

Dozent (PD) Univ. Lektor Dr. Andreas Klein

Klinische Ethikkomitees in Österreich vernachlässigt



Ethische Fragestellungen und ethischer Klärungsbedarf in Kliniken oder auch in pflegerischen Betreuungseinrichtungen nehmen sukzessive zu. Dieser Umstand hat nur teilweise damit zu tun, dass immer mehr Fragen mit ethischen Aspekten in der alltäglichen Praxis auftreten, sondern vor allem auch mit einem vertieften und sensibilisierten Verständnis der eigenen ärztlichen wie pflegerischen Tätigkeit im Zusammenhang mit (Rechts-) Ansprüchen von Patienten und bedürftigen Personen. Exemplarisch geht es beispielsweise um Fragen von Behandlungsbegrenzungen und Behandlungsabbrüchen (Therapiezieländerungen), Aufklärung und Einwilligung (informed consent), Differenzen im Verständnis von Fürsorgepflicht und Respekt vor der Patientenautonomie oder auch um Allokationsfragen, also um gerechte und faire Verteilung von stets knappen Ressourcen. Hinzu kommen weitere Faktoren wie etwa die Zunahme des medizinischen Fortschritts, Kommunikationsprobleme zwischen beteiligten Akteuren, ökonomische Gesichtspunkte oder auch (moralische) Divergenzen zwischen den Gesundheitsberufen. Nicht zu unterschätzende (aber meist erheblich unterschätzte) Fragen ergeben sich im Zusammenhang mit interkulturellen, transkulturellen oder kultursensiblen Aspekten, da Gesundheitsberufe über kulturelle Eigenheiten und Besonderheiten, die berücksichtigt werden sollten, häufig nur unzureichend informiert und geschult sind. Dies betrifft übrigens auch Bereiche der Obduktion, der Medikamentenverschreibung, der Kommunikation und viele weitere.

Was sind Klinische Ethikkomitees (KEK)?

KEKs sind multidisziplinär besetzte Kleingremien zur Unterstützung bei ethisch relevanten Fragen im Kontext klinischer oder anderer Betreuungseinrichtungen, die einer vertieften multiperspektivischen Erörterung bedürfen. Sie fungieren nicht als Entscheidungs-, sondern als Beratungsorgan mit dem Ziel der Erstellung von Empfehlungen für eine ethisch gerechtfertigte Vorgehensweise in strittigen oder

Autor: Dozent (PD) Univ. Lektor Dr. Andreas Klein

© Dezember 2017 · NÖ PPA · Laut gedacht · Klinische Ethikkomitees

Seite 1 von 10

problematischen Fällen. Das Augenmerk liegt hierbei bei der Besprechung und Diskussion von aktuell auftretenden Problemfällen (Fallbesprechungen), deren Erwägung nicht einzig den ärztlichen oder pflegerischen Diensten überlassen bleiben muss und selbst für diese Berufe häufig vor Grenzen und Überforderungen stellen. Es sollen auf breiterer Basis ethisch plausible Lösungen erarbeitet werden. Dabei wird ein Konsens in einem (herrschaftsfreien) Diskurs angestrebt. Als zusätzlicher Benefit dieser Gremientätigkeit ergibt sich auch ein Rahmenwerk für Entscheidungen für künftige Fälle (prospektiv), die ähnlich gelagert sind. Ebenso können zurückliegende Fälle besprochen werden (retrospektiv). Damit erbringen KEKs eine erhebliche Entlastungsfunktion für behandelnde Ärzte und pflegerische Professionen, da die zu treffenden schwierigen Entscheidungen in ein größeres Spektrum qualitativ hochwertiger Perspektiven eingebettet werden können. Die Letztentscheidung verbleibt selbstverständlich weiterhin bei den rechtlich vorgesehenen Entscheidungsträgern, also je nach Verantwortungsbereich den Ärzten, der Pflege oder natürlich bei den Patienten selbst. Denn in letzter Konsequenz sind es stets die Patienten, die einer Behandlung zustimmen müssen oder eine vorgeschlagene oder indizierte Behandlung auch ablehnen können, sofern sie einsichts- und zustimmungsfähig sind. Auf diese Aspekte wird später noch eingegangen.

