

# Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission

## Zusammenfassung

Täglich werden in Arztpraxen und Krankenhäusern Informationen über Patienten dokumentiert. Solche „personenbezogenen Gesundheitsdaten“ fallen im Gesundheitswesen in einer für den Laien kaum noch nachvollziehbaren großen Anzahl an Millionen von Datensätzen werden in den Computern der verschiedensten Einrichtungen erfaßt und verarbeitet. Ihre Verwendung ist nicht allein für die Behandlung des einzelnen Patienten und für die Abrechnung der Leistungen bei den Krankenkassen notwendig. Vielmehr können die Daten bei einer systematischen und methodisch kontrollierten Auswertung auch dazu dienen, Gesundheitsrisiken zu erkennen, die Folgen von Risiken und Krankheiten sicherer abzuschätzen, den Nutzen verschiedener Therapien zu vergleichen oder Versorgungsziele zu bewerten.

Da Gesundheitsdaten personenbezogene Daten sind, steht ihre Erhebung und Verwendung unter dem Vorbehalt der Zustimmung der betroffenen Person. Die

vom Patienten mitgeteilten oder bei ihm erhobenen Informationen sind zudem durch das Arztgeheimnis geschützt; ihre Weitergabe zu Abrechnungszwecken steht unter dem Sozialgeheimnis. Jenseits dieser ethisch und rechtlich geschützten Verhältnisse bedarf eine Verwendung personenbezogener Gesundheitsdaten einer ausdrücklichen Rechtfertigung. Angesichts der Vielzahl der Verwendungen, die der erreichte technische Stand der Datenverarbeitung eröffnet, läßt sich eine Regelung jedoch nicht im Vorhinein für alle Situationen vollständig und abschließend durch eine gesetzliche Regelung treffen. Vielmehr bedarf es dafür ethischer und rechtlicher Abwägungen im Einzelfall. Nicht von ungefähr enthalten die datenschutzrechtlichen Normen mehr oder weniger umfassende Generalklauseln und unbestimmte Rechtsbegriffe.

Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer hat zu dieser Frage eine Stellungnahme erarbeitet. Sie fordert den Gesetzgeber dazu auf, in Um-

setzung der EU-Richtlinie (Nr. 95/46/EG vom 24. Oktober 1995) den Persönlichkeitsschutz bei der Verwendung von Patientendaten für die Forschung in der Medizin und im Gesundheitswesen zu verbessern. Ethische und rechtliche Probleme entstehen vor allem, wenn eine Zustimmung der betroffenen Personen aus sachlichen Gründen nicht eingeholt werden kann, die weitere Verwendung der Daten jedoch für die Verbesserung der Patientenversorgung wichtig ist. Die Zentrale Ethikkommission schlägt für die in diesen Situationen notwendig werdende Abwägung zwischen Persönlichkeitsschutz und der Bedeutung des Verwendungszwecks die Einrichtung unabhängiger Gremien nach dem Vorbild der Ethikkommissionen vor. Sie tritt ferner dafür ein, daß die Daten bei ihrer Verwendung in der medizinischen Forschung und im Gesundheitswesen den gleichen Schutz genießen wie bei dem Arzt, dem die Informationen zunächst anvertraut wurden.

## Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission)

### „Zur Verwendung von patientenbezogenen Informationen für die Forschung in der Medizin und im Gesundheitswesen“

#### 1. Problemstellung

Das ethische und rechtliche Prinzip der Selbstbestimmung der Person verlangt, die Informationen über eine Person als Ausdruck ihrer persönlichen Sphäre anzuerkennen. Jede Verwendung, die nicht von der betroffenen Person (oder gegebenenfalls von ihrem gesetzlichen Vertreter) ausdrücklich gebilligt wird, bedarf nach diesem Grundsatz einer eingehenden ethischen Rechtfertigung. Informationen über persönliche Verhältnisse können aber für die Erfüllung öffentlicher Aufgaben unerlässlich sein. Die Bedeutung solcher Informationen für die betroffenen Personen und die Wichtigkeit öffentlicher Aufgaben können je nach Inhalt stark variieren. Daher ist der Grundsatz des Schutzes persönlicher Informationen nur unter differenzierten Abwägungen anwendbar.

