
Faktenblatt: Ethik

Dank des medizinischen Fortschritts erreichen Menschen mit einer Behinderung heute ein höheres Lebensalter. Entsprechend ergeben sich auch neue Fragestellungen mit ethischer Dimension. Wenngleich viele Themen aus der Altersethik bekannt sind, lassen sie sich nicht unmittelbar übertragen. Denn ältere Menschen mit einer Behinderung weisen eine besondere Verletzlichkeit auf, die sich aus ihrer zuvor bestehenden Beeinträchtigung ergibt. Darüber hinaus können kognitive Einschränkungen spezielle Herausforderungen mit sich bringen, insbesondere wenn sie damit einhergehen, dass einer Person (in bestimmten Situationen) Urteilsunfähigkeit zugeschrieben wird.

Ältere Menschen mit einer Behinderung haben bis an ihr Lebensende Anspruch auf eine angemessene Behandlung und Betreuung. Ihr Alter, ihre Behinderung und eine etwaige Pflegebedürftigkeit dürfen nicht dazu führen, dass ihr indizierte medizinische Massnahmen vorenthalten werden. Die Würde der Person ist jederzeit zu respektieren (INSOS, 2009).

Die CURAVIVA-Publikation «[EPOS – Ethische Prozesse in Organisationen im Sozialbereich](#)» (Schmid, 2011) gibt Mitarbeitenden in Altersinstitutionen und sozialen Einrichtungen einen Leitfaden in die Hand, wie in der alltäglichen praktischen Arbeit ethisch verantwortungsvolle Entscheide erzielt werden können.

Würde

Jedem Menschen kommt durch sein Menschsein eine unverlierbare Würde zu. Die [Allgemeine Erklärung der Menschenrechte](#) der Vereinten Nationen (UN) hält fest: «Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren» (AEM Art. 1). Gemäss Schweizer [Bundesverfassung](#) (Art.7) ist die Würde des Menschen zu achten und zu schützen. Die Achtung der Menschenwürde kommt in der Respektierung der Autonomie zum Ausdruck: Über wesentliche und persönliche Aspekte ihres Lebens sollen Personen selbst bestimmen können. Das gilt auch dann, wenn die Fähigkeiten zur Ausübung der Autonomie eingeschränkt sind.

Der Respekt der Autonomie ist auch in die umfassende [Lebensqualitätskonzeption](#) für Menschen mit Unterstützungsbedarf von CURAVIVA Schweiz (2014) eingegangen.

Die beiden grundlegenden ethischen Begriffe «Würde» und «Autonomie» werden im gleichnamigen CURAVIVA-Themenheft «[Würde und Autonomie im Alter](#)» (Rüegger, 2013) erklärt und verständlich gemacht.

Der methodische Leitfaden zum Themenheft «Würde und Autonomie im Alter» enthält fünf Vorschläge, wie zu ausgewählten Themen je eine 1 ½ stündige interne Fortbildung für Mitarbeitende gestaltet werden kann.

Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Auf die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte verweist auch das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen ([Behindertenrechtskonvention, BRK](#)), indem sie die

Menschenrechte für Menschen mit Behinderung bekräftigt und die den Staaten daraus erwachsenden Pflichten herausstellt. In Artikel 3 sind die Grundsätze der Konvention festgehalten, die neben der Achtung der Menschenwürde und dem Respekt der Autonomie vor allem den Gedanken der Teilhabe und Inklusion hervorheben.

Die Konvention wurde im Jahr 2006 von der UNO-Generalversammlung verabschiedet und trat 2008 in Kraft. Die Schweiz ratifizierte das [Übereinkommen](#) 2014, im gleichen Jahr ist es in Kraft getreten. Damit verpflichtet sie sich zur Behebung von Hindernissen für Menschen mit Behinderung, zu deren Schutz vor Diskriminierung sowie zu deren Inklusion und Gleichstellung in der Gesellschaft.

Die drei Verbände CURAVIVA Schweiz, INSOS Schweiz und Verband für anthroposophische Heilpädagogik und Sozialtherapie (vahs) haben gemeinsam einen [nationalen Aktionsplan](#) zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Institutionen und Unternehmen mit sozialem Auftrag erarbeitet.

