



**Institut für Ethik in der Medizin &
Internationales Zentrum für Ethik in den Wissenschaften**



Medizin als Beruf

Professionelles Handeln und Denken in den
Gesundheitsberufen angesichts gesellschaftlicher
Transformationen und technischer Innovationen

Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)

26.-28.09.2024

Tübingen

Version vom 5. Juni 2024

Inhaltsverzeichnis

Tagungsinhalt	S. 3
Programmübersicht	S. 4
Übersicht Sektionsvorträge	S. 6
Abstracts Satellitenworkshops	S. 09
Abstracts Vorträge	S. 16
Abstract Workshop	S. 50
Abstracts Poster	S. 52
Organisatorisches und Kontakt	S. 59

Titelbild: Alban Low, *'Healthcare in the Eye of the Beholder'*, Mural painting at Kingston University's School of Nursing, London.

By courtesy of the artist.

Medizin als Beruf - Professionelles Handeln und Denken in den Gesundheitsberufen angesichts gesellschaftlicher Transformationen und technischer Innovationen

Gelöbnisse und professionelle Kodizes sind fester Bestandteil des Selbstverständnisses der Gesundheitsberufe. Die Binnenmoral dieser Berufe und ihr Professionsethos, das in ihnen zum Ausdruck kommt, bieten den in Medizin und Pflege Tätigen Orientierung. Gleichzeitig stellen sie die Basis für Vertrauen und Ansehen dar. Auch wenn die ethischen Grundlagen des Professionsethos der medizinischen Berufe prima facie unumstritten sind – das Patientenwohl und die Selbstbestimmung der Patient*innen – so werfen neue gesellschaftliche und technologische Entwicklungen die Frage auf, ob es notwendig ist, das Professionsethos neu zu interpretieren, seine Inhalte zu erweitern, gar zu ändern und seine Geltung auszudehnen. Schließlich stellt sich dadurch auch die Frage, ob diese Grundlagen selbst kritisch zu hinterfragen und anzupassen sind.

Debatten zu Diskriminierung und Diversität, zu strukturellen Ungerechtigkeiten der Gesellschaft, zur (Ent-)Ökonomisierung, aber auch zu Anforderungen der Public Health, wie sie während der COVID-19-Pandemie deutlich geworden sind, verweisen auf die Frage, wie Themen der Gerechtigkeit angemessen in einem Ethos adressiert werden, das traditionell auf Beziehungen zwischen Individuen ausgerichtet ist.

Die Digitalisierung führt neue Akteursgruppen wie Programmierer*innen und Tech-Firmen in die medizinischen und pflegerischen Berufsfelder. Sollten sie sich dementsprechend ein Professionsethos geben, das sich an demjenigen der adressierten Gesundheitsberufe orientiert? Ein weiterer Aspekt kommt hinzu: Die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer sieht die Mitwirkung an der „Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen“ als Aufgabe der Medizin (§ 1 Abs. 2 MBO-Ä). Welche Implikationen haben in dieser Hinsicht der Klimawandel und die Forderung nachhaltiger Entwicklung für das Gesundheitswesen und die Medizin? Schließlich verweisen diese Probleme auf den globalen Kontext, in dem medizinische und pflegerische Berufe stehen. Gibt es ein globales Ethos dieser Professionen? Und wenn ja, warum, bzw. wenn nein, warum nicht? Ist beispielsweise der International Code of Medical Ethics (ICoME) eine überzeugende Antwort? Welche Implikationen haben hier neuere Entwicklungen, wie etwa das Konzept der One Health, und Anpassungen internationaler Richtlinien?

Diese Fragen werden auf der Tagung in folgenden Sektionsthemen diskutiert:

- Grundlegende Perspektiven
- Gerechtigkeitsaspekte
- Neue Akteure und Technologien
- Globale Herausforderungen

Wir freuen uns auf spannende Vorträge und einen fruchtbaren interdisziplinären Austausch.

Programmübersicht

Donnerstag, 26.09.2024	Freitag, 27.09.2024	Samstag, 28.09.2024
	9:00 – 10:30 Uhr Parallelsektionen I	9:00 – 10:30 Uhr Parallelsektionen III
	10:30 – 11:00 Uhr Kaffeepause	10:30 – 11:00 Uhr Kaffeepause
	11:00 – 12:30 Uhr Parallelsektionen II	11:00 – 12:30 Uhr »Professionen & Umweltschutz« Podium und Diskussion mit Prof. Dr. Claudia Bozzaro, Prof. Dr. Astrid Elsbernd, Prof. Dr. Thomas Potthast, Prof. Dr. Sabine Salloch, Dr. Katharina Wabnitz
	12:30 – 13:30 Uhr Mittagspause <i>(Für AEM-Mitglieder – 13:15 Uhr)</i>	12:30 – 13:00 Uhr Tagungsabschluss und Verabschiedung
13:00 – 15:45 Uhr Satelliten-workshops	13:15 – 15:15 Uhr AEM-Mitgliederversammlung	
	15:15 – 15:30 Uhr Kaffeepause	
15:45 – 16:30 Uhr Kaffeepause	15:30 – 16:15 Uhr Poster-Session	
16:30 – 17:00 Uhr Tagungseröffnung Prof. Dr. Dr. Urban Wiesing (Tagungspräsident) Prof. Dr. Silke Schicktanz (Präsidentin der AEM) Prof. Dr. Dr. Karla Pollmann (Rektorin d. Universität Tübingen)	16:30 – 17:30 Uhr »Professionen & Kommerzialisierung« Vortrag Prof. Dr. Dr. Eva C. Winkler	
17:00 – 18:45 Uhr »Professions & Globalization« Keynote Lectures by Prof. em. Ranaan Gillon & Prof. Ann Gallagher	17:30 – 18:30 Pause	
18:45 – 19:00 Uhr Pause	ab 18:30 Uhr Conference Dinner & Abendprogramm	
19:00 – 19:30 Uhr Verleihung des Nachwuchspreises 2024	Restaurant »MUSEUM«	
Pause		
ab 20:00 Uhr Umtrunk und Buffet Restaurant »Liquid Kelter«		

Orte

Wissenschaftliches Konferenzprogramm	Brechtbau/ Neuphilologikum Wilhelmstraße 50 72074 Tübingen
“Liquid Kelter” (Umtrunk erster Abend)	Restaurant „Liquid Kelter“ Schmiedtorstrasse 17 72070 Tübingen info@liquid-bar.de
MUSEUM (Conference Dinner)	Museumsgesellschaft Tübingen Wilhelmstraße 3 72074 Tübingen Küche: Restaurant „1821“ https://www.1821tuebingen.de

Weitere Informationen

www.aem2024.de

<https://aem-online.de/jahrestagung/>

Übersicht Sektionsvorträge

Freitag, 27.09.24, 9:00 – 10:30 Uhr

Raum I	Raum II	Raum III	Raum IV
9:00 – 9:25 Uhr			
<p>S01: F. Ursin Die ärztliche Ehre als Zugang zur medizinischen Profession: Von den deontologischen Schriften des Corpus Hippocraticum bis zum Genfer Gelöbnis</p>	<p>S04: M. Kassai Wolfgang Wieland in Zeiten Künstlicher Intelligenz</p>	<p>S07: S. Weigold Reproduktive Gerechtigkeit – eine Herausforderung reproduktionsmedizinischen Handelns?</p>	<p>S10: J. Perry Risikokommunikation in der zukünftigen hausärztlichen Versorgung der Alzheimer-Krankheit: Eine empirisch-ethische Analyse der Rahmenbedingungen</p>
9:30 – 9:55 Uhr			
<p>S02: H. Kilgenstein Wie kam die Ethik in die Medizin? Professionelles Selbstverständnis, ethische Reflexion und gesellschaftlicher Wandel im Deutschen Ärzteblatt der 1970er bis 2000er Jahre</p>	<p>S05: G. Rubeis Artificial agents und die Transformation etablierter Rollen in der Medizin</p>	<p>S08: V. Wild et al. Ärztliches Handeln in der Klimakrise. Brauchen wir ein neues Ethos?</p>	<p>S11: S. Settegast Medicalization Risks in Genomic Newborn Screening</p>
10:00 – 10:25 Uhr			
<p>S03: T. Weidner 'Ethik' in der Medizin: Eine begriffsgeschichtliche Spurensuche in der medizinischen Fachpublizistik seit 1945</p>	<p>S06: R. Brähler Machine-Learning-Modelle und das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzt*innen, Patient*innen und Maschine: Eine ethisch-philosophische Analyse</p>	<p>S09: O. Feeney Genome Editing and non-ideal Justice: the case of Sickle Cell Disease (SCD)</p>	<p>S12: E. Montaguti et al. End-of-life practices and physician self-conception in professional codes between 1970 and 2023: A comparison between Germany and Italy</p>

Übersicht Sektionsvorträge

Freitag, 27.09.24, 11:00 – 12:30 Uhr

Raum I	Raum II	Raum III	Raum IV	Raum V
11:00 – 11:25 Uhr				11:00 – 12:30 Uhr
S13: B. Roth Der niedergelassene Arzt im Rollenkonflikt zwischen Unternehmertum und ärztlichem Ethos. Reflexionen am Beispiel aktueller Ratgeber zum ‚Arztpraxis-management‘	S16: A. Bruns & E. Winkler Dynamic Consent: Königsweg zur informierten Einwilligung in der Forschung mit Gesundheitsdaten?	S18: K. Gessner & V. Wild Gesundheit und Benachteiligung: Sprechen und zeigen ohne zu stigmatisieren		W01: M. Kettner et al. Workshop »Leitbild Profession. Wege aus der Ökonomisierungsfalle«
11:30 – 11:55 Uhr				
S14: J. König Implikation ökonomischer Anreize in der stationären Krebsmedizin für das professionsethische Leitprinzip Patientenwohl	S17: P. Rudra & F. Ursin Delegation informierter Einwilligung an KI-Chatbots	S19: M. Faissner & A. Naghipour Race-consciousness als Werkzeug einer antidiskriminierenden Gesundheitsversorgung: eine konzeptionelle und ethische Analyse von Race-Consciousness in medizinischen Behandlungsleitlinien	S21: A. Nowak et al. „Ich hatte ja keine Wahl“ – Herausforderungen bei der Aufklärung und Entscheidungsfindung zur allogenen Stammzelltransplantation. Erste Ergebnisse einer empirisch-ethischen Untersuchung	
12:00 – 12:25 Uhr				
S15: C. Hammer Kinderwunschzentren: Ärzt*innen zwischen Heilung und Ökonomie		S20: N. Ellerich-Groppe & S.M. Gerhards „Let’s talk about racism“ in der medizinischen Ausbildung: Rassismus-kritische Habitusreflexion und das ärztliche Professionsethos	S22: T. Stüwe „Das ist schwierig – auch für uns Ärzte.“ – Perspektiven auf die eigene professionelle Rolle in der Beratung zu Pränataldiagnostik	

Übersicht Sektionsvorträge

Samstag, 28.09.2024, 9:00-10:30 Uhr

Raum I	Raum II	Raum III	Raum IV
9:00 – 9:25 Uhr			
<p>S23: U. Müller & E. Jensen Die Rolle der subjektiven Einschätzung von Patient*innen im diagnostischen Prozess: Medizinische und philosophische Aspekte</p>	<p>S26: B. Jansky & V. Wild Die Rolle von Ethik im professionellen Selbstverständnis von Stakeholdern aus dem Ökosystem der DiGA- und Gesundheitsapp-Start-ups – Eine qualitative Interviewstudie</p>	<p>S29: S. Agbih Gesundheit am Lebensort Asyl – Welche Aufgaben und Verantwortung haben im Gesundheitsbereich Tätige?</p>	<p>S32: A. Pichl Integrating ethics into brain organoid research? Some thoughts on potential forms and challenges of a practice turn for bioethics</p>
9:30 – 9:55 Uhr			
<p>S24: L. Stange Professionelles und informelles Handeln in der gesundheitlichen Vorausplanung - über Verantwortungszuschreibungen</p>	<p>S27: M. Bubeck et al. "Man muss halt die Brücke bauen": Eine empirische Analyse der Betreuungsinteraktion mit Sozialer Robotik in der Altenpflege</p>	<p>S30: A.-E. Nebowsky et al. Moralische Konflikte in der häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz durch eine Live-in Hilfe: Eine care- und familienethische Analyse</p>	<p>S33: G. Rubeis & W. Spahl Die Integration von Ethik in eine digitale Intervention zur Förderung der psychischen Gesundheit von Jugendlichen: Ein methodologischer Ansatz</p>
10 – 10:25 Uhr			
<p>S25: S. Wäscher Medical Gaslighting: Eine kritische Begriffsanalyse im Kontext der Gesundheitsversorgung bei seltenen Krankheiten</p>	<p>S28: M. Leineweber et al. Ethische Aspekte des Einsatzes sozialer Robotik in der Altenpflege – ein systematisches, qualitatives Literaturreview</p>	<p>S31: V. Rolfes et al. Ethische Aspekte einer „kultursensiblen Kommunikation“ in der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen</p>	<p>S34: E. Langmann & M. Weßel Grenzen von „Successful Aging“: Intersektionale Herausforderungen und bioethische Perspektiven an der Schnittstelle von Ageismus und Ableismus</p>

SW01

AI-Based Technologies in Pediatric Healthcare – Interdisciplinary Perspectives

Dr. Tommaso Bruni¹, Prof. Dr. Bert Heinrichs¹

¹ Forschungszentrum Jülich & Universität Bonn

- Anmeldung erforderlich! -

Several AI-based technologies could be applied to pediatric healthcare soon: smartphone apps and web-based software to be used by young patients or their parents, as well as technologies that support doctors in their work, e.g. in writing doctor's letters, searching medical literature, making a diagnosis, or selecting a treatment plan.

The BMBF-funded interdisciplinary research project AI-PHCA (KI-basierte Gesundheitsvorsorge bei Kindern und Jugendlichen) examines the social, ethical, and legal conditions under which artificial intelligence (AI) could be applied in pediatrics in the next years, with a focus on preventative purposes. It involves four partner institutions (based in Jülich, Düsseldorf, and Aachen) and features the cooperation of pediatricians, child psychiatrists, neuroscientists, ethicists, and legal scholars. In the planned satellite workshop, we would like to present the first findings of AI-PHCA and discuss them with the participants in the AEM Annual Meeting.

On the one hand, three empirical sub-projects investigate the opinions, expectations and concerns of minor patients, their parents and healthcare professionals regarding the use of AI in pediatric care by deploying empirical methods such as questionnaires and focus groups. Systematic reviews of the extant literature about pediatric AI use and attitudes toward it are also carried out. Moreover, behavioral experiments are conducted to identify some of the factors that could influence these opinions and perspectives.

On the other hand, the ethical and legal sub-projects constitute the regulatory and normative part of the project. The ethical subproject first examines the current literature on the ethics of medical AI to check whether and to what extent those discussions and debates can be applied to pediatric care. The overall aim of the ethical sub-project is to generate an ethical framework that is suitable to the use of AI in pediatrics. The legal subproject first reconstructs the current legal framework in which AI could be deployed in pediatrics today, with a particular focus on Germany and the EU. Key parts of this framework are the General Data Protection Regulation (GDPR) and the AI Act that the EU institutions just passed. Once this reconstruction is done, this sub-project will proceed to highlight potential weaknesses, tensions or obscurities in the existing regulations and make proposals for streamlining and editing.

The topic of the AI-PHCA project falls directly within the range of issues addressed at this year's AEM Annual Meeting. The project deals with one of the problems that the Annual Meeting endeavors to tackle: the technologization of the healthcare sector. The satellite workshop can therefore make an important contribution to the Annual Meeting. At the same time, the AEM Annual Meeting offers an excellent forum for discussing the topics of the AI-PHCA project with relevant experts.