Wie die Erfahrungen mit der Umsetzung des Persönlichkeitsschutzes bei der

Datenverarbeitung in der medizinischen Forschung und im Gesundheitswesen belegen, werden Abwägungen in den folgenden Situationen unausweichlich:

1. Aus sachlichen Gründen und aus Verantwortung gegenüber dem Patienten kann es bedenklich sein, die Zustimmung der betroffenen Person in schriftlicher Form einzuholen.

2. Bei der Verarbeitung von Daten einer sehr großen Personenzahl kann es praktisch undurchführbar oder mit einem unverhältnismäßig hohen Aufwand verbunden sein, die Zustimmung einzuholen. Beispiele hierfür sind:

a) Die Verarbeitung soll über den Zweck hinausgehen, dem die betroffene Person bei der Datenverarbeitung zugestimmt hat; es ist aber nicht möglich, von allen Personen nachträglich eine Zustimmung einzuholen (zum Beispiel von Verstorbene).

b) Informationen sollen aus verschiedenen Datenquellen zusammengeführt werden (data linkage).

c) Informationen über eine Person sollen fortlaufend erhoben werden, zum Beispiel für die Anlage einer pharmakoepidemiologischen Datenbank zur Erkennung von Arzneimittelrisiken nach der Marktzulassung oder für eine Versichertenstichprobe zur Unterstützung von Vorhaben der Qualitätssicherung. Beide Vorhaben erfordern sehr hohe Stichprobenumfänge und erwarten eine zuverlässige Zuordnung der Datensätze zu ein und derselben Person.

d) Die Daten sollen über eine sehr lange Frist gespeichert werden.

Die angeführten Situationen werden derzeit international diskutiert, da sie bei wichtigen Verwendungszwecken im Gesundheitswesen auftreten. Gleichwohl bleibt die Verwendung der Daten ohne die Zustimmung der betroffenen Personen ein Eingriff in die Persönlichkeitssphäre. Er wiegt bei personenbezogenen Daten über die Gesundheit besonders schwer, weil diese Informationen als „sensible Daten“ nach internationalen Grundsätzen geschützt sind.

Gegen den ethischen und rechtlichen Grundsatz, die Selbstbestimmung der Persönlichkeit über ihre Informationen zu achten, sind die Verwendungszwecke in ihrer Bedeutsamkeit abzuwägen. Dabei ist zunächst die Erforderlichkeit zu prüfen, das heißt, ob der Verwendungszweck nicht auch auf anderem Wege zu erreichen ist oder der Persönlichkeitsschutz durch Anonymisierung (sogenannte Einwegverschlüsselung) gewährleistet werden kann. Erst wenn diese Möglichkeiten nicht gegeben sind, steht das Verhältnis zur Diskussion, in dem der Verwendungszweck zu der Verletzung des Persönlichkeitsrechts steht. Hier setzen dann unter Berücksichtigung rechtlicher Vorgaben differenzierte Erwägungen ein, die sich an geltenden und anerkannten Werten orientieren. Diese können sich beziehen

- auf das individuelle Risiko unter Erwägung von Kern- und Randbereichen der Persönlichkeit (nicht alle Gesundheitsdaten sind im engeren Sinne sensibel und bedürfen in gleichem Maße des Schutzes),
- auf das Vertrauensverhältnis, in dem die Informationen gegeben werden (Arzt- und Patientengeheimnis),
- auf Persönlichkeitswerte wie den Schutz der Gesundheit und die Qualität der Gesundheitsversorgung, die mit der „informationellen Selbstbestimmung“ insoweit konkurrieren, als sie eine Auswertung von Patientendaten erfordern, oder
- auf die Zumutbarkeit im Rahmen solidarischer Bindungen der betroffenen Personen (zum Beispiel der Mitwirkungspflicht der Versicherten nach SGB V § 1 Abs. 2).

