



Infobrief

02
15

Informationen und Nachrichten aus dem Deutschen Ethikrat

VKZ 64247 • N° 17 • Juli 2015

»» STELLUNGNAHME

Hirntod und Entscheidung zur Organspende

In seiner am 24. Februar 2015 veröffentlichten Stellungnahme „Hirntod und Entscheidung zur Organspende“ thematisiert der Deutsche Ethikrat die Kontroverse über den Hirntod. Neben Verbesserungen bei der Information und Kommunikation rund um die Organspende fordert er eine gesetzliche Regelung zu organprotektiven Maßnahmen.

|| Mit seiner Stellungnahme „Hirntod und Organspende“ greift der Deutsche Ethikrat ein viel diskutiertes Thema von gesellschaftlicher Relevanz auf. Die Organtransplantation ist ein wichtiger Bereich der Medizin, der dazu beiträgt, das Leben schwer kranker Menschen zu retten. Um das Vertrauen in die Transplantationsmedizin in Deutschland zu stärken, sind Transparenz und eine offene gesellschaftliche Diskussion notwendig. Diese möchte der Deutsche Ethikrat mit seiner Stellungnahme, die sich ausschließlich mit der Organspende nach Hirntod befasst, befördern. Dazu stellt er einerseits die weitreichende Einigkeit über viele Elemente des Todesverständnisses und einen angemessenen Umgang mit hirntoten Menschen her-

aus. Er zeigt andererseits aber auch die bestehenden Kontroversen auf. Diese betreffen die Frage, ob das Hirntodkriterium ein überzeugendes Kriterium für den Tod des Menschen ist, sowie die Frage, ob der Hirntod für die ethische und verfassungsrechtliche Legitimität einer Organentnahme selbst dann als Voraussetzung ausreicht, wenn er nicht mit dem Tod des Menschen gleichgesetzt wird. Die Antworten darauf können nicht allein mit der Kompetenz naturwissenschaftlicher oder medizinischer Experten gefunden werden, sondern bedürfen der ethischen Reflexion.

Gemeinsame Ausgangsbasis

Vom Tod kann nur in Bezug auf einen Organismus als einer biologischen Einheit



gesprochen werden. Der Organismus konstituiert sich dabei in zweierlei Hinsicht als Einheit: durch interne Wechselwirkungen seiner Teile und durch Austausch mit der Umwelt.

Der irreversible Verlust der Wahrnehmungs-, Empfindungs-, Denk- und Entscheidungsfähigkeit ist zwar eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung >

WEITERE THEMEN:

»» FORUM BIOETHIK	SEITE 5	Krankheitsmoden auf dem Prüfstand
»» PARLAMENTARISCHER ABEND	SEITE 7	Deutscher Ethikrat diskutierte mit Bundestagsabgeordneten über Hirntod und Suizidprävention
»» TAGUNG	SEITE 8	Menschen am Lebensende in ihrer kulturellen Identität achten – Deutscher Ethikrat in Istanbul
»» INTERNATIONALES	SEITE 10	Ethikräte Deutschlands, Österreichs und der Schweiz diskutierten über die Kultur des Sterbens
»» JAHRESTAGUNG	SEITE 12	Die Vermessung des Menschen – Big Data und Gesundheit

des menschlichen Todes. Ausschließlich mentalistisch begründete Todeskonzepte beruhen auf einem ethisch und verfassungsrechtlich inakzeptablen Menschenbild, das daher auch von allen Ratsmitgliedern zurückgewiesen wird.

Schließlich stimmen die Mitglieder des Deutschen Ethikrates auch darin überein, dass der Ausfall sämtlicher Hirnfunktionen eine Zäsur mit weitreichenden ethischen Folgen darstellt. Die Feststellung des Hirntodes bedeutet, dass keine ärztliche Indikation für therapeutisch ausgerichtete Maßnahmen mehr besteht. Deshalb gibt es auch keine Verpflichtung mehr, Atmung und Herz-Kreislauf-Funktionen aufrechtzuerhalten.

Die Kontroverse um die Hirntodkonzeption

Da im Deutschen Ethikrat umstritten ist, ob der irreversible Ausfall aller Hirnfunktionen als Todeskriterium anzuerkennen ist, zeigt er zwei mögliche Argumentationsstränge auf, die die beiden im Ethikrat vertretenden Positionen begründen.

Position A: Der Hirntod ist ein sicheres Zeichen für den Tod des Menschen.

Nach Auffassung der Mehrheit des Deutschen Ethikrates ist der Hirntod ein sicheres Zeichen für den Tod des Menschen. Das Gehirn ist das zentrale Integrations-, Kommunikations- und Koordinierungsorgan. Es integriert die sensorischen und sensiblen Reize aus dem Organismus selbst und die Reize von außerhalb, ermöglicht die motorischen Leistungen und die Kommunikation und reguliert die Abstimmungsvorgänge in und zwischen den anderen Organsystemen über das vegetative Nervensystem einschließlich der hormonellen Steuerung. Schließlich ist das Gehirn die organismische Grundlage des Mentalen und der Subjektivität. Die inneren Abläufe des lebenden Organismus werden wesentlich durch seine ständige Auseinandersetzung mit seiner Umwelt mit konstituiert. Diese Interaktionen basieren zu einem großen Teil auf Sinneswahrnehmungen, die im Gehirn verarbeitet und repräsentiert werden und ihrerseits zur Veränderung von Hirnfunktionen und -strukturen sowie einer spezifischen Reaktion oder eines bestimmten Verhaltens führen.

Während die spezifischen Funktionen anderer Organe vorübergehend und mitunter über große Zeiträume technisch aufrechterhalten oder substituiert werden können, lassen sich die Funktionen des Gehirns

nicht ersetzen. Lediglich Teilsysteme können durch externe Substitution auf einem rudimentären Niveau aufrechterhalten werden. Wenn bei einem Hirntoten die ausgefallenen lebenswichtigen Funktionen, wie etwa die Atmung oder der Blutkreislauf durch künstliche Maßnahmen aufrechterhalten und ersetzt werden, ist die Integration des menschlichen Körpers zu einer funktionierenden Einheit keine Eigenleistung dieses Körpers mehr. Qualität und Intensität der Unterstützung von außen ist von genuin anderer Art, als wenn in einem lebensfähigen Organismus Teilfunktionen wie die Atmung oder der Blutkreislauf ersetzt werden.

Wenn durch den irreversiblen Ausfall aller Gehirnfunktionen die notwendigen Voraussetzungen mentaler Aktivität, jedes Empfindungsvermögens und damit jedwede Möglichkeit von selbst gesteuertem Verhalten bzw. Austausch mit der Umwelt für immer erloschen sind und außerdem die Einheit des Organismus zerbrochen ist, kann von dem in diesem Zustand befindlichen Körper nicht mehr als einem lebendigen Menschen gesprochen werden. Die Eigentätigkeit des Organismus ist nach der Hirntodkonzeption ein zulässiges Unterscheidungsmerkmal, das dessen lebendigen Zustand gegenüber dem eines Hirntoten auszeichnet, bei dem nur partielle Integrationsleistungen noch möglich sind.

Position B: Der Hirntod ist keine hinreichende Bedingung für den Tod des Menschen.

Nach Auffassung einer Minderheit des Deutschen Ethikrates ist der Hirntod kein Kriterium für den Tod des Menschen. Die Integration zu einem Organismus als einem Ganzen ist auch bei einem Patienten mit irreversiblen Ganzhirnversagen noch gegeben. Leben kann man als eine Art Systemeigenschaft verstehen. Die Auffassung des Organismus als System basiert ganz wesentlich auf der Idee der Wechselwirkung unterschiedlicher Komponenten auf verschiedenen funktionalen Ebenen miteinander und mit der Umwelt, nicht auf dem Prinzip der zentralen Steuerung.

Auch nach dem Absterben des Gehirns verfügt der Organismus unter der Voraussetzung einer apparativ-intensivmedizinischen Unterstützung noch über vielfältige Funktionen, die nicht nur „partiell“ wirken, sondern für den Organismus als Ganzen integrierende Funktion haben. Dazu gehören beispielsweise die Aufrechterhaltung des

Gleichgewichts einer Vielfalt interagierender physiologischer Parameter durch die Funktion der Leber und der Nieren, des Herz-Kreislauf- und des Hormonsystems. Vereinzelt sind sogar erfolgreiche Schwangerschaften bei hirntoten Schwangeren beschrieben worden.

Ein Mensch mit irreversiblen Ganzhirnversagen ist auch fähig zur Interaktion mit der Umwelt. Ein Beispiel ist der Kampf gegen Infektionen und Fremdkörper durch Interaktion zwischen dem Immunsystem, Lymphsystem, Knochenmark und Mikrogefäßen. Vergleichbar reagieren Darm, Leber und Stoffwechselprozesse auf die angebotene Nahrung mit dem Abbau, dem Transport und der Weiterverarbeitung von Nahrungsbestandteilen. Es ist offenkundig, dass solche körperlichen Leistungen das Funktionieren des Organismus als eines Ganzen erfordern.

Für die normative Bewertung von Bedeutung ist, dass der Begriff der Selbststeuerung nicht nur zentralnervösen Aktivitäten vorbehalten sein darf. Selbststeuerung und Selbstintegration erfolgen im Organismus auf vielfältige Art und Weise und nicht nur durch Nervenwirkung.

Zur Bedeutung der Dead-Donor-Rule

Trotz der oben dargestellten unterschiedlichen Auffassungen ist der Deutsche Ethikrat einstimmig der Auffassung, dass am Hirntod als Voraussetzung für eine postmortale Organentnahme festzuhalten ist. Die Mehrheit des Deutschen Ethikrates ist dabei der Auffassung, dass die Spende lebenswichtiger Organe nur zulässig sein darf, wenn der Tod des möglichen Organspenders festgestellt ist (Dead-Donor-Rule) und dass der Hirntod ein sicheres Todeszeichen ist. Eine Minderheit des Deutschen Ethikrates hält dagegen den Hirntod zwar nicht für den Tod des Menschen, eine Organentnahme nach festgestelltem Hirntod aber für zulässig. Sie weist dem Hirntod somit lediglich die Rolle eines notwendigen Entnahmekriteriums zu, hält also die Dead-Donor-Rule für entbehrlich.