SW02

Intergenerationelle Health Care Ethik – Simulierte Stakeholder-Konferenz zur Antibiotika-Krise

Prof. Dr. Claudia Bozzaro¹, Niklas Ellerich-Groppe, M.A.², Dominik Koesling, M.A.³, Prof. Dr. Christoph Rehmann-Sutter⁴, Prof. Dr. Silke Schicktanz⁵, Prof. Dr. Mark Schweda²

¹ Arbeitsbereich Medizinethik, Institut für Experimentelle Medizin, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

² Abteilung Ethik in der Medizin, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

³ Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

⁴ Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung der Universität zu Lübeck

⁵ Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen

- Anmeldung erforderlich! -

Aktuelle Fragestellungen im Gesundheitswesen wie beispielsweise der Umgang mit Daten in der biomedizinischen Forschung, die Allokation knapper Ressourcen in der Versorgung von Patient*innen oder Public-Health-Maßnahmen zur Pandemieprävention und -bekämpfung verweisen auf generationenübergreifende medizinische Problemstellungen. Entsprechend steht eine intergenerationell ausgerichtete Gesundheitsethik vor einer Vielzahl an Herausforderungen: Sie muss verschiedene Zeitdimensionen und Zeitlichkeitskonzepte adressieren und unterschiedliche Formen von Kollektiven, wie beispielweise Generationen, sowie verschiedene Professionen und Interessensvertreter*innen, ansprechen. Darüber hinaus hat sie in diesem Zusammenhang stehende Werte und ethische Prinzipien, wie unter anderem Solidarität, Verantwortung, Fürsorge für die Zukunft oder Nachhaltigkeit zu reflektieren. Deren normativer Gehalt muss sowohl im Kontext der Intergenerationalität begründet und kontextualisiert werden. Diese Aspekte sollen im Rahmen des interdisziplinär und interaktiv angelegten Satelliten-Workshops am Beispiel der Antibiotikakrise themenspezifisch diskutiert werden. Ziel ist es des Weiteren, moralisch relevante Aspekte und die Unterschiedlichkeit von Perspektiven herauszuarbeiten sowie ethische Voraussetzungen für Lösungsansätze zu identifizieren. Um die Multidimensionalität und die Exploration innovativer normativer Überlegungen zu fördern, setzt sich der geplante Workshop aus drei Teile zusammen, die sich entlang einer theoretischen Hinführung, einer Interaktionsphase (Simulierte Stakeholder-Konferenz) und einer Reflexionsrunde gliedern:

Im ersten Teil (45 Minuten) erfolgt eine Einführung durch Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft für intergenerationelle Gesundheitsethik (AiG) in das Forschungs- und Aktivitäten-Programm der Arbeitsgemeinschaft (Niklas Ellerich-Groppe). Inhaltlich werden anschließend vertiefend folgende drei Schwerpunkte über Impulsvorträge thematisiert, die für die weitere Arbeit im Workshop relevant sind:

- a) Die Antibiotikakrise als Paradebeispiel für ein medizinisches Nachhaltigkeitsproblem (Claudia Bozzaro/Dominik Koesling);
- b) Das Spannungsfeld zwischen Solidarität und Verantwortung (Silke Schicktanz/Mark Schweda);

Abstracts Satellitenworkshops

- c) Die Dimension der Zeitlichkeit und die Frage danach, wie die Kollektive in den jeweiligen Diskussionen eine Rolle spielen können, aufeinander bezogen sind (Christoph Rehmann-Sutter)

Im Anschluss soll in Teil zwei mit allen Teilnehmenden eine simulierte Stakeholderkonferenz durchgeführt werden (60 Minuten). Dafür sollen die Teilnehmenden zunächst in mehrere Gruppen aufgeteilt werden. Diese Gruppen sollen verschiedene Stakeholder repräsentieren und deren Perspektiven (ethisch und praktisch) antizipieren: wie z.B. Professionen im Gesundheitswesen, die unterschiedliche Perspektiven auf das Problem der (gegenwärtigen) Antibiotikanutzung und Antibiotikaresistenzen vertreten sollen: z.B. klinisch tätiger Ärzteschaft; Pflegepersonal, Forschende, Veterinärmedizinpersonal und Vertretung für das Gesundheitsministerium. Des Weiteren sollen Vertretende aus unterschiedlichen Patient*innen- und Bürger*innen-Perspektiven antizipiert werden, z.B. aktuell schwer erkrankte Personen, Advokaten zukünftiger Generationen, Bürger*innen aus einem armen Staat des Globalen Südens, sowie Bürger*innen eines reichen Staates des Globalen Nordens. Anhand einer sehr kurzen Beschreibung sollen die Teilnehmenden zunächst in ihrer jeweiligen Gruppe herausarbeiten, welche Werte und welche ethisch bedeutsamen Herausforderungen sich in Bezug auf die Antibiotikakrise ergeben könnten. Die Zwischenergebnisse sollen von den Teilnehmenden auf einem Flipchart, in einem Tafelbild oder auf ähnliche Weise festgehalten werden. Anschließend sollen die Vertretenden der Gruppen in einer moderierten Stakeholderkonferenz sich über mögliche Lösungsansätze verständigen., nachdem die jeweils hervorgebrachten Sichtweisen und ethisch bedeutsamen Gesichtspunkte zusammengetragen wurden. Dabei soll in einem deliberativen Austausch der Versuch unternommen werden, zu ermitteln, wie ein intergenerationeller Ansatz zur Lösung der Antibiotikakrise aussehen könnte.

Nach Abschluss des interaktiven Gruppenaustausches sollen im dritten Teil (45 Minuten) die Teilnehmenden im Rahmen einer gemeinsamen Diskussion zu einer Rollen-Reflexion eingeladen werden und zentrale Erkenntnisse aus der Gruppenarbeit auch mit Blick auf die in Impulsvorträge aus Teil eins des Workshops zusammengeführt werden.

Mit diesem Programm visiert der Workshop im Wesentlichen drei Ziele an:

- Potentiale und Grenzen einer intergenerationellen Gesundheitsethik – auch in Abgrenzung zu gängigen Paradigmen der Klinischen Ethik, der Public-Health-Ethik und der Forschungsethik – zu reflektieren und zu diskutieren.
- Teilnehmende für ethisch-theoretische Fragen einer intergenerationellen Gesundheitsethik zu sensibilisieren
- Potenziell interessierte Personen für weitere Formen der Zusammenarbeit kennenzulernen.

SW03

Professionelle Haltung lehren? Die Rolle kompetenzorientierter Ethik-Lehre in der professionellen Identitätsbildung in der Medizin und anderen gesundheitsbezogenen Berufen

Dr. Tobias Eichinger¹, Dr. Matthias Katzer², Prof. Dr. Susanne Michl³

¹ Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte, Universität Zürich

² Institut für Ethik, Geschichte und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover

³ Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité Universitätsmedizin Berlin

- Anmeldung erforderlich! -

Zielgruppe:

Ethik-Lehrende, die in Studiengängen, Ausbildungskontexten sowie Weiterbildungen von gesundheitsbezogenen Berufen (z.B. Medizin, Pflege, Psychologie und Psychotherapie) tätig sind oder perspektivisch tätig werden wollen.

Hintergrund:

Das Einnehmen einer spezifischen Haltung wird vielfach als Kern professionellen Handelns in gesundheitsbezogenen Berufen angesehen, der die Voraussetzung für die Anwendung erworbenen fachlichen Wissens und klinischer Kompetenzen ist (vgl. Fabry, Wie lassen sich professionelle Kompetenzen im Medizinstudium vermitteln? EthMed 2022; Krug & Ritterbusch Mit welcher Haltung Haltung lehren? EthMed 2022). Dabei ist nicht klar, wie eine individuelle und berufliche Haltung in der Ausbildung, im Hochschulstudium oder im Rahmen des professionellen Handelns effektiv und nachhaltig vermittelt, eingeübt und reflektiert werden kann. Diese offene Frage schließt direkt an das Konzept professioneller Identitätsbildung (Professional Identity Formation, kurz: PIF) an, das einen fortlaufenden Prozess bezeichnet, der mit dem Beginn des Studiums oder der Ausbildung einsetzt und sich in der professionellen Praxis weiterentwickelt. Die Frage, wie professionelle Identität etwa im Rahmen des Medizinstudiums und der ärztlichen Weiterbildung gefordert und gefördert werden kann, wurde im Gegensatz zur englischsprachigen Auseinandersetzung innerhalb der Medizinausbildung im deutschsprachigen Raum bisher kaum vertieft, so das Ergebnis des Ausschusses „Professional Identity Formation“ der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA).

Kompetenzorientierte Ethik-Lehre in der Medizin und anderen gesundheitsbezogenen Berufen verspricht, dieses Desiderat zu schließen, indem sie Konzepte zur Ausbildung eines professionellen moralischen Kompasses und zur Förderung der Wahrnehmung der moralischen Dimension ärztlichen und pflegerischen Handelns entwirft (s. Eichinger & Michl, Kompetenzorientierte Ethik-Lehre in der Medizin und den Gesundheitsberufen, Themenheft der AG ethik learning Eth-Med 2022). Eine besondere Rolle für die Entwicklung dieser Kompetenzen spielen Übergangsphasen im Verlauf der Ausbildung und des Studiums, die oft als kritisch erlebt werden, wie etwa Präparierübungen an menschlichen Leichen, der erste Kontakt mit echten Patient:innen usw. Es liegt nahe, dass diese Phasen, die häufig als professionelle bzw. identitätsstiftende Schlüsselerlebnisse wahrgenommen werden, für die Entwicklung ethischer Kompetenzen von Bedeutung sind und dass sich daher jeder Phase bestimmte anzustrebende Kompetenzstufen zuordnen lassen. Es stellt sich dabei allerdings die Frage, ob die derzeitig praktizierten Lehrformate und methodisch-didaktischen Konzepte der Ethik-Lehre im Hochschulstudium und in den jeweiligen

Abstracts Satellitenworkshops

Ausbildungsgängen geeignet sind, eine entsprechende Haltung als Kern der Entwicklung einer professionellen Identität adäquat zu vermitteln und zu fördern.

Zielsetzung:

Im Workshop soll untersucht werden, wie sich Lehrformate und didaktische Konzepte, die sich explizit an der Vermittlung und Förderung ethischer Kompetenzen orientieren, für die professionelle Identitätsbildung in der Medizin und anderen gesundheitsbezogenen Berufen einsetzen lassen. Hierfür identifizieren die Teilnehmenden gemeinsam verschiedene Schlüsselphasen des Hochschulstudiums, der Ausbildung und der professionellen Praxis und diskutieren, welche didaktischen Elemente für die Erreichung dieser Lernziele jeweils geeignet sind.

SW04

„Was treibt uns an?“ – Über Motive und Ziele von Medizinethiker*innen zwischen Erkenntnisgewinn, Beratung und Aktivismus

Dr. Nele Röttger¹, Dr. Florian Funer², Dr. Anna Hirsch³, Dr. Regina Müller⁴, David Renz, M.A⁵, Dr. Frank Ursin⁶

¹ Lehrstuhl für Ethik der Medizin, Universität Bielefeld

² Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Eberhard Karls Universität Tübingen

³ Institut für Ethik, Geschichte & Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München

⁴ Institut für Philosophie, Universität Bremen

⁵ Abteilung für Systematische Theologie, Universität Bonn

⁶ Institut für Ethik, Geschichte und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover

- Anmeldung erforderlich! -

Medizinethiker*innen reflektieren die Ethik von Professionen im Gesundheitsbereich, wenden sich dabei mitunter jedoch seltener der ethischen Reflexion ihrer eigenen Tätigkeiten zu. Dabei scheint das Nachdenken über moralische Gebote oder Pflichten von Medizinethiker*innen durchaus naheliegend: Medizinethik zu betreiben und damit eine bestimmte Rolle im Gesundheitswesen und/oder der Forschung einzunehmen, könnte mit besonderen Erwartungen verbunden sein, etwa positiv zur Entwicklung des Gesundheitssystems beizutragen, wie es beispielsweise für die Ethik im Allgemeinen und ihre Rolle für die Gesellschaft schon reflektiert wurde (vgl. Hansson 2017). Von der Medizinethik und den in ihrem Bereich Tätigen könnte etwa erwartet werden, Missstände und Fehlentwicklungen im Gesundheitsbereich zu identifizieren, diese öffentlich zu benennen und womöglich zu deren Behebung beizutragen. Immer wieder decken sich zumindest Teile dieser Erwartungen mit den Motiven von Medizinethiker*innen in ihrer eigenen Arbeit. Der Wunsch und Anspruch, dass sich die eigene Expertise und Forschung auf die Praxis auswirkt, führt dabei zu unterschiedlichen Ausdrucksformen und Aktivitäten (z.B. Public Outreach, Wissenschaftskommunikation, leichte Sprache, Aktivismus u.v.m.), die sich mitunter deutlich von anderen Disziplinen unterscheiden (vgl. hierzu z. B. Draper et al. 2019, Special Issue „Bioethics and Activism“).

Die eigene Profession als Medizinethiker*in in den Blick zu nehmen und die Frage nach einer Professionsethik von Medizinethiker*innen zu stellen, steht im Zentrum des diesjährigen Satellitenworkshops des Netzwerks Junge Medizinethik (JMED). Ausgehend von der eigenen Haltung zur medizinethischen Tätigkeit der Teilnehmenden werden zunächst Haltungen als solche in den Blick genommen. Unter Haltungen verstehen wir Verhaltensdispositionen, die mehr oder weniger eng mit der Identität einer Person verbunden sind. Einer Haltung kann man sich bewusst sein bzw. werden und man ist unter bestimmten Bedingungen in der Lage, sie langfristig zu beeinflussen. Haltungen sind mit Überzeugungen über sich selbst und die Welt verbunden, sie umfassen darüber hinaus reaktive Emotionen sowie unbewusste Einstellungen (implicit biases, vgl. Hofmann 2023). Insbesondere aufgrund der letzten beiden Elemente wird ersichtlich, dass es durchaus herausfordernd sein kann, eine Haltung zu verändern. Zugleich ist eine Person für ihre Haltung verantwortlich, vorausgesetzt, dass sie Einfluss auf dieselbe nehmen kann.

Hiervon ausgehend werden die Teilnehmenden des Workshops dazu eingeladen, mögliche normative Ansprüche an die professionelle Haltung von Medizinethiker*innen zu identifizieren und hinsichtlich ihrer (ethischen) Begründungen und Angemessenheit zu reflektieren. Schließlich wird im Workshop erarbeitet, in welchen Ausdrucksformen der medizinethischen Tätigkeit sich die

Abstracts Satellitenworkshops

normativen Ansprüche an Medizinethiker*innen niederschlagen sollten. Neben etablierten Feldern der angewandten Medizinethik, wie etwa im Rahmen von klinisch-ethischen Fallbesprechungen oder Politikberatung, sind in diesem Zusammenhang auch weniger bedachte Formen, wie die Wissenschaftskommunikation, das Publizieren in leichter Sprache oder gar ein medizinisch informierter Aktivismus diskussionswürdig (vgl. Draper 2019; Meyer 2021). Der Satellitenworkshop kann damit an bereits begonnene Reflexionen früherer JMED-Formate anknüpfen, vertieft diese aber hinsichtlich dahinterliegender Motivationen und ethischer Begründungen von professionellen Haltungen.

