand der Tätigkeit der Ethikkommission des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und -männer (SBK) dar.

Konkrete interdisziplinäre ethische Entscheidungsfindung beschreiben Ursi Barandun Schäfer und Reto Paganoni (Olten) im Bezug auf die Intensivmedizin, Norbert Steinkamp und Maarten Van Woelderen (Nijmegen) im Bezug auf die Psychiatrie.

*Settimio Monteverde (Basel), lic. theol. MAE, Anästhesiepfleger, Leiter Fachstelle Ethik, Seminar am Bethesda, SBK-Ethikkommission und Ethikkommission beider Basel;
E-mail: settimio.monteverde@bethesda.ch*

INHALT

Editorial (Settimio Monteverde, Basel)	1
--	---

Pflegeethik und ärztliche Ethik: gemeinsame Fragen – unterschiedliche Antworten?

Teil 1: Interdisziplinäre Grundlagen

1. Pflegeethik und ärztliche Ethik: gemeinsame Fragen – unterschiedliche Antworten? Ein Beitrag aus Sicht der biomedizinischen Ethik (Nikola Biller-Andorno, Zürich)	3
2. Pflegeethik zwischen Legitimation und Kritik pflegerischer Praxis (Settimio Monteverde, Basel)	5
3. Medical Ethics and / or Nursing Ethics? Towards an Integrated Health Care Ethics (Chris Gastmans, Leuven)	8

Teil 2: Reflexionen aus der Praxis

4. Wo begegnen wir Ethik im ärztlichen Alltag? (Regula Spreyermann und Mark Mäder, Basel)	9
5. Pflegeethik und ärztliche Ethik: Nur gemeinsame Fragen und Antworten (Brigitte Garessus, Basel)	10
6. Ethikkommission des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und -männer: Ethique des soins et société (Claudine Braissant, Belmont) / Ethik, Berufspolitik und Praxis (Bianca Schaffert-Witvliet, Mägenwil)	11
7. Therapieabbruch auf einer Intensivstation – Interprofessionelle Entwicklung ethischer Richtlinien für den klinischen Alltag: Die pflegerische Perspektive (Ursi Barandun Schäfer, Olten); Die ärztliche Perspektive (Reto Paganoni, Olten)	14
8. Interdisziplinäre Entscheidungsfindung: Erfahrungen aus der Psychiatrie in den Niederlanden (Norbert Steinkamp und Maarten Van Woelderen, Nijmegen)	16

SGBE-SSEB: changement de président	18
---	----

Wettbewerb: Die Zukunft der Bioethik	19
---	----

Agenda	20
---------------	----

Pflegeethik und ärztliche Ethik: gemeinsame Fragen – unterschiedliche Antworten? Ein Beitrag aus Sicht der biomedizinischen Ethik

Nikola Biller-Andorno, Zürich

Prof. Dr. med. Dr. phil., Professorin für Biomedizinische Ethik, Direktorin des Instituts für Biomedizinische Ethik, Ethik – Zentrum der Universität Zürich; e-Mail: biller-andorno@ethik.uzh.ch

Wenn es darum geht, die zentralen ethischen Fragen zu bestimmen, die sich im ärztlichen Alltag in der Behandlung und Betreuung von Patientinnen und Patienten stellen, liegt es nahe, nachzusehen, wofür Ärztinnen und Ärzte in ihrer Ausbildung eigentlich gerüstet werden sollen.

Gemäss Medizinalberufegesetz (2006) respektieren Absolventinnen und Absolventen des Studiums der Humanmedizin „die Würde und die Autonomie des Menschen, kennen die Begründungsweisen der Ethik, sind vertraut mit den ethischen Problemen ihres Berufsfeldes und lassen sich in ihrer beruflichen und wissenschaftlichen Tätigkeit von ethischen Grundsätzen zum Wohl der Menschen leiten“ (2. Abschn., Art. 8).

Was in diesem Absatz so nüchtern daherkommt, birgt in der klinischen Praxis jedoch erhebliche Herausforderungen. So beeinflussen weltanschauliche Überzeugungen und Vorstellungen bezüglich des „guten Lebens“ moralische Positionen und Entscheidungen; es müssen also geeignete Verfahren definiert und institutionelle Rahmenbedingungen geschaffen werden, die einen *angemessenen Umgang mit Dissens in pluralistischen Gesellschaften* erlauben. Zum zweiten sind Relationalität und Empathiefähigkeit ebenso menschliche Charakteristika wie Autonomie und Rationalität – eine Tatsache, die auf theoretischer Ebene in der Ethik bislang nicht ausreichend gewürdigt worden ist. Medizinethische Entscheidungen, welche häufig ebenso intensive wie komplexe menschliche Interaktionen mitberücksichtigen müssen, sollten daher auf einem *Verständnis realer, nicht (einseitig) idealisierter menschlicher Akteure* basieren. Und schliesslich muss eine volle Würdigung moralisch relevanter Konstellationen den jeweiligen Kontext mit berücksichtigen; das heisst, Aussagen, die für die Praxis bedeutsam sein sollen, beziehen *relevante Daten bzw.*

Einschätzungen zum institutionellen oder weiteren sozialen Kontext mit ein.

Normative Ressourcen

Die klinische Ethik, die derzeit in einem Professionalisierungs- und Institutionalisierungsprozess begriffen ist, wird sich auch daran messen lassen müssen, inwiefern sie dazu beitragen kann, diesen Herausforderungen zu begegnen. Welche normativen Ressourcen stehen ihr dabei zur Verfügung? Ein kurzer Blick in die Geschichte der Biomedizinischen Ethik zeigt, dass der Fokus der traditionellen Ärztekodizes auf den *Prinzipien des Nichtschadens und des Wohltuns* lag, wie dies klassischerweise der Hippokratische Eid formuliert. Spätestens zur Zeit der Patienten- und im weiteren Sinne der Bürgerrechtsbewegung der 1960er/70er Jahre jedoch, in welcher angesichts der neuen intensivmedizinischen Möglichkeiten eine Reihe von Fällen des Therapieabbruchs prominent diskutiert wurden¹, trat ein weiteres Prinzip in den Vordergrund, das *Prinzip des Respekts vor der Autonomie des Patienten*. In der Standesordnung der FMH findet dieser Aspekt u.a. in den Behandlungsgrundsätzen seinen Niederschlag: „Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patienten und Patientinnen zu erfolgen. [...]“ (Art. 4). Zudem wurde das *Prinzip der Gerechtigkeit* explizit standesrechtlich verankert: „Arzt und Ärztin haben ohne Ansehen der Person alle ihre Patienten und Patientinnen mit gleicher Sorgfalt zu betreuen. Weder die soziale Stellung, die religiöse oder politische Gesinnung, die Rassenzugehörigkeit noch die wirtschaftliche Lage der Patienten und Patien-

¹ Vgl. etwa die Diskussion um Nancy Cruzan und Karen Quinlan.

tinnen darf dabei eine Rolle spielen.” (ibid.). Beide Prinzipien finden sich übrigens auch prominent im ICN Code of Nurses.² Dabei ist klar, dass die Nennung der Prinzipien alleine keine medizin- oder pflegeethischen Konflikte lösen, sondern allenfalls einen analytischen Rahmen darstellen kann, innerhalb dessen die Konflikte verhandelt werden. In diesem Prozess werden die Prinzipien spezifiziert und gewichtet; im Rahmen des „Überlegungsgleichgewichts“ wird versucht, eine Passung zwischen theoretischem Verständnis und wohlerrungenen Urteilen im Einzelfall zu finden. Auf diese Weise können Positionen erarbeitet werden, die zwar nicht relativistisch sind, aber in gewissem Rahmen moralischen Pluralismus zulassen können.

Ergänzungsbedürftig ist der Prinzipienansatz, wie viele weitere theoretische Ansätze in der Ethik übrigens auch, im Hinblick auf die Konzeptualisierung des individuellen moralischen Akteurs als eines Wesens, das in Beziehungen und durch diese zumindest zum Teil konstituiert wird. Diese Beziehungen können sich in ihrer Symmetrie, Intensität, Dynamik, Entstehungsweise und Freiwilligkeit sowie in vielen weiteren Aspekten unterscheiden. Zudem geht es bei medizinethischen Konflikten häufig um Menschen, die Krisenerfahrungen machen, die Macht- und Kontrollverlust erleben und sich in der Ausübung ihrer Rationalität und Autonomie kompromittiert sehen. Grundlegend für die Frage nach Integration von Prinzipien wie dem Respekt vor der Autonomie, dem Wohltun und der Gerechtigkeit sind einige Überlegungen aus der *care*-Ethik.³ Als Grundkonstellation menschlicher Existenz wird dabei von Individuen ausgegangen, die aber zueinander in Beziehungen stehen, welche häufig durch Abhängigkeiten und Asymmetrien gekennzeichnet sind. In einer gelingenden Beziehung geschieht nun folgender Prozess: Der Andere wird mit seinen Bedürfnissen wahrgenommen und anerkannt. Diese Bedürfnisse werden sodann im Hinblick auf den Anspruch an das Selbst wahrgenommen. Dieser Anspruch bemisst sich auch nach der Beziehung,

die zwischen beiden Individuen besteht. Um auf die Bedürfnisse des Anderen reagieren zu können, muss das Selbst eigene Bedürfnisse oder die Dritter zurückstellen. Es ist nun Aufgabe des Selbst, zwischen Selbstsorge und Sorge für den oder die Anderen eine angemessene Balance zu finden, die mit dem Verständnis des Selbst korrespondiert. In gleicher Weise findet sich wiederum das Selbst einbezogen in weitere fürsorgliche Beziehungen, teils als Gebender, teils als Nehmender. Dabei bleibt jedoch die Selbstbestimmung erhalten: Das Selbst definiert, welche fürsorglichen Aufgaben es sich zu eigen machen möchte und welche Art der fürsorglichen Zuwendung es von wem empfangen möchte.