## 2. Personenbezogene Informationen über die Gesundheit – Risiken und Nutzen

In einer Informationsgesellschaft kommt den Informationen über die Gesundheit in mehrfacher Hinsicht eine herausgehobene Position zu. Dies erfordert spezifische Regelungen für den Persönlichkeitsschutz bei der Verwendung dieser Daten.

- a) Sie werden in einem großen Umfang kontinuierlich und nahezu für die gesamte Bevölkerung verarbeitet.
- b) Sie werden in einem auch rechtlich besonders geschützten Vertrauensverhältnis offenbart.
- c) Sie sind für die Beratung und Therapie der betroffenen Person sowie für die Bereitstellung von Geldleistungen unentbehrlich.
- d) Sie müssen sorgfältig dokumentiert, sachkundig aufbereitet, mit anderen

Informationen verglichen, beurteilt und für zukünftige Verwendungen aufbewahrt werden. Ihre Weitergabe an Dritte zur Konsultation oder Mitbehandlung sowie zur finanziellen Abgeltung der Leistungen und deren Kontrolle kann dem Rat- und Hilfesuchenden nur im Vertrauen auf einen ordnungsgemäßen Umgang mit den Informationen zugemutet werden.

e) Sie sind eine gesellschaftliche Ressource für die ständige Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung. Ihre systematische Sammlung und methodische Auswertung dient gesellschaftlich anerkannten und von den Personen, deren Informationen verwendet werden, erwünschten Zwecken. Es sind dies unter anderem

- das rechtzeitige Erkennen von Risiken und ihre Vorbeugung,
- die Kontrolle der Zuverlässigkeit diagnostischer Befunde,
- die Beurteilung der Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen,
- die Sicherung und Verbesserung der Qualität ärztlicher und nichtärztlicher Leistungen,
- die Transparenz der Kosten, nicht zuletzt auch in bezug auf ihren Nutzen, und die Unterstützung eines effektiven Managements in der Organisation und Erbringung gesundheitlicher Leistungen sowie
- der Durchsetzung des Wirtschaftlichkeitsprinzips im Umgang mit knappen Ressourcen und
- die Versachlichung des öffentlichen Diskurses über eine gerechte und sozial verträgliche Verteilung der Mittel.

f) Sie enthalten aber über die Gefahr einer Verletzung der Intimsphäre im Verhältnis zu Personen des privaten Lebenskreises und gesellschaftlichen Verkehrsbeziehungen hinaus ein Gefährdungspotential für gesellschaftliche Ausgrenzung und Diskriminierung. Im Falle des Zusammenbrechens einer freiheitlich-demokratischen Gesellschaftsordnung bieten sie Handhabe für Verfolgung und physische Vernichtung.

g) Ihre Zweitverwendung bietet Handhabe für wirtschaftliche und politische Fremdkontrolle.

Die vielseitigen und wichtigen Funktionen, die den personenbezogenen Daten über die Gesundheit für das Gesundheitswesen und für die medizinische Forschung zukommen, haben ebenso wie die Risiken einer mißbräuchlichen Verwendung in zahlreichen Ländern zu intensiven Überlegungen darüber geführt, wie ein wirksamer Persönlichkeitsschutz gewährleistet werden kann, ohne die Vorteile der Datenverarbeitung preiszugeben.

## 3. Die Datenschutzrichtlinie der EU

Die Richtlinie 95/46/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 24. Oktober 1995 „Zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr“ (EU-DSRL) setzt neue Maßstäbe für den Umgang mit Patientendaten in der Medizin und im Gesundheitswesen.

Die Richtlinie verfolgt als wesentliche Ziele,

- die Grundlagen für einen grenzüberschreitenden Datenaustausch zu schaffen, um das innovative Potential der Datenverarbeitung für wirtschaftliche und soziale Zwecke auszuschöpfen,
- den Schutz der Persönlichkeit in der Europäischen Gemeinschaft mit der Vorgabe von Grundsätzen für die Datenverarbeitung auf ein vergleichbares Niveau zu stellen.