Schlussfolgerungen und Empfehlungen

A. Hirntod als Entnahmekriterium

A1. Jeder Mensch muss die Möglichkeit haben, seine individuelle Entscheidung zur postmortalen Organspende auf der Grundlage hinreichender Informationen zu treffen. Die postmortale Organspende wirft fundamentale anthropo-

logische und ethische Fragen auf, auf die es keine einfachen Antworten gibt. Deshalb ist eine transparente Aufbereitung der Diskussion unerlässlich. Dabei sind auch die Argumente, die für und gegen das irreversible Erlöschen aller Hirnfunktionen (Hirntod) als Todeskriterium vorgebracht werden, darzulegen. Die mit der Information über die Organspende befassten Stellen sollten dies berücksichtigen.

- A2. Die Mehrheit des Deutschen Ethikrates ist der Auffassung, dass der Hirntod ein sicheres Todeszeichen ist. Sie ist der Ansicht, dass die Spende lebenswichtiger Organe nur zulässig sein darf, wenn der Tod des möglichen Organspenders festgestellt ist (Dead-Donor-Rule). Die Dead-Donor-Rule liegt auch dem Transplantationsgesetz, den ärztlichen Richtlinien und der aktuellen Praxis der Transplantationsmedizin in Deutschland zugrunde.
- A3. Eine Minderheit des Deutschen Ethikrates hält dagegen den Hirntod nicht für den Tod des Menschen. Sie hält die Dead-Donor-Rule für nicht zwingend und weist dem Hirntod lediglich die Rolle eines notwendigen Entnahmekriteriums zu.
- A4. Einstimmig ist der Deutsche Ethikrat der Auffassung, dass am Hirntod als Voraussetzung für eine postmortale Organentnahme festzuhalten ist.
- A5. Eine Erklärung, mit der der mögliche Spender zu Lebzeiten persönlich und wirksam in eine postmortale Organspende eingewilligt hat, ist auch wirksam, wenn er sie in der Überzeugung abgegeben hat, dass sein Hirntod noch nicht sein Tod ist.
- A6. Die Bundesärztekammer sollte die Methoden der Hirntoddiagnostik dem Erkenntnisfortschritt der Wissenschaft kontinuierlich anpassen. Ihre Anwendung in der Praxis ist sicherzustellen.
- A7. Zugleich sollte die wissenschaftliche Forschung im Zusammenhang mit Hirntoddiagnostik und Organspende in Bezug auf die naturwissenschaftlichen Grundlagen, die medizinische Anwendung und die psychosoziale Beratung und Begleitung gefördert werden.
- A8. Die Durchführung der Hirntoddiagnostik erfordert eine hohe medizinische Fachkompetenz der untersuchenden Ärzte, die nach der gesetzlichen Vorgabe den Spender unabhängig vonein-

ander untersuchen müssen und nicht an der Transplantation beteiligt sein dürfen. Die Ärztekammern sollten die dafür erforderliche Aus-, Fort- und Weiterbildung sicherstellen und die zuständigen Stellen sollten dafür sorgen, dass fachkompetente Ärzte für die Hirntoddiagnostik flächendeckend und zeitnah zur Verfügung stehen.

- A9. Auf der Grundlage der derzeitigen Erkenntnisse empfiehlt der Deutsche Ethikrat nach mehrheitlicher Auffassung, am Verbot der Non-Heart-beating-Donation festzuhalten.

B. Information und Kommunikation

- B1. Nach geltendem Recht sind die Angehörigen des möglichen Organspenders im Rahmen ihres Totensorgerechts zur Entscheidung über eine Organspende berufen, wenn der mögliche Spender zu Lebzeiten keine Erklärung für oder gegen eine Organspende abgegeben und auch keine bestimmte Vertrauensperson für eine Entscheidung benannt hat. Diese Entscheidung ist schwierig und in der Regel mit großen Belastungen für die Angehörigen verbunden. Der Deutsche Ethikrat ist der Ansicht, dass in der Kommunikation zur Einholung einer Entscheidung der Angehörigen erhebliche Verbesserungen notwendig sind. Hierzu gehören möglichst früh einsetzende Gespräche in einer ruhigen Umgebung und einem angemessenen zeitlichen Rahmen. Die Beratungen sollten nondirektiv und ergebnisoffen erfolgen. Jede Entscheidung der Angehörigen, auch eine Ablehnung der Organspende, sollte respektiert werden. Den trauernden Angehörigen ist es nach erfolgter Organspende zu ermöglichen, von dem Verstorbenen angemessen Abschied zu nehmen; eine angemessene Nachbetreuung der Angehörigen ist zu gewährleisten.
- B2. Es sollte in § 7 TPG klargestellt werden, dass die Gespräche und die Beratung der Personen, die eine Entscheidung über eine Organspende und über die organprotektiven Maßnahmen treffen müssen, bereits vor der Feststellung des Hirntodes begonnen werden dürfen.
- B3. Die durch die Novellierung des Transplantationsgesetzes erweiterten Vorgaben für den Inhalt der Aufklärung der Bevölkerung (§ 2 TPG) bedürfen ebenfalls der Verbesserung: Der Deut-

sche Ethikrat ist der Auffassung, dass die in § 2 Abs. 1a TPG vorgeschriebene Benennung fachlich qualifizierter Ansprechpartner durch die Krankenkassen für Fragen der Versicherten nicht durch einen Verweis auf die allgemeine Hotline der Versicherung erfüllt werden kann.

- B4. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sollte ihre Materialien, die in der Praxis als Grundlage für die Aufklärung durch die Krankenkassen dienen, regelmäßig aktualisieren und um folgende Punkte ergänzen:
- Erläuterung zu den unterschiedlichen Möglichkeiten, den Organspendeausschuss auszufüllen, insbesondere Erläuterung der Möglichkeit, eine Vertrauensperson zur Entscheidung über die Organspende zu benennen;
 - Aufklärung darüber, dass das Schmerzempfinden nach dem Hirntod ausgeschlossen ist; aber auch wenn es eine medizinische Indikation für eine Schmerztherapie nicht gibt, ist ein entsprechender Wunsch eines Organspenders dennoch zu berücksichtigen, sofern er seine Einwilligung nur unter dieser Bedingung gegeben hat;
 - Aufklärung über organprotektive Maßnahmen (vgl. auch Empfehlung C1);
 - Aufklärung über eine mögliche Kollision von Patientenverfügung und Organspendeerklärung sowie Bereitstellung von Textbausteinen für ihre Vereinbarkeit.
- B5. Die Materialien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sollten, wie es derzeit bereits bei einigen Krankenversicherungen der Fall ist, Informationen darüber enthalten, welche Regelungen in anderen Staaten für eine Organentnahme gelten (z. B. Non-Heart-beating-Donation, Widerspruchsregelung). Dies ermöglicht es Reisenden, sich bei Bedarf zu informieren und gegebenenfalls Vorkehrungen zu treffen.
- B6. Bei der Umsetzung der Informations- und Beratungspflichten der Krankenkassen und bei der Kommunikation mit den Angehörigen im Krankenhaus sollten die sprachlichen und kulturellen Barrieren von Menschen mit Migrationshintergrund berücksichtigt werden. Die Informationsbriefe der Krankenkassen sollten deshalb auch in der Muttersprache des Versicherten (soweit sie bekannt ist) verschickt werden. >

- B7. § 4 Abs. 1 TPG sollte dahingehend ergänzt werden, dass bei den Gesprächen mit den Angehörigen, die die deutsche Sprache nicht ausreichend beherrschen, ein professioneller Dolmetscher hinzugezogen wird. Die Finanzierung solcher Dienste sollte rechtlich geregelt sowie unbürokratisch und im angemessenen zeitlichen Rahmen sichergestellt werden.
- B8. Auf Wunsch der Angehörigen soll der Kontakt zu religiösen Instanzen oder Geistlichen ermöglicht werden. Dazu ist eine Zusammenarbeit von Religionsgemeinschaften, Deutscher Stiftung Organtransplantation, Krankenhäusern und Krankenkassen erforderlich.
- B9. Die Aufklärung der Bevölkerung über „die gesamte Tragweite der Entscheidung“ (§ 2 Abs. 1 TPG) zur Organspende muss Art, Umfang und Zeitpunkt der organprotektiven Maßnahmen umfassen, die beim möglichen Organspender schon vor dem Abschluss der Hirntoddiagnostik zur Erhaltung der zu explantierenden Organe erforderlich sind.
- B10. In Mustervorlagen für Patientenverfügungen sollte für den Fall, dass einer Organspende zugestimmt wird, die Möglichkeit der Festlegung einer Entscheidung über die Vornahme organprotektiver Maßnahmen nach der Beendigung therapeutischer Maßnahmen bei erwartetem Hirntod aufgenommen werden.

C. Organprotektive Maßnahmen

- C1. Gesetzlicher Änderungsbedarf besteht mit Blick auf organprotektive Maßnahmen. Diese dürfen derzeit – unter der Voraussetzung einer Erklärung des potenziellen Spenders für eine Organentnahme – vor abgeschlossener Hirntoddiagnostik nur vorgenommen werden, wenn mit der Hirntoddiagnostik bereits begonnen wurde. Vor Beginn der Hirntoddiagnostik kann von der Zulässigkeit allenfalls dann ausgegangen werden, wenn der mögliche Organspender über diese Maßnahmen informiert worden war und in diese eingewilligt hatte.
- a) Für den Fall, dass eine Einwilligung des Organspenders in organprotektive Maßnahmen nicht festgestellt werden kann, sollte gesetzlich geregelt werden, durch welche Personen – das

heißt rechtliche Vertreter (Bevollmächtigter oder Betreuer) und/oder Angehörige – die Entscheidung über die Vornahme erforderlicher organprotektiver Maßnahmen vor Feststellung des Hirntodes getroffen werden darf.