Gleiche „Ethiktypen“, aber unterschiedliche Ausgangskonstellationen

Spätestens an dieser Stelle wird deutlich, dass ärztliche und pflegerische Ethik sicher keine zwei „Ethiktypen“ brauchen, sondern in weiten Teilen mit ähnlichen Herausforderungen konfrontiert sind, wenngleich die konkreten Entscheidungen, die anstehen, zwischen den Berufsgruppen variieren können. Sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Pflegende brauchen eine Ethik,

- die der Interdependenz von Selbst und Anderen Rechnung trägt,
- die ethische Fragen nicht nur vor dem Hintergrund konfligierender Rechte, sondern auch als (auch) als konfligierende Verantwortlichkeiten sieht,
- die bei der Konfliktwahrnehmung neben logisch-deduktivem Denken (Erkennen und Anwenden von Regeln) auch empathische Fähigkeiten in Rechnung stellt, und
- die das Erhalten/Gestalten partikularer, häufig asymmetrischer und komplexer Beziehungen als inhaltliche Priorität erachtet.

Hinsichtlich des sozialen und institutionellen Kontextes jedoch kann es sein, dass sich Pflegende in der Tat in einer anderen Ausgangskonstellation (z.B. bezüglich der Hierarchien oder der Entscheidungskompetenz) befinden als Ärztinnen und Ärzte oder auch den Kontext eines Patienten anders wahrnehmen. Diese Unterschiede klar zu erkennen, auf ihre empirische Basis hin zu überprüfen und in die Konfliktbearbeitung einfließen zu lassen, ist ein wichtiger Schritt. Darüber hinaus ist es wichtig, sich vor

² “In providing care, the nurse promotes an environment in which the human rights, values, customs and spiritual beliefs of the individual, family and community are respected.”; “The nurse shares with society the responsibility for initiating and supporting action to meet the health and social needs of the public, in particular those of vulnerable populations.”

³ Vgl. hierzu ausführlicher Biller-Andorno N: Gerechtigkeit und Fürsorge. Zur Möglichkeit einer integrativen Medizinethik. Frankfurt a.M.: Campus, 2001.

Augen zu führen, dass interprofessionelle Konflikte im Klinikalltag ihren Ursprung auch in nicht zufrieden stellend gelösten medizin- und pflegeethischen Konflikten haben und umgekehrt.

Interprofessionelles Training

Eine interprofessionelle Ethikaus-, Fort- und Weiterbildung in Ergänzung zu professions-spezifischen Angeboten erscheint daher als dringendes Desiderat. Dabei geht es zu einem guten Teil um die angemessene Gestaltung von Entscheidungsprozessen und deren Umsetzung im professionsübergreifenden Team. Wie sollen zum Beispiel bezüglich diagnostischer, therapeutischer, palliativer oder präventiver Massnahmen Entscheide getroffen werden, an deren Umsetzung mehrere Berufsgruppen beteiligt sind? Wer informiert wen in welcher Weise, etwa wenn es

um die Übermittlung schlechter Nachrichten geht? Was bedeutet Respekt vor Autonomie und Würde für die konkrete Gestaltung von Beziehungen zum Patienten? Ein solches interprofessionelles Training darf damit rechnen, auf Schwierigkeiten zu stossen. Zu den Ursachen können ein fehlendes Verständnis für die jeweils spezifischen Profile an Kompetenzen und Wissen zählen, ein problematisches gegenseitiges Rollenverständnis und Vorurteile, sowie Missverständnisse, etwa im Sinne der Zurechnung des *care*-Ansatzes allein zur pflegerischen und der „Prinzipien“ allein zur ärztlichen Ethik. Klar ist: Tragfähige Antworten auf ethische Konflikte im ärztlich-pflegerischen Umfeld müssen vielfach gemeinsam erarbeitet werden, greifen auf die gleiche argumentative Basis zurück, und profitieren in ihrer Erarbeitung vom Erfahrungsschatz beider Professionen. Es bleibt zu hoffen, dass dies in Zukunft immer häufiger gelingen möge.

Ärztliche und pflegerische Ethik II

Pflegeethik zwischen Legitimation und Kritik pflegerischer Praxis

Settimio Monverde, Basel

lic. theol. MAE, Anästhesiepfleger, Leiter Fachstelle Ethik, Seminar am Bethesda, SBK-Ethikkommission und Ethikkommission beider Basel; E-mail: settimio.monverde@bethesda.ch

Bis vor wenigen Jahren wagten Pflegepersonen den Begriff der Pflegeethik nur ganz zögerlich in den Mund zu nehmen. In einem bekannt gewordenen Aufsatz fragte sich die Philosophin Theda Rehbock im Jahre 2000 noch, ob die Pflege eine eigene Ethik *brauche*¹. Es gehe darum, die moralische Dimension therapeutischen Handelns aus der Perspektive *aller* helfenden Berufe heraus zu entwickeln. Über eine ethische Kritik der Medizin (als „inklusive“ Begriff für alle Heilberufe) gelte es, so Rehbock, zu einer lebenspraktisch fundierten Patientenorientierung zu gelangen. Pflegespezifische Probleme wären demnach in diesem interprofessionellen Diskurs aufgehoben. Rückblickend kann festgestellt werden, dass ein

solches Integrationsmodell, welches Pflegeethik ausschliesslich in einem allgemeinen biomedizinischen und bioethischen Diskurs verortet, vor allem in Konzepten einer professionsübergreifenden *health care ethics* präsent ist, ein Begriff, für den es im deutschsprachigen Raum bis heute immer noch kein zufriedenstellendes Äquivalent gibt. Der instrumentale Charakter ethischer Reflexion, welcher in Rehbocks Begrifflichkeit mitschwingt (Pflege „braucht“ eine „eigene“ Ethik), scheint jedoch nicht erschöpfend zu sein: Heute nehmen Publikationen zum Thema Pflegeethik zu, es gibt eine eigene wissenschaftliche Zeitschrift zum Thema, Pflegenden spezialisieren sich zunehmend auf diesem Gebiet, entwickeln pflegespezifische Ethikcurricula, sind Mitglieder von Ethikgremien und beteiligen sich an diversen Formen klinischer Ethik. Pflegeethik ist also

¹ Theda Rehbock: Braucht die Pflege eine eigene Ethik? In: *Pflege* 2000 (5), S. 280-289.

Bestandteil des Sprachgebrauchs geworden und dadurch im Alltag Pflegenden präsent. Man könnte also versucht sein, zu behaupten, Theda Rehbocks Mahnung habe sich nicht durchsetzen können.

Die Abbildbarkeit von Pflege in der ethischen Diskussion

In Folgenden soll aufgezeigt werden, dass es wichtig ist, diese Mahnung ernst zu nehmen, ohne aber aus dem Blick zu verlieren, dass das der Pflege „Eigene“, worauf pflegeethische Reflexion fokussiert, nicht einfach durch einen allgemeinen medizinethischen Diskurs nivelliert werden kann. Dies gilt für die ethische Reflexion aller therapeutischen Berufe. Es geht darum, die *spezifischen Bedingungen*, unter denen Pflege stattfindet, adäquat in der ethischen Diskussion abzubilden. Ansonsten würde der *ganze* medizinethische Diskurs ärmer, weil ein wesentlicher Aspekt verloren ginge, der professionsübergreifend ist, nämlich die Frage nach der Angemessenheit der Beziehungen, die therapeutisches Handeln prägen.

