



Infobrief

01
11

Informationen und Nachrichten aus dem Deutschen Ethikrat

VKZ 64247 • N° 7 • April 2011

>> STELLUNGNAHME PRÄIMPLANTATIONS DIAGNOSTIK

Gentests an Embryonen?

Im Juli 2010 hatte der Bundesgerichtshof einen Arzt freigesprochen, der sich selbst wegen der Durchführung von Gentests an Embryonen angezeigt hatte. Nun befasst sich der Bundestag mit der Frage, wie die Präimplantationsdiagnostik (PID) künftig gesetzlich geregelt werden soll. Der Deutsche Ethikrat hat hierzu im März eine Stellungnahme vorgelegt, in der die Argumente für und gegen die PID ausführlich dargelegt und alternative Vorschläge zu ihrer gesetzlichen Regelung unterbreitet werden.

|| Vor dem Hintergrund aktueller wissenschaftlich-technischer und rechtlicher Entwicklungen, die vielfältige ethische und gesellschaftliche Fragen im Hinblick auf einen Regelungsbedarf der PID aufwerfen, werden in der Stellungnahme die derzeitige Praxis und die neuen Möglichkeiten der genetischen Diagnostik an Embryonen beschrieben sowie unterschiedliche Positionen und Argumente zum Status und Schutz des Embryos dargestellt sowie die wichtigsten sozialetischen Aspekte, die in der aktuellen Debatte kontrovers diskutiert werden, aufgeführt.

Klinische Praxis

Um sich über die aktuelle und zu erwartende klinische Praxis der PID und ihre rechtliche Regulierung einen Überblick zu verschaffen, hatte der Ethikrat im Dezember 2010 Ver-

treter aus europäischen Ländern, in denen die PID bereits durchgeführt wird, zum Meinungsaustausch eingeladen. Bei dem derzeit am weitesten verbreiteten PID-Verfahren, der Blastomerenbiopsie, werden dem Embryo am dritten Tag nach der Befruchtung, das heißt etwa im Achtzellstadium, ein bis zwei totipotente Zellen entnommen, was in Deutschland aufgrund der Regelungen des Embryonenschutzgesetzes verboten ist. Zumindest mit Blick auf die Feststellung von Aneuploidien konnte bislang nicht nachgewiesen werden, dass sich mit dieser Methode die Chance auf ein gesundes Kind verbessert hätte, unter anderem auch deshalb, weil die Zellen des Embryos in diesem Stadium häufig genetische Unterschiede aufweisen, die das Ergebnis einer untersuchten Zelle hinsichtlich der Chromosomenzahl wenig aussagekräftig machen.



Verbesserungen in der Schnelligkeit und Zuverlässigkeit der verwendeten diagnostischen Testmethoden, insbesondere im Bereich der DNA-Chip-Technologie, erhöhen derzeit jedoch die Wahrscheinlichkeit, dass aussagekräftige Tests auf konkrete, genetisch bedingte Krankheiten und Chromosomen->

WEITERE THEMEN:

>> ÖFFENTLICHE SITZUNG	SEITE 4	Anhörung zur PID-Praxis im europäischen Ausland
>> PARLAMENTARISCHER ABEND	SEITE 6	Ethikrat diskutierte Stellungnahme zur PID mit Parlamentariern
>> STELLUNGNAHME	SEITE 7	Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen
>> FORUM BIOETHIK	SEITE 9	Streitfall Babyklappe

störungen auch an älteren Embryonen, das heißt am fünften Tag nach der Befruchtung, durchgeführt werden können (Blastozystenbiopsie). Die Zellen des Embryos sind zu diesem Zeitpunkt nicht mehr totipotent, sodass ihre Untersuchung auch in Deutschland nicht von vornherein ausgeschlossen wäre. Für die erfolgreiche Durchführung einer PID werden allerdings in der Regel mehr Embryonen benötigt als die drei, die das deutsche Embryonenschutzgesetz nach überwiegender Auffassung zulässt.

Status des Embryos

Die Frage, inwieweit die Erzeugung solcher überzähligen Embryonen gerechtfertigt sein kann, hängt entscheidend davon ab, wie der Status des Embryos beurteilt wird. Hierzu macht der Deutsche Ethikrat deutlich, dass diese Frage weder rechtlich noch ethisch eindeutig beantwortet werden kann. Dies ergibt sich aus einer Analyse des verfassungsrechtlichen Rahmens und unterschiedlicher Positionen zum moralischen Status und Schutz des Embryos. Vertreter der einen Position halten einen abgestuften Lebensschutz nach Abschluss der Befruchtung für nicht begründbar und verweisen zudem auf eine besondere Verantwortung gegenüber dem in vitro hergestellten Embryo. Vertreter der anderen Position hingegen argumentieren, dass die elterliche Verantwortung erst mit Etablierung und Fortschreiten einer Schwangerschaft wächst und dass der Embryo in den ersten Tagen seiner Entwicklung sehr wohl anders bewertet und geschützt werden kann und soll als das vorgeburtliche Leben in seinen späteren Entwicklungsstufen, insbesondere nachdem der Keim sich in die Gebärmutter eingenistet hat.

Sozialethische Aspekte

Kontrastierende Perspektiven entwickelt die Stellungnahme auch mit Blick auf sozialethische Fragen. Hier gibt es unterschiedliche Beurteilungen, ob die Zulassung der PID die grundsätzliche gesellschaftliche Akzeptanz einer Auslese von genetisch auffälligen Embryonen bedeuten könnte und inwieweit dies zur Diskriminierung von Menschen mit Behinderung führen oder künftige Eltern unter Druck setzen könnte, solche Tests überhaupt durchführen zu lassen oder sich gegen das Leben mit betroffenen Kindern zu entscheiden.

Ausgehend von diesen naturwissenschaftlichen, rechtlichen und ethischen Überlegungen entwickeln die Ratsmitglieder im Anschluss zwei einander gegenüberstehende Argumentationen für und wider eine Zulassung der PID in Deutschland.

Votum für eine begrenzte Zulassung

Eine Gruppe von 13 Mitgliedern des Deutschen Ethikrates hält die PID unter bestimmten Einschränkungen für ethisch gerechtfertigt, weil die PID einen Weg eröffnet, einen rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik gemäß medizinischer Indikation zu vermeiden, und auch Paaren eine Chance auf Hilfe bietet, die aus genetischen Gründen wiederholte Fehl- oder Totgeburten erlebt haben. In beiden Fällen sprechen gewichtige Gründe des Gesundheitsschutzes der Frau für die Zulassung der PID.