Vulnerabilität

Ältere Menschen mit einer Behinderung weisen oft eine besondere Vulnerabilität (Verletzlichkeit) auf. Als vulnerabel lässt sich eine Person verstehen, die in bestimmter Hinsicht beeinträchtigt oder «verletzt» ist. Daraus erwächst ihr ein erhöhter Schutzanspruch, denn für sie bestehen besondere Risiken. Derartige Risiken sind etwa die Abhängigkeit von Betreuungs- und Behandlungspersonen sowie die Asymmetrie zwischen Betreuten und Betreuenden. Diese können missbräuchliches Verhalten begünstigen oder die Kommunikation erschweren, wenn beispielsweise eine Person aus Angst vor negativen Konsequenzen ihre eigentlichen Wünsche verschweigt. Der ausgeprägte Schutzbedarf vulnerabler Personen erfordert in besonderer Weise, ihre Autonomie zu respektieren, damit sie trotz ihrer schwächeren Position ihren Willen äussern und durchsetzen können.

Menschenbild

Der Orientierung im Handeln dient ein Menschenbild, das Abhängigkeit, Hilfsbedürftigkeit und Angewiesenheit als Merkmale des Menschseins anerkennt. Diese menschlichen Eigenheiten sind nicht als Defizite zu bewerten.

Vielmehr verlangen sie nach einer Haltung, die einen Menschen in seinem Sosein respektiert und als wertvoll wahrnimmt und ihn nicht an dem Leitbild eines leistungsfähigen und unabhängigen Menschen misst. In der einzelnen Handlung sieht man die dahinterstehende Haltung.

Personzentrierte Haltung

Der personenzentrierte Ansatz ist in erster Linie eine Grundhaltung, nicht eine Methode. Der Psychologe Carl Rogers (1902-1987) setzte als Begründer dieses Ansatzes einen bis heute wegweisenden Impuls für Denken und Handeln von Fachpersonen und Institutionen: Keiner weiss besser, was ihm guttut und für ihn notwendig ist, als der Betroffene selbst. Der für die Psychotherapie entwickelte Ansatz stellt den Menschen in den Mittelpunkt, vertraut auf seine Fähigkeiten und

verzichtet bewusst auf Experten, Techniken und Rezepte. Grundlegend ist die Beziehung von Person zu Person (SGPA, 2019). Als Gegenpol zur Experten- oder Institutionenzentrierung stellt die Personenzentrierung den Menschen mit seiner Biographie, seinen Ressourcen, Zielen und Wünschen ins Zentrum und denkt Unterstützungsleistungen von der Person aus, die diese als hilfreich und unterstützend wahrnimmt (Pörtner, 2005). Die Personenzentrierung fokussiert auf ein «sinnhaftes, sinnvolles Leben».

Drei Aspekte stehen dabei im Vordergrund:

- Wertschätzung, d.h. die bedingungslose und vorurteilsfreie Zuwendung zum Klienten/ Menschen/Patienten/Kunden
- Empathie, d.h. das Bemühen um die sensible Einfühlung in die Erlebens- und Erfahrungswelt des Klienten/der Klientin
- Kongruenz, d.h. die offene Wahrnehmung des eigenen Erlebens und die „Echtheit“ gegenüber dem Klienten/der Klientin

Prinzipienethik

In Medizin und Pflege haben sich vier medizin-ethischen Prinzipien als Entscheidungshilfen etabliert.

Es handelt sich um die folgenden Prinzipien:

1. Respekt der Autonomie (respect for autonomy): Der selbstbestimmte Wille ist zu respektieren und zu fördern. Für medizinische Entscheidungen ist die informierte Einwilligung (informed consent) des Patienten, der Patientin notwendig. Standard-Voraussetzungen sind:
 - Einsichts- und Urteilsfähigkeit
 - Hinreichendes Verstehen
 - Freiheit von Zwang und Druck und Manipulation
2. Nichtschaden (nonmaleficence): Es soll der betroffenen Person kein Schaden geschehen. Lässt sich ein Schaden nicht verhindern, ist die Schadensbehebung ebenso eingeschlossen wie die Förderung des Wohls.
3. Fürsorge/Wohltun (beneficence): Das Wohlergehen und die Lebensqualität einer Person sind zu fördern. Linderung, Heilung und Vorbeugung sind dabei die Ziele. Die Fürsorge/das Wohltun sind der Motor der ganzen Medizin.
4. Gerechtigkeit (justice): Die Bedürfnisse aller Betroffenen sind zu berücksichtigen, die (knappen) Ressourcen sind gerecht zu verteilen.