Was treibt eigentlich Pflegeethik an? Anders als vermutet, ist es nicht eine Polarität zwischen ärztlicher Handlungs- und pflegerischer Durchführungscompetenz, welche moralische Konflikte generiert und sozusagen als treibende Kraft der Pflegeethik fungiert.² Pflege vermag sich in hierarchischen Settings durchaus zu orientieren und Räume gestaltbaren Handelns auszuloten. Im Pflegealltag ist es vielmehr das Zusammentreffen von zwei Faktoren, welches für das Entstehen von Dilemmata und Konflikten charakteristisch ist:

Einerseits ist die pflegerische Beziehung zum kranken und pflegebedürftigen Menschen durch Asymmetrie geprägt. Diese äussert sich darin, dass die Pflegefachperson in der Regel einen klinischen Wissens- und Erfahrungsvorsprung hat, der die Vulnerabilität des Patienten³ zusätzlich vergrössert und Ideale selbstbestimmten Handelns und Entscheidens des Patienten relativieren kann. Diese Asymmetrie teilt der

Pflegeberuf mit dem ärztlichen, doch unterscheidet er sich vom letzteren durch die zeitliche und numerische Präsenz (Schichtdienst, Anwesenheit rund um die Uhr). Zweitens besteht gleichzeitig eine räumliche Nähe, eine physische Unmittelbarkeit und Intensität des Patientenkontaktes, der immer durch Personen, die in grösseren Teams organisiert sind, abgedeckt wird. Asymmetrie, Intimität und Intensität pflegerischer Beziehung bewirken, dass Pflegenden dauernd diesen geradezu physisch tangiblen Raum der Autonomie des Patienten betreten.

Pflegenden bilden die grösste Gruppe der *health care workers*, arbeiten eng mit Ärzten und Ärztinnen zusammen und stehen gleichzeitig in dieser raum-zeitlichen Nähe zum Patienten. Sie verteilen verschiedenste Arten von Gütern, die von der medizinischen Behandlung, grundpflegerischen Verrichtungen bis zur Betreuung, Beratung, Alltagsgestaltung und Sinnfindung reichen können. Doch auch trotz dieser *Heterogenität an Gütern* verfolgt berufliche Pflege dieselben Ziele, die auch der Medizin eigen sind (Kuration, Palliation, Rehabilitation, Prävention), mit besonderem Fokus auf die Auswirkungen von Gesundheit und Krankheit für Patienten und Angehörige. Gerade weil Pflegenden auf der Mikro- und Mesoebene zahlenmässig die grösste „Allokationsinstanz“ im Gesundheitswesen sind, sind in jüngster Zeit auch Allokationsprobleme zum zentralen Thema pflegeethischer Reflexion geworden. Die Bedeutung der Allokationsfrage wird aber nur dann erkannt, wenn das „Eigene“ an der Pflegeethik, das sich aus dem pflegespezifischen Zugang zum kranken Menschen ergibt, explizit thematisiert wird. In Zeiten von Ressourcenknappheit und dem politisierten Gebrauch des Begriffs „Pflegenotstand“ ist deutlich geworden, dass auch „Pflege“ zu einem knappen Gut geworden ist, das es nach gerechten Kriterien zu verteilen gilt. Nur eine bewusste Thematisierung von Ethik in den Praxisfeldern der Pflege kann verhindern, dass der „Pflegenotstand“ inhaltlich von einem Notstand *an* Pflege zu einem Notstand *der* Pflege wird.

Welche Ethik braucht die Pflege?

Historisch gesehen stand ärztliche Ethik nicht selten in einem kritischen Spannungsfeld zur ärztlichen Praxis und erfüllte damit durchaus diejenigen Bedingungen, die Theda Rehbock zur „Kritik der Medizin“ zählt. Ärztliche Ethik hat immer wieder dazu beigetragen, ärztliches Han-

² Eine Medline-Recherche von 1990 bis 2008 ergibt, dass die Anzahl an Publikationen, die sich mit ethischen Fragen im Zusammenhang mit Konflikten zwischen Ärzten und Pflegenden befasst, konstant tief ist (in der Regel unter 1%).

³ Die männliche Form gilt sinngemäss auch für die weibliche.

deln zu standardisieren (vergleiche Codices von Helsinki, Nürnberg, Standards der *good clinical practise*). Pflegeethik hingegen übte anfänglich weniger eine kritische Funktion aus als vielmehr eine legitimierende. Für Florence Nightingale (1820-1910) war klar, dass Pflege eine Profession ist, die sichtbar gemacht werden musste. Und das konnte man nur, indem man beschrieb, welches ihr moralisches Fundament ist. Die Tatsache, dass die Beschäftigung mit *Ethik in der Pflege* sichtbar mache, worin pflegerische Arbeit eigentlich bestehe, hielt sich noch lange. Sie erklärt auch, wieso in den 70er Jahren Carol Gilligans *Ethics of care*, verstanden als normativer Ansatz, der die Beziehungsgestaltung zur entscheidenden Kategorie erklärte, für die Pflege so zentral werden konnte. Dieser Ansatz erfüllte in seiner Rezeption durch die Pflege eine aussermoralische, emanzipatorische Funktion, nämlich Pflege aus der Grauzone des „Zuständig-sein-für-alles“, die sich aus der Heterogenität ihrer Güter ergibt, zu befreien und sichtbar zu machen, wie sich darin pflegerische Professionalität zeigen kann.

In den ersten Ethikkommissionen, in denen Pflegende auch präsent waren, ging es oft um Entscheidungen im Zusammenhang mit Fragen der Lebensverlängerung oder des Therapieabbruchs. *Entscheiden* ist der typische Modus ärztlichen Handelns in Diagnostik und Therapie. Dazu gehört natürlich auch, Patienten entscheidungs- und einwilligungsfähig zu machen. Und danach richtete sich auch die Theorie mittlerer Prinzipien von Beauchamp und Childress aus, die bis heute auch unter Pflegenden eine grosse Verbreitung findet. Doch Entscheiden ist nicht der einzige Modus therapeutischen Handelns. Und das gute Verfahren allein beantwortet nicht immer die Frage, ob die getroffene Entscheidung auch wirklich gut ist. In vielen Situationen, die pflegerisch herausfordernd sind, gibt es zudem gar nichts zu entscheiden, sondern vielmehr auszuhalten, zu unterstützen, zu begleiten, zu ermutigen, so z.B. in der Langzeitpflege oder bei Menschen mit chronischer Behinderung. Dies führt notwendigerweise zu einer Fokussierung auf die Dimension der Beziehung. So drückt es auch die Definition von Pflege im Bericht der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften über die Zukunft der Medizin in der Schweiz aus: „Pflege unterstützt Menschen in der Behandlung und im Umgang mit *Auswir-*

kungen von Krankheiten und Therapien.“⁴ Dieser Modalität Rechnung zu tragen und sie in die Ethikdiskurse der Medizin hinein zu tragen, ist die vorrangigste Aufgabe heutiger Pflegeethik. Selbstredend ist, dass Caring ist nicht ihr Eigentum, sondern eine Haltung, die allen therapeutischen Berufen aufgetragen ist.

Jenseits von Kritik und Legitimation

Je mehr die Kompetenzräume zwischen Arzt- und Pflegeberuf neu abgesteckt werden und Pflegende selber in den Modus des Entscheidens geraten, desto mehr brauchen auch sie die Instrumente der „klassischen“ Medizinethik, öffnen ihr Handeln damit aber auch der kritischen Funktion von Ethik. Treffend formulieren es Tom Beauchamp und James Childress in der neu erschienenen 6. Auflage ihres Standardwerks „*Principles of Biomedical Ethics*“ (2008). Sie führen neu Caring als Tugend auf und zeigen damit, dass sich ein beziehungs- und ein prinzipienorientierter Ansatz nicht ausschliessen, sondern als verschiedene Perspektiven auf dieselbe Wirklichkeit integrieren lassen. Offen bleibt die Frage, wie diese Integration in einem Kontext zunehmender Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung gelingen kann. Da müssten pflegerische und ärztliche Ethik *gemeinsam* zwei Nachweise erbringen: *erstens*, dass ihre Sichtweise auf den Menschen letztlich auch die Gemeinschaft, in der dieser Mensch lebt und von deren Ressourcen er lebt, nicht aus dem Auge verliert, *zweitens*, dass ihre Sichtweise dazu beiträgt, als *curing medicine* kranke und pflegebedürftige Menschen in die Gemeinschaft zu integrieren und als *caring medicine* diese als gleichwertige Mitglieder der Gemeinschaft zu erhalten.

⁴ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Ziele und Aufgaben der Medizin in der Schweiz. Basel 2004, S. 24 ff.

Medical Ethics and / or Nursing Ethics? Towards an Integrated Health Care Ethics

Chris Gastmans, PhD, Professor of medical ethics, Centre for Biomedical Ethics and Law
Faculty of Medicine, Catholic University of Leuven, E-mail: Chris.Gastmans@med.kuleuven.be

Since the beginning of the 1970s, medical ethics has developed to such a degree that it is now considered a fixture within applied ethics. Gradually we have come to the awareness that ethical reflection in the context of health care should not be limited to the medical profession. Other care providers became the focus of attention; in particular, the one profession that had to wait a long time for recognition of its ethical viewpoint is nursing. The question now is whether nursing ethics has acquired a status of its own that would distinguish it from medical ethics. There are some who would defend the uniqueness of nursing ethics by pointing to its affinity with care ethics. On the basis of a philosophical analysis of the concept of care, ethicists believe they can elaborate a reflection on the value patterns of the nursing profession. Care for persons suffering from a chronic condition, mentally incompetent older people, and dying patients becomes largely the responsibility of nurses. Although curative medical care for these people is limited, the role of nursing care is all the more important. This increasing self-sufficiency of care has given rise to the need for a different type of ethics. Care ethics, with its emphasis on 'responsibility', 'solidarity', 'interdependency', 'communication', seems most suitable for expressing and interpreting the ethical problems that arise in nursing practice.