Die Befürworter einer begrenzten Zulassung der PID gehen dabei von sechs Grundsätzen aus, die sie in der Stellungnahme ausführlich begründen:

1. Einem Paar sollte der Weg zur Erfüllung seines Kinderwunsches offen stehen, auch wenn es weiß, dass es eine schwere Krankheit vererben kann.
2. Die Rechte und Schutzansprüche der Mutter sind gegenüber denjenigen des Embryos abzuwägen; diejenigen der Mutter können jedoch nicht einseitig beiseitegeschoben werden.
3. Die Anwendung der PID soll begrenzt werden.
4. Die Anwendung der PID kann begrenzt werden.
5. Die Entscheidung eines betroffenen Paares ist keine Diskriminierung von Menschen mit Behinderung.
6. Das Schutzkonzept einer begrenzten Zulassung der PID vermeidet einen Widerspruch zum sonstigen Schutzkonzept ungeborenen Lebens in unserer Rechtsordnung.

Vor diesem Hintergrund entwickeln diese Ratsmitglieder eine Reihe von Empfehlungen für die Regelung einer begrenzten Zulassung der PID.

Voraussetzung für die Durchführung von Gentests an Embryonen ist demnach ein hohes medizinisches Risiko. Dieses liegt vor,

- a) wenn bei den Eltern nachweislich eine erbliche Anlage vorhanden ist, die bei Vererbung auf das Kind zu einer schweren Krankheit oder Behinderung führen würde und im Falle ihrer Feststellung durch pränatale Diagnostik wegen einer Gefährdung der körperlichen oder seelischen Gesundheit der betreffenden Frau Anlass für eine medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch wäre,
- b) wenn bei den Eltern nachweislich ein hohes Risiko vorhanden ist, eine Chromosomenstörung oder anderweitige Mutation zu vererben, die eine extra-uterine Lebensfähigkeit des Embryos ausschließt oder

- c) wenn bei den Eltern nach wiederholten Fehlgeburten oder vergeblichen Behandlungsversuchen der assistierten Reproduktion nach eingehender medizinischer Abklärung ein hohes Risiko für Reifungsstörungen der Keimzellen gegeben ist, sodass ein Großteil der entstehenden Embryonen extra-uterin nicht lebensfähig ist. In diesen Fällen sollte eine PID nur im Rahmen klinischer Studien durchgeführt werden, um ihre in diesem Anwendungsbereich bislang nicht belegte Wirksamkeit wissenschaftlich zu klären.

Unzulässig und gesetzlich zu verbieten ist die Durchführung der PID nach Ansicht dieser Gruppe hingegen

- a) zur Feststellung des Geschlechts eines Embryos, es sei denn, diese hat das Ziel, die Geburt eines Kindes mit einer folgenschweren, geschlechtsgebunden vererbten genetischen Anomalie zu vermeiden,
- b) wenn sie mit dem Ziel der Auswahl eines Embryos für die Spende von Zellen, Geweben, oder Organen für einen anderen Menschen erfolgen soll,
- c) wenn sie ohne eine der oben angeführten Indikationen etwa zur Vermeidung eines allein wegen des Alters der Frau vermuteten Risikos von Chromosomenstörungen beim Embryo erfolgen soll und
- d) bei spätmanifestierenden Krankheiten.

Die Befürworter einer begrenzten Zulassung der PID empfehlen, dass der Gesetzgeber diese Kriterien festlegt, jedoch keinen Katalog einzelner Krankheiten oder Behinderungen aufstellt, bei denen eine PID infrage kommt.

Sie schlagen außerdem bundeseinheitlich festzulegende Verfahrensregeln für die Durchführung der PID vor. Die Indikationsstellung soll nach Feststellung des genetischen Risikos und Beratung durch einen Humangenetiker, nach ärztlicher Beratung durch einen Reproduktionsmediziner und nach psychosozialer Beratung durch eine nach Schwangerschaftskonfliktgesetz anerkannte Beratungsstelle gemeinsam durch die an der Beratung beteiligten Experten sowie einen Vertreter der IVF-Kommission der Landesärztekammer erfolgen.

Weiterhin enthält das befürwortende Votum Vorschläge zum Umgang mit Überschussinformationen im Rahmen einer PID, zur Vermeidung überzähliger Embryonen sowie zur Organisation und Dokumentation der Durchführung der PID.

Votum für ein Verbot

Eine Gruppe von elf Mitgliedern des Ethikrates vertritt die Auffassung, dass eine Zulas-

sung der PID ethisch nicht zu vertreten ist, da mit ihr der Schutz in vitro hergestellter Embryonen als einer um ihrer selbst willen zu achtenden Gestalt menschlichen Lebens infrage gestellt würde.

Die Hoffnungen und Wünsche genetisch belasteter Paare, die sich mithilfe der PID ihren Wunsch nach gesunden Kindern erfüllen wollen, hätten zwar großes Gewicht. Die sorgfältige ethische Prüfung der PID und ihrer voraussichtlichen Entwicklung habe aber dennoch ergeben, dass das Verfahren ausdrücklich verboten werden sollte.

Hierfür nennen die Gegner einer Zulassung die folgenden Gründe:

1. Der in vitro gezeugte Embryo unterliegt aufgrund seiner künstlichen Erzeugung einer besonderen und neuartigen Verantwortung, da es vergleichbare Eingriffsmöglichkeiten bei einer natürlichen Empfängnis in den ersten Tagen der embryonalen Entwicklung gar nicht gibt. Diese besondere Verantwortung verbietet es, Embryonen in vitro zu erzeugen, um sie im Falle unerwünschter Eigenschaften zu verwerfen.
2. Mit der PID verbindet sich ein selektiver Blick, der darauf zielt, unter den in vitro hergestellten Embryonen die einen auszuwählen und die anderen zu verwerfen. Das unterscheidet die PID grundlegend von der Situation des Schwangerschaftsabbruchs aufgrund medizinischer Indikation nach einer Pränataldiagnostik. Deshalb lässt sich die PID nicht durch einen Vergleich mit der Pränataldiagnostik rechtfertigen, bei dem die Pränataldiagnostik – wohlgemerkt im Gegensatz zu den geltenden gesetzlichen Bestimmungen – als Mittel zu einer „Schwangerschaft auf Probe“ interpretiert wird.
3. Aus einem solchen Vergleich ergibt sich jedoch, dass mit der PID eine embryopathische Indikation wieder eingeführt würde, also die Erlaubnis, menschliches Leben aufgrund unerwünschter Eigenschaften zu verwerfen. Diese embryopathische Indikation wurde aber bei der Schwangerschaftskonfliktregelung von 1995 ausdrücklich ausgeschlossen.
4. Eine Zulassung der PID würde gravierende Folgen für den Embryonenschutz nach sich ziehen. Die „Dreierregel“, mit der sichergestellt werden soll, dass menschliche Embryonen nur zum Zweck der menschlichen Fortpflanzung in vitro hergestellt werden dürfen, ließe sich nicht aufrechterhalten. Vielmehr würde eine hohe Anzahl von „überzähligen“ Embryonen entstehen, deren Schicksal ungewiss wäre.