- b) Die Zulässigkeit der Durchführung von organprotektiven Maßnahmen bis zur abschließenden Feststellung des Hirntodes sollte gesetzlich an zusätzliche Anforderungen gebunden werden, beispielsweise die maximale Dauer organprotektiver Maßnahmen und die Wahrscheinlichkeit des Eintritts des Hirntodes innerhalb einer bestimmten Frist.

D. Transplantationsbeauftragte

- D1. Die bundesgesetzliche Verpflichtung, in allen Entnahmekrankenhäusern Transplantationsbeauftragte mit umfassenden Kompetenzen zu bestellen, ist bislang in den Ländern in sehr unterschiedlicher Weise erfüllt worden. Von einigen Ländern sind die nach § 9b Abs. 3 TPG erforderlichen näheren Regelungen bislang noch gar nicht geschaffen worden, sodass dort mitunter keine Transplantationsbeauftragte existieren. Andere Länder haben die Kompetenzen und Rechtsstellung der Transplantationsbeauftragten nur unzureichend ausgestaltet. Die Finanzierung der Transplantationsbeauftragten ist weitgehend unbefriedigend geregelt. Der Deutsche Ethikrat hält es angesichts der zentralen Funktion der Transplantationsbeauftragten für den gesamten Prozess der Organspende, einschließlich der Begleitung der Angehörigen, für unerlässlich, in allen Ländern die rechtlichen Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass in den Entnahmekrankenhäusern gemäß den bundesrechtlichen Vorgaben Transplantationsbeauftragte bestellt werden. Dies ist unentbehrliche Voraussetzung für die Gewährleistung einer angemessenen und erfolgreichen Kommunikation und Kooperation der mit der Organspende befassten Personen in den Kliniken und mit den Angehörigen möglicher Organspender.

Sondervotum

In einem Sondervotum lehnen drei Mitglieder des Deutschen Ethikrates die geforderte

gesetzliche Regelung organprotektiver Maßnahmen vor Feststellung des Hirntodes ab und erklären, dass sich der ärztliche Behandlungsauftrag grundsätzlich auf das Wohl des Patienten konzentriert und nicht auf eine theoretische Möglichkeit zur Organspende. Die Differenzierung intensivmedizinischer Behandlungsmaßnahmen in patientenorientierte gegenüber organprotektiven Maßnahmen halten sie daher für klinisch nicht relevant und irreführend. ||

INFO

» RÜCKBLICK

Bereits früher hatte der Deutsche Ethikrat das wichtige Thema „Organspende“ mehrfach aufgegriffen. Im Oktober 2010 tat er dies mit einem Forum Bioethik mit dem Thema „Äußerungspflicht zur Organspende. Sollte der Staat verlangen, dass sich jeder erklärt?“. Im März 2012 folgte ein weiteres Forum Bioethik mit dem Thema „Hirntod und Organentnahme. Gibt es neue Erkenntnisse zum Ende des menschlichen Lebens?“, bei dem wesentliche Fragen diskutiert wurden, die auch in die Stellungnahme Eingang fanden. Im September 2013 diskutierte der Rat in einer öffentlichen Plenarsitzung die Frage „Wer bekommt ein Organ? Zuteilungskriterien in der Transplantationsmedizin im Streit“. Die Allokationsfragen klammert der Deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme allerdings aus, da es sich dabei um eine eigene komplexe Fragestellung handelt.

» QUELLE

Die Stellungnahme ist online abrufbar unter <http://www.ethikrat.org/publikationen/stellungnahmen/hirntod-und-entscheidung-zur-organspende>

>> FORUM BIOETHIK

Krankheitsmoden auf dem Prüfstand

Burn-out, chronische Migräne, Wechseljahre des Mannes – werden mit diesen Beschwerdebildern tatsächlich Krankheiten erfasst oder neue Krankheiten frei erfunden? Werden soziale Probleme zu Krankheiten umgedeutet? Über den Drahtseilakt zwischen überflüssiger Medikalisierung und notwendiger Therapie diskutierte der Deutsche Ethikrat am 25. Februar 2015 im Rahmen einer öffentlichen Veranstaltung der Reihe „Forum Bioethik“ in Berlin.

|| Die zuverlässige Diagnostik von Krankheiten ist der Ausgangspunkt für eine zielgerichtete Therapie. Patienten sollten in ihrem eigenen Interesse allerdings nur dann behandelt werden, wenn eine Erkrankung tatsächlich vorliegt und es Therapien gibt, die die Krankheit heilen oder Symptome zumindest lindern. „Es geht um die schwierige Abgrenzung zwischen dem noch Normalen und dem schon Kranken, zwischen dem Bereich der Medizin und dem des Sozialen“, sagte Christiane Woopen, die Vorsitzende des Deutschen Ethikrates, in ihrer Begrüßung. Doch was überhaupt als Krankheit betrachtet und behandelt wird, hängt nicht immer nur von medizinischen Fakten ab. Auch kulturelle und wirtschaftliche Faktoren können eine Rolle dabei spielen, und manche Krankheiten geraten dadurch geradezu in Mode.

Krankheitsmoden im Wandel der Zeiten

Dass die Geschichte der westlichen Medizin reich an „Modekrankheiten“ sei, die nicht nur unter Ärzten, sondern auch in der Bevölkerung bereitwillig aufgenommen würden, stellte Michael Stolberg von der Julius-Maximilians-Universität Würzburg in seinem Referat über Krankheitsmoden im Wandel der Zeiten sehr anschaulich dar. So meinten über die Jahrhunderte etwa viele Frauen, an der „Gebärmutter-Erstickung“ oder Hysterie zu leiden, bei denen ihnen eine vermeint-

lich „aufsteigende“ Gebärmutter den Atem nahm. Männer sahen sich derweil von Hypochondrie geplagt, einem Leiden, bei dem sich „zähe, schwarze Galle oder andere verdorbene Säfte“ im Oberbauch (Hypochondrium) sammelten, dort die Gefäße und die Milz verstopften und „trübe, unreine Dämpfe nach oben steigen“ ließen. Im 18. und 19. Jahrhundert hingegen erfreute sich eine Fülle von „Nervenleiden“ besonderer Beliebtheit. Stolberg deutete das Kommen und Gehen solcher Krankheitsmoden als Indiz dafür, dass die Wahrnehmung, Deutung und Erfahrung von Krankheit stets und unausweichlich auch vom jeweiligen historischen und kulturellen Kontext geprägt sei.

Krankheitskampagnen

Das Stichwort Disease-Mongering – wörtlich in etwa übersetzbar mit Krankheitsmache oder Krankheitstreiben – griff Gisela Schott von der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft in ihrem Referat auf. Ein aktuelles Beispiel sei die Aufmerksamkeitskampagne für das Krankheitsbild „chronische Migräne“, in deren Rahmen beispielsweise in Berlin großflächige Plakate dazu eingeladen hätten, sich damit auseinanderzusetzen, ob man nicht vielleicht betroffen sei. Laut Kampagne litten 49000 Berliner an chronischer Migräne, ohne es zu wissen. Führe man jedoch auf der beworbenen Webseite den Selbsttest durch, werde >



Die Vorsitzende des Deutschen Ethikrates Prof. Dr. med. Christiane Woopen und die Referenten des Abends Prof. Dr. med. Dr. phil. Michael Stolberg, Dr. med. Gisela Schott und Prof. Dr. phil. Thomas Schramme (v. o.)

der Arztbesuch empfohlen, selbst wenn man keinerlei Symptome habe. Hinter der Kampagne, so Schott, stecke eine Pharmafirma, die das Antifalten-Mittel Botox für einen Nutzerkreis von Kopfschmerzbetroffenen propagieren wolle – obwohl der Nutzen für diese Indikation nach wie vor unklar sei.

Schott kritisierte, dass mit Disease-Mongering normale Prozesse des Lebens als medizinisches Problem definiert, neue Krankheitsbilder durch Werbemaßnahmen geradezu erfunden, leichte Symptome zu Vorboten schwerer Leiden stilisiert und Risiken als Krankheit verkauft würden. Dies habe unter anderem zur Folge, dass die Betroffenen im Rahmen einer Medikation einem unnötigen Risiko ausgesetzt seien und gleichzeitig Ressourcen des Gesundheitssystems verschwendet würden. Die Politik sieht sie in der Pflicht, die Werbung für Arzneimittel strenger zu regulieren und verstärkt die unabhängige Forschung zu fördern. Aber auch die Bürger müssten sich aktiv informieren.

Nicht ganz wohl ist noch nicht krank

Thomas Schramme von der Universität Hamburg, der sich den normativen Fragen zum Umgang mit Krankheitsmoden widmete, beklagte die drohende Ausweitung des Krankheitsbegriffs. Es werde nicht unterschieden zwischen der Abwesenheit von Krankheit als Mindestkriterium für die Gesundheit – er sprach von negativer Gesundheit – und der

idealtypischen bestmöglichen Gesundheit, der sogenannten positiven Gesundheit. Hier gelte es, begriffliche Klarheit zu schaffen und zwischen tatsächlich pathologischen Phänomenen und medizinisch normalen Zuständen zu differenzieren. „Die Grenze, ab der Krankheit beginnt, verläuft unterhalb des Minimums ... Das vergessen wir häufig. Nicht vollständiges Wohlbefinden ist eben keine Krankheit“, sagte Schramme. Er stellte zudem die Funktion des Krankheitsbegriffs für die Entscheidung über die solidarische Finanzierung von Therapie infrage.