The connection between care ethics and nursing ethics is not an exclusive one, however. Care has a place not only in nursing but also in medical practice. Medical care is much broader than simply restoring 'normal functioning'. This is why a relationship characterized by care and trust constitutes the essence not only of the nurse-patient relationship but also of the doctor-patient relationship. The idea that an interaction between cure and care lies at the heart of medical care is shared by a growing number of experts. The book *Extending the Boundaries of Care: Medical Ethics & Caring Practices* is but one example of this. This book's introduction reiterates what is at stake: *"the limits between caring and curing*

are dissolving, both from within and from without. Some doctors are starting to see the importance of communication with their patients, of 'biographical work', of listening to patients".¹ It provides examples of how the perspective of care can work in medical practice. The elements of communication, dialogue and engagement figure prominently in these examples. Another example is the book *Connected lives* where the care approach is applied to specific medical topics as cloning and reproductive technologies.² These developments show that the care approach must not be restricted to nursing. So the connection between nursing ethics and the ethics of care would not be a good basis for revealing the specificity of nursing ethics.

Others have made attempts to answer the question regarding the specific status of nursing ethics by examining what distinguishes nursing ethics from medical ethics, using conceptual pairs such as feminine versus masculine, care oriented versus cure oriented, emotional versus rational, etc. The result, however, is the construction of 'an ethics for nurses' and 'an ethics for doctors', both of which are riddled with caricature and have little in common. Ethics is then seen as a forum in which distinct professional groups demarcate their own territory. Rather than going down the road of 'ethical separatism', I think it would be more meaningful to use this diversity of ethical viewpoints as a basis for an exploration of what brings nursing ethics and medical ethics together and what contribution they can make to an overall 'health care ethics'. In their everyday practice, the medical and nursing professions are inspired by almost identical values and norms. Society expects both nurses and medical professionals to employ their specific expertise in promoting human well-being. This shared 'ideal' identity forms the common

¹ Kohn, T. & R. McKechnie (ed.), *Extending the Boundaries of Care. Medical Ethics & Caring Practices*. Oxford-New York: Berg, 1999, p. 5.

² Groenhout, R., *Connected Lives. Human Nature and an Ethics of Care*. Lanham: Rowman & Littlefield, 2004.

basis on which nurses and doctors carry out their ethical mission.

Despite features held in common by medical ethics and nursing ethics, I am of the opinion that a separate interest in nursing is justified. The specific positions occupied within health care by nurses and physicians, their expertise and their responsibilities all result in their being confronted by different ethical issues and responsibilities

and approaching common problems from a different angle. This diversity ensures that ethical problems in health care will become situated in the broader context. A dynamic health care ethics must integrate elements of medical and nursing perspectives, while avoiding that the agreements and differences between the various approaches give rise to a sterile debate about their right to exist.

Ärztliche und pflegerische Ethik IV

Wo begegnen wir Ethik im ärztlichen Alltag?

Regula Spreyermann*, Mark Mäder**, Basel

* Dr. med. Leitende Ärztin, ** Dr. med., Chefarzt,

REHAB Basel Zentrum für Querschnittgelähmte und Hirnverletzte, E-mail: r.spreyermann@rehab.ch

Ohne eine ethisch fundierte Grundhaltung ist Arzt-Sein nicht denkbar. Und diese Grundhaltung ist in jeder Alltagssituation gefragt. Seit Hippokrates (460-370 v. Chr.) wird diese ethische Grundhaltung für den Arzt eingefordert und zwar bindend, mittels des berühmten hippokratischen Eides – als Definition des Behandlungs-Vertrages zwischen Arzt und Patienten. Er gilt auch heute noch als Grundlage der ärztlichen Tätigkeit: Das Wohl des Patienten steht im Zentrum, Engagement zum Nutzen des Patienten ohne Ansehen des Standes, keinesfalls soll ihm Schaden zugefügt werden. Der Respekt vor dem Leben, die spirituelle Grundhaltung, keine sexuellen Übergriffe auf Patienten und Abhängige, das Arztgeheimnis. Ausgestattet mit dieser ethischen Grundhaltung ist auch heute ein erfülltes Arzt-Sein im Beruf möglich und kann sicher auch im 21. Jahrhundert jede/jeder junge Arzt/Ärztin zu diesen Kernpunkten stehen. Was sich über die Zeit geändert hat, ist, dass durch die für alle verbesserte Schulbildung, durch Berichterstattung und Fernsehsendungen das Wissen der Patientinnen und Patienten über Krankheiten und Behandlungsmöglichkeiten stark zugenommen hat. Entscheide und Therapievorschläge werden zunehmend hinterfragt und gemeinschaftlich diskutiert. Damit haben sich auch die ethischen Anforderungen und Wertigkeiten verändert; lag die Verantwortung bis vor kurzem noch sehr stark beim Arzt, ist heute zunehmend Mitbestimmung vom Patienten gewünscht und entsteht die Anforderung an den Arzt, eine partnerschaftliche Therapieentscheidung mit dem Patienten zu erarbeiten, um ihm so auch die Selbst- und Mitverantwortung zu ermöglichen.

Wo liegen nun aber die Konflikte im Alltag? Klassisch ist der Konflikt um die im Eid angesprochene Frage des Respektes vor dem Leben: Wie steht es mit dem Verbot zur Abtreibung, wenn die Mutter ein vierzehnjhriges Mädchen ist, womöglich sexuell missbraucht? Wessen Leben gilt es zu schtzen? Wie steht es mit lebensverlängernden Massnahmen in einer Sterbesituation; wann ist unser Handeln bzw. Nicht- Handeln wie gefragt, wie begründet? Wie kommen wir hier zu Entscheiden, die dem Patienten aber auch seinen Angehörigen gerecht werden? Was tun, wenn ein Patient in einer ausweglosen Situation das Sterben verlangt? Ein zäher Bauer aus dem Jura, der nach einem Unfall massivste chronische Nervenschmerzen entwickelte und mir bei jeder Konsultation bitter vorwarf, dass man keinem Tier so etwas zumuten würde. Wie steht es um die soziale Gerechtigkeit, wenn Ressourcen ungleich verteilt sind? Wenn eine lebensrettende Impfung in der dritten Welt unterbleibt weil das Geld fehlt – aber enorme Summen für „lifestyle“-Massnahmen oder ein sehr teures Medikament für einen Einzelnen von uns eingesetzt werden? Wie global ist unsere Verantwortung als Ärztin/Arzt in einer solchen Situation zu fassen? Es gilt auszuhalten, dass wir im Einzelnen nicht sicher sind, uns auf den Prozess einlassen müssen, abwägen müssen, dabei auch irren können, revidieren müssen und uns schliesslich mit allen Beteiligten einem Konsens nähern. ber allem steht jedoch die innere Bereitschaft, sich einzulassen und sich die dazu nötige Zeit zu nehmen – trotz Zeitdruck. Weil genau diese Fragen zentral unser Mensch-Sein berühren und uns wachsen lassen.

Pflegeethik und ärztliche Ethik: Nur gemeinsame Fragen und Antworten

Brigitte Garessus, Basel

Pflegefachfrau, Präsidentin des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und -männer SBK Sektion beider Basel,
E-mail: garessus@sbk-bsbl.ch

Aus berufspolitischer Sicht gibt es nur den Weg der *gemeinsamen Fragen und Antworten* ärztlicher und pflegerischer Ethik – und zwar als notwendige Bedingung für die Glaubwürdigkeit von Ethik überhaupt. Was heisst das aus der Sicht der Pflege? In einem Spital laufen die Entscheidungskompetenzen zwischen Pflege, Ärzten und Verwaltung noch nicht im gewünschten Masse parallel. Da sich Pflegende zeitlich länger und intensiver mit Patienten „auseinandersetzen“ als alle anderen Berufsgruppen, sehen sie sich oft dem Faktor „Aushalten“ ausgesetzt, was sich in für sie ethisch nicht verantwortbaren Situationen in Machtlosigkeit ausdrücken, zu grossem Stress, Überbelastung und schliesslich zur Berufsaufgabe führen kann. Dort, wo starres Hierarchiedenken zwischen Ärzten und Pflegenden dominiert, wird oft aneinander vorbeidiskutiert, weil eine gemeinsame Sprachkultur und das Bewusstsein einer gemeinsamen Wertekultur fehlen. Ethische Diskussionen erfolgen dann eher berufsgruppenintern statt interdisziplinär. Gleichzeitig spielen heutzutage Interessen der Gesamteinstitution wie Forschungsstandort, betriebswirtschaftliches Ergebnis, Image der Institution und die mit Kosten verbundene Umsetzung von Forschung eine immer wichtigere Rolle (z.B. Nichtberücksichtigung der Erkenntnisse aus der sog. Aiken- und Rich-Studie über den Zusammenhang von Patientenmortalität und dem Ausbildungsgrad von Pflegepersonen).