5. Eine Begrenzung auf wenige Fallgruppen oder schwere Erkrankungen wäre nicht einzuhalten. Vielmehr ist eine Ausweitung der Indikationen und Anlässe für die Anwendung der PID absehbar und in anderen Staaten, die die PID zugelassen haben, bereits erfolgt.

6. Die technische Entwicklung chipgestützter Diagnosetechniken macht einen breiteren Einsatz der PID für die gleichzeitige Diagnostik einer Vielzahl von genetischen Abweichungen oder Krankheitsveranlagungen in absehbarer Zeit wahrscheinlich. Bei den untersuchten Embryonen werden sie Resultate erbringen, nach denen gar nicht gefragt wurde. Diese „Überschussinformationen“ werden eine Auswahl von Embryonen auch aus anderen als „eng begrenzten“ Gründen zur Folge haben.

7. Mit solchen Entwicklungen würde sich der Druck auf genetisch belastete Eltern, die sich keiner PID unterziehen wollen, und auf Menschen mit Behinderung, insbesondere mit genetisch bedingten Behinderungen, erhöhen. Den Bemühungen um Integration und Inklusion von Behinderten liefe eine solche Entwicklung zuwider.

Nach Auffassung der Unterzeichner dieses Votums müssen die Sorgen und Wünsche von genetisch belasteten Paaren ernst genommen werden. Eine Einführung der PID rechtfertigen sie aber nicht. Vielmehr ist eine bessere Beratung und Unterstützung betroffener Paare oder Familien sicherzustellen; ebenso ist zu prüfen, ob ihre Belastung durch den Einsatz anderer Verfahren gemildert werden kann.

Sondervotum

In einem Sondervotum spricht sich ein Ratsmitglied dafür aus, die PID zur Identifikation von nicht lebensfähigen Embryonen zu erlauben. Für diejenigen Situationen, in denen genetische Anlagestörungen mit dem Leben nicht vereinbar sind, könne die PID verhindern, dass biologisch aussichtslose Schwangerschaften entstehen, die ausschließlich zu einer Gefährdung der Mutter bzw. der Eltern führen. Dies gelte beispielsweise für die meisten Aneuploidien und viele andere Chromosomenstörungen aber auch für einige nicht behandelbare, kurz nach der Geburt zum Tode führende Erkrankungen. Um eine klare Eingrenzung der Anwendungsmöglichkeiten der PID unter solchen Gesichtspunkten zu ermöglichen, bedürfe es allerdings einer verbindlichen Indikationsliste. (Sc) ||

INFO

»» BEGRIFFLICHKEITEN

Aneuploidie

Numerische Chromosomenstörung, bei der für ein bestimmtes Chromosom im Genom nicht zwei, sondern entweder drei Kopien (Trisomie) oder nur eine Kopie (Monosomie) vorliegen; Monosomien und die meisten Trisomien führen zu Fehlgeburten

Blastomere

Tochterzelle des Embryos, die während der ersten Zellteilungen (vor dem vierten Tag) entsteht

Blastomerenbiopsie

Methode, bei der dem Embryo ungefähr im Acht-Zell-Stadium ein bis zwei Zellen zur Untersuchung entnommen werden; man geht davon aus, dass die entnommenen Zellen in diesem Stadium noch totipotent sind

Blastozyste

In der Embryonalentwicklung gebildetes Bläschen (bestehend aus ca. 120 Zellen), das aus Trophoblast, Embryoblast und einem flüssigkeitsgefüllten Hohlraum besteht; nur aus der sogenannten inneren Zellmasse, dem Embryoblast, bildet sich der Embryo

Blastozystenbiopsie

Methode, bei der dem etwa fünf Tage alten Embryo mehrere Zellen aus der äußeren Zellschicht (Trophoblast) zur Untersuchung entnommen werden; die entnommenen Zellen sind nicht mehr totipotent

DNA-Chip

Molekularbiologisches Instrument zur gleichzeitigen Analyse mehrerer DNA-Sequenzen

Strukturelle Chromosomenstörung

Form der Chromosomenstörung, die meist als Translokation vorliegt, das heißt, bestimmte Abschnitte eines Chromosoms befinden sich an anderen Orten, speziell auf anderen Chromosomen; die überwiegende Anzahl dieser Störungen ist letal

»» STELLUNGNAHME

Die Stellungnahme Präimplantationsdiagnostik und die Statements von Christiane Woopen und Wolfgang Huber sowie der Jahresbericht des Ethikrates sind unter www.ethikrat.org abrufbar.

» ÖFFENTLICHE SITZUNG

Anhörung zur PID-Praxis im europäischen Ausland

Am 16. Dezember 2010 hatte sich der Deutsche Ethikrat in einer öffentlichen Anhörung über die Regulierung und Praxis der PID in Belgien, Großbritannien und Frankreich sowie über aktuelle Entwicklungen der genetischen Untersuchung von Embryonen informiert.

|| Zu Beginn der Veranstaltung berichtete Luca Gianaroli, Vorsitzender der Europäischen Fortpflanzungsmedizinergesellschaft ESHRE (*European Society of Human Reproduction and Embryology*) über den Stand der Entwicklung der PID, soweit er sich in dem seit über zehn Jahren geführten Register der ESHRE widerspiegelt. In dem Register werden die Daten aus 57 von etwas über 100 Zentren weltweit gespeichert und ausgewertet. Seit 1999 bis zum letzten Berichtszeitraum (Behandlungsjahr 2007) wurden ca. 28.000 Behandlungszyklen durchgeführt und 4.047 Kinder nach einer Untersuchung im Embryonalstadium geboren. In ca. 99,5 Prozent aller Fälle wurden die zu untersuchenden Zellen am dritten Tag entnommen. Aufgrund ihres angenommenen Potenzials, sich zu einem eigenständigen Embryo zu entwickeln, ist dies in Deutschland verboten. Insgesamt steige jedoch das Interesse, die Untersuchung an Blastozysten, also etwa am fünften Tag der Embryonalentwicklung, durchzuführen. Zu diesem Zeitpunkt könnten mehr Zellen entnommen werden, die zudem nur zur späteren Bildung der Plazenta bestimmt seien.