Kunst des Weglassens

In der anschließenden Podiumsdiskussion, die Wolf-Michael Catenhusen, stellvertretender Vorsitzender des Ethikrates, moderierte, diskutierten Jörg Blech vom Magazin Der Spiegel, Lothar Weissbach von der Stiftung Männergesundheit, Boris Quednow von der Universität Zürich und Ratsmitglied Christiane Fischer von MEZIS e. V. anhand konkreter Beispiele wie Wechseljahre des Mannes und Burn-out, welche Folgen die Beschreibung immer neuer Krankheitsbilder hat.

Eine Orientierung von Behandlungsentscheidungen an bloßen Laborwerten führe dazu, so Weissbach, dass aus zuvor gesunden Menschen behandlungspflichtige Patienten gemacht würden, ein grenzwertiger Befund zum „Überbefund“ werde, der eine Überdiagnose und Übertherapie nach sich ziehe. Noch lange nicht jeder Mann mit

einem niedrigen Testosteronwert sei auch schon krank. Quednow warnte vor Krankheitsmoden in der Psychiatrie, die im Fall von Burn-out dazu führen könnten, dass einerseits eigentlich gesunde Menschen unnötig behandelt werden, andererseits aber das Risiko bestehe, dass Menschen, die an einer schweren Depression leiden, eine falsche Diagnose bekommen. Als die Urheber machten Blech und Fischer Pharmaunternehmen, medizinische Interessenverbände und PR-Agenturen aus, die neue Leiden erfänden und zum Industrieprodukt machten. Doch statt maximaler Versorgung unabhängig von der Ausprägung eines Krankheitsbildes sollten sich Ärzte in der „Kunst des Weglassens“ üben, so Weissbach, und dabei mitunter von einer Therapie abraten, auch wenn sie damit keine honorierte ärztliche Leistung im Sinne der Krankenkasse erbrächten. (Sc) ||

INFO

» QUELLE

Das Programm der Veranstaltung sowie die Vorträge und Diskussionsbeiträge der Teilnehmer können unter <http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/forum-bioethik/alte-probleme-neue-krankheiten> abgerufen werden.



Wolf-Michael Catenhusen (Mitte) während der Podiumsdiskussion mit Prof. Dr. rer. nat. Boris Quednow, Prof. Dr. med. Lothar Weißbach, Ratsmitglied Dr. med. Christiane Fischer sowie Jörg Blech (v.l.)

>> PARLAMENTARISCHER ABEND

Deutscher Ethikrat diskutierte mit Bundestagsabgeordneten über Hirntod und Suizidprävention

Am 18. März 2015 hatte der Deutsche Ethikrat zu seinem 6. Parlamentarischen Abend in Berlin eingeladen, um sich mit den Abgeordneten des Deutschen Bundestages über aktuell diskutierte Themen auszutauschen.

|| In ihrer Begrüßung dankte die Ratsvorsitzende Christiane Woopen dem Parlament für die gute Zusammenarbeit und die jüngst beschlossene Stärkung der finanziellen Ausstattung des Ethikrates. Sie stellte kurz die aktuellen Themen des Rates vor und unterstrich die internationale Dimension seiner Arbeit. Der Deutsche Ethikrat empfinde es als große Ehre, im kommenden Jahr Gastgeber für den Global Summit aller Ethikräte der Welt in Berlin zu sein.

Bundestagspräsident Norbert Lammert würdigte die Arbeit des Ethikrates als nützliche und notwendige Ergänzung der Debatten des Parlaments zu ethischen Grundsatzfragen. Bezogen auf jüngste Empfehlungen des Deutschen Ethikrates betonte Lammert, dass der Deutsche Bundestag nicht nur an Ergebnissen interessiert sei, die den Erwartungen der Abgeordneten entsprechen.

Er regte an, dass sich der Ethikrat bei seiner Arbeit nicht nur auf Fragestellungen aus den Bereichen Gesundheit, Medizin, Biomedizin sowie ethische Grundsatzfragen am Beginn und Ende des Lebens beschränken müsse, sondern sich auch mit Themen beschäftigen könne, „die aus diesem Handlungsfeld deutlich hinausreichen, aber in ähnlicher Weise grundsätzliche Bedeutung mit auch erheblichen ethischen Implikationen haben“. Als Beispiel nannte Lammert die Entwicklung sich selbst steuernder elektronischer digitaler Systeme, die bereits an Dynamik gewonnen habe und unter erheblichem Mittel- und Personaleinsatz erstaunliche Konzepte hervorbringe. Jenseits der Fragen der ökonomischen Relevanz stoße man dabei auf erhebliche ethische Probleme, wenn programmierte Konstellationen mit nicht programmierbaren Situationen kollidierten. Vorkehrungen für den Umgang mit solchen Krisensituationen zu treffen, dürfe nicht allein der Industrie überlassen werden. Lammert äußerte Beratungsbedarf,



Bundestagspräsident Prof. Dr. rer. soc. Norbert Lammert (z.v.l.) während des Parlamentarischen Abends des Ethikrates mit Prof. Dr. theol. Peter Dabrock, Prof. Dr. med. Christiane Woopen sowie Patricia Lips, MdB (v.l.)

wie mit diesem Thema umzugehen sei, und dies möglichst „bevor die technischen Präjudizierungen bereits getroffen sind“.

Patricia Lips, die Vorsitzende des Ausschusses für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung zeigte sich erfreut über das nicht nur fraktions-, sondern auch ausschussübergreifende Interesse der Bundestagsabgeordneten am direkten Austausch mit Mitgliedern des Deutschen Ethikrates über aktuelle ethische Fragestellungen.

Einer der Themenschwerpunkte des Abends war die jüngste Stellungnahme des Ethikrates „Hirntod und Entscheidung zur Organspende“ (siehe S. 1ff.). Die Ratsmitglieder Wolfram Höfling und Reinhard Merkel stellten sie vor. In der anschließenden Diskussion betonten die Ratsmitglieder, dass der Deutsche Ethikrat mit seiner Stellungnahme das Vertrauen in die Transplantationsmedizin in Deutschland stärken wolle und dafür Transparenz und eine offene gesellschaftliche Debatte kontroverser Fragen erforderlich sei. Eingegangen wurde unter anderem auf die Empfehlung zur Regelung sogenannter organprotektiver Maßnahmen sowie auf die normative Funktion der Dead-Donor-Rule.

Bei allen unterschiedlichen Auffassungen sei der Deutsche Ethikrat einstimmig der Auffassung, so Christiane Woopen, dass am Hirntod als Voraussetzung für eine postmortale Organentnahme festzuhalten sei.

Mit Blick auf die bevorstehenden Beratungen des Deutschen Bundestages zur gesetzlichen Regulierung der Beihilfe zur Selbsttötung präsentierte die Ratsvorsitzende die Ad-hoc-Empfehlung „Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft: Deutscher Ethikrat empfiehlt gesetzliche Stärkung der Suizidprävention“ (siehe Infobrief 01/15, Beilage). Der Ethikrat plädiert darin für eine andere, nämlich auf die Stärkung der Suizidprävention ausgerichtete gesetzliche Regelung und damit eine Ausweitung der Diskussion auf alle suizidgefährdeten Menschen in ihren vielfältigen Lebenssituationen. Die Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung wird unterstützt, jedoch als nicht ausreichend erachtet.

Am Rande der Veranstaltung überreichte die Ratsvorsitzende Christiane Woopen den Jahresbericht 2014 an Bundestagspräsident Lammert. (Fl) ||

»» TAGUNG

Menschen am Lebensende in ihrer kulturellen Identität achten – Deutscher Ethikrat in Istanbul

Am 26. März 2015 hat der Deutsche Ethikrat im Rahmen einer öffentlichen Tagung in Istanbul den interkulturellen Austausch mit türkischen Wissenschaftlern angestoßen. Thema waren ethische Entscheidungen am Lebensende im interkulturellen Kontext.

|| Angesichts eines großen Anteils türkischstämmiger Patienten in Deutschland und eines wachsenden Anteils deutschstämmiger Patienten, die in der Türkei behandelt werden, wollte der Deutsche Ethikrat mit seiner Veranstaltung zu einem besseren gegenseitigen Verständnis und einem kultursensiblen Umgang beitragen.

Zu dem breiten Spektrum problematischer Situationen am Lebensende gehören die Informationen über schwerwiegende Diagnosen und infauste Prognosen, die Feststellung der Aussichtslosigkeit einer medizinischen Behandlung und unterschiedliche Auffassungen über den Stellenwert der individuellen und familienorientierten Autonomie.

Wenn zwischen einer auf Lebenserhalt oder auf Leidenslinderung abzielenden Therapie abgewogen werden muss, spielen die kulturell geprägten Wertvorstellungen eine wesentliche Rolle. In interkulturellen

Behandlungssituationen können ethische Interessen- und Entscheidungskonflikte entstehen, die nicht nur für Patienten und ihre Angehörigen, sondern auch für die Ärzte und das Pflegepersonal besondere Herausforderungen darstellen. „Menschen sollten gerade in einer existenziell bedeutsamen Situation wie dem Lebensende so begleitet werden, wie es ihrer individuellen und sozialen Identität entspricht“, betonte die Vorsitzende des Deutschen Ethikrates Christiane Woopen.

Jutta Wolke, Generalkonsulin der Bundesrepublik Deutschland in Istanbul bezeichnete in ihrem Grußwort die interkulturelle Veranstaltung zum Lebensende als wichtigen Bestandteil des engen Geflechts der deutsch-türkischen Beziehungen, die weit über die politischen Beziehungen hinausgingen. Diese besondere Aktivität des Deutschen Ethikrates führe das gerade erst abgeschlossene deutsch-türkische Wissenschaftsjahr bereits

fruchtbar fort. Sie begrüßte die Auseinandersetzung des Deutschen Ethikrates auf dieser Ebene sehr und zeigte sich überzeugt, dass dies der Beginn eines Dialogs sei, den die Beteiligten am Ende gern weiterführen möchten.