Für die grossen Fragen werden inzwischen gemeinsame Antworten gefunden. Richtlinien bestehen zum Beispiel bezüglich der Frage, ob Beihilfe zum Suizid in der Institution toleriert wird oder nicht. Doch der Alltag stellt oft ethische Fragestellungen im Kleinen, welche Sofortentscheide verlangen. Ethik-Boards oder -Kom-

missionen existieren und funktionieren zwar, aber können unter Umständen nicht in Kürze einberufen werden. Pflegende verfügen über eine hohe moralische Sensibilität und handeln nach ethischen Grundsätzen – so meine Erfahrung aus der Praxis. Sie wollen in ethischen Fragen Verantwortung wahrnehmen, bei Entscheidungen miteinbezogen werden und diese mittragen. Oft scheitern sie aber an den Rahmenbedingungen, respektive an Strukturen, in denen ihr Potential zur Klärung und Lösung von Konflikten schlichtweg untergeht bzw. noch viel zu oft auf Verwaltungsebene nicht erwünscht ist. Als Beispiel kann die Situation akuten Personalmangels aufgeführt werden: Pflegende spezifischer Betriebe bzw. einzelner Abteilungen haben hier aus innerer Not heraus sogenannte Entlastungsformulare kreiert, um sich vor strafrechtlichen Folgen zu schützen – aber auch um die Vorgesetzten bis hin zur Spitalleitung aufzurütteln. Darin halten sie schriftlich Situationen fest, in denen sie – entgegen ihrer moralischen Grundhaltung – infolge unzureichender Rahmenbedingungen gefährlich pflegen müssen.

Die Gemeinsamkeiten der Pflegeethik und der ärztlichen Ethik sind vorhanden. Für die Umsetzung habe ich hingegen Bedenken, zumal sich die Politik und die Versicherer nicht wirklich dafür interessieren, denn „Ethik“ kann monetär nicht verrechnet werden. Aus berufspolitischer Sicht wird sie als *gemeinsame* – und dadurch stärkere – Ethik diese Stärke beweisen müssen in der Diskussion um die Mittelverteilung, in der Antwort auf den drohenden Personalmangel von Ärzten und Pflegenden, aber auch im Bezug auf das vor der Tür stehende DRG-System.

Die Ethikkommission des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und -männer

Ethique des soins et société

*Claudine Braissant, Belmont**

Depuis sa création en 1986, les réflexions et les travaux de la commission d'éthique de l'ASI et du corps infirmier en général ont été alimentés par des questions et remises en question touchant à la fin de la vie, aux concepts de dignité et d'autonomie, à la protection et sécurité des plus vulnérables, à l'accès pour tous à des soins sûrs et respectueux, au droit des soignants à agir selon leur conscience, aux conséquences d'une rationalisation / rationnement progressif des soins.

Ces problèmes touchent toute la société au travers des usagers des services de soins et de l'ensemble des professionnels de la santé, ils sont largement discutés dans les milieux médicaux, politiques, économiques. On peut dès lors se demander en quoi la perspective éthique infirmière est complémentaire et/ou différente dans les débats touchant, par exemple, le développement des soins palliatifs, l'entrée de l'assistance au suicide dans les établissements de soins, la prise en charge des personnes âgées dépendantes, les soins des personnes souffrant d'atteintes cérébrales de longue durée, les situations de transplantations d'organes, le dépistage et prévention de la maltraitance, les décisions de réanimation. La réponse est simple : dans ces domaines, - et bien d'autres -, c'est journalièrement que les soignants doivent rechercher le geste, l'attitude, l'argument, la collaboration, la décision permettant, dans les limites des structures, de passer des positions de principe et des recommandations générales à l'application pragmatique la plus favorable possible au patient - chaque fois différent - tout en restant en paix avec eux-mêmes ... et les autres ! La fréquence de cette confrontation directe aux problèmes existentiels influence fortement la manière dont les infirmières

approchent les questions éthiques ; elle souligne à la fois leurs besoins de formation et la crédibilité de leur contribution au débat général.

Soutenue par le Comité central de l'ASI, relayée par l'activité individuelle de ses membres et celle de collègues expérimenté-e-s dans l'éthique des soins, la commission d'éthique a cherché, au fil des ans, à développer une action normative, formative et d'influence : proposition de normes de référence, de recommandations de bonne pratique, d'outils de connaissances, prises de position que les documents publiés et les contacts directs ont contribué à faire connaître ; implication dans les groupes et commissions pluridisciplinaires ; recherche de moyens de diffusion ; participation à toute forme de réflexion « citoyenne » dans le domaine de l'éthique et des soins ...

Au fil des ans, l'éthique est entrée dans tous les discours mais sait-on toujours de quoi on parle ?... un grand travail de sensibilisation et de formation a été fait mais tout est ouvert ... et le restera car c'est le propre de la réflexion éthique : de nouveaux questionnements surgissent sans cesse, les acteurs et leurs valeurs changent, les ressources se modifient ..., rien ne peut être définitivement acquis dans la recherche de la meilleure attitude professionnelle possible dans l'humanité d'un quotidien toujours différent.

Ethik, Berufspolitik und Praxis

*Bianca Schaffert-Witvliet (Mägenwil)***

Die Ethikkommission des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und -männer (SBK)

* Infirmière, MSN, présidente de la commission d'éthique de l'ASI de 1996 à 2003, E-mail : claudine.braissant@bluewin.ch

** Bianca Schaffert-Witvliet, MNS, Mägenwil, Präsidentin der SBK-Ethikkommission, E-mail: bianca.schaffert@gmx.ch

ist ein Expertenorgan des SBK¹. Sie besteht seit 1986 aufgrund einer Motion der Genfer Sektion des SBK an der Delegiertenversammlung von 1985. Als erste grössere Arbeit nahm die Kommission das Erarbeiten von ethischen Grundsätzen für Pflegende in Angriff. Diese erscheinen 1990² und wurden 2003³ grundlegend überarbeitet.

Die Ethikkommission des SBK umfasst 7-9 Mitglieder. Ein Mitglied ist Delegierter des Zentralsekretariats des SBK. Die anderen Mitglieder stammen aus verschiedenen Sprachregionen und aus verschiedenen Berufsfeldern der Pflege. Gewählt werden sie vom Zentralvorstand des SBK. Eine Amtsperiode dauert vier Jahre, wobei es keine Beschränkung der Amtszeit gibt.¹ Geschäftssprachen sind deutsch und französisch. Die Kommission trifft sich vier Mal pro Jahr zu ganztägigen Sitzungen in Bern.

Ein wichtiges Tätigkeitsgebiet der Kommission ist die Bereitstellung von Unterlagen und Materialien zuhanden der Pflegenden, die das Ziel haben, ethische Reflexion zu fördern. So überarbeitet sie in mehrjährigen Abständen ethischen Richtlinien für die Pflegenden in der Schweiz, letztmals 2003 (Dokument „Ethik in der Pflegepraxis“). Die Kommission arbeitet mit anderen Kommissionen wie der Zentralen Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, in welche 2 Mitglieder delegiert sind, und der akademischen Fachgruppe Ethik zusammen. Erneuert wurde für 2009 auch die direkte Zusammenarbeit im Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Biomedizinische Ethik (SGBE). Aktuelle ethische Themen, die kontrovers und für die Pflegenden von Bedeutung sind, nimmt die Kommission auf, diskutiert sie intern und veröffentlicht bei Bedarf einen sog. ethischen Standpunkt dazu. Bisher erschienen sind die

Standpunkte zur Beihilfe zum Suizid⁴, zum Vorgehen bei Gefährdung einer minimalen Pflegequalität⁵ sowie zur Grippeimpfung⁶. Geplant ist ein Standpunkt zu Gewalt in der Pflege. Ferner berät die Kommission die Organe des Berufsverbandes in ethischen Fragen.

Sichtbar wird die Ethikkommission auch an den meisten jährlich stattfindenden SBK-Kongressen, an denen sie in verschiedenen Formen aktuelle ethische Themen aufgreift wie den Umgang mit Mitarbeitern, deren Leistungen nicht mehr genügen oder die Verweigerung von Pflege (z.B. Umlagern und Körperpflege) durch den urteilsfähigen Patienten. Daneben stellt die Ethikkommission des SBK das Gremium dar, welches zuhanden des Berufsverbandes Stellungnahmen formuliert zu Vernehmlassungen, die ethische Inhalte aufweisen, allen voran medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), in deren Subkommissionen regelmässig Mitglieder der Ethikkommission vertreten sind. 2008 standen dabei die Vernehmlassung zu den Richtlinien zu „Medizinische Betreuung und Behandlung von Menschen mit Behinderung“⁷, „Lebendspende von soliden Organen“⁸ und „Reanimationsentscheidungen“⁹ im Vordergrund. Darüber hinaus nimmt die Kommission auch an Vernehmlassungen zu Gesetzen oder Fragestellungen teil, die vom Bund an den SBK gelangen und einen ethischen Blickwinkel beinhalten, so etwa das Transplantationsgesetz, das revidierte Vormundschaftsrecht oder das Humanforschungsgesetz.