Zur Praxis der PID in Belgien erläuterte der Fortpflanzungsmediziner Paul Devroey, das Verfahren für die Genehmigung jeder Diagnostik sei schwierig, aber transparent. Eine PID werde an sieben lizenzierten IVF-Zentren in Kooperation mit einem humangenetischen Zentrum durchgeführt. Zusätzlich bedürfe sie einer Beratung des Paares und positiver Evaluation des Falls durch einen Fortpflanzungsmediziner, einen Genetiker, einen Psychologen sowie bei Bedarf eines Ethikkomitees. Eine offizielle Liste zugelassener Indikationen gebe es nicht.

Aus Großbritannien berichtete Emily Jackson, Juristin und Vizevorsitzende der

Fortpflanzungsmedizinbehörde HFEA (*Human Fertilisation and Embryology Authority*). Die HFEA ist in Großbritannien für die Vergabe von Lizenzen zuständig, die Zentren benötigen, um PID anbieten zu können. Sie entscheidet auch darüber, welche genetisch und chromosomal bedingten Störungen für eine PID überhaupt zulässig sind. Bei dem Beratungsverfahren werde die Situation des Paares berücksichtigt und der Rat verschiedener Experten wie Mediziner und Patientengruppen herangezogen. Bei besonders umstrittenen Diagnosemöglichkeiten – wie z. B. der Untersuchung auf Brustkrebsrisikogene – werde auch die Öffentlichkeit verstärkt in den Beratungsprozess einbezogen. Wenn ein Test aber erst einmal anerkannt sei, könne



Die Anhörung fand reges Interesse in der Öffentlichkeit und unter Mitgliedern des Deutschen Bundestages



Mitglieder des Ethikrates informierten sich bei Sachverständigen aus Belgien, Großbritannien und Frankreich über aktuelle Entwicklungen der Präimplantationsdiagnostik

jedes lizenzierte Zentrum ihn einsetzen, ohne für jeden Einzelfall eine Genehmigung der HFEA einzuholen.

Patrick Gaudray, Genetiker und Mitglied des Französischen Ethikrates, erläuterte das französische Modell, bei dem der PID enge Grenzen gesetzt sind, die nur im Rahmen von Novellierungen des Fortpflanzungsmedizingesetzes geändert werden können. Derzeit dürfe die PID nur in drei lizenzierten Zentren durchgeführt werden und nur bei Familien, die bereits von einer schweren und unheilba-

ren genetisch bedingten Krankheit betroffen seien. Eine Liste konkreter Krankheitsanlagen, die untersucht werden dürfen, gebe es nicht, stattdessen finde eine Überprüfung jedes Einzelfalles im Rahmen eines festgelegten Verfahrens statt.

Im Unterschied zu Frankreich ist in Belgien und Großbritannien auch die Suche nach Chromosomenstörungen zugelassen, die nicht bereits im Genom der Eltern vorliegen, sondern erst während der Keimzellbildung oder Befruchtung entstehen. Solche Screening-Untersuchungen wurden nach dem von Gianaroli vorgestellten aktuellsten ESHRE-Datensatz 2007 in knapp 64 Prozent aller PID-Fälle und damit sehr viel häufiger eingesetzt als Diagnosen konkret vererbter Krankheitsanlagen. Devroey, Jackson und Gianaroli betonten jedoch, dass inzwischen vorliegende Untersuchungen gezeigt hätten, dass durch das Screening die Geburtenrate entgegen früheren Erwartungen nicht verbessert würde. Deshalb müsse dieser Ansatz nach wie vor als experimentell gelten, wenngleich es Hinweise gebe, dass sich mit neueren Untersuchungsmethoden künftig bessere Ergebnisse erzielen ließen.

Ethikratsmitglieder und die zahlreich bei der Anhörung anwesenden Mitglieder des Deutschen Bundestages stellten den Experten im Anschluss weiterführende Fragen. Von besonderem Interesse war dabei die Zahl der für eine PID verwendeten Embryonen. Diese liegt zumeist deutlich über den nach herrschender Auffassung vom deutschen Embryonenschutzgesetz für die Zeugung maximal erlaubten drei Embryonen pro IVF-Zyklus. Ein weiteres Thema waren die Details des Entscheidungsprozesses für oder gegen die Untersuchung bestimmter genetischer Krankheitsursachen. Aufgrund der unterschiedlichen Herangehensweisen an die Präimplantationsdiagnostik und ihre Bewertung komme es darauf an, so die Experten, in einem demokratisch legitimierten Verfahren zu einer Entscheidung zu gelangen, die der jeweiligen Gesellschaft und den unterschiedlichen Positionen gerecht werde. (Sc) ||

» QUELLE

Ausführliche Informationen zur Anhörung finden sich unter <http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/anhoeerungen/praeimplantationsdiagnostik>.



Mitglieder des Deutschen Ethikrates mit Abgeordneten des Deutschen Bundestages im Gespräch

»» PARLAMENTARISCHER ABEND

Ethikrat diskutierte Stellungnahme zur PID mit Parlamentariern

Am 23. März 2011 hat der Deutsche Ethikrat seinen zweiten Parlamentarischen Abend abgehalten und seine Stellungnahme zur Präimplantationsdiagnostik mit Mitgliedern des Deutschen Bundestages diskutiert.

|| Bundestagspräsident Norbert Lammert bedankte sich in seinem Grußwort für die vom Ethikrat geleistete Arbeit. Mit Blick auf die aktuelle Stellungnahme des Rates zur Präimplantationsdiagnostik (PID) betonte er, dass ihm „Stellungnahmen, die sich auf parlamentarisch anhängige oder absehbare Beratungsgegenstände beziehen, auch dann, wenn sie nicht einmütig ausfallen, im Zweifelsfall lieber sind als einmütige Stellungnahmen, die nach einem so endlos langen Beratungsprozess und dann möglicherweise auch so weich gespült zustande kommen, dass sie für den parlamentarischen Prozess eigentlich keine operative Bedeutung mehr haben“. Er hob hervor, „dass auch und gera-

de bei ethischen Fragen es nicht die einzige, offenkundig über jeden weiteren Zweifel erhabene abschließende Antwort“ gebe, sondern dass es notwendig sei, miteinander konfligierende Gesichtspunkte zu bewerten. Es sei das Verdienst des Deutschen Ethikrates, dies mit seiner Stellungnahme zur PID geleistet zu haben. Lammert hoffe, dass das eine oder andere Ratsmitglied bei den absehbaren Terminen der vertieften Beschäftigung im Bundestag noch als Gesprächspartner zur Verfügung stehe.

