

Stellungnahme

der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und
ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer

Die neue UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung als Herausforderung für das ärztliche Handeln und das Gesundheitswesen

Vorwort

Mit der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung haben die Bemühungen um eine Verbesserung der Situation dieser Menschen ein neues Niveau erreicht. Die in der Konvention festgelegten Normen und insbesondere das dort vermittelte Verständnis von Behinderung werden sich auf viele Bereiche der Gesellschaft auswirken, auch auf die Medizin. Ist eine gute medizinische Versorgung doch ein unverzichtbarer Baustein zu einer umfassenden Teilhabe am gesellschaftlichen Leben für Menschen mit Be-

hinderung. Die vorliegende Stellungnahme möge konstruktiv zur Umsetzung der UN-Konvention in der Medizin beitragen.
Tübingen, im Januar 2010



Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing
Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission
bei der Bundesärztekammer

Die Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedete im Dezember 2006 die UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung.¹ Die Konvention versteht sich als Konkretisierung der allgemeinen Menschenrechte angesichts der besonderen Lebenssituationen von Menschen mit Behinderung. Die Bundesregierung hat sie im März 2007 gezeichnet. Nachdem genügend Staaten sie ratifiziert haben, ist sie im Mai 2008 in Kraft getreten. Im Dezember 2008 hat die Bundesregierung sie dann ebenfalls ratifiziert. Sie gilt damit als innerstaatliches Recht; entgegenstehendes Recht ist entsprechend anzupassen.

Die Umsetzung der Konvention stellt eine gesellschaftliche Aufgabe dar. Dabei ergibt sich für die Ärzteschaft aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit, ihres Selbstverständnisses, aber auch ihrer ärztlichen Selbstverwaltung eine besondere Verantwortung zur Mitwirkung. Die vorliegende Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) will beleuchten, wie die Konvention im Gesundheitssystem und in der ärztlichen Tätigkeit umgesetzt werden sollte.

1. Leitprinzipien und -begriffe der Konvention

Die Konvention geht von der Überzeugung aus, dass jedem Menschen unbeschadet seiner Eigenschaften Menschenwürde zukommt. Sie erinnert an und bestärkt den wertvollen Beitrag von Menschen mit Behinderung für das Wohl und die Vielfalt menschlichen Zusammenlebens. Sie basiert auf dem Respekt vor

Unterschieden und auf der Akzeptanz von Menschen mit Behinderung als Teil der menschlichen Vielfalt.² Nach der Konvention resultiert Behinderung aus dem Verhältnis zwischen Personen mit Beeinträchtigungen und den in Grundhaltungen und Umgebungsbedingungen bestehenden Barrieren, die eine volle und gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe behindern.³ Sie überschreitet damit das einseitig medizinische Modell, welches Behinderung als individuelle Beeinträchtigung des Körpers oder der Psyche versteht. Somit steht die UN-Konvention im Einklang mit einem Paradigmenwechsel von einer Politik der Wohltätigkeit gegenüber Menschen mit Behinderung hin zu einer Politik der Anerkennung ihrer Rechte, ohne ihre individuell besondere Vulnerabilität zu vernachlässigen.

Die Leitprinzipien der Konvention sind die Achtung des Rechts auf Selbstbestimmung und Unabhängigkeit sowie die Ermöglichung voller und gleichberechtigter gesellschaftlicher Teilhabe („Inklusion“) für alle Menschen, also auch für diejenigen mit einem hohen Unterstützungsbedarf. Dieser Anspruch auf Inklusion beschränkt sich nicht nur darauf, rechtliche und soziale Ausgrenzung sowie Barrieren zu beseitigen, sondern umfasst auch aktive Bemühungen der Gesellschaft um reelle Chancengleichheit. Die UN-Konvention versteht das Recht auf Selbstbestimmung nicht nur als Abwehrrecht, sondern in bestimmtem Umfang auch als Anspruch auf Unterstützung.