Auch der Vizerektor der Universität Istanbul, Sedat Murat, hieß den Deutschen Ethikrat sowie die beteiligten türkischen Wissenschaftler herzlich als Hausherr willkommen und sprach über seine sehr persönliche Einordnung der Veranstaltung in die Vielfalt ethischer Fragen in einer sich wandelnden Gesellschaft.

In sechs Vorträgen und einer Podiumsdiskussion nahmen türkische und deutsche Referenten zu den medizinischen, rechtlichen und ethischen Facetten des Themas „Ethische Entscheidungen am Lebensende im interkulturellen Kontext“ Stellung und gingen insbesondere auf Fragen der Menschenwürde, der Patientenautonomie, der



Prof. Dr. med. Christiane Woopen, Jutta Wolke, Prof. Dr. Sedat Murat und Prof. Dr. (TR) Dr. phil. et med. habil. İlhan Ilkilic während der Tagung des Deutschen Ethikrates in Istanbul (v.l.)

Selbstbestimmung und des Rechts auf Wissen bzw. Nichtwissen ein.

Interessanterweise zeigten sich im Vergleich der rechtlichen Regelungen beider Länder sehr viel weniger Unterschiede, als angesichts der Darstellung der praktischen Erfahrungen vielleicht hätte erwartet werden können. Hier wurde deutlich, wie stark der kulturelle Hintergrund die Interpretationsspielräume jeweils beeinflusst und wie unterschiedlich die Hermeneutik von Begriffen in diesem Zusammenhang ausfallen kann. Als inhaltlich besonders unterschiedlich erwiesen sich aus praktischer Sicht der Umgang von Ärzten und Familienangehörigen mit der Mitteilung schwerwiegender Diagnosen und daraus erwachsender Therapieoptionen ebenso wie im Stellenwert der intensivmedizinischen Maximalversorgung im Vergleich zur Palliativmedizin. Während in Deutschland die Bedeutung der Palliativmedizin wächst und eher Sorge besteht, am Ende des Lebens ein Zuviel an medizinischer Behandlung zu erhalten, sodass in Patientenverfügungen diesbezüglich Grenzen eingezogen werden, scheint es in der Türkei einen sehr großen Wunsch von Patienten zu geben, in der letzten Lebensphase auf der Intensivstation versorgt zu werden. Es wäre ein weiterer Austausch nötig, um sich mit den möglichen Ursachen für diesen Befund vertraut zu machen und um einschätzen zu können, was er bedeutet.

Hinsichtlich der Mitteilung der Diagnose an den Patienten, auch wenn es sich um eine schwierige handelt, war der Hintergrund der unterschiedlichen Wahrnehmung etwas deutlicher auszumachen. Anders als in Deutschland steht zum einen in der Türkei nicht der einzelne Patient und dessen Selbstbestimmung im Mittelpunkt der ärztlichen Behandlung, sondern die Familie, die mit dem Patienten gemeinsam oder auch für ihn entscheidet. Zum anderen scheint das Verständnis dessen, was das Wohl des Patienten ausmacht, und wie Krankheitsverarbeitung gelingen kann, unterschiedlich zu sein. Bei denjenigen türkischen Familienangehörigen und auch Ärzten, die dafür eintreten, den Patienten nicht mit der Wahrheit über seine Diagnose zu konfrontieren, wenn diese ihn potenziell so verstören könnte, dass sie ihm den Lebensmut nimmt, steht im Vordergrund, den Lebenswillen des Patienten nicht



Blick ins Publikum während der Tagung im Kongress- und Kulturzentrum der Universität Istanbul

zu schwächen und den Patienten zu schützen. In Fällen, in denen es dem Patienten schlechter ging, nachdem ihm die Diagnose entgegen der Entscheidung der Familienangehörigen doch mitgeteilt wurde, werde – so zeigten es verschiedene Erfahrungsberichte – der Arzt dafür verantwortlich gemacht. Diese Haltung findet sich in der Türkei in allen gesellschaftlichen Schichten, ist also nicht an den Bildungsgrad gebunden. Es gibt allerdings auch Ärzte, die sich wünschen, dass sie mit ihren Patienten direkt und ohne Vermittlung durch die Familie wahrheitsgemäß und vollständig über ihren Gesundheitszustand sprechen können. Eine einheitliche Position der Ärzteschaft gibt es dazu nicht, die rechtlichen Rahmenbedingungen fördern grundsätzlich die vollständige Aufklärung des Patienten, lassen aber auch das Verschweigen der wahren Diagnose zu.

Die Veranstaltung zeigte viele Facetten des Spannungsfeldes auf, das sich durch kulturell unterschiedlich geprägte Überzeugungen am Ende des Lebens ergibt, und erwies sich als Türöffner für viele weitere Folge Diskussionen.

Vor diesem konkreten thematischen Hintergrund zeigten sich die türkischen Ta-

gungsteilnehmer an der Frage interessiert, welche Rolle der Deutsche Ethikrat im gesellschaftlichen Diskurs bioethischer Fragestellungen in Deutschland spielt und ob ein vergleichbares Gremium in der Türkei dazu beitragen könnte, die gesellschaftliche Debatte zu befördern. Die Referenten und Podiumsteilnehmer äußerten die Hoffnung, dass diese erste Begegnung der Ausgangspunkt für einen weiteren deutsch-türkischen Meinungsaustausch über bioethische Themen sein möge. (Be) ||

INFO

» QUELLE

Die Beiträge dieser Tagung können – soweit verfügbar – unter <http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/weitere-veranstaltungen/ethische-entscheidungen-am-lebensende-im-interkulturellen-kontext> in der Originalsprache nachgehört und nachgelesen werden.

»» INTERNATIONALES

Ethikräte Deutschlands, Österreichs und der Schweiz diskutierten über die Kultur des Sterbens

Vertreter des Deutschen Ethikrates, der österreichischen Bioethikkommission und der schweizerischen Nationalen Ethikkommission der Humanmedizin sind am 17. April 2015 in Bern zu ihrem dritten Treffen zusammengekommen. Den thematischen Schwerpunkt der Veranstaltung bildeten die Themen Kultur des Sterbens, die Voraussetzungen für ein Sterben in Würde sowie ethische, rechtliche und medizinische Fragestellungen zur Sterbehilfe.

|| Durch den liberaleren Umgang mit dem Thema Suizidbeihilfe habe sich in der Schweiz das Interesse von der Beihilfe zum Suizid weg zu einem Nachdenken über eine Kultur des Sterbens bewegt, so Otfried Höffe, Vorsitzender der schweizerischen Nationalen Ethikkommission, in seiner Begrüßungsansprache. Mit dem diesjährigen Treffen zum Thema Kultur des Sterbens wolle man dieser Entwicklung Rechnung tragen und eine gemeinsame Diskussion zum Thema anstoßen. Die Beiträge der Veranstaltung deckten daher neben den aktuellen Debatten zum Thema Sterbehilfe in diesen drei Ländern auch die Fragen nach einer Kultur des Sterbens sowie den gesellschaftlichen Voraussetzungen für ein Sterben in Würde ab.

Selbstbestimmung und Autonomie am Lebensende

Fragen der Selbstbestimmung und Autonomie im Zusammenhang mit Entscheidungen am Lebensende prägten den Vormittag der Veranstaltung. Carl Friedrich Gethmann vom Deutschen Ethikrat betrachtete die Themenfelder Handlungsurheberschaft und Selbstbestimmung im Kontext der Selbsttötung. Dabei ging er zunächst auf die begrifflichen Grundlagen und die darauf beruhenden ethischen Beurteilungen ein. Anschließend untersuchte er das Problem der Selbsttäuschung hinsichtlich der Selbstbestimmung, die Konflikte in Bezug auf die Ausübung der Selbstbestimmung und die sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen für das ärztliche Handeln.

Im Anschluss forderte Michael Wunder, ebenfalls Mitglied des Deutschen Ethikrates,

in seinem Vortrag eine *Ars moriendi nova* als Antwort auf die gesellschaftliche Verdrängung von Tod und Sterben und auf die Verbannung des Themas aus der Medizin. Dabei widmete er sich ebenfalls dem Thema Selbstbestimmung und untersuchte die Abstufungen selbstbestimmter Entscheidungen in der Sterbebegleitung. Er plädierte für eine bessere Einbeziehung der Patienten in die Entscheidungen zur Therapiebegrenzung sowie für den Einschluss psychosozialer und spiritueller Dimensionen in die Hospiz- und Palliativversorgung.

Markus Zimmermann, Mitglied der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin der Schweiz, präsentierte Entwicklungen und Narrative, welche die gesellschaftlichen Diskurse zum Thema Lebensende prägen. In diesem Zusammenhang fragte er auch nach Modellen und Leitbildern, die zur positiven Orientierung am Lebensende beitragen können und es den Menschen erlauben, ihre eigenen Vorstellungen von einem sogenannten „guten Sterben“ entwerfen zu können. Der Prozess des „guten Sterbens“ gestaltete sich seiner Meinung nach als ein vom Sterbenden kontrollierter, bewusster und aktiver Akt, bei dem der Sterbende möglichst bis zuletzt eine hohe Lebensqualität genießt. Dabei unterstrich er die Bedeutung, die Situationen von Lebensüberdruß im Alter, Aspekte der passiven Seite von Autonomie sowie von spiritueller Autonomie und die Idee des Leidens als Teil der *Conditio humana* auf die Vorstellungen vom Sterben haben können. Dies gelte es in Diskussionen über eine Kultur des Sterbens zu berücksichtigen.