Wenn man die verschiedenen Prinzipien als moralische Leitwerte in komplexen Entscheidungssituationen berücksichtigen möchte, kann unklar sein, welche Handlungsoption gewählt werden soll. Typischerweise treten Spannungen zwischen dem Prinzip des Respekts der Autonomie sowie den vom Gedanken der Fürsorge getragenen Prinzipien des Nichtschadens und des Wohltuns auf. Das ist beispielsweise der Fall, wenn eine Person einen Wunsch äussert, dessen Erfüllung ihr nach Auffassung von Personen in ihrem Umfeld schadet bzw. ihre Lebensqualität beeinträchtigt (z.B. Essverhalten). Bei Menschen mit eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten kann es dann schwierig sein, sich auf eine Handlungsoption zu verständigen. Es ist somit nötig, eine Abwägung der Prinzipien für den individuellen Fall vorzunehmen, um zu einer reflektierten und

begründeten Lösung zu gelangen und möglichst weitgehende Einigkeit zwischen den Betroffenen zu erzielen.

In ethischen Konfliktfällen, v.a. in Dilemmasituationen, kann die sogenannte «Prinzipienethik» (principlism) von Tom L. Beauchamp und James F. Childress Orientierung bieten und es erleichtern, ins Gespräch zu kommen (Beauchamp & Childress, 2013).

Die ethische Fallbesprechung

In komplexen Entscheidungssituationen kann es auch hilfreich sein, eine ethische Fallbesprechung einzuberufen. Das gilt insbesondere dann, wenn sich die betroffene Person selbst, ihre Angehörigen und/oder die Betreuungspersonen uneinig sind, was geschehen soll. Möglichst alle Involvierten sollen an der Fallbesprechung teilnehmen.

Für die Durchführung ethischer Fallbesprechungen existieren diverse Modelle, von denen sich keines als überlegen erwiesen hat. Trotz aller Unterschiede weisen sie eine ähnliche Grundstruktur auf. Ausgangspunkt bilden Unsicherheit oder Uneinigkeit, welche Handlungsoption aus einer ethischen Perspektive vorzuziehen ist. Es stellt sich die ethische Grundfrage: „Was sollen wir tun?“ Dem schliessen sich die folgenden Überlegungen an:

1. Klärung der Sachfragen und Analyse der Handlungsoptionen: Was können wir tun?
 - Welche Aspekte sind bei der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen (medizinische, pflegerische, soziale, organisatorische, wirtschaftliche)?
 - Welche Handlungsoptionen bestehen und welche Ergebnisse sind zu erwarten?
2. Bewertung der Handlungsoptionen: Was sollen wir tun?
 - Mit welcher Handlungsoption erfüllen wir unsere moralischen Verpflichtungen? (Als Bewertungsmassstäbe können z.B. die vier medizin-ethischen Prinzipien Autonomie, Nichtschaden, Wohltun, Gerechtigkeit herangezogen werden).
3. Beschlussfassung

Wege ethischer Fallbesprechung

- [Die Nimwegener Methode](#)
- [7-Schritte-Dialog](#)
- [Bochumer Arbeitsbogen zur medizin-ethischen Praxis](#)

Urteilsfähigkeit

Die Urteilsfähigkeit von Personen mit kognitiven Einschränkungen kann unter Umständen beeinträchtigt oder nicht (mehr) vorhanden sein. Gerade im medizinischen Kontext wird dies bedeutsam, da eine informierte Einwilligung der urteilsfähigen Patientin, des urteilsfähigen Patienten notwendig ist, damit medizinische Massnahmen durchgeführt werden dürfen. Die Urteilsfähigkeit ist deswegen sorgfältig im Vorfeld abzuklären.