Literatur:

- Draper, H. Activism, Bioethics and Academic Research. *Bioethics*. 2019 Oct;33(8):861-871. doi: 10.1111/bioe.12574. Epub 2019 Apr 25. PMID: 31025374.
- Draper, H., Moorlock, G., Rogers, W., Scully J., Eds. Special Issue: „Bioethics and Activism“. *Bioethics* 2019 Oct;33(8):851-978.
- Hansson, S. O. The Ethics of Doing Ethics. *Sci Eng Ethics* 2017;23:105-120. doi: 10.1007/s11948-016-9772-3.
- Hofmann B. Biases in bioethics: a narrative review. *BMC Medical Ethics*. 2023;24(1). doi:10.1186/s12910-023-00894-0.
- Meyers, C. Activism and the Clinical Ethicist. *Hastings Cent Rep*. 2021 Jul;51(4):22-31. doi: 10.1002/hast.1269. PMID: 34255367

S01

Die ärztliche Ehre als Zugang zur medizinischen Profession: Von den deontologischen Schriften des Corpus Hippocraticum bis zum Genfer Gelöbnis

Dr. Frank Ursin¹

¹ Institut für Ethik, Geschichte und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover

Mit dem Genfer Gelöbnis schwören Ärzt:innen in der Hälfte der Mitgliedsstaaten der World Medical Association (WMA) bei Eintritt in die ärztliche Profession bei ihrer „Ehre.“ Außerdem sollen „die Ehre und edlen Traditionen des ärztlichen Berufes“ vom Schwörenden gefördert werden. Neben dem Genfer Gelöbnis wird heute häufig noch der Hippokratische Eid geschworen, in welchem auch die Pflege von Ruhm und Ansehen gefordert wird. Auch wenn Konzeptionen von „Ehre“ seit den 1960er Jahren zugunsten von „Würde“ an Bedeutung verloren haben, erlebte ihre historisch-philosophische Bearbeitung zuletzt durch Rückgriff auf die Arbeiten von Stephen L. Darwell zu „recognition respect“ und „appraisal respect“ eine Renaissance.

Ausgehend von Darwells Arbeiten werde ich den normativen Gehalt der „ärztlichen Ehre“ für die medizinische Professionsethik der Gegenwart durch eine kontrastive Analyse des Genfer Gelöbnisses mit den deontologischen Schriften des Corpus Hippocraticum diskutieren. Hintergrund ist die historische Kontinuität bezüglich der „ärztlichen Ehre“ von der Antike bis in die Gegenwart. Das Genfer Gelöbnis war von der WMA zwar als moderner Ersatz für den Hippokratischen Eid geschaffen worden, da dieser für die Ärzte Griechenlands entwickelt worden und daher für die Gegenwart nicht mehr geeignet sei. Allerdings wurde bisher übersehen, dass ausgerechnet die Kontinuität der „ärztlichen Ehre“ als eine zentrale Bedingung für die Professionalisierung der Medizin anzuerkennen ist.

Im Ergebnis ist demnach der Grad der Professionalisierung der antiken hippokratischen Ärzte höher anzusetzen als bisher gedacht. Im Einzelnen zeige ich, dass der hippokratische Arzt auf seinem Niveau der Professionalisierung mit drei Herausforderungen konfrontiert war, die in der Gegenwart teilweise durch andere Institutionen abgefangen werden. Erstens sorgte sich der antike Arzt um die Anerkennung seiner moralischen Integrität, seines äußeren Erscheinungsbildes und seines spezifischen Wissens. Dies war Bedingung dafür, dass er zweitens sowohl „falsche Ärzte“ erkennen musste, um sie auszuschließen als auch drittens diejenigen, die das gemeinsame Ziel teilten, die Medizin als ärztliche Kunst auszuüben. Anhand dieser Prüfpunkte wird außerdem deutlich, wie zentral das ärztliche Ethos und „appraisal respect“ schon immer für die medizinische Professionsethik waren und sind.

S02

Wie kam die Ethik in die Medizin? Professionelles Selbstverständnis, ethische Reflexion und gesellschaftlicher Wandel im Deutschen Ärzteblatt der 1970er bis 2000er Jahre

Hannah Kilgenstein, M.A.¹

¹ Institut für Ethik, Geschichte & Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München

Die Selbstbestimmung von Patient*innen ist heute neben dem Patientenwohl selbstverständliche Grundlage des ärztlichen Berufsethos. Das Verhältnis der Ärzteschaft zur Selbstbestimmung „ihrer“ Patient*innen ist aber, zumindest aus einer historischen Perspektive, alles andere als eindeutig. Betrachtet man systematisch die Debatten im Deutschen Ärzteblatt seit den frühen 1970er Jahren, die sich mit medizinethischen Fragestellungen als Folge gesamtgesellschaftlicher Umbruchprozesse auseinander setzten, zeigt sich, dass die Selbstbestimmung von Patient*innen je nach diskutiertem Thema ganz unterschiedlich bewertet wurde: als Bedrohung im Bereich der reproduktiven Autonomie, als anerkannte Grenze ärztlichen Forschens, als zu schützendes Gut in Fragen der Ökonomisierung des Gesundheitssystems oder als Entlastung des ärztlichen Verantwortungsbereichs in Fragen der Prävention und Gesundheitserhaltung.

Inmitten dieser unterschiedlichen bis diametralen Perspektiven auf die Selbstbestimmung von Patient*innen lässt sich nun der Ort von Ethik in der Medizin historisch verorten. Denn zwischen den idealtypischen Charakterisierungen von Ethik als entweder extrinsische Disziplinierung oder als intrinsische Professionalisierung der Medizin zeigt sich in der Auseinandersetzung der Ärzteschaft mit Fragen der Selbstbestimmung exemplarisch wie paradigmatisch, inwiefern medizinische Ethik und ärztliches Ethos miteinander in Übereinstimmung gebracht werden konnten – oder nicht. Die unterschiedlichen Bewertungen von Patient*innen-Autonomie kann man dementsprechend als Ausdruck des sich in Referenz auf gesellschaftliche Entwicklungen wandelnden Selbstverständnisses der Ärzteschaft lesen: Als einen Akzeptanz- und Aneignungsprozess, der die Ethik (allerdings) zu einem Instrument macht und sie der Logik der Medizin und dem Selbstverständnis der Ärzteschaft unterwirft. Eine genaue Betrachtung dieses Prozesses kann nun Impulse geben, den Umgang der Ärzteschaft mit den medizinethischen Herausforderungen einzuordnen, die heutige Entwicklungen stellen.

S03

„Ethik“ in der Medizin: Eine begriffsgeschichtliche Spurensuche in der medizinischen Fachpublizistik seit 1945

Dr. Tobias Weidner¹

¹ Institut für Ethik und Geschichte der Medizin und Akademie für Ethik in der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen

Professionelles Handeln und Denken in der Medizin war und ist grundlegend von ethischen Fragen begleitet. Interessiert man sich für die „Binnenmoral“ und das „Professionsethos“ von Mediziner*innen, liegt ein Blick in deren Fachpublizistik nahe. Der Vortrag erschließt vor diesem Hintergrund den argumentativen Gebrauch von Ethikbegriffen in deutschsprachigen medizinischen Zeitschriften seit 1945. Er bedient sich dabei methodisch einer sprachpragmatisch erweiterten Begriffsgeschichte (nach Steinmetz). Der empirische Schwerpunkt wird gezielt jenseits medizinethischer Spezialorgane gelegt, über deren Geschichte seit den 1920er-Jahren wir u.a. aus den Arbeiten von Frewer und Leu gut informiert sind. Der Fokus wird auf ein (u.a. über Springer-Link) in weiten Teilen digital verfügbares Korpus von deutschsprachigen Fachzeitschriften gelegt. Es umfasst neben übergreifend angelegten Organen wie der Deutschen Medizinischen Wochenschrift eine große Breite von einflussreichen subdisziplinären Organen – von der Chirurgie, über die Gerichtsmedizin bis in die Psychiatrie.

Ziel der breit angelegten Korpusbildung ist es, die Ausbreitung, die Kumulationspunkte und die Charakteristika unterschiedlicher Ethik-Thematisierungen unabhängig von gegenwärtig geprägten Vorannahmen in den Blick zu nehmen. Die Leitfragen: In welchen thematischen Kontexten wurden zu unterschiedlichen Zeiten Ethikbegriffe verwendet? Welche Semantiken transportierten sie und wie wurden sie argumentativ eingebunden? In welchem Verhältnis stehen die Befunde zu Veränderungen im medizinischen Feld?

Die Analysen sind Teil einer Sondierung, die die rückwirkende Erweiterung der medizinethischen Fachdatenbank ETHMED bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts methodisch und empirisch vorbereiten soll. Ein zentrales Ziel ist es dabei, diskursive Orte und thematische Kontexte systematisch zu identifizieren, an bzw. in denen Ethik und Medizin in Beziehung gesetzt wurden, bevor es zu den großen Institutionalisierungsschüben der Medizinethik im deutschsprachigen Raum kam.

S04

Wolfgang Wieland in Zeiten Künstlicher Intelligenz

Maximilian Kassai¹

¹ Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Tübingen

In den letzten Jahren ist die Zahl der Applikationen Künstlich Intelligenter Systeme (KI) in der Medizin stetig gewachsen (Benjamins et al. 2020). Die Datenanalyse der Computersysteme beruht dabei auf Auswertung statistischer Korrelationen großer Datenmengen. Gerade im Gesundheitswesen sehen die Proponenten der Technologie ausgeprägte Entwicklungspotentiale (Duggal et al. 2018). Was bedeutet die Zunahme quantifizierter Wahrscheinlichkeiten für die ärztliche Profession?

Rhetorisch und konzeptuell verschwimmen im Diskurs um den „Aufbruch“ in eine durch KI unterstützte Medizin der Zukunft bedauernswerterweise strukturtheoretische Reflektionen. Allzu oft werden statistischer Berechnungen als perspektivloses Resultat präsentiert, eine Unterscheidung von Korrelation und Kausalität nur ungenügend benannt.

Um KI-Systeme medizintheoretisch zu verorten, erweist sich ein Rückgriff auf Wolfgang Wieland als fruchtbar. Wieland beschreibt die Anfänge der Probabilisierung der Medizin (Wieland 1986). Er zeigt, dass Medizin als Praktische Wissenschaft seit jeher mit Wahrscheinlichkeiten konfrontiert ist. Ferner beschreibt er den Wandel der Medizin durch den Einsatz statistischer Methodik. Die „klassische“ Diagnose, so Wieland, sei an eine definierte Krankheitseinheit gebunden und damit kategorialer Genese. Durch die Erfassung und Quantifizierung von Wahrscheinlichkeiten gelinge es der Medizin zunehmend, „paradiagnostische Faktoren“ zu etablieren, welche auf probabilistischen Erkenntnissen beruhen würden (Wieland 2004). Eine Rückbindung an Krankheitseinheiten sei dabei nicht zwingend notwendig. Mit der Nutzung von KI ist zu erwarten, dass gerade diese „paradiagnostischen Faktoren“ zukünftig weiter an Bedeutung gewinnen werden.

Was folgt daraus für die ärztliche Profession?

Wieland erkennt, dass dem Einsatz von Statistik in der Medizin zwei Konflikte innewohnen. Zum einen der Konflikt zwischen kollektiven Daten und individueller Therapie. Zum zweiten zwischen probabilistischem Wissen und niemals probabilistischer Handlung. Diese hiati vermag auch die KI nicht zu überwinden. Die Subsumtion probabilistischen Wissens zu einem Individuum und ebenso zu Handlungsentscheidung einer Therapie bedarf Urteilskraft. Diese kann nicht mittels statistischer Methodik erreicht werden. Es ist Aufgabe der ärztlichen Profession, die Begrenztheit der Anwendung von KI-Systemen zu erkennen, ohne das neu gewonnene probabilistische Wissen zu negieren.

Literaturverzeichnis:

Benjamins, Stan; Dhunoo, Pranavsinh; Meskó, Bertalan (2020): The state of artificial intelligence-based FDA-approved medical devices and algorithms: an online database. In: NPJ digital medicine 3, S. 118. DOI: 10.1038/s41746-020-00324-0.

Duggal, Rishi; Brindle, Ingrid; Bagenal, Jessamy (2018): Digital healthcare: regulating the revolution. In: BMJ 360, k6. DOI: 10.1136/bmj.k6.

S05

Artificial agents und die Transformation etablierter Rollen in der Medizin

Prof. Dr. Giovanni Rubeis¹

¹ Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften, Krems

Anwendungen des maschinellen Lernens, gemeinhin als KI-Technologien bezeichnet, haben das Potential, Praktiken und Beziehungen in der Medizin fundamental zu transformieren. Dies liegt unter anderem darin begründet, dass viele KI-Technologien, z.B. Diagnoseprogramme oder Entscheidungshilfe-Systeme, nicht bloß passive Werkzeuge darstellen. Vielmehr kommt diesen Anwendungen ein gewisser Grad an Autonomie hinsichtlich des Prozessierens von Daten sowie von Entscheidungsprozessen zu. Dadurch können diese Systeme Daten auf eine bestimmte Weise modellieren, welche die Handlungsoptionen von die Ärzt:innen vordefiniert. Auch können manche Anwendungen selbsttätig Entscheidungen treffen, z.B. Therapieoptionen auswählen, welche sie Ärzt:innen vorschlagen. Somit sind diese KI-Anwendungen als Akteure zu verstehen, als artificial agents, welche die Dyade aus Ärzt:in und Patient:in erweitern. Daraus ergibt sich die Frage, wie die Rollen von Ärzt:in, Patient:in und KI-Anwendung innerhalb dieser Beziehung gestaltet sind, und welche Verpflichtungen, Ansprüche, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten sich daraus ergeben. In meinem Vortrag möchte ich verschiedene mögliche Rollen vorstellen. Ich vertrete die These, dass die möglichen Rollen sich aus dem Grad der Automatisierung von Prozessen und der den KI-Anwendungen eingeräumten Autonomie ergeben. KI-Anwendungen können als enabler, mediator, oder substitutes eingesetzt werden. Dementsprechend unterscheide ich die ärztlichen Rollen eines enhanced practitioner, mediator oder supervisor. Patient:innen kann die Rolle eines empowered patient, data double, oder emancipated consumer zukommen. Die Rollen bedingen sich jeweils gegenseitig. Dabei ist entscheidend, dass die Rollen, welche die einzelnen Akteure einnehmen, nicht notwendig in der Technologie angelegt sind. Vielmehr hängen die Rollen von der expliziten Zielsetzung ab, zu welcher die Anwendungen entwickelt, implementiert und genutzt werden. Daher gilt es, wünschenswerte von nicht-wünschenswerten Rollen zu unterscheiden und demgemäß die Ziele auf Entwicklungs-, Implementierungs- und Nutzungsebene zu definieren. Meine Schlussfolgerung ist, dass ethische Überlegungen hinsichtlich der Transformation von Rollen und Beziehungen in der Medizin bislang zu stark auf die Technologien fokussiert haben, statt Entscheidungsprozesse hinsichtlich der Zielsetzung und dem Grad der Automatisierung in den Blick zu nehmen und wünschenswerte Rolle zu definieren.

S06

Machine-Learning-Modelle und das Vertrauensverhältnis zwischen Ärzt*innen, Patient*innen und Maschine: Eine ethisch-philosophische Analyse

Raphael Brähler, M.A.¹

¹ Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universität Heidelberg

Die zunehmende Relevanz von Machine-Learning (ML)-Modellen in der medizinischen Diagnostik stellt das traditionelle Vertrauensverhältnis zwischen Ärzt*innen und Patient*innen und damit auch das ärztliche Ethos vor neue Herausforderungen. Diese ergeben sich unter anderem aus dem potenziell hohen Nutzen von ML-Modellen in Kombination mit der zum Teil begrenzten Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse. Zur Analyse dieses Verhältnisses wird ein systematischer Überblick über den Begriff des Vertrauens gegeben und darauf aufbauend ein tragfähiges Modell von Vertrauen am Beispiel von ML-basierten diagnostischen Unterstützungssystemen in der klinischen Praxis präsentiert. Dabei steht die Frage im Vordergrund, in welcher Weise sich das ärztliche Berufsethos durch den Einsatz von ML-Modellen wandelt und wie dies ein verändertes Vertrauensverhältnis zwischen Patient*innen, Ärzt*innen und Entwickler*innen erforderlich macht, um eine gelingende ärztliche Praxis zu ermöglichen.