Vor dem Hintergrund der laufenden Beratungen des Deutschen Bundestages zum Thema Präimplantationsdiagnostik präsentierten die Ratsmitglieder Wolf-Michael Ca-

tenhusen, Christiane Woopen und Wolfgang Huber die Stellungnahme des Rates und die beiden Hauptvoten. Wolf-Michael Catenhusen berichtete über den allgemeinen Teil der Stellungnahme, der einen aktuellen Sachstandsbericht zu den medizinischen Grundlagen, zum verfassungsrechtlichen Rahmen und zu Grundlagen der ethischen Bewertung der PID umfasst. Christiane Woopen stellte die Grundsätze derjenigen Ratsmitglieder vor, die sich für eine begrenzte Zulassung der PID aussprechen. Im Anschluss daran erläuterte Wolfgang Huber die Argumentation des Teils des Ethikrates, für den eine Zulassung der PID ethisch nicht zu vertreten ist (siehe hierzu Beitrag S.1-3).

Im Mittelpunkt der anschließenden Diskussion mit den Mitgliedern des Deutschen Bundestages standen unter anderem Fragen nach der möglichen Begrenzbarkeit des Einsatzes der PID, nach der Stichhaltigkeit des Dambrucharguments und nach der Weitergabe von sogenannten Überschussinformationen. Gefragt wurde auch, inwieweit der Ethikrat die gesellschaftliche Realität in seine Überlegungen aufgenommen und ob sich das gesellschaftliche Klima in Ländern, in denen die PID erlaubt ist, geändert habe.

Am Rande der Veranstaltung überreichte der Ratsvorsitzende Edzard Schmidt-Jortzig den Jahresbericht 2010 an Bundestagspräsident Lammert. (FI) ||

>> **STELLUNGNAHME**

Nutzen und Kosten im Gesundheitswesen – Zur normativen Funktion ihrer Bewertung

Am 27. Januar 2011 hat der Deutsche Ethikrat seine dritte Stellungnahme veröffentlicht. Anlässlich der aktuellen gesetzgeberischen Debatte im Kontext des Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) sowie des geplanten Versorgungsgesetzes möchte der Ethikrat mit seiner Stellungnahme dazu beitragen, die schwierigen Fragen der Verteilungsgerechtigkeit am Beispiel ethisch umstrittener gesundheitsökonomischer Bewertungsmethoden in den Blick von Politik und Öffentlichkeit zu bringen.

|| Deutschland verfügt weltweit über eines der leistungsfähigsten Gesundheitssysteme. Dennoch mehren sich Anzeichen für Qualitätseinbußen aus Gründen relativer Mittelknappheit in Bereichen der medizinischen Versorgung sowie der ambulanten und stationären Pflege. Vor diesem Hintergrund hält der Ethikrat es für unumgänglich, vorausschauend die Grenzen einer solidarischen Finanzierung von Gesundheitsleistungen zu diskutieren. Wenn es nicht mehr möglich sein sollte, ein umfassendes medizinisches Versorgungssystem zu finanzieren, in dem jeder Bürger jedwede medizinisch sinnvolle Leistung in Anspruch nehmen kann, muss über legitime Ansprüche und faire Verteilung, also letztlich über soziale Gerechtigkeit in Fragen der Gesundheitsversorgung diskutiert werden. Es geht um das Ausmaß moralisch gebotener und grundrechtlich zugesicherter Ansprüche.

Kosten-Nutzen-Bewertung

Es wird oft versucht, Mittelknappheiten mit dem Instrument der Effizienzsteigerung zu begegnen. Da innovative Arzneimittel erfahrungsgemäß sehr teuer sind, richtet sich der Blick auch in der internationalen Diskussion vor allem darauf, welches Einsparpotenzial durch welche Mechanismen an dieser Stelle möglich ist. Ein Instrument stellt die Bewertung des Nutzens und des Kosten-Nutzen-Verhältnisses von Arzneimitteln dar. Die Gesundheitsökonomie hat international Standards der Kosten-Nutzen-Bewertung

entwickelt, die nicht unumstritten sind. In Deutschland ist das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) seit 2007 gesetzlich beauftragt, auf der Grundlage international anerkannter Standards Kosten-Nutzen-Bewertungen zu erstellen. Diese sollen dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), der für die Bestimmung des Umfangs der Leistungen in der GKV verantwortlich ist, als Empfehlungen dienen. Ob und wie derartige Bewertungen vorgenommen und gesundheitspolitisch umgesetzt werden sollten, ist jedoch keine wertfreie wirtschaftswissenschaftliche Entscheidung, sondern hat bedeutsame rechtliche und ethische Implikationen, insbesondere weil damit auch die Beschränkung medizinisch notwendiger Leistungen einhergehen kann. Die Bewertungen sind ökonomisch angelegt, in ihren Kalkülen und Modellen aber weit davon entfernt, politisch oder ethisch neutral zu sein. Ihre Umsetzung wirft weitreichende Fragen der Gerechtigkeit auf, die es zu bedenken gilt.