Dabei ist zu beachten, dass es sich beim Begriff der Urteilsfähigkeit um ein normatives Konzept handelt, d.h. es lässt sich nicht direkt aus der Beschreibung bestimmter Merkmale einer Person ableiten, ob sie urteilsfähig ist. Vielmehr bedarf es einer Bewertung, ob diese Merkmale mit Blick auf eine bestimmte Situation ausreichend vorhanden sind.

Die Feststellung der Urteilsfähigkeit ist mit Schwierigkeiten behaftet. Es fehlen a) eine exakte Definition, b) ein Massstab (inkl. Grenzwert), c) ein einheitliches Testverfahren.

Urteilsfähigkeit gemäss Zivilgesetzbuch (ZGB Art. 16)

„Urteilsfähig im Sinne des Gesetzes ist jede Person, der nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln.“

Urteilsfähigkeit gemäss SAMW

Urteilsfähigkeit wird im Hinblick auf eine bestimmte Entscheidung und zu einem bestimmten Zeitpunkt zugeschrieben, nicht dauerhaft.

Voraussetzungen:

- *Erkenntnisfähigkeit*: Relevante Informationen können in den Grundzügen erfasst werden.
- *Wertungsfähigkeit*: Die Situation und die Konsequenzen der verschiedenen Möglichkeiten können abgewogen werden.
- *Willensbildungsfähigkeit*: Aufgrund der verfügbaren Informationen und eigener Erfahrungen, Motive und Wertvorstellungen kann ein Entscheid getroffen werden.
- *Willensumsetzungsfähigkeit*: Die Entscheidung kann kommuniziert und vertreten werden.

Gemäss SAMW können auch verbeiständete Erwachsene in Bezug auf ihre Angelegenheiten urteilsfähig sein und über eine medizinische Behandlung und Betreuung entscheiden. Deswegen sind verbeiständete Erwachsene in Entscheidungen einzubeziehen (SAMW, 2013, S.16).

Bei mangelnder Urteilsfähigkeit muss bei medizinischen Massnahmen entweder gemäss der Patientenverfügung einer Person gehandelt werden oder eine vertretungsberechtigte Person muss die Zustimmung zu der Massnahme geben.

Vertretungsberechtigung bei Urteilsunfähigkeit gemäss ZGB (Art. 378)

Die folgenden Personen sind gemäss der unten aufgeführten Kaskade berechtigt, die urteilsunfähige Person zu vertreten und den vorgesehenen ambulanten oder stationären Massnahmen die Zustimmung zu erteilen oder zu verweigern:

1. die in einer Patientenverfügung oder in einem Vorsorgeauftrag bezeichnete Person;
2. der Beistand mit einem Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen;
3. wer als Ehegatte oder eingetragene/r Partner/in einen gemeinsamen Haushalt mit der urteilsunfähigen Person führt und ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet;
4. die Person, die mit der urteilsunfähigen Person einen gemeinsamen Haushalt führt und ihr regelmässig und persönlich Beistand leistet;

5. die Nachkommen, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leistet;
6. die Eltern, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leisten;
7. die Geschwister, wenn sie der urteilsunfähigen Person regelmässig und persönlich Beistand leistet.

Die vertretungsberechtigten Personen müssen sich bei der Entscheidung nach dem mutmasslichen Willen und dem wohlverstandenen Interesse der Patientin/des Patienten richten. Der mutmassliche Wille ist mit Hilfe von Personen, die der Patientin/dem Patienten nahestehen, zu ermitteln (SAMW 2013, S. 16).

Medizin-ethische Richtlinie «Medizinische Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung» der SAMW

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) veröffentlicht zu verschiedenen Themen im Bereich der Gesundheitsversorgung regelmässig medizin-ethische Richtlinien. Sie sollen Ärztinnen, Ärzten und anderen Gesundheitsfachpersonen ethische Orientierung im Handeln bieten. In der Regel nimmt die FMH die Richtlinien in ihre Standesordnung auf, womit sie für deren Mitglieder verbindlich werden. In regelmässigen Abständen werden sie überprüft und revidiert.