Die Richtlinie verbietet grundsätzlich die Verarbeitung – und diese schließt die Erhebung ein – von Daten über „Gesundheit und Sexualleben“ (Art. 8 Abs. 1). Diese Daten werden als „sensibel“ eingestuft und entsprechend unter Schutz gestellt. Die Ausnahmen, die die Richtlinie unter dem Vorbehalt der Erforderlichkeit und unter dem Vorbehalt des Bestehens einer Geheimhaltungspflicht der verarbeitenden Personen explizit für

- die Gesundheitsvorsorge,
- die medizinische Diagnostik,
- die Gesundheitsversorgung und Behandlung sowie
- die Verwaltung von Gesundheitsdiensten

in Art. 8 Abs. 3 (über die allgemeinen Ausnahmen des Art. 8 Abs. 2 hinaus – zu diesen gehört zum Beispiel die ausdrückliche Einwilligung der betroffenen Person oder Schutz lebenswichtiger Interessen) vorsieht, bedürfen hinsichtlich der damit abgedeckten Verwendungszwecke und hinsichtlich der Erforderlichkeit einer sorgfältigen Interpretation. Diese ist bei der Umsetzung in nationales Recht zu leisten. Bisher ist die Bundesrepublik ihrer Verpflichtung zur Umsetzung der Richtlinie in deutsches Recht (Termin war Oktober 1998) nicht nachgekommen.

## 4. Bestehende Interessenkonflikte

Unabhängig von den juristischen Fragen, die eine Einarbeitung der Richtlinie in das komplexe deutsche Recht zum Persönlichkeitsschutz bei der Datenverarbeitung aufwirft, stellen sich einige grundsätzlich auch ethisch zu klärende

Probleme. Aus der Sicht des Bürgers, des Sozialversicherten oder des Patienten betrachtet, müssen zwei Interessen auch im Einzelfall gegeneinander abgewogen werden:

– Auf der einen Seite steht das Interesse, daß Gesundheitsdaten genutzt werden, um zum Beispiel die Qualität der Versorgung zu sichern und zu verbessern, um neue Erkenntnisse über Gesundheitsrisiken oder über therapeutische Ergebnisse zu gewinnen oder um Informationen zur Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgungsstrukturen zu erhalten. Die Konkretisierung und Bewertung dieses Interesses ist eine anspruchsvolle Aufgabe. Dabei gibt es eine Vielzahl möglicher Verwendungen von Gesundheitsdaten, die von den betroffenen Personen nicht nur akzeptiert werden, sondern in Kenntnis ihres Nutzens sogar erwartet und gewünscht werden.

– Auf der anderen Seite steht das verfassungsrechtlich geschützte Recht, daß jede Verwendung von persönlichen Daten unter dem Vorbehalt der ausdrücklichen Zustimmung der betroffenen Personen steht. Diese Zustimmung kann insbesondere bei einer Zweitverwendung von Gesundheitsdaten in dem großen Umfang, der für die genannten Untersuchungszwecke benötigt wird, nicht immer eingeholt werden, und zwar weder im vorhinein bei der Erhebung der Daten noch im nachhinein bei der Zweitverwendung für Zwecke, die bei der Erhebung noch gar nicht bekannt waren.

Ein striktes Verbot der Verarbeitung von personenbezogenen Daten über die Gesundheit unterbindet die Erfüllung wesentlicher Funktionen der Gesundheitssicherung, auf die der Bürger vertrauen muß, insbesondere wenn er zur Finanzierung des Gesundheitssystems gesetzlich verpflichtet wird. Die Aufhebung oder Lockerung des Verbots der Verarbeitung läuft dagegen Gefahr, den Schutz der Persönlichkeit wieder preiszugeben, der gerade durch das Verbot gewährleistet werden soll. Dieses Spannungsverhältnis läßt sich nur auflösen, wenn Optimierungen konkret und eindeutig benannt werden. Die Optimierungen müssen den Schutz der Persönlichkeit auf der einen Seite und die Erfüllung der für den Bürger wesentlichen Funktionen des Gesundheitswesens, die nur durch die Verarbeitung personenbezogener Daten erfüllt werden können, auf der anderen Seite ausgewogen in Einklang bringen. Optimierungen sind weithin Einzelfallentscheidungen unabhängiger und hierfür kompetenter Gremien.