Patientennutzen

Bei der Ermittlung des Patientennutzens ist die Bewertung der Lebensqualität eine besondere Herausforderung, die zum einen dadurch bedingt ist, dass es sich dabei um ein qualitatives Maß und nicht wie bei der Lebenslänge um eine rein quantitative Größe handelt, zum anderen dadurch, dass es keine einheitlichen Standards zur Bewertung der Lebensqualität gibt. Da die Nutzenbewer-

tung letztlich darüber entscheidet, ob eine Maßnahme im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht wird, kommt ihr eine große Bedeutung zu. Das AMNOG hat eine systematische Nutzenbewertung aller Arzneimittel eingeführt, die zwar einen wesentlichen Fortschritt darstellt, durch die Beschränkung auf die frühe Nutzenbewertung allerdings zu kurz greift. Denn oft erweist sich erst Jahre nach der Zulassung aufgrund evidenzbasierter Daten aus wissenschaftlichen Studien der tatsächliche Nutzen eines Arzneimittels. In der Folge kann es zur Anwendung von Therapien kommen, die zwar als wirksam gelten, für die betreffende Patientengruppe aber keinen oder einen im Vergleich zu anderen Therapien nur geringen Nutzen aufweisen. Zudem kann es die Patienten einem hohen Schädigungsrisiko aussetzen, untergräbt das Vertrauensverhältnis des Patienten zu seinem Arzt und kann letztlich auch zu einer nicht unerheblichen Ressourcenverschwendung führen. Eine Reduzierung des Instruments der Nutzenbewertung auf ein Hilfsmittel zur Preisbildung hält der Ethikrat im Hinblick auf Qualitätssicherung und Patientenschutz für nicht hinnehmbar und hinsichtlich eines wirtschaftlichen Einsatzes solidarischer Mittel für nicht angemessen.

Gerechte Ressourcenverteilung

Die Festlegung von Kriterien für eine gerechte Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen ist eine politische Aufgabe mit einer medizinischen, ökonomischen, ethischen >

und juristischen Dimension. Die Komplexität der Fragestellung macht es allerdings äußerst schwierig, einen Konsens zwischen allen Beteiligten herzustellen. Dennoch ist der Deutsche Ethikrat der Ansicht, dass sich Grundsätze formulieren lassen, an denen sich existierende Strukturen und Prozesse messen lassen müssen.



Der Ethikrat hält es für dringend erforderlich, Priorisierung, Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen offen zu thematisieren. Jede Form einer „verdeckten Rationierung“ medizinischer Leistungen ist abzulehnen. Notwendige Rationierungsentscheidungen dürfen nicht an den einzelnen Arzt oder die einzelne Pflegekraft delegiert werden. Dabei bedeutet das Sicheinlassen auf das Problem der Verteilung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen keine Festlegung auf eine „Ökonomisierung“ von Entscheidungen. Eine sachliche Debatte erfordert vielmehr die Einbeziehung medizinischer, ökonomischer, ethischer und juristischer Expertise in ein transparentes Verfahren. Letztlich sind Entscheidungen über den Umfang solidarisch finanzierter Leistungen ethische Entscheidungen, die im gesellschaftlichen Diskurs und auf politischem Wege getroffen werden müssen.

Ausgangspunkt jeglicher Entscheidungen sind das Prinzip der Menschenwürde und die Grundrechte, die einen durch Rechte gesicherten Zugang jedes Bürgers zu einer

angemessenen Gesundheitsversorgung erfordern. Diese Rechte dürfen nicht hinter etwaige Erwägungen zur Steigerung des kollektiven Nutzens zurückgestellt werden. Auch darf der errechnete oder vermutete sozio-ökonomische „Wert“ von Individuen oder Gruppen nicht Grundlage von Verteilungsentscheidungen sein.

Empfehlungen

Davon ausgehend formuliert der Deutsche Ethikrat zwölf Empfehlungen, die von den Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen bei der Gestaltung von gesetzlichen Regelungen beachtet werden sollten, um eine bestmögliche und gleichzeitig gerechte Verwendung der Mittel für das Gesundheitswesen zu erreichen.

Der verantwortliche Einsatz knapper Ressourcen erfordert es, sie für Maßnahmen einzusetzen, die unter den alltäglichen Versorgungsbedingungen tatsächlich einen Nutzen erbringen. Neben der frühen Nutzenbewertung zur Preisfestlegung muss eine ausführliche Nutzenbewertung unabhängig von Kostenerwägungen vor allem in Bezug auf die patientenrelevanten Endpunkte (Mortalität, Morbidität, Lebensqualität) durch den G-BA und das IQWiG weiterhin jederzeit möglich sein. Für wichtige Indikationsbereiche sollte eine systematische zweite Stufe der Nutzenbewertung nach einem angemessenen Zeitraum regelhaft eingeführt werden, nicht nur für Arzneimittel, sondern auch für nicht medikamentöse Behandlungsverfahren. Ein Leistungsausschluss wegen fehlenden Nutzens muss aus Gründen des Patientenschutzes möglich sein.

Der Ethikrat empfiehlt, die Transfer- und die Versorgungsforschung auszubauen, ebenso die vom Hersteller unabhängige Förderung versorgungsnaher klinischer Studien nach Zulassung eines Medikaments oder Medizinprodukts. Dies ist zu verbinden mit einer systematischen Identifikation besonders relevanter Forschungsfragen für die medizinische Versorgung, zum Beispiel durch den G-BA. Dazu hat der Gesetzgeber geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen.

Es ist eine Publikationspflicht für alle Studien anzustreben, unabhängig von ihrem Ergebnis, und nicht nur für die zulassungsrelevanten konfirmatorischen Studien sowie für die klinischen Prüfungen nach Zulassung. Nur so ist der Zugang zu allen für die Nutzenbewertung relevanten Daten zu gewährleisten.

Im Kontext der Kosten-Nutzen-Bewertung medizinischer Leistungen gibt es aus ethischer und gerechtigkeitsrechtlicher

Sicht gewichtige Gründe dafür, nicht das Prinzip einer patientengruppen-übergreifenden Nutzenmaximierung zu verfolgen. Deshalb sollte der Gesetzgeber § 35b SGB V (Bewertung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses von Arzneimitteln) entsprechend klarstellen. Aber auch die Kosteneffektivitätsberechnungen nach einem Effizienzgrenzenkonzept können nicht ethisch „neutral“ als Maßstab der Angemessenheit von Erstattungsentscheidungen für Innovationen dienen. Denn die Kosteneffektivität der jeweils nützlichsten etablierten Therapie im jeweiligen Indikationsgebiet, also der Status quo, beruht auf vielfältigen, zuweilen nicht aufeinander abgestimmten Faktoren. Der Gesetzgeber hat mit dem Hinweis auf die Berücksichtigung der internationalen Standards der Gesundheitsökonomie (§ 35b Abs. 1 S. 5 SGB V) keine ausreichend klaren Vorgaben gemacht.