Die Richtlinie «Medizinische Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung» (2013) stellt die Unterstützung des Rechts auf Selbstbestimmung und auf Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in den Mittelpunkt. Die folgenden Grundwerte, Haltungen und Handlungsweisen werden hervorgehoben:

- Achtung der Würde
Der jedem Menschen zukommenden Würde gilt bedingungsloser Respekt. Daraus ergibt sich, dass jeder Mensch mit einer Behinderung als Individuum wahrgenommen und seine besondere Verletzlichkeit als Patient/Patientin berücksichtigt werden muss.
- Respektierung der Autonomie
Auch bei Einschränkungen der Selbstbestimmungsfähigkeit durch die Behinderung behält eine Person das Recht auf Autonomie. In der Ausübung ihrer Autonomie ist sie zu unterstützen, und ihre Fähigkeiten sind bei der Entscheidungsfindung zu berücksichtigen.
- Gerechtigkeit und Partizipation
Um die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit einer Behinderung zu fördern, sind besondere Ressourcen zur Verfügung zu stellen.
- Berücksichtigung der Lebensqualität
Medizinische Behandlungen sind darauf hin zu beurteilen, welchen Einfluss sie auf die Lebensqualität haben. Im Vordergrund steht dabei das subjektive Erleben des Patienten, der Patientin, insbesondere seine/ihre Zufriedenheit mit der Lebenssituation. Bei beeinträchtigten Kommunikationsmöglichkeiten wird das Erleben aufgrund objektivierbarer

Beobachtungen erschlossen, damit der mutmassliche Willen berücksichtigt werden kann.

- Fürsorge und Verantwortung
Benötigen Menschen mit Behinderung besondere Fürsorge, müssen die Betreuungspersonen besondere Verantwortung übernehmen. Bei medizinischen Behandlungen ist ebenso auf die Abhängigkeit der betreuten Person wie auf die Verletzbarkeit der betreuenden Personen zu achten, die sich aus einem übersteigerten Verantwortungsgefühl ergeben kann.
- Angemessene Behandlung und Betreuung
Indizierte medizinische Massnahmen dürfen Menschen nicht aufgrund bestehender Beeinträchtigungen vorenthalten werden. Über die Angemessenheit einer Massnahme entscheidet deren Einfluss auf die Lebensqualität.
- Persönliche, kontinuierliche Betreuung und interdisziplinäre Zusammenarbeit
Für den Patienten soll primär ein Arzt zuständig sein, damit eine kontinuierliche Betreuung gewährleistet ist. Weitere Betreuungspersonen sind einzubeziehen und entsprechend zu informieren.
- Zusammenarbeit mit dem sozialen Umfeld
Die Behandlungs- und Betreuungspersonen sollen guten Kontakt mit den nahen Bezugspersonen des Patienten pflegen. Ihre Erfahrungen und Kenntnisse sind als Entscheidungshilfen ernst zu nehmen.

Links

Im Kontext von ethischen Fragen zu Behinderung im Alter sind die folgenden Richtlinien relevant:

Allgemein

[Aktionsplan UN-BRK 2019-2013](#). Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention bei Verbänden und Dienstleistungsanbietern für Menschen mit Behinderung

[Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft](#)

INSOS (2009). [Ethische Grundsätze von INSOS Schweiz](#).

Vereinte Nationen (1948). [Allgemeine Erklärung der Menschenrechte](#)

Vereinte Nationen (2006). [Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen](#) (Behindertenrechtskonvention, BRK)

Urteilsfähigkeit

<https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Beurteilung-der-Urteilsfaehigkeit.html>

<https://www.dialog-ethik.ch/shop/product/67-tif-123-urteilsfaehigkeit>

Patientenverfügung

https://www.curaviva.ch/files/IDSIS25/uebersicht_patientenverfuegungen_Nov2014.pdf

<https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Patientenverfuegung.html>
<https://www.palliative.ch/de/angebote/gesundheitsliche-vorausplanung-patientenverfuegung-plus/>
<https://vorsorge.redcross.ch/patientenverfuegung/>