## 5. Aktuelle Gefährdungen des Persönlichkeitsschutzes

Kritische Situationen, in denen der Persönlichkeitsschutz gegen Verwendungszwecke der Datenverarbeitung gegeneinander abgewogen werden muß, seien anhand aktueller Beispiele genannt:

a) Die Freiheit der Arztwahl, verbunden mit einer zunehmend beanspruchten Sachkompetenz der Patienten, führt dazu, daß gerade bei chronischen Erkrankungen die Patienten Leistungen verschiedener Ärzte und therapeutischer Einrichtungen in Anspruch nehmen. Die in dieser Situation geforderte Zusammenarbeit legt einen Austausch von Informationen auch in der ambulanten Versorgung nahe, wie er sich in den Krankenhäusern bereits eingespielt hat. Den im Entstehen begriffenen, von interessierter Seite geförderten „Netzwerken“ in der ambulanten Versorgung fehlen für den Informationsaustausch eine ethische Begründung und rechtliche Garantien. Aus diesem Blickwinkel stellt sich die Frage, wie die ärztliche Schweigepflicht gesichert und der Datenschutz gewährleistet werden kann.

b) Die Erforschung der gesellschaftlichen Bedingungen für Entstehung und Verlauf insbesondere chronischer Krankheiten, die Beurteilung der Wirksamkeit der angewendeten Therapien und ihrer Risiken, die Abschätzung der ökonomischen Folgen gesundheitlicher und medizinischer Maßnahmen sowie ihres therapeutischen Nutzens sind auf Informationen über große Bevölkerungskollektive angewiesen. Gleich ob diese Informationen primär durch Befragung oder Untersuchung von Personen oder sekundär durch Abschöpfen der Routedaten der Versorgung gewonnen werden, bedeutet die Datengewinnung einen Eingriff in die Persönlichkeitssphäre der Betroffenen, dessen Verhältnismäßigkeit ebenso zu prüfen ist wie der Persönlichkeitsschutz im Umgang mit diesen Daten.

c) Die schrittweise Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung hinsichtlich ihrer Ergebnisse, zum Beispiel im Erreichen von Versorgungszielen und unter Bezug auf die Wirtschaftlichkeit in der Erbringung der Leistungen, zwingt zu einer Ordnung des Leistungsgeschehens unter Systemaspekten. Bezogen auf Gesundheitsziele, werden geeignete Maßnahmen einander folgerichtig zugeordnet und implementiert. Diese Strategie zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens, derzeit unter den Begriffen „Health Maintenance Organization“, „Disease Management“ oder „Case Management“, aber auch auf kommunalen Gesundheitskonferenzen diskutiert und angewendet, kann jedoch nur dann zu den

angestrebten Erfolgen führen, wenn die eingeleiteten Maßnahmen evaluiert werden können. Eine Evaluation ist ohne den Zugriff auf die Routedaten der Versorgung, ohne eine den Evaluationszielen entsprechende Gestaltung dieser Daten und eine hohe Zuverlässigkeit des Personenbezuges unmöglich. Vorliegende Planungen zum Einsatz der genannten Strategien zu mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen unterbreiten weithin, wenn man von allerdings bemerkenswerten Ausnahmen absieht (zum Beispiel Lowrance Report\*), einer ethischen Begründung und einer Erwägung interner und externer Kontrollen zur Einhaltung des Persönlichkeitsschutzes.