Andreas Valentin von der österreichischen Bioethikkommission analysierte die Kultur des Sterbens im Kontext medizinischer Entscheidungen. Er legte zunächst ethische und rechtliche Rahmenbedingungen für den Entscheidungsprozess dar und ging anschließend auf Fragen der Indikationsstellung, den Begriff „Lebensende“ und Zielvorstellungen zum Sterben in Würde ein. In seinem Vortrag gelangte Valentin zu dem Schluss, dass nicht alles, was medizinisch machbar sei, auch einen individuellen Nutzen für den Patienten habe. Einen irreversibel eingetretenen Sterbeprozess zu verlängern, sei seiner Meinung nach nicht zu rechtfertigen. Er plädierte in diesem Zusammenhang für eine deutliche Abgrenzung gegen das Thema Sterbehilfe und für die Verwendung einer klaren und sorgfältigen Sprache im Umgang mit Patienten und Angehörigen.

Gemeinsame Diskussion mit Schweizer Parlamentariern

Am Nachmittag kamen die Teilnehmer der Tagung mit Schweizer Abgeordneten im Bundeshaus, dem Schweizer Parlamentsgebäude, zusammen. In seinem Beitrag zur Kultur des Lebens und der Kultur des Sterbens präsentierte Otfried Höffe zunächst fünf Strategien, um leben zu lernen, und stellte diesen anschließend vier Grundarten des Sterbens gegenüber. Er betonte, dass für eine Kultur des Sterbens eine Kultur des Abschiednehmens unverzichtbar sei. Dabei gelte es, den Käfig der Sterbebürokratisierung zu verlassen. Anschließend arbeitete er fünf Dimensionen einer Kultur des Sterbens her-



FOTO: NINA RINDUSBACHER

Prof. Dr. phil. Dr. h.c. mult. Otfried Höffe, Prof. Dr. med. Christiane Woopen und Dr. iur. Christiane Druml während des Treffens der Ethikräte Deutschlands, Österreichs und der Schweiz in Bern (v.l.)

aus, die rechtliche, medizinische, emotionale, soziale und spirituelle Aspekte umfassen.

Christiane Woopen, Vorsitzende des Deutschen Ethikrates, präsentierte die aktuelle Debatte zur Sterbehilfe in Deutschland. Dabei ging sie auf die politischen Vorstöße zur Regulierung der sogenannten organisierten Beihilfe zur Selbsttötung sowie der ärztlichen Suizidassistenten ein und präsentierte die Eckpunkte der Empfehlung des Deutschen Ethikrates „Zur Regelung der Suizidbeihilfe in einer offenen Gesellschaft“ vom Dezember 2014. Ihrer Meinung nach leiste die geplante Stärkung der Palliativmedizin und Förderung der gesellschaftlichen Diskussion einen Beitrag zur Gestaltung einer Kultur des Sterbens. Gleichzeitig kritisierte sie die Verengung der Debatte auf das Thema Selbstbestimmung und die Rolle von Sterbehilfevereinen sowie eine unzureichende Differenzierung unterschiedlicher Situationen am Lebensende.

Zum Thema Sterben in Würde präsentierte Christiane Druml, die Vorsitzende der österreichischen Bioethikkommission, die aktuelle Stellungnahme „Sterben in Würde: Empfehlungen zur Begleitung und Betreuung von Menschen am Lebensende und damit verbundenen Fragestellungen“, die

im Februar 2015 von der österreichischen Bioethikkommission veröffentlicht worden war. Druml konstatierte, dass der Tod immer weniger ein natürliches Ereignis, sondern vielmehr ein medizinisch-technisch gestalteter Prozess sei. Dabei betonte sie die Gratwanderung zwischen Lebensverlängerung und Sterbensverlängerung besonders vor dem Hintergrund unverhältnismäßiger medizinischer Interventionen am Lebensende. Abschließend untersuchte sie rechtliche und ethische Handlungsoptionen für ein Sterben in Würde.

In den anschließenden Kurzplädoyern der Parlamentarier sprach sich Ständerat Felix Gutzwiller (FDP), Mitglied der schweizerischen Parlamentarischen Kommission für Wissenschaft, Bildung und Kultur (WBK) und für Soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK), für eine Stärkung der Palliativmedizin aus, betonte aber auch die Gefahren einer Überregulierung. Um eine Kultur des Sterbens zu entwickeln, müsse zunächst ein entsprechender Kulturprozess angestoßen werden, so Nationalrätin Maya Ingold (EVP), Mitglied der SGK. Guy Parmelin (SVP), Präsident der SGK, unterstrich das hohe Reflexions- und Konfliktpotenzial in der Diskussion zum Thema Sterben und Le-

bensende, das im Fall der Abstimmung zur Sterbehilfe in der Schweiz dazu geführt habe, dass sich die Abgeordneten im Schweizer Parlament auch über Fraktionsgrenzen hinweg zusammenschlossen.

In der anschließenden Diskussion standen Fragen der Autonomie und Selbstbestimmung vor dem Hintergrund einer fortschreitenden Ökonomisierung im Blickpunkt. Außerdem wurde darüber diskutiert, was Menschen dazu bewegen mag, Angebote von Sterbehilfeorganisationen nachzufragen. Nicht immer sei dies Ausdruck von Autonomie, sondern auch von Angst vor einem ungewissen Lebensende. Der Wunsch nach Absicherung und Kontrolle könne ein leitendes Motiv dabei sein. Einig war man sich in der Einschätzung, dass die gesellschaftliche Debatte in den drei Ländern unterschiedliche Antworten auf die gleichen Fragen ergeben habe. Deshalb müsse die Diskussion über eine Kultur des Sterbens offen und ehrlich geführt werden und die verschiedenen gesellschaftlichen Perspektiven berücksichtigen.

Nächstes Treffen

Gastgeber für das nächste Treffen 2016 wird die österreichische Bioethikkommission sein. (Hi) ||



Prof. Dr. Christiane Woopen und die Referenten des Vormittags Prof. Dr.-Ing. Wolfgang Marquardt, Prof. Dr. phil Klaus Mainzer, Frank Rieger, Prof. Dr. theol. Peter Dabrock und Dr. iur. Thomas Petri (v.l.)

» JAHRESTAGUNG

Die Vermessung des Menschen – Big Data und Gesundheit

Big Data – die systematische Erfassung, Verknüpfung und Nutzung von rasant wachsenden Datenmengen – durchdringt zunehmend nahezu alle Lebenssphären, auch den Gesundheitsbereich. Ausgehend von der Frage, ob diese Entwicklungen im Begriff sind, das menschliche Selbstverständnis grundlegend zu verändern, hat der Deutsche Ethikrat am 21. Mai im Rahmen seiner Jahrestagung die Chancen und Risiken von Big Data erörtert und dabei den Fokus auf die großen ethischen Herausforderungen im Bereich der Gesundheit gelegt.

„Lassen Sie uns gemeinsam daran arbeiten, dass die Menschen sich durch biologisierte und nummerifizierte Selbstwahrnehmung und Lebensführung sowie durch datengetriebenen Effizienzzyklus und Optimierungswahn nicht hinter sich lassen, sondern in einem erfüllten Leben zu sich und zueinander kommen“, appellierte Christiane Woopen, die Vorsitzende des Deutschen Ethikrates, zu Beginn der Veranstaltung an die über 500 Tagungsgäste, die gekommen waren, um das Thema Big Data mit den 17 Referenten zu diskutieren, darunter der EU-Kommissar für Digitale Wirtschaft und Gesellschaft, Günther Oettinger.

Was ist Big Data?

Alle zwei Jahre verdoppelt sich das weltweite Datenvolumen, so Wolfgang Marquardt in seinem Eröffnungsvortrag. Allein im Jahr 2015 sei mit einer Datengenerierung von 1,8 Zettabyte zu rechnen. Der Vorstandsvorsitzende des Forschungszentrums Jülich erörterte die grundlegenden Charakteristika des

Phänomens Big Data, die sogenannten fünf Vs: Neben der Datenmenge (*volume*) seien die Geschwindigkeit der Datenerzeugung (*velocity*), ihre Vielfalt (*variety*) und unterschiedliche Qualität (*veracity*) sowie schließlich die Frage, welcher Wert (*value*) aus den Daten geschöpft werden könne, charakteristisch für Big Data. Die Wertschöpfung – das sogenannte *Data-Mining* – erfolge durch die Analyse und Interpretation der Daten. Aus Big Data werde auf diesem Wege *Smart Data*.

Laut Marquardt ist die Informationsgewinnung durch Big-Data-Anwendungen ein nicht mehr aufzuhaltender Prozess, der sowohl Chancen als auch Risiken birgt. Dies zeigte er eindrucksvoll am Beispiel von Google-Flu-Trends: Mithilfe von Data-Mining ist Google dazu in der Lage, die Verbreitung von Grippewellen vorherzusagen – im Dezember 2013 kam es jedoch zu einer massiven Überschätzung der Krankheitswelle. Die Tatsache, dass deren Ursache nicht nachvollzogen werden konnte, sei die entscheidende Schwäche korrelationsbasierter Prognosen gegenüber

solchen, die auf der Grundlage wissenschaftlicher Theorien getroffen werden, so Marquardt.

Dass die Feststellung von Korrelationen innerhalb einer gigantischen Datenmenge wissenschaftliche Theorien und Ursachenforschung keinesfalls ersetzen könne, war auch die Kernaussage von Klaus Mainzer. Algorithmen ohne Theorie seien blind und blindes Vertrauen in Big Data gefährlich, so der Wissenschaftsphilosoph von der Technischen Universität München. Im Hinblick auf die wissenschaftstheoretischen Grundlagen zeichnete Mainzer ein differenziertes Bild der Entwicklung: Ein Paradigmenwechsel habe nicht nur im Hinblick auf das Datenvolumen stattgefunden, sondern auch insofern, als Data-Mining über die parallele Anwendung einer Vielzahl neuartiger Algorithmen funktioniere. Er betonte jedoch, dass Big Data einen interdisziplinären Ansatz verfolge und sich somit auch vieler bereits bekannter wissenschaftlicher Methoden bediene. Wie Marquardt sah auch Mainzer die Wissen-



schaft in der Pflicht, mit einer kritischen Reflexion über die Grenzen und Potenziale von Big Data zu einer gesamtgesellschaftlichen Debatte beizutragen.