Zwangsmassnahmen

<https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Zwangsmassnahmen-in-der-Medizin.html>
https://www.promentesana.ch/fileadmin/user_upload/Politisches_Medien/Positionspapier/PMS_Positionspapier_Zwangsmassnahmen_Psychiatrie.pdf

Umgang mit Sterben und Tod

https://www.sterben.ch/fileadmin/user_upload/richtlinien_samw_sterben_und_tod.pdf

Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz

<https://www.myhandicap.ch/gesundheit/alter/demenz/>
<https://www.weiterbildung.curaviva.ch/Weiterbildungsangebote/Weiterbildungen-Behinderung-und-Alter/Poydk/>
<https://www.curaviva.ch/demenzbox>

Palliative Care

<https://www.curaviva.ch/Fachinformationen/Palliative-Care/Pnoze/>
<https://www.palliative.ch/de/ueber-uns/fachgesellschaft/>

Reanimationsentscheidungen

<https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Reanimationsentscheidungen.html>

Weiterführende Literatur

Beauchamp, T., L. & Childress, J., F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford.

Birnbacher, D. (2012). Vulnerabilität und Patientenautonomie – Anmerkungen aus medizinethischer Sicht. In *Medizinrecht*, 30, 2012, S. 560-565. <https://doi.org/10.1007/s00350-012-3223-1>.

Bloomard, P. (2017). Beziehungsgestaltung in der Begleitung von Menschen mit Behinderungen. In *Aspekte zur Berufsethik der Heilpädagogik und Sozialtherapie*. Berlin: Edition Anthropos.

CURAVIVA Schweiz (2014). *Lebensqualitätskonzeption für Menschen mit Unterstützungsbedarf*. Bern.

Graumann, S., Grüber, K., Nicklas-Faust, J., Schmidt, S. & Wagner-Kern, M. (Hrsg.). (2004). *Ethik und Behinderung. Ein Perspektivenwechsel*. Frankfurt/New York.

- Greving, H. (Hrsg.) & Schäfer, S. (2018). *Ethik Heilpädagogischen Handelns/Grundlagen*, Stuttgart.
- Pörtner, M. (2005). *Alt sein ist anders – Personenzentrierte Betreuung von alten Menschen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C. (2015). *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett-Cotta. https://www.klett-cotta.de/buch/Psychologie/Der_neue_Mensch/4272
- Rösner, H.-U. (2014). *Behindert sein – behindert werden. Texte zu einer destruktiven Ethik der Anerkennung von Menschen mit lebenslanger Behinderung*. Frankfurt.
- Rüegger, H. (2013). *Würde und Autonomie im Alter. Ethische Herausforderungen in der Pflege und Betreuung alter Menschen*. Hrsg. von CURAVIVA Schweiz. Bern.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2013). *Medizinische Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung. Medizin-ethische Richtlinien* (3. Auflage). <https://www.samw.ch/de/Ethik/Themen-A-bis-Z/Menschen-mit-Beeinträchtigungen.html>
- Schmid, P. A. (2011). *EPOS – Ethische Prozesse in Organisationen im Sozialbereich. Ein Leitfaden für die Praxis*. Hrsg. von CURAVIVA Schweiz. Bern
- SGPA Schweizerische Gesellschaft für den Personenzentrierten Ansatz (2019). [Einführung in den Personenzentrierten Zugang zum Menschen](#).

Herausgeber

CURAVIVA Schweiz – Fachbereich Menschen mit Behinderung
Zieglerstrasse 53 - Postfach 1003 - 3000 Bern 14

Autorin

Dr. des. Nina Streeck, Institut Neumünster

Zitierweise

CURAVIVA Schweiz (2020). Faktenblatt: Ethik. Hrsg. CURAVIVA Schweiz, Fachbereich Menschen mit Behinderung. online: curaviva.ch.

Auskünfte / Informationen

Fachbereich Menschen mit Behinderung
E-Mail: fachbereichmb@curaviva.ch; Telefon: 031 385 33 33

© CURAVIVA Schweiz, 2020