Anhand von zwei ethischen Standpunkten der Kommission kann der spezifisch pflegeri-

¹ Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen- und -männer (1996). Ethikkommission Reglement vom 24.10.

² Schweizerischer Berufsverband der Krankenschwestern- und Krankenpfleger (1990). Ethische Grundsätze für die Pflege.

³ Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen- und -männer (2003). Ethik in der Pflegepraxis.

⁴ Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen- und -männer (2005). Ethischer Standpunkt 1 Beihilfe zum Suizid.

⁵ Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen- und -männer (2007). Ethischer Standpunkt 2 Verantwortung und Pflegequalität.

⁶ Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen- und -männer (2008). Ethischer Standpunkt 3 Pflegefachpersonen und Grippeimpfung

⁷ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2008). Medizinische Betreuung und Behandlung von Menschen mit Behinderung

⁸ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2008). Lebendspende von soliden Organen

⁹ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2008). Reanimationsentscheidungen

sche Schwerpunkt der Reflexion aufgezeigt werden:

1. Ethischer Standpunkt zu Beihilfe zum Suizid⁴. 2004 veröffentlichte die SAMW ihre überarbeiteten medizinisch-ethischen Richtlinien zur „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“¹⁰. Darin wurde zum ersten Mal erwähnt, dass ein Arzt im Einklang mit seinem menschlichen Gewissen, nicht mit seiner ärztlichen Tätigkeit, Beihilfe zum Suizid leisten darf. Für die Ethikkommission war es wichtig diesen Aspekt aufzugreifen und klar zu stellen, dass es Pflegenden frei gestellt ist, bei einem ärztlich assistierten Suizid dabei zu sein oder auch nicht, aber dass Handlungen im Zusammenhang mit dem Suizid wie die Medikamentenzubereitung nicht an Pflegende delegierbar sind.
2. Ethischer Standpunkt zur Grippeimpfung⁶: Da sich Pflegende bei Kampagnen der Grippeimpfung aus verschiedenen Gründen deutlich seltener impfen lassen als andere Gruppen im Gesundheitswesen und deswegen in den letzten Jahren von diversen Medien als „grosse Gefahr für Patienten“, die sie mit Grippe anstecken können, an den Pranger gestellt wurden, hat die Ethikkommission das Thema aufgegriffen und in einer ethisch argumentierten Stellungnahme aufgezeigt, dass alle Pflegenden ihre Entscheidung zur Impfung auf Grundlage der Fakten sorgfältig treffen und begründen müssen, dass aber die ethischen Aspekte von Autonomie und nicht Schaden unterschiedlich gewichtet werden können. Immer aber liegt die Verantwortung sich um die Fakten zu kümmern und informiert und sorgfältig zu entscheiden bei der betreffenden Pflegenden.

¹⁰ Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2004). Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende

Therapieabbruch auf einer Intensivstation: Interprofessionelle Entwicklung ethischer Richtlinien für den klinischen Alltag

Die pflegerische Perspektive

Ursi Barandun Schäfer (Olten)*

Meinungsverschiedenheiten über die ethisch sinnvolle Therapieintensität können für das Team einer Intensivstation sehr belastend sein. Meist schlagen Pflegende eine Therapiebegrenzung zu einem früheren Zeitpunkt des Krankheitsverlaufs vor als Ärzte. Vermutlich bewerten wir das potentielle Leid der Patienten stärker, weil wir mehr Zeit bei ihnen verbringen. Ärzte scheinen dem potentiellen Nutzen der Therapie mehr Gewicht zu geben. Deshalb hat das Leitungsteam der Intensivstation am Kantonsspital Olten ein Ethikprojekt initiiert. Nach einer ganztägigen interprofessionellen Retraite zur Diskussion unter 14 Interessierten des Personals, bildeten wir eine Arbeitsgruppe mit vier Ärztinnen und Ärzten¹ und fünf Pflegenden². Während eines Jahres erarbeitete diese Gruppe ein Prozedere, wie künftig schwierige ethische Entscheidungen interprofessionell abgestützt werden sollen. Ferner wurde eine ethische Richtlinie zur konkreten Umsetzung von Therapieabbrüchen formuliert. Ausgangspunkt stellten die Resultate einer Literaturübersicht³ und einer Befragung von Kolleginnen anderer Deutschschweizer Intensivstationen, die ähnliche kritische Aspekte hervorbrachten⁴. Anhand mehrerer Entwürfe

diskutierten wir diese in der Gruppe, bis wir zu einem Konsens über wichtige Fragen kamen. Zu manchen Aspekten befragten wir weitere Teammitglieder, um die Akzeptanz unserer Ergebnisse zu erhöhen. Die Resultate überprüften wir anhand einiger exemplarischer Fälle.

Die *Richtlinie zur Entscheidungsfindung* gibt die inhaltlichen und organisatorischen Vorbereitungen und den Ablauf der moderierten Diskussion anhand von fünf Schritten vor. Deren Kern stellt die ethische Bewertung der Handlungsoptionen anhand der Prinzipien Autonomie, Gutes tun, nicht Schaden und Gerechtigkeit vor, wie sie von Beauchamp und Childress (2008) beschrieben werden, an denen sich sowohl Ärzte (SAMW 1999 und 2004) als auch Pflegende (SBK, 2003) orientieren. Die *Richtlinie zur konkreten Umsetzung von Therapieabbrüchen* beschreibt und erläutert fünf Grundsätze für die klinische Betreuung. Handlungsleitend sind die Therapieziele *möglichst grosser Komfort/ Lebensqualität* und *Linderung des Leidens/Symptomkontrolle*. Praktische Massnahmen dazu sind aufgeführt.

Obwohl wir erst am Anfang der Umsetzung stehen, haben wir schon Einiges erreicht. Alle Mitglieder der Arbeitsgruppe schätzen es sehr, durch die Auseinandersetzung in der Gruppe mehr Verständnis und Vertrauen in die andere Berufsgruppe aufbauen zu können. Das Pflegeteam der IPS hat beide Richtlinien wie die zu Beginn des Projektes angebotenen Ethikfortbildungen und Ethikfallbesprechungen sehr positiv aufgenommen. Schwieriger ist aufgrund der deutlich höheren Fluktuation der Einbezug der Assistenz- und Oberärzte.

Literatur

tende Massnahmen schrittweise reduziert oder abrupt gestoppt werden? Welche Umstände legitimieren terminale Sedation, Extubation oder Relaxation?

* MNS, Intensivpflegefachfrau, Pflegeexpertin Notfallstation und Intensivstation Kantonsspital Olten. E-Mail: ubarandun_ol@spital.ktso.ch

¹ Leitende Ärztin Chirurgie, Oberärztin Anästhesie, Oberarzt Medizin, ärztlicher Leiter der Intensivstation.

² Weiterbildungsleiterin Intensivpflege, drei Intensivpflegefachleute, Pflegeexpertin (Gruppenleitung).

³ Literatursuche in der Datenbank Medline/Pubmed, und in Google Scholar. Neben theoretischen und empirischen Publikationen erhielten die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften und Nationaler Intensivmedizin-Verbänden besondere Aufmerksamkeit.

⁴ Beispiele: Ist der Patientenwille der alleinige Massstab? Welchen Gestaltungsspielraum soll es bei Therapieabbruch geben? Sollen lebenserhal-

Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2008). Principles of Biomedical Ethics. 6 ed.. Oxford University Press

SBK ASI (2003). Ethik in der Pflegepraxis. Bern: Schweizerischer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner.

SAMW (1999). Medizinisch-ethische Richtlinien zu Grenzfragen der Intensivmedizin. Basel: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.

SAMW (2004). Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW. Basel: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.

Die ärztliche Perspektive

*Reto Paganoni, Olten**

Ob eine intensivmedizinische Massnahme bzw. Intervention bei einem bestimmten Patienten zu einem bestimmten Zeitpunkt (noch) sinnvoll ist oder nicht, wird nicht nur *inter*professionell, das heisst zwischen den betreuenden Berufsgruppen der Intensivstation, also Pflegefachpersonen und Ärzte, sondern zuweilen auch *intra*professionell, das heisst innerhalb des Pflege- bzw. Ärzteteams, unterschiedlich beurteilt. Dies kann zu Meinungsverschiedenheiten unter den Teammitgliedern und gelegentlich sogar zu interprofessionellen und interpersonellen Konflikten führen. Die Gründe für diese unterschiedlichen Standpunkte sind sehr mannigfaltig und können hier nur angedeutet werden.