Frank Rieger, Informatiker und Sprecher des Chaos Computer Clubs, referierte im Anschluss über die gesellschaftspolitischen Herausforderungen, die sich aus der Digitalisierung für den Bereich der Gesundheit ergeben. Algorithmen seien immer Ausdruck menschlichen Willens, so Rieger. Deshalb liege es an uns, wie wir mit den Informationen umgehen, die Big-Data-Anwendungen bereitstellen, und ob wir etwa die kommerzielle Nutzung gesundheitsrelevanter Daten akzeptieren wollen. Rieger wies darauf hin, dass der Schutz und die Sicherheit der Daten nur auf dem Wege einer erheblichen Verbesserung der Software-Produkte verwirklicht werden könne. Für die Informatik gelte es nun, sich dieser Aufgabe zu stellen.

Ethische, rechtliche und politische Herausforderungen

Im zweiten Teil der Veranstaltung wurden insbesondere normative Fragestellungen vertieft. Den Auftakt machte Peter Dabrock, stellvertretender Vorsitzender des Ethikrates, mit einer ethischen Reflexion über den Einfluss von Big Data auf das Verständnis von Freiheit, Selbstbestimmung und Selbstkonstruktion.

Dabrock stellte fest, dass die zunehmende Verwendung Big-Data-basierter Gesundheits- und Freizeitangebote zwar, oberflächlich betrachtet, einen Gewinn an Freiheit und Selbstbestimmung darzustellen scheine, vieles spreche jedoch dafür, dass eine Entwicklung in die Gegenrichtung drohe. Dabrock hielt es für denkbar, dass sich das permanente Streben nach Gesundheitsoptimierung mithilfe immer intensiverer Selbstvermessung alsbald zu einer allgemei-

nen Norm verfestigen und Zuwiderhandeln mit Sanktionen verknüpft werde. Eine solche Entwicklung könne in ein regelrechtes Zwangssystem münden, welches die freie Selbstbestimmung von Individuen innerhalb einer weltanschaulich-pluralistischen Gesellschaft sowie – insbesondere im Hinblick auf die Persönlichkeitsrechte – rechtsstaatliche Prinzipien ernsthaft bedrohe. Ein verantwortlicher Umgang mit dieser Gefahr kann laut Dabrock nur darin bestehen, politische Rahmenbedingungen auf möglichst hoher, bestenfalls sogar globaler Ebene zu schaffen.

Auch Thomas Petri, Datenschutzbeauftragter des Landes Bayern, sah dringenden Regelungsbedarf. Datenschutz sei ein Grundrecht, dessen absolute Geltung durch die Persönlichkeitsrechte garantiert werde. Es gebe jedoch viele datenschutzrechtliche Prinzipien, die durch Big Data ausgehebelt werden: Petri nannte unter anderem den besonderen Schutz sensibler Daten sowie das Prinzip der Zweckbindung, welches verarbeitende Stellen dazu verpflichtet, Daten nur für den vorgesehenen, legitimen Zweck zu verwenden. Mit Blick auf die wissenschaftliche Forschung erörterte Petri die Bemühung des Datenschutzes um einen Ausgleich zwischen den Persönlichkeitsrechten einerseits und der Forschungs- und Wissenschaftsfreiheit andererseits. Ein größerer Spielraum für die Erkenntnisgewinnung werde zwar erlaubt, das Gesetz verlange jedoch auch hier strenge Zweckbindung sowie schnellstmögliche Anonymisierung der personenbezogenen Daten.

Petri betonte, dass Big Data im Sinne eines uneingeschränkten Umgangs mit personenbezogenen Daten dem geltenden Recht diametral gegenüberstehe. Allerdings reichten die vorhandenen technisch-organisatorischen Regulierungsinstrumente zurzeit nicht aus, um der Entwicklung Herr zu werden. Ob

die geplante Datenschutz-Grundverordnung der Europäischen Kommission in der Lage sei, rechtliche Schutzlücken zu schließen, bleibe abzuwarten.

Eine baldige Verabschiedung dieser Verordnung stellte Günther Oettinger, EU-Kommissar für digitale Wirtschaft und Gesellschaft, in Aussicht. „Wenn man die gesamte Wertschöpfungskette durchgeht, haben wir Europäer zu wenig digitale Souveränität, zu wenig digitale Autorität und zu viel digitalen Import“, so Oettinger. Es werde dringend eine klare Strategie benötigt, damit die europäische Wertegemeinschaft die digitale Zukunft entscheidend mitbestimmen könne. Er betonte, dass der europäische Markt den wirtschaftlich-technologischen Anschluss zu den digitalen Weltmarktführern wiederherstellen müsse. Zudem wies er auf die Notwendigkeit einer europäischen Digital-



EU-Kommissar Günther Oettinger während seines Gastvortrags während der Jahrestagung des Deutschen Ethikrates



Nach der Mittagspause wurden die Diskussionen in drei parallelen Foren fortgeführt

Union hin und lud den Deutschen Ethikrat ein, die Debatte auch auf europäischer Ebene mitzugestalten.

Im weiteren Verlauf der Tagung wurden in drei parallelen Foren jeweils ein Schwerpunktthema diskutiert.

Life-Logging – Reduktion oder Optimierung des Menschen?

Im Forum „Life-Logging und Selbstvermessung“ drehte sich alles um den Trend der digitalen Selbstvermessung und Lebensprotokollierung. Über die Bandbreite an Geräten und Programmen, die ein sogenanntes Self-Tracking ermöglichen, informierte Florian Schumacher, Gründer von *Quantified Self* Deutschland. Schumacher, selbst passionierter Tracker, zeichnete ein positives Bild des Trends: Self-Tracking steigere die Lebensqualität in vielerlei Hinsicht, ermögliche es doch ein höheres Maß an Selbsterfahrung und -erkenntnis sowie Effizienzoptimierung und Krankheitsprävention. Damit werde der Einzelne in die Lage versetzt, mehr Verantwortung für sich selbst zu übernehmen und die Autorität etablierter Disziplinen im Gesundheitsbereich kritisch zu hinterfragen.

Dieser positiven Einschätzung widersprach Stefan Selke, Soziologe von der Hochschule Furtwangen. Er betrachtet Life-Logging als einen Rückzug auf den Bereich des Kontrollierbaren, Messbaren und somit eine Form der Lebensbewältigung. Zudem beobachtet Selke die gefährliche Tendenz der Entstehung eines reduzierten, funktional-mechanistischen Menschenbildes. Life-Logging, so Selke, sei eine disruptive Technologie, die im Begriff sei, schleichend unser kulturelles Wertgefüge zu zerstören: Werde der Mensch nur noch über das Messbare definiert, so bedeute dies eine Entpersönli-

chung des Individuums, die Verdinglichung des Sozialen sowie die Abwertung (bzw. „rationale Diskriminierung“) all jener, deren Messwerte nicht der Norm entsprechen.

Aus der Perspektive der Entwicklerin referierte Elisabeth André, Informatikerin von der Universität Augsburg, über Potenziale und Probleme von datenintensiven Mensch-Maschine-Interaktionen im Alltag. Sie wies auf zwei wesentliche Herausforderungen hin: Zum einen müsse die Datenqualität verbessert werden, da diese den effektiven Nutzen vieler Produkte bislang noch erheblich einschränke. Zum anderen müsse sich die Produktion insgesamt stärker am Nutzer orientieren. Neben der Arbeit an nutzerfreundlicheren Designs meinte André damit vor allem, dass dem Wunsch der Nutzer nach Transparenz, Kontrollierbarkeit und Hoheit über die eigenen Daten unbedingt nachgekommen werden müsse. Um die positiven Potenziale der

Technologien nutzen zu können, müssten die Daten noch lange nicht in der Cloud gespeichert werden, konstatierte André.

Neue Perspektiven für Gesundheit und Medizin

Im Forum „Forschung im offenen Datenmeer“ wurde die Bedeutung von Big Data für die medizinische Forschung diskutiert. Der Onkologe Christof von Kalle referierte über die Forschungsarbeit des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen in Heidelberg, dessen Direktor er ist. Big Data stelle für die Krebsforschung einen Paradigmenwechsel dar, seien doch die Verknüpfung von molekularen und medizinischen Daten sowie ein hohes Maß an interdisziplinärer Zusammenarbeit von Medizin, Wissenschaft und Bioinformatik die Grundbedingungen für die klinische Umsetzung einer individualisierten Diagnostik und Therapie von Krebs. Von



Ratsmitglied Prof. Dr. iur. Reinhard Merkel (Mitte) während der abschließenden Podiumsdiskussion mit Ratsmitglied Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann, Anke Domscheidt-Berg, Dr. med. Peter Langkafel und Prof. Dr. med. Henry Völzke (v.l.)

Kalle wies darauf hin, dass das Centrum für Tumorerkrankungen strengste Datenschutz-, Berechtigungs- und Pseudonymisierungsaufgaben erfülle. Angesichts des hohen Nutzens von Big Data gelte es jedoch auch, die Patienten vor zu viel Datenschutz da zu schützen, wo dieser die medizinischen Potenziale der Technologie zu sehr einschränke.