Die Auswirkungen der aktuellen Vorgaben zur Kosten-Nutzen-Bewertung in Deutschland sind zurzeit wegen des rechtlich unveränderten Anspruchs der Versicherten auf Versorgung mit allem medizinisch Notwendigen im Wesentlichen unerschütterlich. Sie dienen derzeit nicht als Instrument zur Verteilung knapper Ressourcen, sondern zur Preisfestsetzung. Die in Zukunft zu erwartende Notwendigkeit von Rationierungsentscheidungen wird den Gesetzgeber aber zwingen zu klären, in welchem Umfang Leistungsansprüche nach § 27 und § 12 SGB V von einer Kosten-Nutzen-Bewertung beeinflusst werden dürfen und in welchem Verhältnis sich diese zum Kriterium der medizinischen Notwendigkeit verhält. (Be) ||

INFO

» QUELLE

Die Stellungnahme ist unter <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-nutzen-und-kosten-im-gesundheitswesen.pdf> abrufbar.



Auf dem Podium diskutierten: Ulrike Herpich-Behrens, Ingrid Fischbach, Maria Geiss-Wittmann, Prof. Dr. Christiane Woopen, Prof. Dr. Weyma Lübke und Volker Stollorz (v. l.)

»» FORUM BIOETHIK

Streitfall Babyklappe

Am 24. Februar 2011 diskutierte der Deutsche Ethikrat mit Vertretern aus Praxis, Medien und Politik, welche Entwicklungen es seit der Veröffentlichung seiner Stellungnahme zur anonymen Kindesabgabe gegeben hat.

|| Im November 2009 hatte der Deutsche Ethikrat empfohlen, die gesetzliche Grundlage für eine vertrauliche Kindesabgabe zu schaffen und die illegalen, bislang aber geduldeten Angebote von anonymer Geburt sowie Babyklappen aufzugeben. Begleitend sollten die öffentlichen Informationen über die bestehenden umfangreichen legalen Hilfsangebote für Schwangere und Mütter in Not- oder Konfliktsituationen verstärkt werden.

Christiane Woopen, stellvertretende Vorsitzende des Ethikrates, führte zu Beginn in die Überlegungen des Rates ein: Zwar wurden Angebote anonymer Kindesabgaben mit der Absicht eingerichtet, Kindstötungen und

-aussetzungen zu verhindern. Es sei jedoch unter Berücksichtigung von statistischen Daten und Erkenntnissen aus der forensischen Psychiatrie unwahrscheinlich, dass dies tatsächlich gelingt. Darüber hinaus sei die Not- oder Konfliktsituation der Frauen durch eine Abgabe des Kindes nicht schon gelöst. Man müsse davon ausgehen, dass in vielen Fällen das Leid der Frauen, die ohne Einbindung in einen Beratungskontext das Angebot einer anonymen Abgabe angenommen haben, später nur um so größer sei. Die Angebote hätten schwerwiegende Folgen sowohl für die psychische Entwicklung der Kinder, die unter der Anonymität ihrer Her-

kunft lebenslang leiden können, als auch für Mütter und manchmal auch Väter, denen der Kontakt zu ihren leiblichen Kindern lebenslang verschlossen sei. Es gehe also nicht um einen Wertekonflikt zwischen dem Recht auf Leben und dem Recht auf Kenntnis der Herkunft, sondern um zusätzliche Hilfen für Frauen, die die bestehenden Hilfsangebote nicht annehmen.

Bundesweite Studie

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat 2009 die erste bundesweite Studie zu Fallzahlen, Angeboten und Kontexten der anonymen Kindesab-



Die Referentinnen und der Referent des Abends: Joelle Coutinho, Maria Elisabeth Thoma und Volker Stollorz



Blick ins Publikum

gabe beim Deutschen Jugendinstitut (DJI) in Auftrag gegeben. Zielsetzung, Methodik und erste Ergebnisse dieser Studie stellte Joelle Coutinho, wissenschaftliche Referentin bei diesem Projekt, vor. Neben einer Erhebung der Fallzahlen und Verfahrensabläufe mithilfe bundesweiter schriftlicher Befragungen von 591 Jugendämtern und 343 Anbietern anonymer Kindesabgabe sowie qualitativer Interviews wird in dieser Studie auch die psychosoziale Situation und Motivation betroffener Frauen untersucht. Coutinho berichtete von großen Unterschieden bei den Motiven und dem Professionalisierungsgrad der Träger sowie bei den Kooperationen und Abläufen nach einer anonymen Kindesabgabe.

Die Position der Anbieter

Maria Elisabeth Thoma, Bundesvorsitzende des Sozialdienstes katholischer Frauen (SkF), berichtete über die Diskussion der Stellungnahme, die in den einzelnen Verbänden des SkF unterschiedlich wahrgenommen worden sei. Der Bundesverband des SkF habe sie ausdrücklich begrüßt. Die Ortsvereine wollten die derzeit existierenden Babyklappen allerdings aufrechterhalten, jedenfalls solange es noch keine gute, erprobte Alternative gebe. Der Vorschlag des Ethikrates zu einer gesetzlichen Regelung einer vertraulichen Geburt werde begrüßt, um endlich einen verlässli-

chen rechtlichen Rahmen für vertrauliche Angebote zu haben.

Medienanalyse

Der Wissenschaftsjournalist Volker Stollorz stellte eine zusammen mit dem Kommunikationswissenschaftler Markus Lehmkuhl angefertigte Medienanalyse zur Presseberichterstattung über die Stellungnahme des Ethikrates vor. Der Ethikrat habe mit seinem Votum versucht, einer intuitiv plausiblen, aber nur spekulativ begründeten Annahme, Babyklappen könnten Leben retten, die empirische Basis zu entziehen. Die Auswertung zeige allerdings, dass eine differenzierte Diskussion in den Medien nicht gelungen sei. Inhaltlich aufgegriffen worden sei lediglich die Mehrheitsempfehlung, Babyklappen zu schließen, womit der Ethikrat aber nicht habe überzeugen können. Es sei nicht deutlich geworden, dass diese Empfehlung vor dem Hintergrund der Überzeugung abgegeben wurde, dass kein Konflikt zwischen Lebensrecht und Recht auf Wissen um die eigene Herkunft bestehe. Die Berichterstattung der Medien habe aber genau diesen angeblichen Konflikt ins Zentrum gestellt.