Einer der Hauptursachen liegt aber bestimmt in der Tatsache begründet, dass in sehr vielen Fällen der Patient keine klare und dokumentierte Willensäußerung bezüglich der medizinischen Aktivität im Falle des Eintretens der konkret vorliegenden Situation geäussert hat. Die Entscheidung über das Ausmass der Aktivität in einer solchen Situation ist dann natürlich sehr schwierig und kann letzten Endes dazu führen, dass der „mutmassliche“ Wille des Patienten mit einer „gut gemeinten“ intensivmedizinischen Maximaltherapie gleichgesetzt wird. Dass eine solche Gleichsetzung nicht in jedem Fall auch dem tatsächlichen Willen des Patienten

entspricht, leuchtet ein. Aber auch ein äusserer Druck, vermittelt durch die Angehörigen des Patienten und / oder von mit behandelnden Kollegen, kann nicht unerheblich zur Entscheidung bezüglich Weiterführen oder Einstellen einer bereits begonnenen Therapie („withdraw“) bzw. in Bezug auf den Beginn oder Verzicht einer theoretisch machbaren Behandlung („withhold“) beitragen. Neben einem – ethisch betrachtet – nicht immer ganz zeitgemässen medizinischen Verständnis, alles medizinisch Machbare tatsächlich auch tun zu müssen, um letzten Endes auch Gutes getan zu haben, kann eine mangelnde Berufserfahrung ebenfalls ausschlaggebend sein. Der Stellenwert palliativer Massnahmen im intensivmedizinischen Kontext wird heutzutage erst langsam erkannt und vielerorts leider immer noch geringer gewichtet, als eine (intensiv) medizinische Maximaltherapie. Selbstverständlich können auch der persönliche philosophisch – moralische Hintergrund, die persönliche Lebenseinstellung, sowie das eigene Verständnis über Sinn und Unsinn intensivmedizinischer Massnahmen in solchen Grenzsituationen eine medizinisch – ethische Entscheidung mit beeinflussen. So unbestritten die Tatsache ist, schwierige ethische Entscheidungen in der Intensivmedizin möglichst „objektiv“ fassen zu wollen, so schwierig ist doch der Prozess, um zu eben dieser Entscheidung zu finden und die getroffene Entscheidung anschliessend auch konsequent umzusetzen. Der im 1. Teil skizzierte Gang, den wir für unsere Station gewählt haben, soll helfen, den Pfad einer solchen Entscheidungsfindung aufgrund der Analyse klar definierter und strukturierter Informationen herbeizuführen, den getroffenen Entscheid zwischen und innerhalb den Berufsgruppen breit abzustützen, um ihn dann letzten Endes auch tragfähig zu machen.

* Dr. med., Co-Chefarzt Departement Perioperative Medizin, Ärztlicher Leiter Interdisziplinäre Intensivstation, Kantonsspital Olten,
E-Mail: rpaganoni_ol@spital.ktso.ch

Interdisziplinäre Entscheidungsfindung: Erfahrungen aus der Psychiatrie in den Niederlanden

Norbert Steinkamp* und Maarten van Woelderen**, Nijmegen

* PhD, dipl.theol., ** MSc, Institut für Qualität, Abteilung Ethik, Philosophie und Geschichte der Medizin, Medizinische Fakultät der Universität Nijmegen (NL); Mail: n.steinkamp@iq.umcn.nl; M.vanWoelderen@iq.umcn.nl

Die Nimwegener Methode¹ für die ethische Fallbesprechung ist ein Protokoll, mit dessen Hilfe ein moderiertes Teamgespräch über ein moralisches Problem bei der Behandlung, Pflege und Versorgung eines Patienten strukturiert werden kann. Teilnehmerinnen und Teilnehmer eines solchen Gesprächs sind alle diejenigen, die für den betreffenden Patienten Verantwortung tragen. Patienten und Angehörige nehmen nicht teil. Hierüber wird nach wie vor diskutiert.

Die ethische Fallbesprechung ist damit von vornherein multidisziplinär angelegt. Dies wird vor allem während der Inventarisierungsphase des Gesprächs deutlich: sowohl medizinische als auch pflegerische Gesichtspunkte werden bei der Erhebung von Diagnose, Handlungsoptionen und Prognose berücksichtigt; ferner wird die Situation des Patienten in lebensanschaulicher und sozialer Hinsicht beleuchtet. Aber auch bei der Bestimmung des moralischen Problems am Beginn des Gesprächs ist es wichtig, allen Berufsgruppen die gleichen Möglichkeiten zu gewähren bei der Artikulation ihrer Wahrnehmungen und Ideen.

Die zentrale Rolle der Moderation

Vergleichende Untersuchungen sowie Auswertungen ethischer Fallbesprechungen zeigen die besondere Bedeutung einer guten Gesprächsleitung. Die Verantwortung der Moderation besteht nicht darin, selbst inhaltliche moralische Beurteilungen vorzunehmen. Vielmehr geht es darum, durch eine gut strukturierte und transparente Gesprächsführung jede und jeden im Rahmen begrenzter Zeitressourcen anzuregen, sich einzubringen. Weiterhin achtet der Modera-

tor darauf, dass die Gesprächsteilnehmer beim Thema bleiben.

Sowohl auf somatischen Abteilungen als auch in der Psychiatrie bestätigt sich die bei der Entwicklung der Nimwegener Methode angestellte Überlegung, dass je nach Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe eine andere Art der Verantwortung gegeben ist, eine andere Perspektive eingenommen wird, aus der heraus sich die Situation des Patienten sowie das moralische Problem jeweils anders darstellen. Im klinischen Alltag ermöglichen diese Unterschiede die ganzheitliche Wahrnehmung des Patienten und seiner Bedürfnisse. Im Falle moralischer Probleme kann das Beharren auf der eigenen Sichtweise zwar Sicherheit geben. Es kann jedoch auch die Zusammenarbeit im Team erschweren. Vor allem kann es zu Fehleinschätzungen der Situation führen. Die ethische Fallbesprechung setzt an diesem Punkt an. Sie zielt darauf ab, das produktive Potential der unterschiedlichen Wahrnehmungen und Verantwortlichkeiten für den deliberativen Umgang mit moralischer Unsicherheit zu nutzen. Die moralische Unsicherheit selbst sowie das Eingestehen und Anschauen derselben unterstützt ihrerseits wiederum den deliberativen Umgang mit der Situation.

Unterschiedliche Bewertungen

Im Rahmen einer jüngst durchgeführten Studie in den psychiatrischen Behandlungszentren von Nijmegen werden sowohl die Problemlage als auch mögliche Lösungswege bei der interdisziplinären Zusammenarbeit in der ethischen Fallbesprechung deutlich. Dabei wurden 15 Mitarbeiter verschiedener Berufsgruppen und Abteilungen im Rahmen semi-strukturierter sowie offener Interviews gefragt, worin ihre Bedürfnisse hinsichtlich der Besprechung moralischer Problematik bestehen. Als eines der am häufigsten genannten moralischen Probleme zwischen

¹ Steinkamp, Norbert / Gordjin, Bert: Ethik in der Klinik und Pflegeeinrichtung – ein Arbeitsbuch. 2. überarbeitete Auflage. Neuwied: Luchterhand 2005.

Psychiatern und Pflegenden erweist sich die unterschiedliche Bewertung von Freiheit und Freiheitsbeschränkung. Einige der befragten Pflegenden ließen sich vor allem vom Gedanken einer guten Pflege und Versorgung (Care Perspektive) leiten und waren von dieser Sichtweise her eher bereit, den Patienten strukturierende Beschränkungen aufzuerlegen. Behandelnde Psychiater dagegen optierten häufiger dafür, Patienten ihre Freiheit zu lassen.

Bei konkreten Entscheidungssituationen führten die unterschiedlichen Bewertungen nicht selten zu einer Verstärkung der moralischen Unsicherheit. Sowohl Psychiater als auch Pflegende gaben an, dass ethische Fallbesprechung vor allem eine Rolle spielen solle beim gegenseitigen Verstehen der Unterschiede und wie mit ihnen auf verantwortungsvolle Weise umzugehen sei. Im Hinblick auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann ethische Fallbesprechung sowohl eine auf Erkenntnis als auch eine auf Veränderung und Entwicklung gerichtete Funktion haben. Gemeinsamkeiten und Unterschiede werden erkannt, gegenseitiges Verstehen wird vertieft, und moralische Unsicherheit kann im Team umgeformt werden zu verantwortungsvollen Entscheidungen, die offen sind für Evaluation und gegebenenfalls Revision.

EACME Annual Meeting

Multiculturalism, Religions, and Bioethics

10-11 September 2009

Polo Didattico San Basilio - University of Venice

In 2009 Fondazione Lanza (Padua), "Ca' Foscari" University of Venice, and the European Association of Centres of Medical Ethics (EACME) will organise the EACME annual conference. Fondazione Lanza will be the co-ordinator and the University of Venice will be the host of the event.

The event is organized on the occasion of the 20th anniversary of Fondazione Lanza.

There are four central topics:

- Multiculturalism, Religions and Bioethics in a Post-Modern Society;
- Universal Values and General Ethical Standards in a Multicultural Context;
- Towards a Mediterranean Bioethics;
- Healthcare in the Context of Migration: Social Aspects of Care and Vulnerability.