Entsprechend versteht die Konvention unter Diskriminierung nicht nur das Vorenthalten gleicher Rechte, sondern auch die Einschränkungen durch Barrieren, durch fehlende Hilfe, Sorge und Unterstützung sowie durch Vorurteile und abwertende Stereotypen (Art. 2). Die Konvention verpflichtet die Unterzeichnerstaaten daher zur Förderung des Bewusstseins für die Rechte und Würde von Menschen mit Behinderung, zur Stärkung der positiven Wahrnehmung von Menschen mit Behinderung durch

¹ Mit den in diesem Text benutzen Personen- und Tätigkeitsbezeichnungen sind, auch wenn sie aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in einer Form auftreten, beide Geschlechter gemeint.

² Siehe die Formulierung in der Präambel der Konvention, die in Fußnote 4 zitiert wird.

³ Der Begriff Behinderung wird in der Präambel der Konvention wie folgt umschrieben: „Recognizing that disability is an evolving concept and that disability results from the interaction between persons with impairments and attitudinal and environmental barriers that hinders their full and effective participation in society on an equal basis with others.“

die Gesellschaft, zur Ermöglichung des Gefühls der Zugehörigkeit von Menschen mit Behinderung in der Gesellschaft,⁴ zur Würdigung ihrer Leistungen sowie zu einem respektvollen Umgang (Art. 8). Die Beschäftigten im Gesundheitswesen sind aufgefordert, durch Schulungen und die Entwicklung ethischer Standards das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung zu stärken (Art. 25).

Bei der Umorientierung vom vorrangigen Defizitverständnis von Behinderung (disability) zu einem Modell, das die Wechselbeziehung zwischen der individuellen Beeinträchtigung (impairment) und gesellschaftlichen Faktoren in den Mittelpunkt stellt, muss aus Sicht der ZEKO darauf geachtet werden, dass sich die Konvention nicht die eigene Grundlage entzieht. Wenn alle Menschen nur noch als „besonders“ gelten, könnte es problematisch werden, spezifische medizinische und soziale Leistungsansprüche zu begründen.

2. Allgemeine Implikationen für das Gesundheitswesen

Dem Gesundheitswesen kommt für die Umsetzung der oben skizzierten Prinzipien eine besondere Bedeutung zu. Eine qualitativ hochwertige, allgemein zugängliche Gesundheitsversorgung, die die Belange von Menschen mit Behinderung berücksichtigt, ist eine wesentliche Voraussetzung für deren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Trotz zahlreicher Anstrengungen sind Menschen mit Behinderung in der Gesundheitsversorgung weiterhin mit Benachteiligungen konfrontiert. Auf der Basis der oben genannten Grundsätze erwartet die Konvention die gleiche Qualität und den gleichen Standard an Gesundheitsversorgung, wie er Menschen ohne Behinderung zugestanden wird. „Gleich“ bedeutet dabei nicht „identisch“, sondern eine dem individuellen Bedarf und der Lebenssituation von Menschen mit Behinderung angepasste medizinische Versorgung. Überdies spricht die Konvention Menschen mit Behinderung Gesundheitsdienste zu, die ihrer „Habilitation“⁵ und Rehabilitation“ (Art. 26) dienen, um ein Höchstmaß an Unabhängigkeit sowie volle und gleichberechtigte Teilhabe zu erreichen.

Der von der Konvention gestärkte Wandel von einem vorrangigen Defizitverständnis von Behinderung hin zu einer die Inklusion fördernden Haltung verlangt in vielen Feldern ein Umdenken im ärztlichen und pflegerischen Handeln und in den Strukturen des Gesundheitswesens.

3. Konkrete Anforderungen an die Arzt-Patienten-Beziehung

3.1 Gleichberechtigung in der Gesundheitsversorgung

Menschen mit Behinderung sind in der Gesundheitsversorgung häufig mit Barrieren konfrontiert, die ihnen den Zugang zu Gesundheitsleistungen erschweren oder in manchen Fällen sogar unmöglich machen. Dies widerspricht Art. 25 der Konvention.

Zwei Beispiele sind die gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderung und die zahnärztliche Versorgung von Menschen mit einer geistigen Behinderung: In vielen Frauenarztpraxen fehlen Untersuchungsliegen, die für Rollstuhlfahrerinnen geeignet sind. Die Untersuchungen werden für die Frauen dadurch sehr unangenehm, mit der Konsequenz, dass sie häufig auf die empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen verzichten. Viele Menschen mit Behinderungen (z. B. Down-Syndrom oder spastische Paresen) haben aufgrund ihrer Behinderung ein erhöhtes Risiko für Karies, Zahnfleischentzündungen oder Zahnfehlstellungen.