Neben den genannten Aufgaben gibt es noch weitere relevante Tätigkeitsbereiche, wie etwa die Mitwirkung und Erstellung von konkreten Leitlinien oder die Fort- und Weiterbildung von Mitarbeitenden in ethischen Themenfeldern. Auch Ethikberatung und Ethikbegleitung gehören zu diesen Aufgabenfeldern. Damit soll für alle Mitarbeitenden eine verbesserte ethische Kompetenz erreicht werden und nicht etwa eine reine Auslagerung von ethischen Fragestellungen an KEKs. So wäre es durchaus wünschenswert und hilfreich, zumindest einen Ethikexperten als fix angestellte Bezugsperson vor Ort in Einrichtungen zu haben. Gerade angesichts der jüngst öffentlich gewordenen Vorfälle in einzelnen Einrichtungen würde sich ein solcher Bezugspunkt – neben anderen notwendigen strukturell-organisatorischen Maßnahmen – als äußerst nützlich erweisen. Allerdings ist Österreich von sämtlichen derartigen Implementierungen weit entfernt.

Eine wichtige Voraussetzung für ein gutes Funktionieren von KEKs und damit für eine qualitativ sinnvolle Unterstützungsleistung ist eine rasche Einberufungsmöglichkeit. Treten aktuell schwierig zu entscheidende Fälle auf, macht es wenig Sinn, wenn die Mitwirkenden eines KEK erst in einigen Tagen oder gar Wochen zusammentreten können. Öfters müssen Entscheidungen und Lösungsansätze zeitnah erfolgen und ein Hinauszögern wäre für alle Beteiligten kontraproduktiv. Eine teilweise Behebung des

Problems bestünde in der Wahl solcher Personen als Mitwirkende, die ohnehin unverzüglich zur Verfügung stehen. Eine andere, allerdings problematische Möglichkeit wäre eine kleinere Anzahl von Mitwirkenden.

Als Mitwirkende eines KEK kommen mehrere Berufsgruppen in Frage, wobei alle Vertreter als prinzipiell gleichberechtigt zu betrachten sind. Dies ist ohnehin der Grundsatz eines jeden sinnvollen Diskurses (Jürgen Habermas), dass sämtliche Diskursteilnehmer ihre Perspektiven und vor allem ihre Gründe und Argumente einbringen dürfen und sollen und erst nach Abwägung und Bewertung der jeweiligen Gründe eine ethisch gerechtfertigte Lösung oder Empfehlung formuliert wird. Insgesamt ist auf ein eher breites Perspektivenspektrum abzielen, um anstehende Fragen aus möglichst unterschiedlichen Gesichtspunkten zu bearbeiten. Gewöhnlich zählen zu den Professionisten zunächst Vertreter von Ärzte- und Pflegeberufen, sodann aus der Verwaltung, dem Sozialdienst, Experten aus Juristik und Ethik, aus der Patientenvertretung (Patientenrechtsvertretung), eventuell aus der Seelsorge (Theologie) und der Psychologie. Strittig ist meist die Hinzuziehung von Angehörigen von aktuell Betroffenen. Dies ist aus mehreren Gründen ungünstig, wenngleich deren Anliegen sehr wohl im Gremium Berücksichtigung finden sollten. Generell muss an dieser Stelle gesagt werden, dass die Befragung von Angehörigen, auch hinsichtlich eines mutmaßlichen Patientenwillens, durchaus heikel sein kann, da nicht immer eindeutig auszumachen ist, welche Interessen (oder auch Ängste und Befürchtungen) die Angehörigen ihrerseits zugrunde legen. Dementsprechend ist auch nicht immer hinreichend klar, ob Angehörige primär im Interesse und zum Wohl des Patienten optieren.

Grundsätzlich sollte die Mitwirkung an KEKs zeitlich befristet sein, so dass auch der entsprechende Aufwand überschaubar bleibt. Zudem sollte das Gremium eine gute Basis besitzen (Geschäftsordnung, [ethische] Grundsätze usw.) zusammen mit einer klaren Aufgabenstellung und Struktur (Ablauf, Moderation, Informationsweitergabe usw.). Wichtig ist zudem die Klärung der Budgetierung – vor allem die Honorierung für externe Experten – bzw. inwieweit die Mitwirkung Teil der Arbeitszeit ist.