Im Fokus des zu entwickelnden Modells steht der von Niklas Luhmann (1968) geprägte Begriff der Vertrautheit und dessen strukturelle Bindung an Konzepte der Verlässlichkeit, Vertrauen und Vertrauenswürdigkeit in der ärztlichen Praxis. Vertrautheit bezeichnet im Zusammenhang mit ML-gestützten Diagnosen, dass Patient*innen ein tieferes Verständnis der zugrundeliegenden Strukturen und Prozesse erlangen und entsprechend eine Stärkung ihrer Autonomie stattfindet, indem sie eine hinreichend fundierte Einschätzung der Verlässlichkeit der eingesetzten diagnostischen Systeme erwerben. Wie gezeigt wird, ist es aber nicht ausreichend, die Verlässlichkeit eines Systems hervorzuheben; vielmehr sehen sich Ärzt*innen zukünftig vor die Aufgabe gestellt, den Patient*innen eine gewisse Vertrautheit mit der Technik zu vermitteln.

Hierbei wird davon ausgegangen, dass Vertrauen in ML-Modelle sich nicht auf die Technologie allein bezieht, sondern sich auf dessen gesamte Entwicklungsstruktur erstreckt. Diese Auffassung folgt aus der Normativität von Vertrauen, welche eine Erwartungshaltung beinhaltet, die letztlich nur Personen motivieren und auffordern kann, nicht aber technologische Systeme selbst. Dementsprechend rückt die Rolle der Entwickler*innen von ML-Modellen in den Vordergrund, deren Verantwortung es ist, Systeme zu schaffen und zu warten, die den Erwartungen der Nutzer*innen (Ärzt*innen und Patient*innen) gerecht werden, um so das Vertrauen in die Technologie und damit auch die ärztliche Versorgung zu stärken.

S07

Reproduktive Gerechtigkeit – eine Herausforderung reproduktionsmedizinischen Handelns?

Stefanie Weigold, M.A.¹

¹ Arbeitsbereich Medizinethik, Institut für Experimentelle Medizin, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Die ethischen Debatten zur Nutzung von Reproduktionstechnologien fokussieren häufig individuelle Abwägungen, wie die reproduktive Autonomie, die für den Zugewinn an reproduktiver Freiheit und Möglichkeiten individueller Lebensgestaltung steht. Im Kontext kultureller, ökonomischer und individueller Unterschiede von reproduktiven Entscheidungen und Formen reproduktiver Unterdrückung bedarf es einer Verhandlung und Erweiterung dieses Verständnisses. Mit zunehmender Privatisierung und Ökonomisierung reproduktionstechnologischer Maßnahmen stellt sich auch mit Blick auf das professionsethische Handeln von Reproduktionsmediziner*innen und Gynäkolog*innen die Herausforderung und Frage, inwiefern das Professionsethos von einer Gerechtigkeitsperspektive geleitet werden kann (oder sollte), die reproduktive Autonomie und soziale Gerechtigkeit zusammen denkt. Diese Herausforderung wird aktuell mit dem Konzept Reproduktive Gerechtigkeit diskutiert.

Der Vortrag veranschaulicht in einem ersten Schritt die konzeptionellen Grundsätze Reproduktiver Gerechtigkeit und dessen Relevanz für die Reproduktionsmedizin. In einem zweiten Schritt wird Reproduktive Gerechtigkeit als Analyserahmen auf eine reproduktionsmedizinische Zukunftstechnologie, die Amnion- und Plazenta-Technologie, angewandt. Dabei wird exemplarisch anhand jener Technologie problematisiert, wie die private Finanzierung Teil einer fortschreitenden Kommerzialisierung von Schwangerschaftsprozessen darstellt, welche sich über öffentliche, deliberative Entscheidungsprozesse hinwegsetzen kann. In einem dritten Schritt wird diskutiert, inwiefern die Gerechtigkeitsvorstellungen Reproduktiver Gerechtigkeit zwar als professionsethische Herausforderung und ein Konfliktfeld (zwischen Individualwohl und gesellschaftspolitischen Ansprüchen) betrachtet werden können, aber im Sinne einer nachhaltigen, ethischen Praxis durchaus gefordert und gefördert werden müssten.

S08

Ärztliches Handeln in der Klimakrise. Brauchen wir ein neues Ethos?

Prof. Dr. Verina Wild¹, Dr. Cristian Timmermann¹, Dr. Katharina Wabnitz²

¹ Institut für Ethik und Geschichte der Gesundheit in der Gesellschaft, Universität Augsburg

² Centre for Planetary Health Policy Berlin

Der Klimawandel stellt die größte globale Bedrohung für die Gesundheit heutiger und zukünftiger Generationen in diesem Jahrhundert dar. Dabei sind nicht nur Akteur:innen in Politik und öffentlicher Gesundheit gefragt, sein Fortschreiten aufzuhalten und seine gesundheitlichen Auswirkungen zu minimieren. Auch die in der klinischen (Akut)-Medizin Tätigen sind direkt betroffen, zum Beispiel in der Reaktion auf Extremwetterereignisse wie Hitzewellen und Starkregen.

In unserem Beitrag, der einen Ausschnitt aus einem größeren, interdisziplinären Forschungsprojekt darstellt, diskutieren wir anhand folgender Fragen, ob und wie sich dieser Umstand auf das ärztliche Professionsethos auswirken sollte.

1. Welche Veränderungen des ärztlichen Ethos sind angesichts des Klimawandels und seiner gesundheitlichen Auswirkungen ethisch unkontrovers und somit geboten?
2. Welche ethischen Konflikte können aus einer Berücksichtigung individueller, populationsbezogener und der Bedürfnisse zukünftiger Generationen in ärztlichem Entscheiden und Handeln entstehen?
3. Wie kann und sollte den ökologischen und damit zusammenhängenden gesellschaftlichen Entwicklungen, sowie einem modernen, biopsychosozialen Gesundheitsverständnis im ärztlichen Handeln Rechnung getragen werden?

Wir arbeiten heraus, dass die empirisch belegte, akute Bedrohung durch die Klimakrise sowie sich möglicherweise ergebende Konfliktfelder ein proaktives Nachdenken über das Ethos in der Medizin erfordern. Wir argumentieren, dass die individualistisch ausgerichtete Medizinethik als Grundlage des ärztlichen Ethos an ihre Grenzen kommt. Eine vollständig populations-bezogene Ethik („Public-Health-Ethik“) scheint auch nicht angemessen, denn individuelle Behandlung ist nach wie vor der primäre ärztliche Arbeitsauftrag. In der Analyse nähern wir uns einem ärztlichen Ethos an, das populationsbezogene Elemente konstruktiv unter bestimmten Bedingungen integriert.

Dabei beziehen wir uns auf empirische Erkenntnisse aus dem Bereich Klima und Gesundheit, sowie auf normative Argumente aus Medizinethik, populationsbezogene Bioethik und Theorien der Gesundheitsgerechtigkeit. In die Diskussion beziehen wir auch die revidierte Version des International Code of Medical Ethics (ICoME) ein, die die Berücksichtigung der globalen und öffentlichen Gesundheit, das Wohlergehen zukünftiger Generationen und Ressourcenschonung als Teil des ärztlichen Ethos benennt.

S09

Genome Editing and non-ideal Justice: the case of Sickle Cell Disease (SCD)

Dr. Oliver Feeney¹

¹ Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Tübingen

Current innovations in genome editing have been steadily realising the once remote possibilities of making effective and realistic genetic changes to humans. This is most recently highlighted with the breakthrough of Casgevy - a CRISPR–Cas9 gene editing therapy to treat sickle-cell disease. As it moves from successful clinical trial stage to regulatory approvals in the US, UK and imminently in the EU, questions turn to issues of justice and access. The ongoing concerns of distributive justice regarding inequalities in the distribution of access to potential genome editing technologies will also be highlighted with Casgevy – particularly notable by the expected 2 million Euro (plus) cost per patient for treating a blood disorder that is overwhelming bourn by the worlds less advantaged, to most disadvantaged populations. Nevertheless, requiring an ideally just egalitarian distribution of costly technologies may be an unrealistic ideal and the alternative of forbidding access to those able to meet the costs, when others cannot, is a very morally problematic substitute. Even if access could be sufficiently widened for this, and other high cost medical technologies, the next question has to be on how far should this access be prioritised over other allocations of finite healthcare resources. In this paper, I will highlight how this case further challenges ideal theories in distributive justice and demands of equality, and emphasises the role of non-ideal theory, including examining a range of potential responses from the fields of patents and other public-private initiatives. Nevertheless, while such responses will highlight some achievement in non-ideal justice, a number of fundamental issues remain to be addressed, further highlighting that innovations in new technologies have yet to be matched with a better focus on innovations in justice.

S10

Risikokommunikation in der zukünftigen hausärztlichen Versorgung der Alzheimer-Krankheit: Eine empirisch-ethische Analyse der Rahmenbedingungen

Dr. Julia Perry¹

¹ Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen

Die Prävalenz altersbedingter Demenzerkrankungen nimmt aufgrund der steigenden Lebenserwartung und des demografischen Wandels kontinuierlich zu. Aktuelle Alzheimer-Forschung fokussiert auf präklinische/asymptomatische Risikoprofilierung, für welche verschiedene Biomarker, einschließlich Blutmarker, für die Vorhersage und Früherkennung der Alzheimer-Krankheit erforscht und bewertet werden. Bei der Früherkennung kommt der Primärversorgung eine große Bedeutung zu, da Hausärzt*innen für Menschen, die Informationen, Beratung und Unterstützung suchen, eine erste und vertrauenswürdige Anlaufstelle darstellen. Vor der Anwendung von Blutbiomarkern in der Primärversorgung, sind das klinische und persönliche Nutzen-Schaden-Verhältnis im Kontext der präventiven und therapeutischen Optionen sowie mögliche psychosoziale Auswirkungen, wie Stigmatisierung, festzustellen. Darüber hinaus ist abzuwägen, ob und inwiefern Hausärzt*innen eine Biomarker-Untersuchung anbieten und für eine personalisierte Risikostratifizierung beraten wollen und können. Hierzu ist es notwendig, Einstellungen, Bedürfnisse und Erwartungen sowohl von Hausärzt*innen als auch von Patient*innen und deren Angehörigen zu berücksichtigen, um partizipative Entscheidungsfindungen zu gewährleisten.

Unser interdisziplinäres Projekt wird empirisch Einstellungen, Bedürfnisse und relevante Risiko- und Gesundheitskompetenzen von Hausärzt*innen und potenziell Betroffenen mittels eines Mixed-Methods-Ansatzes ermitteln. Mit einer Online-Befragung für Hausärzt*innen und einer papierbasierten Befragung für Patient*innen und Angehörige sowie halbstrukturierten Interviews werden mögliche ethische, normative und gesellschaftliche Auswirkungen einer prodromalen oder präklinischen Identifizierung neurologischer Erkrankungen wie der Alzheimer-Krankheit analysiert und eine Bedürfnisanalyse relevanter Stakeholder in der Primärversorgung durchgeführt. Dabei wird weiter untersucht, wie sich diese technologischen Entwicklungen auf das hausärztliche Berufsethos und die hausärztliche Verantwortung auswirken. Verschiedene Zukunftsszenarien, wie die Alzheimer-Risikobewertung in der deutschen Primärversorgung unter Berücksichtigung pluralistischer Orientierungen sowie sozialer, wirtschaftlicher und rechtlicher Faktoren stattfinden könnte, werden zudem ethisch reflektiert.

S11

Medicalization Risks in Genomic Newborn Screening

Dr. Sascha Settegast¹

¹ Seminar für Philosophie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Medikalisierung meint soziale Prozesse, durch die die Funktionslogik der Medizin – der Diagnose, Prognose, Behandlung und Prävention – auf Lebensbereiche angewandt wird, die bisher nicht Objekt medizinischer Praxis waren. Ein soziologischer Medikalisierungsbegriff ist deskriptiv und umfasst wertneutral alle derartigen Prozesse, unabhängig davon, ob sie sachangemessen sind. Ein ethischer Medikalisierungsbegriff dagegen ist normativ und betont die negative Valenz, die Medikalisierung im allgemeinen Sprachgebrauch hat: Sie meint hier nur solche Ausweitungsprozesse medizinischer Praxis, die nicht sachangemessen, sondern schlecht, schädlich oder illegitim sind. („Gute“ Medikalisierung ist dagegen einfach medizinischer Fortschritt.)

Die Einführung eines genomischen Neugeborenen-Screenings (gNBS) wäre eine deutliche Ausweitung medizinischer Logiken in neue Bereiche, da durch positive Testergebnisse nun asymptomatische, ‚eigentlich gesunde‘ Personen unter Erkrankungsbegriffe gebracht und so als ‚Patient:innen im Wartestand‘ konstituiert werden, für die potenziell weitreichende Behandlungs- oder Präventionsmaßnahmen indiziert sind. Ob es sich dabei um Fortschritt oder problematische Medikalisierung mit negativen Folgen für die Betroffenen handelt, hängt davon ab, ob diese erweiterte Anwendung der Erkrankungsbegriffe sachangemessen und valide ist.

Der Vortrag wird zwei Risikofelder abstecken:

- (1) Auf ärztlicher Seite liegt das Medikalisierungsrisiko in einer möglicherweise ungewissen Validität der Krankheitszuschreibung, die Resultat einer unzureichenden analytischen Validität des Tests oder einer unzureichenden klinischen Validität der Testergebnisse sein könnte. Beides birgt die Gefahr einer Überdiagnose und Überbehandlung betroffener Patient:innen, die gesundheitlich, finanziell, emotional oder zeitlich kostspielig sein kann.
- (2) Zum anderen liegt ein Medikalisierungsrisiko in der Fehlanwendung der Erkrankungsbegriffe durch die Betroffenen selbst (v.a. die Eltern), wenn ihr subjektives Krankheitskonzept unsachgemäß durch verbreitete gen-essentialistische und gen-deterministische Ideen geprägt ist. Hier besteht die Gefahr einer medikalisierten Selbst- und Fremdwahrnehmung des als krank klassifizierten Kindes, mit negativen Folgen für seine Identitätsbildung und den alltäglichen Umgang mit ihm.

Abschließend soll angedeutet werden, wie ein gNBS gestaltet sein müsste, damit es diese Risiken abfedert und einen genuinen medizinischen Fortschritt darstellt.

S12

End-of-life practices and physician self-conception in professional codes between 1970 and 2023: A comparison between Germany and Italy

Dr. Elena Montaguti¹, Dr. Christian König¹, Dr. Christiane Vogel¹, Anne Wanke¹, Prof. Dr. Jan Schildmann¹, Sara Patuzzo, PhD²

¹ Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

² Department of Surgery, Dentistry, Paediatrics and Gynaecology, University of Verona

Introduction: End-of-life practices such as assisted suicide, pain relief and related palliative care, treatment limitation are dealt within professional codes and have changed during last decades.

Objective: This study aims to understand the evolution of professional codes and related physician self-conception regarding end-of-life practices sensitivity in the German and Italian professional codes.

Method: Comparative terminological etymological and legal analysis of end-of-life topics within the professional code for each of the 16 federal German states and the single national code for Italy. We analysed existing versions published between 1950-2023.

Results: In a first part we will present the fine differences in the development of both German and Italian professional codes to determine professional medical ethos as a guide for physicians, which should not actively foster death while at the same time should assist their patients in end-of-life situations. In a second part we focus on the most recent Italian and German professional codes. Both share the obligation for physicians to provide care in end-of-life situations. Furthermore, they highlight the importance to protect the will and individual freedom of the patient. While killing on demand is considered illegal and therefore prohibited in both countries there are considerable differences regarding assisted suicide. It is legal in both countries, but the conditions outlined in the codes for requesting assisted suicide are more restrictive in Italy.