Oft finden Menschen mit einer entsprechenden Beeinträchtigung keinen Zahnarzt, der in Bezug auf ihre Problematik ausreichende Erfahrung hat. Das führt oft dazu, dass Vorsorgeuntersuchungen unter Vollnarkose stattfinden müssen, obwohl dies mit entsprechend geschultem Personal und speziellen Programmen vermeidbar wäre.

Bei der Behandlung von Erkrankungen (einschließlich der Anamnese und Befundinterpretation) ist auf ggf. relevante behinderungsspezifische Besonderheiten zu achten. Das Wissen und die Erfahrung der Patienten mit Behinderung sowie ihrer Angehörigen und Assistenten können dabei eine wichtige ärztliche Informationsquelle sein. Im Zweifel sollte der Rat von Kollegen, die mit der Beeinträchtigung des Patienten Erfahrung haben, eingeholt werden.

Menschen mit Behinderung machen die Erfahrung, dass auf den zeitlichen Mehraufwand, den sie verursachen (z. B. wenn sie längere Zeit zum An- und Auskleiden oder besondere Kommunikationshilfen benötigen), ungehalten reagiert wird. Gerade für Kinder mit Behinderung ist es wichtig, dass auch im therapeutischen Umfeld nicht ihre Defizite, sondern ihre Stärken im Vordergrund stehen und sie auf diese Weise ein positives Selbstbild entwickeln können. Die Konvention bestärkt die Bemühungen der Ärzteschaft, Traumatisierungen und Kränkungen in der Arzt-Patienten-Interaktion zu vermeiden. Hierbei sollte der Austausch über Erfahrungen zwischen betroffenen erwachsenen Menschen mit Behinderungen, Kindern und Jugendlichen, deren Eltern und dem Behandlungsteam weiter gefördert werden. Ärzte sollten die Chance nutzen, Selbsthilfegruppen in ihre Betreuungskonzepte einzubeziehen.

3.2 Assistierte Selbstbestimmung

Das Prinzip der assistierten Selbstbestimmung bildet nach der Konvention die Grundlage eines Behandlungsvertrages zwischen Ärzten und Menschen mit Behinderung. Bei der Umsetzung dieses Prinzips gilt es, verschiedene Facetten und mögliche Problemkonstellationen zu beachten:

Medizinische Maßnahmen sind ohne freiwillige und informierte Zustimmung bis auf wenige Ausnahmen unzulässig. Patienten mit Behinderung haben wie Patienten ohne Behinderung einen Anspruch darauf, soweit wie möglich Entscheidungen selbst zu treffen. Neben dem Schutz vor Ungleichbehandlung und Willkür brauchen viele Menschen mit Behinderung Unterstützung, damit sie ihr Recht auf Selbstbestimmung und Unabhängigkeit bei Behandlungsentscheidungen wie Menschen ohne Behinderung wahrnehmen können.

Die UN-Konvention bestärkt diesen Förderungsaspekt. Es gilt, Modelle im Sinne einer assistierten Selbstbestimmung zu entwickeln und einschließlich ihrer institutionellen und finanziellen Absicherung zu stärken, die es Menschen mit Behinderungen ermöglichen, medizinische Entscheidungen weitestmöglich in ihrem eigenen Sinne verantwortlich treffen zu können.

⁴ Dazu heißt es in der Präambel der Konvention: „Recognizing the valued existing and potential contributions made by persons with disabilities to the overall well-being and diversity of their communities, and that the promotion of the full enjoyment by persons with disabilities of their human rights and fundamental freedoms and of full participation by persons with disabilities will result in their enhanced sense of belonging and in significant advances in the human, social and economic development of society and the eradication of poverty.“

⁵ In Anlehnung an und im Unterschied zu „Rehabilitation“ soll der Begriff der „Habilitation“ zum Ausdruck bringen, Menschen – wo nötig – mit angebotener Beeinträchtigung zum Zwecke einer möglichst selbstverantwortlichen Lebensführung zu befähigen, ohne damit nur eine „Wieder-Befähigung“ zu meinen.