Eingaben bzw. Anfragen an ein KEK können einerseits von betroffenen Mitarbeitenden durchgeführt werden, die einen Klärungsbedarf haben, andererseits von Patienten selbst oder auch von Angehörigen. Dadurch erhöht sich unmittelbar die Gewissheit von Patienten und Angehörigen, dass ihre Anliegen ernst genommen werden und eine bestmögliche Lösung für sie erarbeitet wird. Schon von hier aus ergibt sich, dass KEKs fixer Bestandteil der Patientenversorgung sein sollten. Darüber hinaus sind KEKs gute Mittel zur Unterstützung der Qualitätssicherung und zur Steigerung der

Versorgungsqualität und der Unternehmensentwicklung – durch Leitlinienentwicklung sowie Fort- und Weiterbildungen.

Für die Durchführung von ethischen Diskursen in KEKs bieten sich mehrere standardisierte Methoden an, um den Erörterungsprozess strukturiert durchzuführen. Hier ist nicht der Ort einer ausführlichen Darstellung der einzelnen angebotenen Methoden. Erwähnt sei lediglich das sog. Nimwegener Modell, das Modell von Marianne Rabe oder – neben anderen – die sehr ausführliche Methode von Dietz Lange. Für welches Modell oder welchen Modellmix man sich entscheidet, sollte von der KEK selbst erarbeitet werden und zu den jeweiligen Anforderungen passen. Manche Modelle sind stärker an ärztlich-medizinischen Gesichtspunkten orientiert – und deshalb nicht völlig geeignet. Denn durch diese Engführung bleiben weitere wichtige Gesichtspunkte unterrepräsentiert.

Entwicklungslinien

In den USA entstanden bereits früh im 20. Jahrhunderte erste KEKs, allerdings mit unterschiedlichen Bezeichnungen und Aufgaben. Weite Verbreitung fanden KEKs ab den 1970er Jahren. Gegenwärtig müssen sämtliche US-Krankenhäuser eine Struktur zur Erörterung ethischer Fragestellungen nachweisen. Seit den 1990er Jahren begann der Prozess der Etablierung von KEKs auch in Deutschland und dementsprechend sind sie aktuell flächendeckend vorhanden.

Ganz anders sieht die Lage in Österreich aus. Hier ist man bis auf wenige Ausnahmen von entsprechenden Implementierungen noch weit entfernt. Man findet KEKs am ehesten in Einrichtungen mit privater Trägerschaft oder vereinzelt in öffentlichen Spitälern, hier gelegentlich aber mit rein ärztlichen Mitgliedern. Die Gründe für diesen Status quo sind vielfältig. Zu nennen wäre etwa der mangelnde politische (Umsetzungs-) Wille wie auch eine wenig ausgeprägte Einsichtsfähigkeit in die Relevanz und Nützlichkeit solcher Gremien. Zudem ist das österreichische Gesundheitssystem grundsätzlich eher behäbig und Neuentwicklungen gegenüber reserviert. Umso irritierender ist dabei der Umstand, dass sich wichtige Player im Gesundheitswesen schon vor Jahren (z.B. beim Europäischen Forum Alpbach; Gesundheitsgespräche; Fachgruppensitzung) für die dringende Einführung von KEKs ausgesprochen und dies auch als Forderung an die Politik formuliert haben. Dabei ist es bislang auch geblieben.

Das bisher Gesagte betrifft nicht nur die politische Ebene, sondern auch jene der Krankenträger und der entsprechenden Entscheidungsbefugten. Darüber hinaus ist immer noch der Verdacht zu vernehmen, als würden KEKs die Autorität und Entscheidungsbefugnis der Verantwortlichen und vor allem der Ärzte schmälern. Warum sollte man sich auch mit mehreren Experten über solche Themen auseinandersetzen, wenn es bis jetzt auch alleine ging? Zudem erhalten plötzlich Berufsgruppen eine gleichberechtigte Stimme, die hierarchisch nicht auf dem Niveau der Ärzte stehen, wie etwa die Pflege. Nicht zu vergessen ist der notwendige Ressourcenaufwand, vor allem der zeitliche. Übersehen wird dabei allerdings, dass KEKs gerade eine Entlastung für Verantwortliche bieten – es also nicht zu einem Niederrücken von Verantwortlichkeiten kommt. Denn grundsätzlich muss auch der jeweils behandelnde Arzt Auskunft über seine ethischen (und nicht nur rechtlichen) Grundlagen der Entscheidungsfindung geben.