Discussion: Comparative terminological and etymological analyses of professional codes can serve as valuable starting point for reflections on nuanced normative and practical changes and physicians' self-conception relevant to end of life practices in different countries.

S13

Der niedergelassene Arzt im Rollenkonflikt zwischen Unternehmertum und ärztlichem Ethos. Reflexionen am Beispiel aktueller Ratgeber zum ‚Arztpraxismanagement‘

Benjamin Roth, M.Mel.¹

¹Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Der Arzt ist aus ethischer Perspektive ganz dem Wohl und der Gesundheit des individuellen Patienten verpflichtet. Finanzielle Interessen dürfen damit keinen Einfluss auf die Patient*innenbehandlung ausüben. Allerdings sind niedergelassene, ambulant tätigen Ärzt*innen in Deutschland in der Regel als freiberufliche Unternehmer*innen tätig. Sie müssen folglich mit ihren Einnahmen eine eigene Praxis mieten oder kaufen, Angestellte bezahlen sowie Investitions- und Unterhaltskosten erwirtschaften. Damit unterliegen die Ärzt*innen faktisch einem ökonomisch-unternehmerischem Paradigma – befolgen sie dieses nicht, ist es nicht möglich eine eigene Praxis zu führen. Medizinethisch ist nun fraglich, ob und ggf. in welcher Weise dieses organisationale Setting zu Rollenkonflikten führen kann. Um diese Frage zu beantworten, wird auf Basis einer umfassenden Literaturrecherche die Ratgeberliteratur zum Arztpraxismanagement auf den ethischen Gehalt ihrer Empfehlungen hin untersucht. Das Ziel ist es herauszuarbeiten

1. Welche normativen Rollenerwartungen dort an die Ärztinnen formuliert werden
2. Welchen Impact die Vergütungsweise auf die formulierten Empfehlungen hat
3. Welchen Stellenwert dem Autonomieprinzip in diesem Forschungsfeld zukommt.

Im Ergebnis wird an mehreren Empfehlungen deutlich, dass ambulant tätige Ärzt*innen als Unternehmer*innen im Rollenkonflikt zwischen betriebswirtschaftlicher und ärztlicher Rationalität stehen. In der Praxismanagementliteratur wird dies besonders deutlich, dort wird etwa empfohlen Beratungsgespräche verdeckt als Verkaufsgespräche zu führen. Als normative Legitimation dient dabei häufig das Autonomieprinzip: Man verschreibe ‚dem mündigen Patienten‘, was er ‚wünscht‘.

Diskussion: In der Arztpraxismanagementliteratur wird der Kommerzialisierungsdruck, dem die Ärzt*innen ausgesetzt sind besonders deutlich. Eine Änderung der Vergütungsbedingungen ambulant tätiger Ärzt*innen ist allerdings nicht zu erwarten. Fraglich ist daher, ob die Ethik auf diesen Rollenkonflikt nicht mittels der Inkorporation unternehmensethischer Ansätze begegnen könnte: tatsächlich widersprechen die empfohlenen Handlungsanweisungen in der untersuchten Literatur nicht bloß dem ärztlichen Ethos, sondern ebenso den unternehmensethischen Anforderungen an einen ehrbaren Kaufmann.

S14

Implikation ökonomischer Anreize in der stationären Krebsmedizin für das professionsethische Leitprinzip Patientenwohl

Dr. Julia F. L. König¹, Dr. Sabine Sommerlatte², Birthe Aufenberg M.Sc.³, Prof. Dr. Wolfgang Greiner³, Prof. Dr. Jan Schildmann², Prof. Dr. Dr. Eva C. Winkler¹, Dr. Katja Mehlis¹

¹ Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT), Heidelberg

² Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

³ AG Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement, Universität Bielefeld

Der Deutsche Ethikrat hat 2016 in seiner Stellungnahme „Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus“ das Patientenwohl als ethisches Leitprinzip für die stationäre Versorgung definiert und damit eine professionsethische Grundlage für alle Akteure im Krankenhaus etabliert. Als Impuls für die Stellungnahme gab der Deutsche Ethikrat an „fehlgeleitetem ökonomischem Druck entgegenwirken“ zu wollen, welcher sich in Über-, Unter- und Fehlversorgung als Folge finanzieller Anreize zeigt. Unklar ist bisher, welche Anreize aus dem derzeitigen Abrechnungssystem medizinische Entscheidungen beeinflussen und wie sich dieser Einfluss auf das Patientenwohl als professionsethisches Leitprinzip auswirkt. Die Krebsmedizin mit ihren kostenintensiven Therapieoptionen und der steigenden Zahl an Krebspatient:innen hat Beispielcharakter für zunehmende Ausgaben im Gesundheitssektor, die am Patientenwohl ausgerichtet werden sollen. 2023 wurden von uns im Rahmen des ELABORATE-Projektes 16 qualitative, leitfaden-gestützte Interviews mit Ärzt:innen aus der Krebsmedizin zu ökonomisch beeinflussten Entscheidungssituationen geführt, um zu evaluieren welche Entscheidungssituationen finanziellen Einflüssen unterliegen. Diese wurden einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen und wir konnten für den stationären Sektor 20 konkrete Entscheidungssituationen identifizieren, die aus Sicht der Befragten durch finanzielle Anreize beeinflusst waren. Es soll analysiert werden, welche Implikationen, die in diesen Entscheidungssituationen gesetzten ökonomischen Anreize für das Leitprinzip des Patientenwohls haben und inwiefern sie mit dem Patientenwohl vereinbar sind. Dafür werden die identifizierten Entscheidungssituationen anhand der durch den deutschen Ethikrat etablierten Kriterien für das Patientenwohl (die selbstbestimmungsermöglichende Sorge, die gute Behandlungsqualität und die Beachtung von Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit) evaluiert. Durch die theoretische Analyse der empirisch identifizierten Entscheidungssituationen soll gezeigt werden, welche ökonomischen Anreize für das Leitprinzip Patientenwohl als potenziell problematisch einzuordnen sind, bei welchen Entscheidungssituationen keine ethischen Bedenken bestehen und wo sich ggf. Graubereiche zeigen, die weiter exploriert werden müssen. Darüber hinaus wird geprüft, inwiefern die vom Deutschen Ethikrat postulierten Empfehlungen bereits in der Praxis angekommen sind und ob diese ggf. ergänzt werden können.

S15

Kinderwunschzentren: Ärzt*innen zwischen Heilung und Ökonomie

Dipl. Ing. Caroline Hammer M.A.¹

¹ Universitätszentrum Theologie, Universität Graz

Das Berufsbild von Ärzt*innen ist mit helfen, heilen, lindern verbunden. Im Rahmen der Reproduktionsmedizin und der steigenden Anzahl an Kinderwunschzentren kommt es jedoch zu deutlichen Verschiebungen in eine ökonomische Richtung: bei einem Großteil der Zentren handelt es sich um private Unternehmen, die zueinander in Konkurrenz stehen. Inwiefern prägt die Ökonomisierung das dargestellte Selbstbild der Ärzt*innen und die Aufgabe der Kinderwunschzentren? Im Vortrag sollen ausgewählte Kommunikationsbeispiele von Kinderwunschzentren wiedergegeben und analysiert werden. Dabei wird deutlich, dass Kinderwunschzentren aktiv um ihre Patient*innen werben. Bestrebungen werden sichtbar das eigene Zentrum von anderen abzuheben, durch die Vermittlung hoher Erfolge, besonderer Kompetenzen und langjähriger Erfahrung. Zentrale Rolle spielen moderne Reproduktionstechnologien. Schon erzielte Erfolge werden auf den Webseiten prominent mit Fotos geborener Kinder, Erfahrungsberichten bzw. Bewertungen dargestellt. Mit Slogans wie: „vom Kinderwunsch zum Wunschkind“ „in 10 Baby-Schritten zum Erfolg“ und „Kinderwunschkreise“ wirkt der Weg zur Schwangerschaft leicht und bedenkenlos. Das ersehnte Kind wird in sichere, erreichbare Weite gestellt. Zusätzliche Dienste werden „privat“ angeboten, die die Erfolgchancen erhöhen sollen. In einem zweiten Teil sollen die tatsächlichen Erfolgchancen den Kommunizierten gegenübergestellt werden. Es wird deutlich, dass die versprochene Schwangerschaft für viele nicht so leicht eintritt oder gar ausbleibt. Steigende Abbruchraten und abfallende Lebendgeburten pro Behandlung zeichnen die Realität, werden aber auf den Webseiten kaum kommuniziert. Die Frage stellt sich, ob Handlungen der Zentren vor allem von ökonomischen Motiven geleitet sind und Intentionen des Helfens, Heilens und Linderns in den Hintergrund geraten, obwohl Unfruchtbarkeit von der WHO als Krankheit definiert wird? Eine nicht eintretende Schwangerschaft bzw. ein Schwangerschaftsverlust, trotz vermittelter Machbarkeit, stellt für schon vorbelastete Patient*innen einen weiteren Rückschlag dar, der erst überwunden werden muss – emotional und möglicherweise auch finanziell. Das fällt aber nicht mehr in den Zuständigkeitsbereich der Zentren, der mit einer nachgewiesenen Schwangerschaft fünf Wochen nach dem Transfer endet (in AUT). Entziehen sich Ärzt*innen hier ihrer Verantwortung? Der letzte Teil des Vortrages soll Denkanstöße für einen verantwortungsvollen Kommunikationsumgang geben.

S16

Dynamic Consent: Königsweg zur informierten Einwilligung in der Forschung mit Gesundheitsdaten?

Dr. Andreas Bruns¹, Prof. Dr. Dr. Eva C. Winkler¹

¹ Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT), Heidelberg

Die „dynamische Einwilligung“ („dynamic consent“) wird häufig als vielversprechende Alternative zur „breiten Einwilligung“ („broad consent“) für die Forschung mit Gesundheitsdaten diskutiert. Während bei der breiten Einwilligung Personen ihre Zustimmung für allgemein definierte Forschungszwecke geben, die eine Vielzahl möglicher zukünftiger Projekte umfassen können, werden sie bei der dynamischen Einwilligung fortlaufend über die einzelnen Projekte, für die ihre Daten genutzt werden sollen, informiert und können der Nutzung im Einzelnen zustimmen oder widersprechen. Während die dynamische Einwilligung keineswegs nur positiv beurteilt worden ist – kritisiert wurde etwa der organisatorische Aufwand, die mögliche Vertiefung des „digital divide“ in der Gesellschaft und das Risiko einer Ermüdung der Einwilligenden durch häufige Anfragen – ist das zentrale ethische Argument zugunsten des Modells kaum bestritten worden: dass die dynamische Einwilligung die Autonomie der betroffenen Personen besser fördern würde als die breite Einwilligung (das „Autonomieargument“). Dieser Vortrag liefert eine kritische Analyse des Autonomiearguments – dem „Informationsargument“ und dem „Kontrollargument“ – und zeigen im Anschluss, dass beide Argumente unzureichend sind, um die ethische Überlegenheit dynamischer Einwilligung zu begründen. Das Informationsargument führt in der Konsequenz zu dem Schluss, dass die Schwelle dessen, was Personen verstanden haben müssen, um gültige Einwilligung geben zu können, unangemessen hoch anzusetzen ist. Das Kontrollargument beruht auf der falschen Annahme, dass Einwilligungsentscheidungen moralisch neutral sind. Wir zeigen zunächst, dass dies nicht der Fall ist; eine Entscheidung, die eigenen Daten für einige aber nicht für andere Projekte zur Verfügung zu stellen, kann moralisch falsch sein, wenn sie bspw. auf Grundlage diskriminierender Einstellungen getroffen wird. Auf dieser Grundlage argumentieren wir, dass eine Einschränkung der Entscheidungsmöglichkeiten wie im Modell breiter Einwilligung begründbar und nicht notwendigerweise autonomiegefährdend ist.

S17

Delegation informierter Einwilligung an KI-Chatbots

Pranab Rudra M.Sc.¹, Dr. Frank Ursin¹

¹ Institut für Ethik, Geschichte und Philosophie der Medizin, Medizinische Hochschule Hannover

Das Konzept der informierten Einwilligung beinhaltet, dass Patient:innen von Ärzt:innen über indizierte Diagnostik und Therapie aufgeklärt werden. Dabei werden ihnen in einem idealtypischen Setting der potenzielle Nutzen, die Risiken sowie alternative Optionen erläutert. Auf Basis dieser Aufklärung können einwilligungsfähige Patient:innen einer Prozedur zustimmen. In der Praxis ist die informierte Einwilligung jedoch ein komplexer Prozess, der womöglich delegierbare Pflichten beinhaltet und je nach Art der Prozedur variiert. Es ist fraglich, ob die Integration digitaler Technologien wie beispielsweise KI-Chatbots den Prozess der Einholung einer informierten Einwilligung zusätzlich erschweren oder erleichtern würde. Zusätzliche ethische Herausforderungen ergeben sich hinsichtlich der Verständlichkeit und Relevanz der Informationen sowie der Autonomie. Daher erfordert die Einbindung digitaler Technologien in den Prozess der informierten Einwilligung eine sorgfältige Reflexion über die ethischen Dimensionen, die das Arzt-Patienten-Verhältnis prägen und die Selbstbestimmung des Patienten sicherstellen.

Es werden die Ergebnisse einer umfassenden ethischen Analyse der aktuellen Literatur präsentiert, um die Kernfrage zu adressieren: "Sollten Ärzt:innen die Einholung einer informierten Einwilligung an KI-ChatBots delegieren? Wenn ja, welche ethisch vertretbaren und legitimen Wege gibt es für die einzelnen Schritte des Prozesses der informierten Einwilligung?" Die Analyse konzentriert sich auf ethische Prinzipien, rechtliche Rahmenbedingungen und professionsethische Standards. Es wird ein Vergleich angestellt zwischen der Delegation der Aufklärung und Einholung der Einwilligung an KI-Chatbots und Assistenzärzt:innen.

Die Analyse ergibt, dass KI-ChatBots in mehreren ethisch relevanten Aspekten überlegen sind. Im Vergleich zu Assistenzärzt:innen verfügen KI-Chatbots über ein fortgeschrittenes Wissen in medizinischer Ethik und Kommunikation. Sie bieten eine konsistente Bereitstellung von Informationen, haben unbegrenzt Zeit für Patientengespräche und präzise Dokumentationen. Die Ergebnisse legen nahe, dass Ärzt:innen die Aufklärung ethisch vertretbar an KI-Chatbots delegieren können, um die Qualität und Konsistenz der Einholung einer informierten Einwilligung zu verbessern. Allerdings erfordert die Integration von KI-Chatbots in den Einwilligungsprozess eine sorgfältige rechtliche und ethische Prüfung der Anwendungskontexte.

S18

Gesundheit und Benachteiligung: Sprechen und zeigen ohne zu stigmatisieren

Katja Gessner¹, Prof. Dr. Verina Wild¹

¹ Institut für Ethik und Geschichte der Gesundheit in der Gesellschaft, Universität Augsburg

Nutzen aus gesundheitsbezogenen wissenschaftlichen Erkenntnissen und gesundheitliche Outcomes sind nicht gleich in der Gesellschaft verteilt. Ein wichtiger Kern des beruflichen Selbstverständnisses im Bereich Public Health Policy, Forschung und Praxis ist es, Gesundheitsungleichheiten entgegenzuwirken. In diesem Zusammenhang werden bestimmte Kategorien und Begriffe für Zielgruppen verwendet – so zum Beispiel „benachteiligt“, „marginalisiert“, „vulnerabel“, „niedriger sozialer Status“, oder „Menschen mit Migrationshintergrund“. In Deutschland gibt es seit einigen Jahren eine kritische und konstruktive Diskussion dazu, meist in Bezug auf Migration und Gesundheit.