Dem Anliegen einer assistierten Selbstbestimmung trägt das deutsche Betreuungsrecht seit 1992 dadurch Rechnung, dass es denjenigen Volljährigen, die ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht selbst besorgen können, Hilfe statt Bevormundung gewährt.⁶ Damit dürfte das bestehende Konzept der Betreuung mit der Konvention im Einklang stehen. Im Bereich der praktischen Umsetzung des Betreuungsrechts im Sinne einer assistierten Selbstbestimmung sind jedoch Mängel festzustellen, die auch betreute Menschen mit Behinderungen betreffen. So wird zu wenig davon Gebrauch gemacht, eine Betreuung auf die Lebensbereiche zu beschränken, die der individuelle Mensch mit Behinderung nicht allein regeln kann (z. B. therapeutische Entscheidungen); dies kann zu ungerechtfertigter Bevormundung führen. Ärzte, die im Rahmen ihrer Tätigkeit feststellen, dass mit Betreuten in einer dem Gesetz zuwiderlaufenden Weise umgegangen wird, können auf das Gesetz sowie die Konvention verweisen und ggf. von der Möglichkeit Gebrauch machen, das Betreuungsgericht zu informieren. Zudem sollten Entscheidungen darüber, welche medizinischen Maßnahmen bei bestimmten Beeinträchtigungen angeboten werden und auf welche Weise dies geschieht, nicht allein Expertenmeinungen überlassen bleiben; vielmehr sind gleichermaßen die subjektiven Erfahrungen von Menschen mit Behinderung zu berücksichtigen.

3.3 Kommunikation über Behinderung

Bei der Information und Aufklärung von Menschen mit Behinderung können Kommunikationsbarrieren bestehen. Menschen mit Behinderung machen die kränkende Erfahrung, dass sie bspw. nicht direkt angesprochen werden, sondern ihre Angehörigen oder Vertreter. Die Konvention verpflichtet zum Abbau von Kommunikationsbarrieren (Art. 9). Es sollten deshalb genügend Zeit und Ressourcen für die Information und Aufklärung von Patienten mit Behinderung zur Verfügung stehen. Auch ist an Gebärdendolmetscher für gehörlose Patienten zu denken, an Kommunikationshilfen (z. B. Schreibcomputer) und an Informationen in Groß- oder Blindenschrift sowie in einer Sprache, die auch für Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen verständlich ist. Auch nichtverbale Äußerungen sind grundsätzlich beachtungswürdig und müssen in die Therapieentscheidungen mit einfließen.

Menschen sind in ihrer Unterschiedlichkeit zu achten. Im Sinne der Inklusion und der Stärkung des Zugehörigkeitsgefühls ist es wichtig, dass Ärzte die individuelle Beeinträchtigung als Teil der Identität eines Menschen anerkennen und dies mit dem Ziel der Vermeidung oder Minimierung der resultierenden Behinderung vermitteln. Dabei darf die Beeinträchtigung allerdings nicht verharmlost werden. Im Umgang mit Menschen mit Behinderun-

gen ist eine besondere Sensibilität entscheidend, insbesondere bei Kindern mit Behinderung und ihren Eltern. Wenn Ärzte die Diagnose und Prognose einer Beeinträchtigung übermitteln, sollten sie sich der lebenslangen Bedeutung dieses Gesprächs für die beeinträchtigten Personen und deren Angehörige bewusst sein und ggf. psychosoziale Hilfen anbieten oder vermitteln.

Aus der Konvention ergibt sich die Aufgabe, Bezeichnungen und Kategorisierungen von Schädigungen, Beeinträchtigungen und Behinderungen zu vermeiden, mit denen Menschen mit Behinderung stigmatisiert oder diskriminiert werden. So sollten Begriffe aus dem Tierreich wie „Wolfsrachen“, „Stiernacken“ oder „Hasenscharte“ sowie andere Bezeichnungen, die als abwertend empfunden werden können, in der Arzt-Patienten-Kommunikation nicht benutzt werden.

3.4 Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie

(Schutz vor Fremdbestimmung und Gewalt)

Die Konvention misst schließlich dem Schutz von Menschen mit Behinderung vor Gewalt und Missbrauch in therapeutischen und pflegerischen Beziehungen (Art. 16) besondere Bedeutung bei. Dazu gehört auch der Schutz vor Bevormundung und Vernachlässigung sowie der Schutz der Privatsphäre (Art. 22) unter Beachtung der spezifischen Verletzlichkeiten von Menschen mit Behinderung einschließlich der Gefährdungen, denen Frauen (Art. 6) und Kinder (Art. 7) durch Mehrfachdiskriminierung ausgesetzt sind.