Diskussion

Den Abschluss der Veranstaltung bildete eine Podiumsrunde mit Ingrid Fischbach, stellvertretende Vorsitzenden der CDU/CSU-



Die stellvertretende Vorsitzende des Deutschen Ethikrates, Prof. Dr. Christiane Woopen, führt in die Abendveranstaltung zum „Streitfall Babyklappe“ ein

Bundestagsfraktion, Ulrike Herpich-Behrens von der Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung des Landes Berlin, Maria Geiss-Wittmann, Vorsitzende des Beirats von Donum Vitae in Bayern, sowie Volker Stollorz und Ratsmitglied Weyma Lübke.

Ingrid Fischbach berichtete, dass alle Versuche der letzten Jahre, anonyme Kindesabgaben zu legalisieren, ergebnislos verlaufen seien. Vor einer Initiative zur gesetzlichen Regelung einer vertraulichen Kindesabgabe warte man nun die Studie des DJI ab. Insbesondere müsse geklärt werden, aus welchen Gründen Frauen die legalen Angebote ablehnten und anonym bleiben wollten und wie ihnen in dieser Situation am besten geholfen werden könne. Eine anschließende rechtliche Regelung sei dringend erforderlich, denn die aktuellen Angebote zur anonymen Kindesabgabe seien illegal.

Ulrike Herpich-Behrens erklärte, dass die Stellungnahme von den Jugendämtern und der Senatsverwaltung als sehr hilfreich für ihre Arbeit empfunden worden sei, da sie eine differenzierte Auseinandersetzung mit den Problemen der Angebote ermögliche. Sie berichtete von ihr bekannten, besonders problematischen Fällen in Berlin und den Schwierigkeiten, die durch eine fehlende Regulierung entstehen.

Maria Geiss-Wittmann betonte, dass man für den Schutz des Lebens vor allem die Frauen erreichen müsse. Je besser dies

gelingt, desto erfolgreicher schütze man die Kinder. Ihr Verband sei mit den konkreten Lösungsvorschlägen des Rates einverstanden, denen das eigene Modell bereits weitgehend entspreche. Insofern befürworte sie die anonyme Geburt und anonyme Kindesabgabe. Die Babyklappe lehne sie ab.

Weyma Lübke hinterfragte das viel zitierte Argument „wenn nur ein einziges Leben gerettet wird, hat es sich schon gelohnt“. Der Ethikrat habe im Hauptvotum nicht hinreichend deutlich dargelegt, dass seiner Ansicht nach Babyklappen auch dann nicht gerechtfertigt seien, wenn die Behauptung einer lebensschützenden Wirkung in sehr seltenen Einzelfällen tatsächlich belegbar wäre. Eine minimale Risikoreduktion für eine Kindstötung, wie sie durch Babyklappen bestenfalls geboten werde, lasse sich gegen andere Güter und Rechte wie dasjenige auf die Kenntnis der eigenen Abstammung abwägen. Eine derartige Abwägung finde auch in anderen gesellschaftlichen Bereichen ständig statt. Der Vorschlag der „vertraulichen Kindesabgabe mit vorübergehend anonymer Meldung“ sei aber vermutlich nicht als Alternative für denselben Personenkreis realistisch, da es sich um Personen ohne hinreichendes Vertrauen in persönliche Kontaktaufnahmen handle.

In der Diskussion mit dem Publikum wurden Fragen einer weiteren Duldung der

rechtswidrigen Angebote angesprochen. Betont wurde zudem die Notwendigkeit, weiterhin darüber nachzudenken, wie man Frauen in Not- und Konfliktsituationen mit Hilfsangeboten erreichen kann. Ein Vertreter aus der Praxis fragte, ob nicht das Angebot der Babyklappe trotz ihrer Problematik aufrecht erhalten werden müsse. Eine vertrauliche Geburt, wie vom Ethikrat vorgeschlagen, erfordere Rationalität von der Mutter zu einer Zeit, in der sie damit überfordert sei. Es wurde auch infrage gestellt, ob eine gesetzliche Regelung tatsächlich notwendig sei. Fischbach betonte, dass der Gesetzgeber die Verpflichtung habe, eine klare Regelung zu schaffen. Man müsse auch damit rechnen, dass die anonym abgegebenen Kinder den Staat später für ihr Schicksal, die eigene Herkunft nicht zu kennen, verantwortlich machten. (Be) ||

INFO

» QUELLE

Der Audiomitschnitt der Veranstaltung sowie die Stellungnahme sind unter <http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/forum-bioethik/streitfall-babyklappe> abrufbar.

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.

Die Mitglieder des Deutschen Ethikrates treten monatlich zu Sitzungen in Berlin zusammen. Diese Beratungen sind in der Regel öffentlich.

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

09. Juni 2011
14. Juli 2011
25. August 2011
11. September 2011

» VERANSTALTUNGEN

26. Mai 2011
JAHRESTAGUNG
Die Ernährung der Weltbevölkerung – eine ethische Herausforderung

8. Juni 2011
ÖFFENTLICHE ANHÖRUNG
Thema: Intersexualität

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.

Prof. Dr. iur. Edzard Schmidt-Jortzig
(Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Christiane Woopen
(Stellv. Vorsitzende)

Prof. Dr. theol. Eberhard Schockenhoff
(Stellv. Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Axel W. Bauer

Prof. Dr. phil. Alfons Bora

Wolf-Michael Catenhusen

Prof. Dr. rer. nat. Stefanie Dimmeler

Prof. Dr. med. Frank Emmrich

Prof. Dr. phil. Dr. h. c. Volker Gerhardt

Hildegund Holzheid

Prof. Dr. theol. Dr. h. c. Wolfgang Huber

Prof. Dr. theol. Christoph Kähler

Prof. Dr. rer. nat. Regine Kollek

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

Prof. Dr. phil. Weyma Lübbe

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

Dr. phil. Peter Radtke

Prof. Dr. med. Jens Reich

Ulrike Riedel

Dr. iur. Dr. h. c. Jürgen Schmude

Prof. Dr. iur. Dres. h. c. Spiros Simitis

Prof. Dr. iur. Jochen Taupitz

Dr. h. c. Erwin Teufel

Prof. Dr. rer. nat. Heike Walles

Kristiane Weber-Hassemmer

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

Dr. Katrin Bentele

Dr. Nora Schultz

Fotos: Reiner Zensen

Grafische Konzeption und Gestaltung:
Bartos Kersten Printmediendesign, Hamburg

Druck: Elch Graphics, Berlin

© 2011 Deutscher Ethikrat. Alle Rechte vorbehalten.

ISSN 1868-9000