Vor Überregulierung als Hemmnis für Forschung und Innovation warnte auch Nils Hoppe von der Universität Hannover. Der Experte für britisches Medizinrecht informierte über die Etablierung und Funktionsweise der *UK Biobank* sowie der Datenbank des *National Health Service (Care.data)*, in der alle Gesundheitsdaten zentralisiert gespeichert und verfügbar gemacht werden. Trotz einiger Herausforderungen, die sich aus der Einrichtung dieser Zentralregister ergeben – Hoppe nannte etwa Einwilligungsfragen oder Unklarheiten im Umgang mit Zufallsbefunden –, handele es sich hier um wichtige Instrumente einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung.

Big Data in der Praxis

Die Frage, ob und inwiefern Big Data die Rolle und das Bild des Patienten im Medizin- und Gesundheitssektor verändert oder bereits verändert hat, stand im Fokus der Debatte im Forum „Der Patient als Datensatz“.

Arno Elmer, Hauptgeschäftsführer der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (Gematik), erklärte in seinem Vortrag, warum der Aufbau eines vernetzten Gesundheitssystems zum Patientenwohl geschehe. Die Gematik habe mit der Entwicklung einer sektorenübergreifenden und interoperablen IT-Plattform unlängst einen wichtigen Beitrag geleistet, dem Ziel einer optimierten Patientenversorgung näherzukommen, da sie es allen Beteiligten – auch dem Patienten selbst – erlaube, wichtige Patienteninformationen schnell, sicher und zuverlässig abzurufen. Das System beruhe dabei auf Freiwilligkeit; es finde also keine Übertragung und Nutzung von Daten ohne die explizite Zustimmung des Patienten statt. Da außerdem der Frage der Datensicherheit oberste Priorität zukomme, setze die Gematik auf eine dezentrale Speicherung der Daten. Somit werde es dem Patienten bei einem hohen Maß an Transparenz ermöglicht, sein Recht auf informationelle Selbstbestimmung auszuüben.

Die Frage, inwiefern Big Data einen verändernden Einfluss auf das Arzt-Patienten-Verhältnis habe, interessierte Ethik-



Blick ins Publikum während der Jahrestagung des Deutschen Ethikrates in Berlin

ratsmitglied Thomas Heinemann. Seiner Ansicht nach handle es sich hierbei um einen besonderen Schutzraum, der sich aus vier grundlegenden Prinzipien ärztlichen Handelns ergebe: erstens der Notwendigkeit und Verantwortbarkeit der ärztlichen Handlung; zweitens der Pflicht, nur zum Wohle des jeweiligen Patienten zu handeln (Individualnutzen); drittens der Pflicht, jedwede Eingriffe nur mit Zustimmung und nach umfassender Information des Patienten vorzunehmen (informierte Einwilligung) sowie viertens der ärztlichen Schweigepflicht.

Heinemann sah den Einsatz von Big-Data-Anwendungen im Konflikt mit den berufsethischen Prinzipien des Arztes, der letztlich nur auf zwei Weisen gelöst werde könne: Entweder halte man an den berufsethischen Prinzipien fest, was eine Einschränkung für Big Data bedeute, oder man entscheide sich für eine Aufweichung und Überformung dieser Prinzipien zugunsten einer „Medizin im Rahmen von Big Data“. In der anschließenden Diskussion verteidigte Heinemann sein Eintreten für den ersten Lösungsweg.

Big Data = Big Health?

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse, die aus den drei Foren ins Plenum hineingetragen worden waren, diskutierten die Publizistin Anke Domscheit-Berg, Ethikratsmitglied Claudia Wiesemann, der Mediziner und SAP-Manager Peter Langkafel sowie der Epidemiologe Henry Völzke auf dem von Ratsmitglied Reinhard Merkel moderierten

Abschlusspodium. Ziel sei es, die unterschiedlichen Einschätzungen und Meinungen, die in den Vorträgen und Publikumsbeiträgen zum Ausdruck kamen, „in ihrem Pro und Kontra zu schärfen“, so Merkel. Zwar gab es keinen Konsens über eine allgemeine ethische Beurteilung von Big Data, es herrschte jedoch Einigkeit darüber, dass es dringend einer gesellschaftlichen Debatte sowohl über den Nutzen und die Chancen als auch die Defizite und Risiken bedürfe, die sich aus der Verfügbarkeit umfassender Datensätze gerade im medizinischen Kontext ergeben.

Dieses Fazit zog auch Ethikratsmitglied Katrin Amunts in ihrem Schlusswort, in dem sie eine weitere inhaltliche Befassung des Deutschen Ethikrates mit dem Thema Big Data und Gesundheit ankündigte. „Bei der Entwicklung von Verfahren für Big-Data-Analysen im Bereich der medizinischen Forschung – der Grundlagenforschung und der großen Kohorten – müssen von Anfang an normative und ethische Fragen mitgedacht werden“, so Amunts. (Fe) ||

INFO

>> QUELLE

Die Beiträge dieser Tagung können – soweit verfügbar – unter <http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/jahrestagungen/die-vermessung-des-menschen> nachgehört und nachgelesen werden.

Der Ethikrat

Der Deutsche Ethikrat hat sich am 11. April 2008 auf der Grundlage des Ethikratgesetzes (EthRG) konstituiert. Er verfolgt die ethischen, gesellschaftlichen, naturwissenschaftlichen, medizinischen und rechtlichen Fragen sowie die voraussichtlichen Folgen für Individuum und Gesellschaft, die sich im Zusammenhang mit der Forschung und den Entwicklungen insbesondere auf dem Gebiet der Lebenswissenschaften und ihrer Anwendung auf den Menschen ergeben. Der Deutsche Ethikrat ist in seiner Tätigkeit unabhängig und nur an den durch das EthRG begründeten Auftrag gebunden. Die Mitglieder des Deutschen Ethikrates üben ihr Amt persönlich und unabhängig aus.

Der Deutsche Ethikrat erarbeitet und veröffentlicht seine Stellungnahmen aufgrund eigenen Entschlusses, im Auftrag des Deutschen Bundestages oder der Bundesregierung.

Der Infobrief wurde eingerichtet, um einer breiteren Öffentlichkeit den Diskurs im Deutschen Ethikrat in komprimierter Form vorzustellen. Als Grundlage dienen die veröffentlichten Dokumente des Deutschen Ethikrates (Audiomitschnitte und Simultanmitschriften der öffentlichen Sitzungen, Stellungnahmen etc.).

» WWW.ETHIKRAT.ORG

KONTAKTE

Leiter der Geschäftsstelle:

Dr. Joachim Vetter
Telefon: +49 (0)30/203 70-242
E-Mail: vetter@ethikrat.org

Pressekontakt:

Ulrike Florian
Telefon: +49 (0)30/203 70-246
Telefax: +49 (0)30/203 70-252
E-Mail: florian@ethikrat.org

TERMINE

» **SITZUNGEN**

27. August 2015
24. September 2015
22. Oktober 2015
26. November 2015
17. Dezember 2015

» **VERANSTALTUNGEN**

3. Dezember 2015
HERBSTTAGUNG
(gemeinsam mit der Leopoldina)
Thema: Globale Wissenschaft – Globale Ethik?
Ort: Berlin

MITGLIEDER

Der Deutsche Ethikrat besteht aus 26 Mitgliedern, die naturwissenschaftliche, medizinische, theologische, philosophische, ethische, soziale, ökonomische und rechtliche Belange in besonderer Weise repräsentieren. Der Präsident des Deutschen Bundestages beruft die Mitglieder des Deutschen Ethikrates je zur Hälfte auf Vorschlag des Deutschen Bundestages und der Bundesregierung für die Dauer von vier Jahren. Eine Wiederberufung ist einmal möglich.

Prof. Dr. med. Christiane Woopen
(Vorsitzende)

Wolf-Michael Catenhusen
(Stellv. Vorsitzender)

Prof. Dr. theol. Peter Dabrock
(Stellv. Vorsitzender)

Prof. Dr. iur. Jochen Taupitz
(Stellv. Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Katrin Amunts
Constanze Angerer

Prof. Dr. med. Frank Emmrich

Dr. med. Christiane Fischer

Prof. Dr. phil. habil. Dr. phil. h. c. lic. phil. Carl Friedrich Gethmann

Bischof Prof. Dr. theol. Martin Hein

Prof. Dr. med. Dr. phil. Thomas Heinemann

Prof. Dr. iur. Wolfram Höfling

Prof. Dr. (TR) Dr. phil. et med. habil. Ilhan Ilkic

Prof. Dr. med. Leo Latasch

Weihbischof Dr. theol. Dr. rer. pol. Anton Losinger

Prof. Dr. iur. Reinhard Merkel

Herbert Mertin

Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. theol. h. c. Eckhard Nagel

Dr. phil. Peter Radtke

Ulrike Riedel

Prof. Dr. iur. Edzard Schmidt-Jortzig

Prof. Dr. theol. Eberhard Schockenhoff

Prof. Dr. med. Elisabeth Steinhagen-Thiessen

Prof. Dr. iur. Silja Vöneky

Prof. Dr. med. Claudia Wiesemann

Dipl.-Psych. Dr. phil. Michael Wunder

IMPRESSUM

Infobrief des Deutschen Ethikrates

Herausgeber:

Geschäftsstelle des Deutschen Ethikrates
Sitz: Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften
Jägerstraße 22/23
D-10117 Berlin

Telefon: +49 (0)30/203 70-242
Telefax: +49 (0)30/203 70-252
E-Mail: kontakt@ethikrat.org
Internet: www.ethikrat.org

Redaktion:

Dr. Joachim Vetter (V.i.S.d.P.)
Ulrike Florian

Beiträge:

Dr. Katrin Bentele, Tobias Fenster, Ulrike Florian, Christian Hinke, Dr. Nora Schultz

Fotos: Reiner Zensen

Grafische Konzeption und Gestaltung:

BartosKersten Printmediendesign, Hamburg

Druck: MOTIV OFFSET DRUCKEREI, Berlin

© 2015 Deutscher Ethikrat. Alle Rechte vorbehalten.

ISSN 1868-9000