Umstritten ist, inwieweit Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie mit der Konvention vereinbar sind. Zwangsmaßnahmen stellen Gewaltanwendungen dar, die besonderer Rechtfertigung bedürfen. Von einem völligen Verzicht auf Zwangsmaßnahmen würde allerdings die Gefahr ausgehen, dass gerade besonders vulnerable Patientengruppen – beispielsweise mit chronischen psychischen Störungen – notwendige medizinische Behandlungen, denen sie selbst im Nachhinein zustimmen würden, nicht erhalten. Dieses heikle Thema verlangt vor dem Hintergrund der Konvention neue Aufmerksamkeit. Gemäß der Konvention kann die Anordnung solcher Zwangsmaßnahmen nach kritischer Erwägung erst dann vorgenommen werden, wenn zuvor größtmögliche Anstrengungen für alternative Maßnahmen unternommen worden sind.⁷

4. Organisatorische und strukturelle Anforderungen an das Gesundheitswesen

Aus der Konvention ergeben sich Desiderate für die Ausstattung und Weiterentwicklung eines Gesundheitswesens, das den spezifischen Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen Rechnung trägt.

Ein respektvoller, die individuellen Bedürfnisse und Lebensumstände berücksichtigender Umgang mit Menschen mit Behinderung in der medizinischen Praxis macht einen höheren Aufwand an Zeit und Ressourcen notwendig. Dies kann nicht ohne Konsequenzen für das Vergütungssystem bleiben. Damit sollen die Voraussetzungen geschaffen werden, dass Patienten mit Behinderung nicht als unerwünschte und belastende Patienten gelten und behindertenfreundliche und barrierefreie Praxen und Kliniken keine Nachteile haben.

Der Umgang mit Menschen mit Behinderung sollte Bestandteil der Aus- und Fortbildung von Ärzten sein (Art. 8; Art. 25). Ärzte können so stärker für die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung sensibilisiert und zur Reflexion eigener Einstellungen zu Behinderung und Ängsten im Umgang mit Menschen mit Behinderung angeregt werden. Ärzteschaft und Behindertenver-

⁶ Das Gesetz ordnet an, dass der Betreuer die Angelegenheiten des Betreuten so zu besorgen hat, wie es dessen Wohl entspricht (§ 1901 Abs. 2 S. 1 BGB). Zum Wohl des Betreuten gehört dabei ausdrücklich auch die Möglichkeit, im Rahmen seiner Fähigkeiten sein Leben nach seinen eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten (§ 1901 Abs. 2 S. 2 BGB). Zudem hat der Betreuer Wünschen des Betreuten zu entsprechen, soweit dies dessen Wohl nicht zuwiderläuft (§ 1901 Abs. 3 S. 1 BGB). Ehe der Betreuer wichtige Angelegenheiten erledigt, bespricht er sie mit dem Betreuten, sofern dies dessen Wohl nicht zuwiderläuft (§ 1901 Abs. 3 S. 3 BGB). Schließlich ist das Betreuungsrecht von den Prinzipien der Erforderlichkeit und Subsidiarität durchzogen, räumt es also anderen Hilfsmaßnahmen wie der Aufgabenerledigung durch Bevollmächtigte und andere Hilfen – in Anerkennung der Autonomie des Betroffenen – den Vorrang ein.

⁷ Das geltende Betreuungsrecht erlaubt die Anwendung von Zwangsmaßnahmen über einen längeren Zeitraum oder ihre regelmäßige Anwendung nur dann und solange, wie sie zum Wohl des Betreuten erforderlich sind, weil aufgrund einer psychischen Krankheit, geistigen oder seelischen Behinderung des Betreuten die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt (§ 1906 Abs. 4 BGB).

bände sollten gemeinsam Strategien entwickeln, wie die Versorgung von Menschen mit Behinderung verbessert werden kann. Zur Koordination der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderung sollten besonders geschulte Ärzte zur Verfügung stehen.