Umgekehrt müssten gerade diese anderen Berufsgruppen, allen voran die Pflege, ein intensives Interesse an der Etablierung von KEKs haben, da dies ihre eigene Professionalität deutlich aufwertet und eine höhere ethische Kompetenz in die Pflegeberufe bringt. Die Pflege würde dadurch erheblich an Sichtbarkeit und Relevanz zulegen. KEKs haben für Pflegeberufe eine Vielzahl positiver Aspekte, bis hin zu einer gesteigerten Arbeitszufriedenheit, höheren Motivation, Sicherheit und für die Kommunikation.

Weitere Hürden bestehen in den allfälligen Kosten, die zu investierende Zeit, der anfallende Organisationsbedarf usw. Freilich sind diese Aspekte keine grundlegenden Hinderungsgründe und es stehen ihnen eine Menge an positiven Gesichtspunkten gegenüber. Wie erwähnt, haben bisher nur sehr wenige (private) Einrichtungen ein KEK. Gerade die sehr ansprechenden Erfahrungen in Deutschland über viele Jahre hinweg und der vereinzelt heimischen KEKs sollten hier eigentlich ein Ansporn sein – sind es aber nicht. Es kann nur der Hoffnung Nachdruck verliehen werden, dass eine neue, reformfreundige Regierung endlich den Mut aufbringt, über den Tellerrand zu blicken und Initiativen zu initiieren. Neben der Pflege sollte die Implementierung von KEKs vor allem auch der österreichischen Patientenadvokatur ein besonderes Anliegen sein, geht es ihr doch explizit um das Wohl und die Anliegen von Patienten.

Weitere Gesichtspunkte

Bezüglich der ethischen Bewertungskriterien wird häufig auf das mittlerweile weltweit favorisierte Prinzipienmodell von Beauchamp und Childress (Principles of Biomedical

Ethics) zurückgegriffen. Dies hat mehrere Vorteile: Einerseits ist es durch diesen Prinzipienansatz nicht zwingend notwendig, auf detaillierte Erörterungen über ethische Theoriebildungen und ihre jeweiligen Vor- und Nachteile einzudringen, sondern kann relativ unmittelbar mit den lediglich vier Prinzipien an die Arbeit gehen. Diese vier Prinzipien sind zudem enorm leistungsfähig und praktikabel, so dass man mit diesem Instrumentarium ohne aufwendige Einarbeitung sehr gut vorankommt.

Es handelt sich dabei um die Prinzipien Autonomie, Nichtschaden, Fürsorge bzw. Wohltun und Gerechtigkeit. Zur Autonomie bzw. Selbstbestimmung zählt auch der Grundsatz des informed consent (auch festgehalten in Art. 3 der EU Grundrechtscharta), wonach Menschen zu den ihn betreffenden gesundheitlichen Angelegenheiten hinreichend aufgeklärt werden müssen und erst nach erfolgter Aufklärung ihre Zustimmung oder Ablehnung zu möglichen Behandlungsoptionen erteilen (oder verweigern). Dem entspricht auch der zentrale § 110 StGB, wonach jede eigenmächtige Heilbehandlung – also ohne Zustimmung des Betroffenen – verboten ist. Patienten dürfen nach eigenen Überlegungen medizinische Interventionen selbstbestimmt ablehnen. Dabei ist freilich wichtig, dass sie die möglichen Konsequenzen dieser Entscheidung hinreichend einsehen. Ist die Einsichts- oder Zustimmungsfähigkeit nicht gegeben, muss stets zum Wohle des Patienten entschieden werden. Das bedeutet auch, dass man den vermutlichen oder mutmaßlichen Patientenwillen zu eruieren sucht, also was würde oder hätte der Patient in dieser Situation für sich gewünscht. Eine Unterstützung in diesen Situationen bieten (verbindliche oder beachtliche) Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten. Allerdings liegt die Verbreitung von Patientenverfügungen derzeit in Österreich immer noch unter 5%.

Hier treten die Prinzipien des Nichtschadens und des Wohltuns unterstützend zur Seite – inklusive des Menschenrechts auf Leben. Allerdings ist dabei stets zu erörtern, welche medizinischen Maßnahmen in konkreten Situationen noch als sinnvoll erachtet werden können. Immerhin bedeutet z.B. ein würdevolles Sterben (vgl. österreichische Patientencharta) nicht per se das ins Unbegrenzte Weiterführen von lebenserhaltenden oder lebensverlängernden Maßnahmen. Auch das Sterben zuzulassen kann eine sinnvolle Option sein, die freilich einer vertieften ethischen Erörterung und Begründung bedarf. Dabei sind natürlich schmerzreduzierende Maßnahmen stets einzubeziehen.