## 6. Abwägungsgesichtspunkte

Unter ethischen Erwägungen und ihrer notwendigen gesetzlichen Absicherung sind Nutzen und Risiken der Verarbeitung personenbezogener Daten über die Gesundheit sorgfältig gegeneinander abzuwägen. Dabei gilt es zu beachten:

a) Vermeiden der Exposition für gesellschaftliche Ausgrenzung.

b) Garantien für das ärztliche Berufsgeheimnis bei der „sekundären“ Verwendung von Patientendaten.

c) Verhältnismäßigkeit von Nutzen und Risiko für die Personen, deren Informationen verwendet werden.

d) Unterscheidung zwischen Informationen, die Kernbereiche der Persönlichkeit betreffen, und solchen, die zwar auf die Person beziehbar, aber eher peripherer Natur sind.

e) Ausschöpfen der gegebenen technischen und organisatorischen Möglichkeiten, die ausdrückliche Zustimmung der betroffenen Person für die Verarbeitung ihrer Informationen zu erhalten.

f) Anonymisierung der personen- und institutionsbezogenen Kennungen in allen Fällen, in denen der Verwendungszweck es zuläßt, und unter Ausschöpfung aller zu diesem Zeitpunkt bekannten technischen (kryptographische Verfahren oder Umsetzungstabellen) und organisatorischen Möglichkeiten (zum Beispiel Vertrauensstelle) des Datenschutzes und der Datensicherheit.

g) Verbot der Zusammenführung von Patienten- oder Versichertendaten zu dem Zweck, eine wirtschaftliche oder gesundheitliche Kontrolle über einzelne Personen auszuüben.

h) Ausschluß der Möglichkeit, durch die Verfügung über Patienten- und Versi-

\*William W. Lowrance, Privacy and Health Research, A Report to the U. S. Secretary of Health and Human Services, May 1997 (lowrance@iprolink.ch)

chertendaten Wettbewerbsvorteile zu erlangen oder (gesundheits)politische Kontrolle auszuüben.

Die Einhaltung dieser und weiterer Grundsätze, wie sie von der Europäischen Richtlinie und wissenschaftlichen Fachgesellschaften vorgeschlagen werden, ist ohne rechtliche Garantien und angemessene organisatorische Vorkehrungen nicht zu erwarten. Es bedarf eines gesetzlichen Rahmens für Entscheidungen, die unter Bezug auf konkrete Zwecke verbindlich getroffen werden können. Zu diesem Zweck ist die Einrichtung von unabhängigen und kompetenten Beurteilungsinstanzen, die die für eine Entscheidung erforderlichen Abwägungen sachkundig vornehmen, zu fordern. Sie werden zum Beispiel im Lowrance Report als „institutionalized review boards“ vorgeschlagen.

### 7. Institutionelle Umsetzung

Neben den bereits bestehenden externen Kontrollinstanzen für die Einhaltung des Persönlichkeitsschutzes bei der Verarbeitung von personenbezogenen Daten über die Gesundheit, zum Beispiel den Beauftragten für den Datenschutz, ist die Einrichtung interner, unabhängiger und kompetenter Beurteilungsinstanzen vorzusehen. Nur diese sind von ihrer Sachkompetenz her geeignet, die von der Sache geforderten differenzierten Abwägungen vorzunehmen, die angesichts miteinander konkurrierender Ziele und Werte notwendig werden, um sowohl eine Nutzung der im Gesundheitswesen anfallenden Daten entsprechend dem erreichten technischen Standard zu gewährleisten als auch den Persönlichkeitsschutz der davon betroffenen Personen zu wahren.

Für die Einrichtung von Beurteilungsinstanzen im Gesundheitswesen („institutionalized review boards“), denen die erforderliche Rechtsgüterabwägung zur Gewährleistung des Persönlichkeitsschutzes bei der Verwendung von Gesundheitsdaten verantwortlich übertragen werden sollten, können die Ethikkommissionen der Ärztekammern und der Medizinischen Fakultäten wegweisend sein. Diese sind interdisziplinär zusammengesetzt, ihr gehören Vertreter der gesellschaftlich relevanten Gruppen an, sie sind unabhängig, sie können problembezogenen Expertisen anfordern. Es gibt einen ständigen Erfahrungsaustausch; bei einander widersprechenden Entscheidungen gibt es Gremien der Konsensfindung wie die Arbeitsgemeinschaft der Ethikkommissionen oder die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer.