Wir arbeiten heraus, dass Begriffe und Kategorien einerseits notwendig sind, um auf bestehende Ungerechtigkeiten hinzuweisen und ihnen entgegenzuwirken. Andererseits können sie problematisch sein, da sie entweder sehr unpräzise sind und/oder negative Assoziationen mit sich bringen und somit negative Stereotypen reproduzieren können. Dies kann zur Folge haben, dass Menschen(gruppen) nicht gesehen werden, Mechanismen wie strukturelle Diskriminierung und Othering bedient werden und sogar die Gesundheitsungerechtigkeiten gefördert werden, die eigentlich behoben werden sollen. In unserem Beitrag führen wir diese kritische und konstruktive Diskussion weiter und vertiefen hierbei insbesondere die normative Dimension.

Dafür stellen wir unser Forschungsprojekt vor, welches sich mit diesen Fragen beschäftigt. Wir stellen Methoden, Konzeption und erste Ergebnisse a) einer Literaturübersicht und Analyse ausgewählter öffentlich zugänglicher Dokumente von Institutionen des öffentlichen Gesundheitswesens, b) einer qualitativen leitfadengestützten Interviewstudie mit Akteur*innen im Bereich Public Health (Ethik)/öffentliches Gesundheitswesen und c) einer normativen Analyse vor.

Ziel ist es, die Nutzung, Schwierigkeiten, Bedeutungen und Auswirkungen des Konzeptes der Benachteiligung und anderen verwandten Konzepten im Kontext von Public Health in Deutschland zu explorieren und einen normativen Beitrag zu Strategien und Lösungsansätzen für einen sensiblen und präzisen Sprachgebrauch zu leisten. Grundlage unserer Argumentation sind frameworks der Public-Health-Ethik und Gerechtigkeitstheorien im Bereich der Gesundheit, mit besonderem Fokus auf strukturelle, epistemische und prozedurale Gerechtigkeit.

S19

Race-Consciousness als Werkzeug einer antidiskriminierenden Gesundheitsversorgung: eine konzeptionelle und ethische Analyse von Race-Consciousness in medizinischen Behandlungsleitlinien

Dr. Mirjam Faissner ¹, Awa Naghipour²

¹ Institut für Geschichte der Medizin und Ethik, Charité , Universitätsmedizin Berlin

² Medizinische Fakultät OWL, Universität Bielefeld

Die Musterberufsordnung sieht vor, dass Ärzt*innen Patient*innen nicht aufgrund von Race diskriminieren. Aktuelle Studien, wie der Nationale Diskriminierungs- und Rassismusmonitor, zeigen jedoch, dass durch Race markierte (oder rassifizierte) Minderheiten im Gesundheitswesen auf individueller und institutioneller Ebene diskriminiert werden und damit verbunden Einschränkungen der Behandlungsqualität erfahren. Gleichzeitig wird anerkannt, dass Rassismus direkt (als Stressor) sowie indirekt (durch materielle und soziale Benachteiligungen) zu gesundheitlichen Unterschieden führen kann, die sich auch biologisch ausprägen können. Es stellt sich die Frage, wie Ärzt*innen bei der Behandlung von rassifizierten Minderheiten durch Rassismus verursachte gesundheitliche Unterschiede berücksichtigen können, ohne dabei Diskriminierung zu reproduzieren.

Mit dem Ziel, diese Unterschiede zu berücksichtigen, haben internationale Fachgesellschaften Race-adaptierte medizinische Leitlinien entwickelt, zum Beispiel bei Herzinsuffizienz. Diese werden jedoch zunehmend kritisiert. Erstens wird angeführt, dass Race-adaptierte medizinische Leitlinien ontologisch auf einem wissenschaftlich unhaltbaren rassistischen Naturalismus basieren. Zweitens wird kritisiert, dass es epistemisch fehlerhaft sei, unterschiedliche Behandlungsvorgaben auf Gruppenzugehörigkeit zu basieren, selbst wenn in einer Gruppe das Behandlungs-relevante Merkmal statistisch anders verteilt ist. Drittens wird argumentiert, dass Race-adaptierte Leitlinien ethisch problematisch seien, da sie zu einer ungerechten Verteilung von Ressourcen führen und biologische Fehlannahmen über Race reifizieren würden.

Demgegenüber wird Race Consciousness als neues Paradigma für Anti-Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung diskutiert und auf Race Consciousness basierende medizinische Leitlinien werden aktuell entwickelt. Race-Consciousness versteht Race als sozial konstruierte Kategorie, die aus rassistischer Diskriminierung resultiert, und berücksichtigt daraus resultierende gesundheitliche Unterschiede. In diesem Beitrag werden wir untersuchen, inwiefern Race Consciousness von der ontologischen, epistemischen und ethischen Kritik an Race-basierten medizinischen Leitlinien betroffen sind. Dabei werden wir argumentieren, dass Race Consciousness berücksichtigende medizinische Behandlungsleitlinien Ärzt*innen auf institutioneller Ebene bei einer anti-diskriminierenden Ausübung ihrer ärztlichen Tätigkeiten unterstützen können.

S20

„Let’s talk about racism“ in der medizinischen Ausbildung: Rassismuskritische Habitusreflexion und das ärztliche Professionsethos

Niklas Ellerich-Groppe, M.A.¹, Simon Matteo Gerhards¹

¹ Abteilung Ethik in der Medizin, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Die im Oktober 2022 verabschiedete Deklaration des Weltärztebundes über Rassismus in der Medizin betont, dass Rassismus der Gesundheit schadet und dem ärztlichen Professionsethos widerspricht. Zugleich beeinflusst Rassismus nach wie vor Medizin und Gesundheitsversorgung auf zwischenmenschlicher, institutioneller und struktureller Ebene. Als zentrale Ursache für die bisher nur unzureichende Umsetzung des professionsethischen Anspruchs einer rassismuskritischen und gerechten Gesundheitsversorgung können neben dem im deutschen Kontext noch lückenhaften Forschungsstand zu Rassismus in Medizin und Gesundheitsversorgung v.a. habitualisierte Verhaltensmuster und Strukturen gelten. Diese werden jedoch in der medizinischen Ausbildung bisher nur unzureichend adressiert.

Ziel dieses Vortrags ist es deswegen zu zeigen, wie eine rassismuskritische Professionalisierungs- und Habitusreflexion in der medizinischen Ausbildung angestoßen werden kann, um so zu einer umfassenderen Realisierung des ärztlichen Professionsethos beizutragen.

Dazu erläutern wir zunächst die Bedeutung und Heterogenität habitualisierter Herangehensweisen an Rassismus in Medizin und Gesundheitsversorgung und verdeutlichen, dass eine kritische Auseinandersetzung mit Rassismus nicht nur explizites Wissen verlangt, sondern ebenso unbewusste, sozialisations- und professionalisierungsbedingte Aspekte adressieren muss.

An dieser Stelle setzt das an der Universitätsmedizin Oldenburg gemeinsam mit Studierenden entwickelte digitale Lernangebot „Let’s talk about racism“ an. Dieses führt erstens in die Bedeutung des ärztlichen Habitus für eine rassismuskritische Professionalität ein. Sie zeigt zweitens anhand von Videoimpulsen fünf empirisch rekonstruierte, idealtypische Umgangsformen mit Rassismus in Medizin und Gesundheitsversorgung auf (Pragmatismus, Relativismus, Szientismus, Interkulturalismus, Kritik) und regt so zur Reflexion des eigenen Habitus an. Dabei werden insbesondere professionsspezifische Schwierigkeiten deutlich, die etwa durch relativierende oder pragmatische Herangehensweisen an das Thema entstehen. Auf dieser Grundlage initiiert die Lerneinheit drittens die eigenständige Entwicklung von reflektierten Handlungsstrategien mit Rassismus.

In unserem Vortrag wird so deutlich, dass auch jenseits des Themas Rassismus die Wahrnehmung und die kritische Reflexion des eigenen Habitus zentral sind, um dem ärztlichen Professionsethos in der medizinischen Ausbildung und Praxis umfassender gerecht zu werden.

S21

„Ich hatte ja keine Wahl“ – Herausforderungen bei der Aufklärung und Entscheidungsfindung zur allogenen Stammzelltransplantation. Erste Ergebnisse einer empirisch-ethischen Untersuchung

Andre Nowak, M.med.¹, Dr. Stephan Nadolny², Dr. Franziska Jahn³, apl Prof. Dr. Lutz Müller³, Prof. Dr. Jan Schildmann²

¹ Klinisches Ethikkomitee, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

² Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

³ Universitätsklinik und Poliklinik für Innere Medizin IV, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Hintergrund: Die allogene Stammzelltransplantation (SZT) bietet für viele an Leukämie erkrankte Patient:innen (Pat) die Therapie mit der einzigen oder höchsten Heilungschance. Die Erfolgsaussichten variieren in Abhängigkeit multipler Faktoren. Gleichzeitig besteht ein relevantes therapiebezogenes Sterblichkeitsrisiko. Die Entscheidung über eine SZT ist somit mit Unsicherheit bezüglich des individuellen Nutzens und Schadens verbunden. Ziel der Untersuchung ist die Exploration ethisch relevanter Herausforderungen im Rahmen der Aufklärung und Entscheidungsfindung zur SZT.

Methoden: Von 2021-2023 wurden Pat bei Aufklärungsgesprächen (AG) zur SZT, mittels nichtteilnehmender Beobachtung, begleitet. Ergänzend wurden Interviews mit Pat geführt. Transkripte wurden mithilfe des Qualitative Analysis Guide of Leuven ausgewertet. Die Resultate wurden vor dem Hintergrund der normativen Anforderungen an einen Informed Consent (IC) interpretiert.

Ergebnisse: Es wurden acht Pat bei je zwei AG beobachtet. Ergänzend konnten sieben Pat nach der SZT interviewt werden. Ein zentrales Thema in der Analyse war der von Pat geschilderte Eindruck „keine Wahl“ bei der Therapieentscheidung gehabt zu haben. Als mögliche Gründe für diese Wahrnehmung konnten u.a. drei Faktoren identifiziert werden:

1. Wahrnehmung ärztlicher Empfehlung. Einen Schwerpunkt der ärztlichen Empfehlungen in den AG bildet die Heilungschance der SZT. In Verbindung mit dem Überlebenswunsch der Pat kann die Therapie daher als alternativlos wahrgenommen werden.
2. Ausstehende Befunde und Informationen. Zum Zeitpunkt des ersten AG sind multiple Faktoren noch ungewiss, welche a) Auswirkungen auf den konkreten Therapieverlauf oder b) auf therapieassoziierte Risiken haben. Diese Konstellation kann Einfluss auf die individuelle Abwägung von Nutzen und Schaden haben.
3. Planung der SZT vor AG. Zum Zeitpunkt der AG zur SZT sind bereits detaillierte Planungen durchgeführt. Diese sind einerseits für eine Nutzen-Schaden-Abwägung und zeitnahe Durchführung der SZT notwendig. Andererseits kann die Planung den Eindruck erwecken, dass die Entscheidung bereits getroffen wurde.

S22

„Das ist schwierig – auch für uns Ärzte.“ – Perspektiven auf die eigene professionelle Rolle in der Beratung zu Pränataldiagnostik

Taleo Stüwe¹

¹ Justus-Liebig-Universität Giessen

Die medizinethische Debatte zu Pränataldiagnostik (PND) wird bei jedem neu eingeführten Testverfahren wieder aufgeworfen (Schmitz 2016); zuletzt durch einen Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses, demnach der 2012 in Deutschland eingeführte Nicht-invasive Pränataltest (NIPT) für die Trisomien 13, 18 und 21 fortan als Kassenleistung zur Verfügung steht (G-BA 2021). Die praktische Umsetzung des Beschlusses erfolgt seit Juli 2022 und läutet den „Start einer neuen Ära“ für werdende Eltern, aber auch für schwangerschaftsbegleitende Ärzt*innen ein (Richter-Kuhlmann 2022).

Welche Auswirkungen diese Entwicklungen auf das professionelle Rollenverständnis sowie das berufsbezogene Selbstbild von zu PND beratenden Gynäkolog*innen hat, ist bisher wenig erforscht. Hier setzt der Vortrag an und präsentiert Ergebnisse einer explorativen qualitativen Studie zur ärztlichen Perspektive auf die Beratung zu PND. Die Datengrundlage bilden 20 mit niedergelassenen Gynäkolog*innen geführten Expert*innen-Interviews, die mit der Qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet wurden (Gläser u. Laudel 2010).

Der Vortrag gliedert sich in zwei Hauptteile. Zum einen wird analysiert, inwieweit sich die auch im Kontext von PND geltenden ethischen Ideale des informed consent und des Shared-Decision-Making in der Realität wiederfinden (Krones 2019). Dabei werden diese „Realtypen“ zu den in der Theorie beschriebenen Idealtypen der Ärzt*in-Patient*in-Beziehung ins Verhältnis gesetzt (Krones u. Richter 2006).

Zum anderen wird exploriert, welches berufliche Selbstverständnis schwangerschaftsbegleitende Ärzt*innen ihrer Beratung und Behandlung in Reaktion auf die technologischen Entwicklungen zugrunde legen. Da mit einem auffälligen Testergebnis i.d.R. keine therapeutischen Optionen einhergehen,

greift der im „professionsethischen System“ (Schmitz) übliche Fokus auf das Patient*innenwohl hier nicht (Graumann 2010). So wird die reproduktive Selbstbestimmung der schwangeren Person, also die Patient*innenautonomie, zur Rechtfertigung dafür, pränatale Informationen über den Embryo/Fötus zur Verfügung zu stellen (Wewetzer 2017). Nicht zuletzt aufgrund der steigenden Zahlen selektiver Schwangerschaftsabbrüche (Graaf et al. 2021) stellt sich die Frage, inwiefern sich zu PND beratenden Ärzt*innen also auch mit berufsethischen Herausforderungen konfrontiert sehen und welche Konsequenzen sie hieraus ziehen.

S23

Die Rolle der subjektiven Einschätzung von Patient*innen im diagnostischen Prozess: Medizinische und philosophische Aspekte

Dr. Uta Müller¹, Dr. Elisa Jensen²

¹ Internationales Zentrum für Ethik in den Wissenschaften (IZEW), Universität Tübingen

² Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Sankt-Gertrauden-Krankenhaus Berlin

Wenn Patient*innen zu einem Arzt oder einer Ärztin gehen, haben sie in der Regel bestimmte Beschwerden, von denen sie hoffen, dass sie mit medizinischen Methoden gelindert werden können. Oft wissen die Patient*innen nicht, welche Krankheit sie haben, und der Arzt bzw. die Ärztin ist herausgefordert, eine Diagnose zu stellen, d.h. eine wissenschaftlich begründete Deutung der Beschwerden (vgl. Wieland, 2004).

In jüngerer Zeit haben die Diagnostiken zugenommen, die mit neuen Technologien, auch mit dem Einsatz Künstlicher Intelligenz, erfolgreich arbeiten. Die subjektiven, weniger greifbaren, Einschätzungen der Patient*innen selbst hat durch die Technisierung der medizinischen Diagnostik an Wertigkeit verloren. In einem solidarischen Gesundheitssystem mit begrenzten Ressourcen ist es allerdings nicht möglich, bei jedem Verdacht teure diagnostische Verfahren (etwa MRT-/CT-Bildgebung) durchzuführen. Aus diesem Grund ist es wichtig, besonders gefährdete Patient*innen-Gruppen zu selektieren und die dort angebrachte Diagnostik durchzuführen. Diese Selektion kann durch eine gezielte Anamnese und Befragung der subjektiven Einschätzung verbessert werden.