Hier ist nicht der Raum, die vier Prinzipien detailliert zu erörtern, da bei konkreten Fragestellungen zahlreiche Differenzierungen nötig sind. So bezieht sich das Nichtschadensprinzip nicht nur auf das Verbot, aktuell keinen Schaden zuzufügen, sondern auch darauf, drohenden künftigen Schaden abzuwenden.

Das Fürsorgeprinzip wiederum soll am Wohl des Menschen ausgerichtet sein, wobei aber ein Paternalismus unerwünscht ist. Schließlich bezieht sich das Prinzip der Gerechtigkeit auf Fragen der gerechten Verteilung von stets knappen Ressourcen. Damit sind natürlich auch ökonomische Erwägungen (Sparsamkeit) verbunden. Gleichwohl dürfen ökonomische Überlegungen nicht den primären Hauptauschlag geben – wie leider in politischen Diskursen häufig üblich –, sondern sind stets im Kontext der anderen Prinzipien zu verorten. Nichtsdestoweniger sind Sparsamkeitserwägungen stets ethisch relevant, um etwa Verschwendung von kostbaren Ressourcen entgegenzuwirken.

Abgrenzung zu Ethikkommissionen

Leider gibt es immer wieder Unklarheiten in der Unterscheidung zwischen Ethikkommissionen und KEKs, was bereits durch die Namensgebungen befördert wird. (Klinische) Ethikkommissionen sind vorgeschrieben bei Forschungen an Menschen, also etwa für klinische oder andere heikle Studien. Sie sollen die Rechte von Menschen, die in solche Studien einbezogen werden (können), sicherstellen. Dabei stehen beispielsweise Fragen der Risikoabschätzung, der Belastung, der Anonymisierung und des Datenschutzes, des jeweiligen Anreizes (Vergütung), der hinreichenden Aufklärung usw. im Vordergrund. Dies verhilft zu einer transparenten und öffentlich nachvollziehbaren Regelung und Forschung.

Davon unterscheiden sich die Aufgaben und Zielsetzungen von KEKs, wie sie oben beschrieben wurden. Diese Fragen werden von Ethikkommissionen gerade nicht erörtert und stellen somit ein Alleinstellungsmerkmal von KEKs dar. Sie dienen zudem der Qualitätssteigerung medizinischer Versorgung und erhöhen das Vertrauen in die jeweiligen Einrichtungen und überhaupt in das Gesundheitssystem. Dabei stehen das Wohl des Patienten und vor allem das Selbstbestimmungsrecht im Zentrum. Darüber hinaus ergeben sich weitere positive Konsequenzen für das Gesundheitspersonal und für Krankenanstalten – auch durch Leitlinien, Fortbildungen, Verbesserung der Kommunikation der Berufsgruppen, verbesserte Fehlerkultur, gesteigerte Patientenzufriedenheit, höhere Arbeitszufriedenheit, Wettbewerbsvorteil, Verringerung von Rechtsstreitigkeiten usw.

Während jedoch für Ethikkommissionen rechtliche Rahmenbedingungen festgesetzt wurden, beruhen KEKs derzeit immer noch auf der freiwilligen Implementierung durch Krankenhausträger und deren Verantwortliche. Auch wenn es nicht von Vorteil sein sollte (was bezweifelt werden kann), KEKs verbindlich gesetzlich vorzuschreiben, so ist

es auch nicht hilfreich, wenn die Politik hierzu überhaupt keine Anreize leistet. Dabei könnte schon ein erster Schritt darin bestehen, überhaupt so etwas wie ein Register oder eine Liste von vorhandenen Einrichtungen mit KEKs zu führen – auch als Informationsunterstützung für Patienten. Die zentrale Frage, die hier für alle Verantwortlichen zu entscheiden ist, besteht darin, wie wichtig uns eigentlich das Patientenwohl ist und was wir dafür tun. Gemessen an der derzeitigen Verbreitung von KEKs erledigt sich die Antwort weitgehend von selbst.

Literatur

Beauchamp, Tom L. / Childress, James F. (2009): Principles of biomedical ethics, Oxford u.a.

Dörries, Andrea (2010): Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch für Krankenhäuser und Einrichtungen der Altenpflege, Stuttgart.

Düwell, Marcus (2005): Wie viel Ethik verträgt die Medizin?, Paderborn.