Die Aufgaben und Befugnisse solcher internen, unabhängigen und kompetenten Instanzen sollten allerdings nach drei Richtungen hin präzisiert werden.

a) Hinsichtlich ihres sachlichen Inhalts sollten die von ihnen getroffenen Entscheidungen bei den Datenschutzbeauftragten des Bundes beziehungsweise der Bundesländer sowie bei den Aufsichtsbehörden der Sozialversicherung grundsätzlich Anerkennung finden.

b) Die Patientendaten der von ihnen geprüften und befürworteten Vorhaben müßten strafrechtlich den gleichen Schutz genießen wie unter dem ärztlichen Berufsgeheimnis.

c) Sie müßten sich vorausschauend mit den ethischen und rechtlichen Fragen der Nutzung von personenbezogenen Informationen über die Gesundheit für die Forschung und für das Management im Gesundheitswesen mit der Zielsetzung beschäftigen, die Risiken eines möglichen Mißbrauchs zu minimieren.

Die Erweiterung um wesentliche Aufgaben und Befugnisse erfordert jedoch eine Transparenz und Begründungspflicht der Entscheidungen, verbunden mit der Pflicht öffentlicher Berichterstattung.

Bei der Umsetzung der Datenschutzrichtlinie der EU sind die hierfür derzeit fehlenden rechtlichen Rahmenbedingungen (Bundesdatenschutzgesetz, Sozialgesetzbuch, Strafprozeßordnung, Strafgesetzbuch) zu schaffen.

### Mitglieder der Zentralen Ethikkommission

- Prof. Dr. med. Walter Doerfler, Köln  
 Prof. Dr. phil. Christian von Ferber, Düsseldorf  
 Prof. Dr. med. Hanfried Helmchen, Berlin  
 Prof. Dr. phil. Otfried Höffe, Tübingen  
 Prof. Dr. med. Dr. phil. Peter H. Hofschneider, Martinsried  
 Prof. Dr. theol. Martin Honecker, Bonn  
 Prof. Dr. med. Lothar Jäger, Jena  
 Prof. Dr. jur. Adolf Laufs, Heidelberg  
 Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. Eckhard Nagel, Hannover  
 Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Heinz Pichlmaier, Köln  
 Prof. Dr. med. Dr. phil. Hans Heinrich Raspe, Lübeck  
 Prof. Dr. med. Jens Reich, Berlin  
 Prof. Dr. theol. habil. Johannes Reiter, Mainz  
 Frau Prof. Dr. med. Traute Schroeder-Kurth, Eibelstadt  
 Prof. Dr. phil. Ludwig Siep, Münster  
 Dr. med. Roman M. Skoblo, Berlin  
 Prof. Dr. jur. Jochen Taupitz, Mannheim  
 Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Gerhard Thews, Mainz

### Korrespondenzadresse

Zentrale Ethikkommission  
 bei der Bundesärztekammer  
 Geschäftsführung  
 Herbert-Lewin-Straße 1  
 50931 Köln

## Kaiserin-Friedrich-Stiftung

# 24. Symposium für Juristen und Ärzte

18. und 19. Februar 2000

Die Kaiserin-Friedrich-Stiftung für das Fortbildungswesen veranstaltet in Berlin ihren 24. Kongreß für Juristen und Ärzte. Die Veranstaltung steht unter dem Motto: „Der Arzt im Spannungsfeld zwischen medizinisch Machbarem und Finanzierbarem“.

Es werden unter anderem folgende Themen erörtert:

- Entwicklung der modernen Medizin
- Rationierung als Folge natürlicher Grenzen medizinischer Ressourcen
- Ökonomische Grenzen des Gesundheitswesens
- Wirtschaftliche Grenzen am Beispiel Intensivmedizin, Onkologie und Präventivmedizin
- Juristische und ethische Implikationen
- Wege aus dem Dilemma

Tagungsgebühr: 150 DM/Anmeldefrist: 31. Dezember 1999

### Auskunft und Anmeldung:

Kaiserin-Friedrich-Stiftung, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin (Mitte),  
 Telefon 0 30/30 88 89 20, Fax 30 88 89 26