For more information:

www.webethics.net/eacme2009/

SGBE-SSEB: changement de président



Markus Zimmermann-Acklin quitte la présidence de la Société Suisse d’Ethique Biomédicale.

Théologien, éthicien, philosophe, auteur de nombreuses publications dans le domaine de l’éthique appliquée et de la bioéthique, vice-président de la Commission Centrale d’Ethique de l’Académie Suisse des Sciences Médicales, il a imprimé à la SSEB durant sa présidence une direction durable comme société professionnelle au service de membres issus d’horizons professionnels très divers. Avec une tranquille efficacité et un don toujours renouvelé de fédérateur à travers les barrières disciplinaires, il a accompagné entre autres un renouvellement important de la composition et du fonctionnement du comité, le développement de plates-formes d’échange autour de la pratique et de la recherche en bioéthique, et le lancement de *Bioethica Forum*, la première revue de bioéthique à politique éditoriale en Suisse. La SSEB, qui fête ses vingt ans en 2009, doit à sa présidence beaucoup plus qu’il n’aurait été raisonnable d’attendre en trois ans.

Markus Zimmermann-Acklin demeure membre du comité de la Société, ainsi qu’éditeur du SGEB *Bulletin* SSEB et de la série Folia Bioethica.

Samia Hurst succède à Markus Zimmermann-Acklin comme présidente de la Société Suisse d’Ethique Biomédicale.

Bioéthicienne et médecin, elle est maître d’enseignement et de recherche à l’Institut d’éthique biomédicale, et consultante éthicienne du Conseil d’éthique clinique des Hôpitaux Universitaires de Genève.

Membre du comité de la SSEB depuis 2004 et vice-présidente depuis 2007, elle en édite la revue *Bioethica Forum*. Elle-même auteure de nombreuses publications référencées tant en bioéthique, qu’en médecine et en philosophie, elle compte depuis plusieurs années parmi les représentants de la SSEB auprès de l’Académie Suisse des Sciences Humaines. Elle est également membre de la Commission Centrale d’Ethique de l’Académie Suisse des Sciences Médicales, ainsi que de plusieurs sociétés internationales de bioéthique et d’éthique clinique.



Erfolgreicher Spendenaufwurf

Anfang Dezember letzten Jahres haben Markus Zimmermann-Acklin, der scheidende SGBE-Präsident, und Samia Hurst, die neue Präsidentin gemeinsam allen Mitgliedern einen Spendenaufwurf zukommen lassen. Die Lancierung von Bioethica Forum als wissenschaftlicher Zeitschrift und die Aufschaltung der dazugehörigen Website (www.bioethica-forum.ch) haben in der Vereinskasse ein grosses Loch hinterlassen. Erfreulicherweise gingen auf den Spendenaufwurf über Fr. 6'000.- ein. Der Vorstand der SGBE freut sich über dieses Zeichen der Wertschätzung und dankt allen Spenderinnen und Spendern für ihre grosszügige Unterstützung.

Un appel aux dons couronné de succès

Début décembre de l’année passée, Markus Zimmermann-Acklin, le président sortant de la SSEB, et Samia Hurst, la nouvelle présidente, avaient lancé ensemble un appel aux dons à tous les membres de la SSEB. Le lancement de la revue scientifique Bioethica Forum et l’ouverture du site internet correspondant (www.bioethica-forum.ch) sont à l’origine d’un déficit important dans les comptes de l’association. Grâce à l’appel aux dons, Fr. 6'000.- ont pu être récoltés. Le comité de direction de la SSEB se réjouit de ce signe d’estime et remercie tous les donateurs pour leur soutien généreux.

Wettbewerb Die Zukunft der Bioethik

Anlässlich des 20-jährigen Jubiläums der Schweizerischen Gesellschaft für Biomedizinische Ethik (SGBE) schreibt *Bioethica Forum* einen Wettbewerb zum Thema „Die Zukunft der Bioethik“ aus. Gefragt sind Beiträge, die mögliche – positive oder negative – Zukunftsszenarien der Bioethik für die nächsten 20 Jahre beschreiben. Die Manuskripte müssen bis spätestens 30. Juni 2009 eingereicht werden. Vergeben werden maximal drei Preise und ein Studierendenpreis. Siegerin bzw. Sieger des Jubiläumswettbewerbs und Gewinnerin bzw. Gewinner des Studierendenpreises werden eingeladen, ihre Texte am Jubiläumssymposium der SGBE im Dezember 2009 zu präsentieren und erhalten einen finanziellen Beitrag an ihre Reise- und Übernachtungskosten. Zudem werden die Essays 2010 in *Bioethica Forum* veröffentlicht.

Wettbewerbsbeiträge können sich auf verschiedenste bioethische Einzelaspekte oder auch auf die Bioethik insgesamt beziehen. Die Zukunftsszenarien können sich mit internen Veränderungen oder auch methodologischen Entwicklungen beschäftigen, aber auch mögliche neue Fragestellungen, gesellschaftliche oder wissenschaftliche Veränderungen aufgreifen. Als Beurteilungskriterien werden Plausibilität und Qualität der Argumentation geprüft, aber auch Kreativität und Humor gewichtet.

Am Wettbewerb teilnehmen können alle, die im Bereich und Umfeld der Bioethik studieren oder forschen, beispielsweise in der Philosophie, den Rechtswissenschaften, der Medizin, Pflege oder Soziologie. Wettbewerbsbeiträge können sowohl aus der Schweiz als auch dem Ausland eingereicht werden.

Die eingereichten Manuskripte sollten in englischer, deutscher oder französischer Sprache verfasst sein und dürfen den Umfang von 4000 Wörtern nicht überschreiten. Bitte senden Sie Ihren Beitrag zusammen mit einem kurzen Lebenslauf und dem Betreff „Wettbewerb Zukunft der Bioethik“ bis spätestens 30. Juni 2009 an contact@bioethica-forum.ch. Die Entscheidungen werden den Teilnehmenden Anfang September 2009 mitgeteilt.

Concours Le Futur de la Bioéthique

En célébration du 20^e anniversaire de la Société Suisse d’Ethique Biomédicale (SSEB), sa revue *Bioethica Forum* organise un concours dans le but d’imaginer, et défendre –ou critiquer– des scénarios possibles pour l’avenir de la Bioéthique dans les *prochaines* 20 années. Le délai de soumission est le 30 juin 2009. Jusqu’à trois prix seront décernés, ainsi qu’un Prix Etudiant. Les gagnants du premier prix du concours du Jubilé, et du Prix Etudiant, seront invités à présenter leurs articles au symposium du Jubilé de la SSEB en décembre 2009. Ils recevront une bourse pour contribuer à leurs frais. Les articles seront publiés dans *Bioethica Forum* en 2010.

Les articles soumis peuvent aborder d’importe quel aspect de la Bioéthique, ou le champs dans son ensemble, et examiner les scénarios d’avenir en termes d’évolutions internes ou de développements méthodologiques, mais aussi de la manière dont des enjeux émergents, des changements sociaux ou dans le monde académique, ainsi que n’importe quel autre évolution future pourraient affecter notre discipline. Les gagnants seront sélectionnés sur la base de la plausibilité et de la qualité des arguments avancés pour ou contre le futur envisagé, mais aussi de la créativité et de l’humour.

Les chercheurs à tout stade de carrière, ainsi que les étudiants en bioéthique et toute discipline apparentée, comprenant par exemple la philosophie, le droit, la médecine, les soins infirmiers, et la sociologie, sont encouragés à participer. La participation au concours n’est pas limitée à la Suisse.

Les manuscrits envoyés doivent être en anglais, français, ou allemand, et ne pas dépasser 4000 mots. Envoyez votre soumission avec un bref CV et l’indication «Future of Bioethics Competition» à: contact@bioethica-forum.ch, au plus tard le 30 juin 2009. Les résultats seront communiqués aux participants début septembre 2009.

Agenda

10. Juni 2009, Bern:

Ökonomisierung der Medizin? Die Einführung der DRG an Schweizer Spitälern als ethische Herausforderung

Gemeinsame Tagung von NEK und SAMW

Informationen: www.samw.ch

September 10-11, 2009, Venice:

EACME Annual Meeting «Multiculturalism, Religions, and Bioethics»

Information: www.webethics.net/eacme2009

4. Dezember 2009, Bern:

Jubiläumstagung «20 Jahre SGBE-SSEB»:

Die Zukunft der Bioethik

Informationen: www.sgbe-sseb.ch

Impressum

SGBEbulletinSSEB

wird herausgegeben von der

Schweizerischen Gesellschaft für Biomedizinische Ethik SGBE-SSEB

Redaktionskommission: Markus Zimmermann-Acklin (verantwortlich), Hermann Amstad

ISSN 1662-6079

SGBEbulletinSSEB No. 59 erscheint im September 2009; Redaktionsschluss: 15. August 2009.

Sekretariat SGBE/SSEB, REHAB Basel,

Postfach, 4025 Basel

Tel. ++41 (0)61 325 00 53 / 325 01 10,

Fax ++41 (0)61 325 01 21

E-Mail : info@bioethics.ch