Frewer, Andreas (2008): Klinische Ethikkomitees: Chancen, Risiken und Nebenwirkungen, Jahrbuch Ethik in der Klinik 1, Würzburg.

Ransmayr, Sara (2010): Entwicklung und Implementierung klinischer Ethikkomitees. Erfahrungen aus Deutschland und ihr Lernpotenzial für Österreich (Dipl.-Arb.), Wien.

Vollmann, Jochen (2009): Klinische Ethik: aktuelle Entwicklungen in Theorie und Praxis, Kultur der Medizin 29, Frankfurt u.a.

Vollmann, Jochen (2007): Klinische Ethikkomitees und klinische Ethikberatung im Krankenhaus. Ein Praxisleitfaden über Strukturen, Aufgaben, Modelle und Implementierungsschritte, Medizinethische Materialien 164, Bochum.

Über den Autor/ die Autorin:

Dozent (PD) Univ. Lektor Dr. Andreas Klein

AUS- UND FORTBILDUNGEN

1973 – 1981	Volks- und Hauptschule, Wien und Traiskirchen
1981 – 1982	Polytechnischer Lehrgang, Baden bei Wien
1982 – 1985	Lehre als Technischer Zeichner bei Fa. Karl Berger KG, Trumau
1985	Lehrabschlussprüfung
1987 – 1990	Leonhard-Kaiser-Seminar (Evangelische Gemeindemitarbeiterausbildung), Linz
1993 – 1994	Studienberechtigungsprüfung, Universität Wien
1994 – 2000	Studium der Evangelischen Theologie, Universität Wien (Diplomprüfungen mit Ausgezeichnetem Erfolg)
2000 – 2002	Doktoratsstudium der Evangelischen Theologie, Universität Wien
29. Okt. 2002	Promotion mit Ausgezeichnetem Erfolg
März 2009	Habilitation „Systematische Theologie“
2002 bis dato	Mehrere Fortbildungen und Seminare, u.a. zu Ethik im Gesundheitswesen, e-Learning, Wissenschaftliches Arbeiten etc.

BERUFSBIOGRAFIE

Seit 2015	Lebens- und Sozialberatung (psychologische Beratung) und Mediation
Seit 2015	Referent als Gesundheitsexperte beim Zukunftsinstitut (M. Horx)
Seit 10/2013	Prokurist und Mitarbeiter bei Hartinger-Klein Consulting GmbH (Bereich Ethikbegleitung).
Seit Herbst 2013	Universitätslektor der Universität Wien
12/2011 – 9/2013	Assistenzprofessor für Systematisch Theologie am Institut für Systematische Theologie und Religionswissenschaft an der Evangelisch-Theologischen Fakultät der Universität Wien
Seit 30. März 2009	Privatdozent und Lehrbefugnis für Systematisch Theologie am Institut für Systematische Theologie und Religionswissenschaft an der Evangelisch-Theologischen Fakultät der Universität Wien
2000 – 2008	Assistent am Institut für Systematische Theologie der Evangelisch-Theologischen Fakultät der Universität Wien

Autor: Dozent (PD) Univ. Lektor Dr. Andreas Klein

© Dezember 2017 · NÖ PPA · Laut gedacht · Klinische Ethikkomitees

Seite 9 von 10

Impressum

Im Letter LAUT GEDACHT stellen namhafte und erfahrene Expertinnen und Experten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenrechte an. Der Letter erscheint unregelmäßig seit Juli 2001 und findet sich auf www.patientenanwalt.com zum kostenlosen Download.

Herausgeber: NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, A 3109 St. Pölten, Landhausplatz 1, Haus 13
Tel: 02742/9005-15575, Fax: 02742/9005-15660, E-Mail: post.ppa@noel.gv.at

Für den Inhalt verantwortlich: Der Letter dieser Reihe repräsentiert jeweils die persönliche Meinung des Autors. Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Ein Obligo kann daraus nicht abgeleitet werden. Herausgeber und Autoren lehnen jede Haftung ab.

© Copyright: Dieser Letter und sein Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder auch nur auszugsweise Weiterverwendungen nur mit Zustimmung des Herausgebers. Zitate mit voller Quellenangabe sind zulässig.

Autor: Dozent (PD) Univ. Lektor Dr. Andreas Klein

© Dezember 2017 · NÖ PPA · Laut gedacht · Klinische Ethikkomitees

Seite 10 von 10