In unserem Vortrag möchten wir die Ergebnisse einer Studie der gynäkologischen Abteilung der Charité, Berlin vorstellen, die die subjektiven Einschätzungen von Patientinnen im diagnostischen Prozess einer onkologischen Erkrankung empirisch untersucht hat (Koch, E., et al., 2020). Die Studie hat gezeigt, dass Patientinnen selbst einen validen Beitrag zu einer früheren Krankheitsdiagnose leisten können.

Der Einsatz von subjektiven Einschätzungen in der medizinischen Diagnostik soll in unserer Präsentation von Seiten philosophischer Überlegungen zur Rolle von subjektiven Körpererfahrungen reflektiert werden. Wir möchten zeigen, dass auch aus philosophischer Sicht Argumente zu finden sind, dass die Patient*innen und ihre eigenen Körpererfahrungen im Sinne von „unmittelbar evidenten Erfahrungen“ (Chisholm, 1979) für die Erstellung einer ärztlichen Diagnose befragt werden können (und sollten).

Von Seiten der Ärzt*innen muss allerdings besondere Sorgfalt und Umsicht angewendet und die individuelle Krankheitsgeschichte berücksichtigt werden, wenn bei der Erstellung einer Diagnose subjektive Einschätzungen mit diagnostischem Erfolg eingesetzt werden sollen. Zum Einsatz dieser Einschätzung von Patient*innen gibt es bislang zu wenig (empirische) Forschung und wir möchten mit unseren Überlegungen zu weiteren Forschungen anregen.

S24

Professionelles und informelles Handeln in der gesundheitlichen Vorausplanung - über Verantwortungszuschreibungen

Lena Stange, M.Sc.¹

¹ Abteilung Ethik in der Medizin, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Mit der Erstellung von gesundheitlichen Vorausverfügungen wollen Bürger:innen selbst die Verantwortung u.a. dafür übernehmen, ob oder wie sie im Falle einer Einwilligungsunfähigkeit medizinisch und pflegerisch versorgt werden. Die resultierenden Verfügungen sollen Ärzt:innen, Pflegenden und Angehörigen dazu dienen, versorgungsrelevante Entscheidungen auf Grundlage der Wünsche der vorausverfügenden Person zu treffen. Für diese individuelle gesundheitliche Vorausplanung können die Erstellenden Hilfe Dritter, etwa von Hausärzt:innen oder professionellen ACP-Gesprächsbegleitenden, in Anspruch nehmen. Offen ist jedoch: Welche moralischen Verantwortungen ergeben sich bei der Erstellung und Anwendung einer Vorausverfügung für informell und professionell Handelnde? Welchen Akteur:innen kommt in dieser Konstellation zu welchen Zeitpunkten Verantwortung zu?

Um sich diesen Fragen anzunähern, soll das Verantwortungsgefüge in Bezug auf gesundheitliche Vorausplanung theoretisch erschlossen werden. Dafür werden die Dimensionen deskriptiver und normativer Verantwortung (nach Hans Lenk) herangezogen. Diese umfassen eine beschreibende Verantwortungszuschreibung mit grundsätzlicher Wahrheitsfähigkeit (deskriptiv) und eine Verantwortungszuschreibung unter Berücksichtigung eines Bewertungsmaßstabes wie gesetzlicher oder moralischer Gebote, ohne prinzipielle Wahrheitsfähigkeit (normativ). Eine solche Analyse erlaubt eine strukturierte Betrachtung von Verantwortlichkeiten hinsichtlich institutioneller und sozial erlebter Handlungsgefüge.

Es ergeben sich unterschiedliche Verantwortlichkeiten auf deskriptiver und normativer Ebene je nach Betrachtung des Handlungssubjektes. So kommt es aufseiten der:des Verfassenden bzw. der:des Beratenden (indem ex ante Behandlungswünsche formuliert werden) und zugleich aufseiten der Angehörigen und Behandelnden (indem ex post Behandlungswünsche umzusetzen sind) zu Verantwortungsverschiebungen, die ihrerseits moralische Implikationen hinsichtlich der Handlungsziele enthalten.

Eine Analyse von Verantwortungszuschreibungen stellt eine Basis für medizin- und pflegeethische sowie rechtliche und individualethische Diskussionen über die Erstellung und Anwendung gesundheitlicher Vorausverfügungen dar. Die Erschließung von Verantwortlichkeiten und der mit ihnen einhergehenden impliziten und expliziten Erwartungen, Pflichten, Ansprüche und Folgen erlaubt zudem eine Neubetrachtung der 'mündigen Patient:innen' und der Verrechtlichung medizinischen Handelns.

S25

Medical Gaslighting: Eine kritische Begriffsanalyse im Kontext der Gesundheitsversorgung bei seltenen Krankheiten

Sebastian Wäscher, PhD¹

¹ Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte, Universität Zürich

Medical Gaslighting hat in den letzten Jahren insbesondere im englischsprachigen Raum stark an Bedeutung in der öffentlichen Kommunikation gewonnen und findet zunehmend auch im deutschen Sprachgebrauch Verwendung. Das ursprüngliche Konzept von Gaslighting, basierend auf einem Theaterstück von Patrick Hamilton, skizziert eine Form von missbräuchlichen (intimen) Beziehungen. Dabei wird das Opfer derart manipuliert, dass es nicht nur sein fundamentales Selbstvertrauen, sondern auch seine eigene Wahrnehmung und geistige Verfassung infrage stellt.

In ähnlicher Weise wird der Begriff Medical Gaslighting genutzt, um spezifisches medizinisches Fehlverhalten zu thematisieren. Typischerweise bezieht sich Medical Gaslighting auf Situationen, in denen Patient*innen von medizinischem Fachpersonal in Frage gestellt oder nicht ernst genommen werden, was zu Selbstzweifeln und Verunsicherung führt.

Die zentrale Frage lautet: Bezeichnen Gaslighting und Medical Gaslighting dasselbe Phänomen, nur in jeweils spezifischen Kontexten? Oder charakterisieren beide Begriffe – trotz ihrer phonetischen Ähnlichkeit – unterschiedliche soziale Phänomene?

Der Vortrag zielt darauf ab, zu verdeutlichen, wie sich beide Konzepte voneinander unterscheiden, um so zu einer präziseren Begriffsverwendung von Medical Gaslighting zu gelangen. Diese sollte einen heuristischen akademischen Wert aufweisen, keine generalisierten Anschuldigungen gegen das medizinische Personal erheben und gleichzeitig Betroffenen helfen, ihre Erfahrungen deutlicher zu benennen. Gestützt durch eine qualitative Interviewstudie mit Personen, die von seltenen Krankheiten betroffen sind, wird das Phänomen von Medical Gaslighting theoretisch aufgearbeitet und anhand von Beispielen aus den Interviews exemplifiziert.

Dieses Vorhaben gewinnt vor dem Hintergrund epistemischer Ungerechtigkeit besondere Relevanz. Epistemische Ungerechtigkeit bezieht sich auf die systematische Benachteiligung von Personen hinsichtlich ihrer Möglichkeiten, ihre eigenen Erfahrungen zu verstehen und auszudrücken. Eine präzisere Verwendung des Begriffs Medical Gaslighting kann dazu beitragen, diese Ungerechtigkeiten zu identifizieren und zu benennen. Hierdurch können individuelle Erfahrungen und Wahrnehmungen der Patient*innen angemessen anerkannt werden und somit in die medizinische Versorgung einfließen.

S26

Die Rolle von Ethik im professionellen Selbstverständnis von Stakeholdern aus dem Ökosystem der DiGA- und Gesundheitsapp-Start-ups – Eine qualitative Interviewstudie

Dr. Bianca Jansky¹, Prof. Dr. Verina Wild¹

¹ Institut für Ethik und Geschichte der Gesundheit in der Gesellschaft, Universität Augsburg

In Deutschland sind auf Grundlage des Digitalen Versorgungsgesetzes Gesundheitsapps seit 2020 als sogenannte DiGA (Digitale Gesundheitsanwendungen) Teil der Regelversorgung und können von Ärzt*innen verschrieben sowie durch Krankenkassen erstattet werden. Bisher gibt es einige erste empirische Studien zu den Erfahrungen von Nutzenden von Gesundheitsapps und DiGAs, sowie Studien zu den Einschätzungen von Ärzt*innen. Was jedoch fehlt, ist ein Einblick in die Meinungen und Vorstellungen von Stakeholdern aus dem Ökosystem der DiGA- und Gesundheitsapp-Start-ups.

Aus der Literatur ist bekannt, dass es bei der Einführung von Technologien wichtig ist, zu wissen, welche ethischen Normen und Werte die Entwickler*innen leiten, bzw. welchem professionellen Selbstverständnis sie sich verpflichtet fühlen, da diese einen Einfluss auf die entwickelte Technologie haben werden. Dies gilt auch für Gesundheitstechnologien. Bisher gibt es in diesem Bereich jedoch wenig Erkenntnisse zu den Normen und Werten der Entwickler*innen. In unserem Beitrag möchten wir aufbauend auf 16 qualitativen problemzentrierten Interviews mit Stakeholdern aus der Gesundheitsapp- und DiGA-Entwicklung nachvollziehen, welche Motivationen und Werte und welches professionelle Selbstverständnis Entwickler*innen aus diesem Bereich leiten.

In Bezug auf Ethik und die Rolle von Ethik im Arbeitsalltag der Interviewten arbeiten wir heraus, dass Ethik in den Interviews ambivalent verhandelt wird. (1) Auf der einen Seite sind sich alle Befragten einig, dass Gesundheit ein besonderes Gut ist, das bestimmte moralische Verpflichtungen mit sich bringt. (2) Auf der anderen Seite wird „Ethik“ oft nur in Relation zu Ethikkommissionen und unübersichtlichen rechtlichen Regulierungen, als institutionalisiertes Hindernis für Innovation, verhandelt. Wir zeigen anhand unserer Ergebnisse, dass, anders als in traditionellen medizinischen und gesundheitsnahen Berufen, in denen Ethik Teil der Grundausbildung ist und im beruflichen Ethos verankert ist, dies im Bereich der Digitalen Gesundheit noch nicht der Fall ist.

Wir argumentieren, dass eine genauere Vorstellung der Start-Up-Welt und den dort geltenden Werten und Normen notwendig ist. Diese Erkenntnisse sind ein zentraler Bestandteil für die Diskussion und Entwicklung einer Ethik und einem professionellen Ethos im Bereich der Gesundheits-App Startups.

S27

"Man muss halt die Brücke bauen“: Eine empirische Analyse der Betreuungsinteraktion mit Sozialer Robotik in der Altenpflege

Marc Bubeck, M.A.¹, Dr. Corinna Klingler¹, Clara Keusgen¹, Dr. Joschka Haltaufderheide¹, Marianne Leineweber, M.A.¹, Prof. Dr. Robert Ranisch¹

¹ Juniorprofessur für Medizinische Ethik mit Schwerpunkt auf Digitalisierung, Universität Potsdam

Hintergrund: Der demografische Wandel und der Fachkräftemangel stellen die Altenpflege in Deutschland vor große Herausforderungen. Mit der Entwicklung von sozialer Robotik verbindet sich daher die Hoffnung, neue Ressourcen freizulegen. Gegenwärtige Diskussion sind häufig durch abstrakte Sorgen und übersteigerte Erwartungen gekennzeichnet. Für eine normative Bewertung des Einsatzes ist eine Analyse der Praxis unerlässlich. In diesem Vortrag wird eine Interviewstudie vorgestellt, welche die Veränderungen der Pflegepraxis durch soziale Robotik aus der Perspektive der Fachkräfte untersucht.

Methode: Es wurden acht leitfadengestützte Interviews mit Fachkräften der Altenpflege geführt, die über Erfahrungen mit dem Einsatz von sozialer Robotik verfügen. Die Auswertung erfolgte nach den Prinzipien der Constructivist Grounded Theory (Charmaz 2014).

Ergebnisse: Die Fachkräfte sehen soziale Robotik häufig als Hilfsmittel, das ihren „Werkzeugkasten“ erweitert. Entgegen dem häufig thematisierten Narrativ des Ersetzt-Werdens betonen sie ihre Rolle als Vermittler:in. Sie müssen stets die individuellen Bedürfnisse der zu Betreuenden im Blick haben, um eine ausgewogene Integration von Technologie und persönlicher Zuwendung zu gewährleisten. Sie beschreiben sich als Brückenbauer:in zwischen Mensch und Maschine, indem sie die Interaktionen verantwortungsvoll gestalten. Besonders herausgehoben wird dabei, dass die Roboter im Gegensatz zu analogen Hilfsmitteln (e.g. Memory) Abwechslung bringen und digitale Teilhabe fördern. Es zeigen sich aber auch Elemente, die einem (flächendeckenden) Einsatz sozialer Robotik derzeit im Wege stehen. Das sind neben technologischen Defiziten und hohen Kosten auch normative Elemente wie Überzeugungen bezüglich der Rechtfertigbarkeit von Täuschung oder der Unhintergebarkeit menschlicher Bezüge in der Pflege.

Diskussion: Trotz des Engagements der Fachkräfte sehen diese die Einsatzmöglichkeiten derzeit als beschränkt an – aufgrund technischer und infrastruktureller Limitationen, aber auch aufgrund normativer Überzeugungen. Soll der Einsatz derartiger Systeme ausgebaut werden, erscheint es sinnvoll, die hier Arbeitenden stärker in die gesellschaftliche Positionierung sowie die Technologieentwicklung einzubeziehen.

Ausblick: Die Interviewstudie ist Teil des Projekts E-cARE, welches die Bedingungen eines verantwortlichen Einsatzes von (sozialer) Robotik in der Pflege untersucht. Durch einen gemischt-methodische Ansätze wird eine Ethikleitlinie im Auftrag des BMG entwickelt.

S28

Ethische Aspekte des Einsatzes sozialer Robotik in der Altenpflege – ein systematisches, qualitatives Literaturreview

Marianne Leineweber, M.A.¹, Dr. Corinna Klingler¹, Clara Keusgen¹, Marc Bubeck, M.A.¹, Dr. Joschka Haltaufderheide¹, Prof. Dr. Robert Ranisch¹

¹ Juniorprofessur für Medizinische Ethik mit Schwerpunkt auf Digitalisierung, Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg

Hintergrund

Der Fachkräftemangel in der Pflege gewinnt aufgrund des demographischen Wandels zukünftig weiter an Relevanz. In diesem Zusammenhang wird vermehrt der Einsatz von (sozialer) Robotik in der Altenpflege als eine Möglichkeit diskutiert, entstehende Versorgungsbedarfe zu decken. Um einen möglichen Einsatz von (sozialer) Robotik in der Altenpflege verantwortungsvoll gestalten zu können, ist ein Überblick über ethische Aspekte notwendig.

Methode

Ein Systematic Review wurde durchgeführt. Ethische Aspekte wurden definiert als Fälle in denen mindestens eins von fünf ethischen Prinzipien, die im Zusammenhang mit Robotik/AI als relevant angesehen werden, gefördert (Chance) bzw. verletzt werden (Risiko) oder in Konflikt stehen (Unsicherheit). Die Literaturrecherche wurde unter Rückgriff auf die Datenbanken Pubmed, CINAHL, BELIT und TIB durchgeführt. Zur Auswertung der Daten wurde die qualitative Inhaltsanalyse (in Anlehnung an Schreier 2012 und Kuckartz 2018) genutzt.