Menschen mit Behinderung haben den gleichen Anspruch auf Wahlfreiheit in der ärztlichen Versorgung wie Menschen ohne Behinderung. Dies gilt auch für Bewohner von Behinderten- und Pflegeheimen, ist aber in der Praxis keineswegs garantiert. Die behindertengerechte Ausstattung von Praxen und Kliniken sollte gefördert werden und kann ein Kriterium von Zertifizierungsverfahren sein. Es ist zu begrüßen, dass Menschen mit Behinderung heute oft durch ihre persönlichen Assistenten im Krankenhaus begleitet werden können. In der Praxis gibt es allerdings nicht selten noch finanzielle und bürokratische Hürden, die im Sinne der UN-Konvention beseitigt werden sollten.

Menschen mit Behinderung haben ein Recht auf Unterstützung durch assistive Technologien (Art. 26), über deren Nutzen allerdings häufig diskrepante Auffassungen bestehen. Assistive Technologien können oft zu einer erheblichen Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit Behinderung beitragen; sie können aber auch das Erlernen und Nutzen von Kompensationsstrategien erschweren (vgl. die kontroversen Diskussionen um Cochlearimplantate). Im Austausch zwischen Ärzten und Mitgliedern von Patienten- und Behindertenorganisationen sollten die Erfahrungen mit assistiven Technologien für eine optimale individuelle Beratung und Entscheidungsfindung aufgearbeitet werden. In jedem Fall sollten vor allem die individuellen Bedürfnisse und Wünsche des Patienten und nicht primär die technische Machbarkeit handlungsleitend sein.

Viele Medizinprodukte sind für Menschen mit Behinderung nur schwer nutzbar. Wo möglich sollte der Grundsatz des „Universal Design“ bei der Zulassung von Medizinprodukten berücksichtigt werden (z. B. Messgeräte und Insulinspritzen für Sehbeeinträchtigte). In jedem Falle sollten ausreichend Produkte zur Verfügung stehen, die für Menschen mit Behinderung nutzbar sind.

Grundlage für die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention ist eine hinreichende Datenlage über die Qualität der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung sowie über die Zugänglichkeit von Gesundheitsleistungen und medizinischen Einrichtungen. Die Diskussion sollte daher durch eine entsprechend spezialisierte Forschung begleitet werden.

Die UN-Konvention verpflichtet dazu, Mängel in der medizinischen Versorgung von Menschen mit Behinderung zu identifizieren und Verbesserungen einzuleiten, die einen gerechten Zugang zur medizinischen Versorgung für Menschen mit Behinderung sicherstellen. Mit den voranstehenden Anregungen möchte die ZEKO Diskussionen und Umsetzungen dieses Anliegen fördern.

Mitglieder der Zentralen Ethikkommission

Prof. Dr. phil. D. Birnbacher, Düsseldorf
 Frau Dr. med. G. Bockenheimer-Lucius, Frankfurt a. M.
 Prof. Dr. med. J. Boos, Münster
 Prof. Dr. theol. P. Dabrock, Marburg
 Frau Dr. rer. nat. Dr. phil. S. Graumann, Oldenburg (federführend)
 Frau Prof. Dr. theol. H. Haker, Frankfurt a. M.
 Prof. Dr. med. W. Henn, Homburg
 Prof. Dr. jur. F. Hufen, Mainz
 Frau PD Dr. med. Dipl.-Soz. T. Krones, Zürich

Dr. phil. D. Lanzerath, Bonn
 Prof. Dr. med. H. Ch. Müller-Busch, Berlin
 Prof. Dr. theol. habil. J. Reiter, Mainz
 Dr. med. J. Schuster, Würzburg
 Prof. Dr. jur. J. Taupitz, Mannheim
 Prof. Dr. med. Dipl.-Theol. M. Volkenandt, München
 Prof. Dr. med. Dr. phil. U. Wiesing, Tübingen (Vorsitzender)

Als externe Experten mitgewirkt haben

Prof. Dr. Heiner Bielefeldt, Berlin
 Dr. Valentin Aichele, LL.M., Berlin

Korrespondenzadresse

Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer
 Herbert-Lewin-Platz 1
 10623 Berlin
 Telefon: 030 400456-467
 Fax: 030 400456-486
 E-Mail: zeko@baek.de