Ergebnisse

Es wurden 1.518 Publikationen gescreent und 60 ethische Aspekte identifiziert. Jene lassen sich drei Ebenen zuordnen, die jeweils eine Betroffenenengruppe markieren: 1.) pflegebedürftige Menschen, 2.) Pflegekräfte sowie pflegende Angehörige, 3.) die Gesellschaft insgesamt. Beispielsweise berge der Einsatz sozialer Robotik das Risiko einer nachlassenden menschlichen Zuwendung in der Pflege. Für pflegende Angehörige bietet sich zugleich mittels Telepräsenzrobotik die Chance, die Verbindung zu Pflegebedürftigen, auch über räumliche Distanzen zu halten. Gesellschaftlich könnte der zunehmende Einsatz von Robotik eine Verminderung moralischer Fähigkeiten bewirken, da der unmittelbare Kontakt zu vulnerablen Gruppen reduziert würde. Zu den Unsicherheiten zählen Wertekonflikte, beispielsweise zwischen der Privatheit und dem Wohlergehen von Pflegebedürftigen, wenn robotische Systeme zur Überwachung eingesetzt werden.

Diskussion

In der Literatur finden sich vielfältige, teils widerstreitende Annahmen zu Chancen und Risiken von (sozialer) Robotik. Zum Teil konträre Bewertungen scheinen durch a) fehlende Praxiserfahrung und empirische Evidenz, b) einer mangelnden Reflexion über Zielvorgaben einer „guten Pflege“ sowie c) einer unzureichenden Anbindung der Diskussion an den technischen Entwicklungsstand bedingt.

Ausblick

Das Systematic Review ist Teil des Projektes E-cARE (gefördert vom BMG). Die Ergebnisse informieren die Entwicklung einer Ethik-Leitlinie zum Einsatz sozialer Robotik in der Altenpflege.

S29

Gesundheit am Lebensort Asyl – Welche Aufgaben und Verantwortung haben im Gesundheitsbereich Tätige?

Sylvia Agbih, M.A.¹

¹ Institut für Ethik und Geschichte der Gesundheit in der Gesellschaft, Universität Augsburg

Seit Jahrzehnten wird gesellschaftlich und politisch um die Ausgestaltung des Asyls gerungen. Das 1993 eingeführte Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) steht aus grundrechtlicher und Betroffenen­sicht stark in der Kritik. Insbesondere seit 2015 unterlag es häufigen Änderungen. Nach jüngstem Regierungsbeschluss (Januar 2024) soll die Bezugsdauer von Sozialleistungen nach AsylbLG von 18 auf 36 Monate verlängert werden. Das bedeutet auch eine länger eingeschränkte gesundheitliche Versorgung der Betroffenen. Die nach § 4 und § 6 des AsylbLG reduzierte medizinische Leistung für Asylbewerber:innen stellt eine Sonderregelung dar, die aus ethischer und (mensen-)rechtlicher Sicht eine problematische Ungleichbehandlung fest­schreibt. Für professionelle Behandler:innen in stationärer und ambulanter klinischer Praxis führt dies zu moralischen Konfliktsituationen und Widersprüchen mit ihrem Berufsethos sowie allgemeinen Gleichbehandlungs- und Anti-Diskriminierungsgrundsätzen. Die Verlängerung der Bezugsdauer von Sozialleistungen nach AsylbLG ist gesundheitlich aber nicht nur hinsichtlich der medizinischen Versorgung relevant, sondern auch bezüglich der sozialen Determinanten von Gesundheit.

Der Vortrag wird die Unterkunfts- und Lebensbedingungen von Asylbewerber:innen in Deutschland anhand von repräsentativen Beispielen aus empirischen Studien darstellen und aufweisen, inwiefern der Lebensort Asyl von Ambivalenzen zwischen Versorgung und Ausgrenzung geprägt ist, die gesundheitlich vulnerabilisierend wirken.

Abschließend wird die Frage aufgeworfen, ob Gesundheitsprofessionen angesichts der beschriebenen Situation aus (berufs-)ethischer Sicht besondere Verantwortung haben und wenn, welche Aufgaben daraus erwachsen könnten.

Literatur (Auswahl):

Agbih, S.: »Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge aus ethischer Perspektive: Wo fangen die Fragen an?«. In: A. Frewer u.a. (Hg.): Die kosmopolitische Klinik. Globalisierung und kultursensible Medizin. Würzburg 2017, S. 41–75.

Baron, J. et al.: Living in a box. Psychosoziale Folgen des Lebens in Sammelunterkünften für Kinder. Berlin 2020.

Razum, O. u.a. (Hg.): Refugee Camps in Europe and Australia. An Interdisciplinary Critique. Cham 2022.

Eckenwiler, L. u. Wild, V.: »Refugees and others enduring displacement: Structural injustice, health, and ethical placemaking«. In: Journal of Social Philosophy (2020).

S30

Moralische Konflikte in der häuslichen Versorgung von Menschen mit Demenz durch eine Live-in Hilfe: Eine care- und familienethische Analyse

Anna-Eva Nebowsky¹, Dr. Milena von Kutzleben², Prof. Dr. Mark Schweda¹

¹ Abteilung Ethik in der Medizin, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

² Organisationsbezogene Versorgungsforschung, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Der steigende Bedarf an Pflegekapazitäten für Menschen mit Demenz (MmD) lässt sich nicht ausreichend von professionellem Pflegepersonal decken und kann auch nicht allein von pflegenden Angehörigen (pA) geleistet werden. Live-in-Arrangements sollen diese Versorgungslücke füllen. Damit sind Versorgungsarrangements gemeint, in denen die pA durch eine sog. ‚24-Stunden-Betreuungskraft‘ aus dem Ausland bei der Pflege ihrer Angehörigen unterstützt wird. Diesen Betreuungskräften bzw. Live-in Versorgenden fehlen zumeist die notwendigen Qualifikationen zur Versorgung von MmD. Sie leben in Pendelmigration in Deutschland und haben entgrenzte Arbeitszeiten. Ihr Arbeitsort ist zugleich ihr Wohnort und die Versorgung der MmD erfolgt auch nachts. Diese schwierigen Rahmenbedingungen bedingen vielfältige Konflikte, die bislang noch nicht eingehender mit Blick auf ihre moralischen Implikationen analysiert wurden.

In unserer Studie erkunden wir mittels Einzel- und Gruppen-Interviews mit allen an dem Versorgungssetting Beteiligten – den pA, den Live-In Versorgenden und den MmD – sowie Stakeholdern aus Vermittlungsagenturen, Politik und Recht, die moralischen Konflikte in der Triade und analysieren, wie die moralischen Konflikte unter Einbezug der relevanten Akteursebenen zu vermeiden sind. Die qualitativen Interviews (n=29) behandeln die jeweiligen Perspektiven auf das Arrangement, Konflikte innerhalb und im Kontext der Triade sowie das jeweilige Verständnis von ethischen Kompetenzen für eine gute Versorgung bei Demenz. Die Analyse erfolgt aus einer care- und familienethischen Perspektive, welche die Rollen und Verantwortlichkeiten zwischen den Familienmitgliedern in dem Setting fokussiert und Prinzipien von Fürsorge und der zwischenmenschlichen Beziehung in den Vordergrund stellt.

Die analysierten moralischen Konflikte betreffen Aspekte der Diskriminierung der Live-in Versorgenden sowie der MmD (z. B. strukturelle, Geschlechts- und Status-bezogene), der Freiheits- und Privatsphäre und der Gerechtigkeit. Unsere Ergebnisse zeigen, dass sich das Care Drain direkt auf die Versorgung im häuslichen Mikro-Setting auswirkt bzw. dort zu moralischen Konflikten führt und das Wohlergehen der MmD gefährdet. Da nicht abzusehen ist, dass das Live-in-Versorgungsmodell in den nächsten Jahren deutlich verändert wird, möchten wir empirisch informierte Empfehlungen an Versorgung und Politik formulieren, die z. B. auf eine Professionalisierung der Live-in Versorgenden im Kontext von Demenz abzielen.

S31

Ethische Aspekte einer „kultursensiblen Kommunikation“ in der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen

Vasilija Rolfes, PhD¹, Dr. Prasad Thomas Oommen², Dr. Julia von Schreitter²,
Dilara Voßberg M.sc.², Dr. Anne Oommen-Halbach²

¹ Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

² Universitätsklinikum Düsseldorf

In jüngster Zeit werden vermehrt Beiträge zu einer diskriminierungsfreien Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationsgeschichte publiziert. Die spezifische Situation von minderjährigen Patient:innen, bei denen häufig eine intersektionale Verschränkung verschiedener Diskriminierungsformen (Fricker 2023) vorliegt, findet in der Fachliteratur jedoch kaum Berücksichtigung.

Kinder und Jugendliche gelten in der klinischen Praxis als eine vulnerable Gruppe, deren Partizipationsmöglichkeiten an medizinischen Entscheidungen von der ärztlichen Einschätzung ihrer kognitiven, emotionalen und erfahrungsbasierten Reife abhängig gemacht wird. Voraussetzung ihrer größtmöglichen Selbstbestimmung ist eine empathische und auf die minderjährigen Patient:innen ausgerichtete Kommunikation, die im interkulturellen Kontext sowohl durch sprachliche Hürden als auch durch kulturelle Vorannahmen und Stereotype erschwert werden kann. Für eine selbstkritische Auseinandersetzung mit Mechanismen des Rassismus und des „Othering“ als Ausgrenzungsprozess stellen das professionelle ärztliche Selbstverständnis und die gesellschaftlichen Erwartungen an den ärztlichen Berufsstand jedoch eine Barriere dar (NaDiRa 2023).

Im Kontext des von der Deutschen Krebshilfe geförderten Projektes „Kultursensible Kommunikation in der Kinder-Onkologie (KuseKiO)“ werden Aspekte einer altersgerechten und kultursensiblen Kommunikation mit minderjährigen Krebs-Patient:innen mit einer Migrationsbiographie beleuchtet und vor dem Hintergrund der teleologischen Zweckgerichtetheit medizinischer Handlungen zum Wohle der Patient:innen analysiert. Hierbei werden bisherige Konzepte einer ärztlichen „interkulturellen Kompetenz“ kritisch betrachtet und aus ethischer Perspektive als nicht hinreichend handlungsleitend abgelehnt. Schließlich soll das Konzept der „Cultural humility“ als Lösungsansatz für Behandlungsteams vorgestellt werden. Es zielt auf eine lebenslange selbstkritische Evaluierung ärztlicher Kommunikation und beruht auf dem (1) respektvollen Umgang mit Diversität, (2) der Fähigkeit, sich und anderen gegenüber Nichtwissen einzugestehen, (3) der Überwindung von hegemonialen Machtverhältnissen und (4) der Bereitschaft, die individuellen Werte einer Patientenfamilie zu respektieren.

S32

Integrating ethics into brain organoid research? Some thoughts on potential forms and challenges of a practice turn for bioethics

Dr. Anja Pichl¹

¹ Juniorprofessur für Medizinische Ethik mit Schwerpunkt auf Digitalisierung, Universität Potsdam

A closer integration of ethics with scientific research is (once again) called for in a variety of bio-ethical debates. With regard to brain organoids, a “collaborative ethics” (Hyun et al. 2022) and “embedded ethics” (Smirnova et al. 2023) have been proposed, with regard to organoids in general, ethicists call for “real-time ethics engagement” (Sugarman/Bredenoord 2020), “ethics parallel research” (Jongsma/Bredenoord 2020) or “engineering ethics” (Hyun 2017). This talk critically engages with these proposals and discusses forms, opportunities and challenges of embedded ethics.

At first sight, integrating ethics into science seems to be a step in the right direction of a much-needed practice turn for bioethics, reminiscent of the practice turn in science studies some decades ago. An analysis of concrete methods and features of the proposed closer integration of ethics into organoid research and their comparison to key characteristics of the practice turn in science studies reveals problematic differences and similarities though. I’ll argue that the kind of integration of ethics and science proposed and partly attempted in the field of organoid research differs fundamentally from the practice turn of science studies where it shouldn’t differ that much: with regard to its approach to and understanding of scientific practice. On the other hand, there are similarities between bioethics and science studies with regard to aspects where differences might be needed or at least where ethicists should have a clearer focus: the role of normativity. In sum, well-known problems of bioethics risk to be aggravated by the closer integration of ethics into science as proposed in the organoid ethics debate. Some preliminary proposals concerning possible alternatives will be presented for discussion, the most obvious being that ethicists should go beyond a mere integration of ethics into science by implementing some of the approaches of the practice turn in science studies and by paying more thorough attention to the normative and political dimensions of science and ethics themselves. Open questions concerning practice theory and their relevance for bioethics will also be outlined.

Literature:

Hyun, I. et al. (2022): How collaboration between bioethicists and neuroscientists can advance research. In: *Nature Neuroscience* Vol. 25, 1399-1401.

Hyun, I. (2017): Engineering Ethics and Self-Organizing Models of Human Development: Opportunities and Challenges. In: *Cell Stem Cell* 2017 Dec 7;21(6):718-720.

Jongsma K., Bredenoord, A. (2020): Ethics parallel research: an approach for (early) ethical guidance of biomedical innovation. In: *BMC Medical Ethics* 21: 81.

Smirnova, L. et al. (2023). Organoid intelligence (OI): the new frontier in biocomputing and intelligence-in-a-dish. *Frontiers in Science*, 0.

Sugarman, J., Bredenoord, A.L. (2020): Real-time ethics engagement in biomedical research. In: *EMBO reports* 21: e49919.

S33

Die Integration von Ethik in eine digitale Intervention zur Förderung der psychischen Gesundheit von Jugendlichen: Ein methodologischer Ansatz

Prof. Dr. Giovanni Rubeis¹, Wanda Spahl, M.Sc. Bakk. B.A.¹

¹ Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften, Krems

Jugendliche sind besonders gefährdet, psychische Probleme zu entwickeln, eine Herausforderung, die durch die COVID-19-Pandemie noch verschärft wurde. Digitale Tools wie Apps und Chatbots bieten vielversprechende, zugängliche, kostengünstige und weniger stigmatisierte Möglichkeiten zur Stärkung der psychischen Gesundheit. Diese Interventionen bieten zwar Vorteile, verlagern die Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit jedoch aus dem traditionellen therapeutischen Rahmen heraus, was aufgrund des Fehlens etablierter ethischer Richtlinien und Vorschriften ethische Bedenken aufwirft.

In diesem Beitrag wird ein methodologischer Ansatz für die Integration von ethischen Aspekten in eine spielerische digitale Intervention zur psychischen Gesundheit von Jugendlichen vorgestellt. Es stellt die laufende Forschung im Rahmen von "ASP-belong" vor, einem Horizon Europe-Projekt, das sich der Entwicklung einer Smartphone-basierten digitalen Intervention namens Augmented Social Play (ASP; weitere Informationen: www.augmentedsocialplay.com/) widmet. Um die Entwicklung von ASP aus einer ethischen Perspektive zu begleiten, wird (i) ein Scoping Review zur bestehenden Literatur zu ethischen Herausforderungen bei spielerischen digitalen Interventionen im Bereich der psychischen Gesundheit mit (ii) einer Analyse empirischer Daten kombiniert, die seit Beginn der Technologieentwicklung gesammelt werden (qualitative Interviews mit ASP-Teammitgliedern wie Designer:innen, Entwickler:innen, und Psycholog:innen, Ethik-Workshops mit jugendlichen Mitforschenden und teilnehmende Beobachtung bei relevanten Veranstaltungen).

Die Bioethik hat in den letzten Jahren eine Verlagerung hin zur empirischen Forschung erfahren. Methoden, die die normativen Aspekte der Bioethik wirksam mit der empirischen Forschung verbinden, sind jedoch noch im Entstehen begriffen, insbesondere im Zusammenhang mit neuen Technologien für die psychische Gesundheit. Dieser Beitrag trägt zur Weiterentwicklung der Methoden in diesem Bereich bei, indem es Erkenntnisse aus dem ethischen Design von Serious Games, dem Constructive Technology Assessment und den Embedded Ethics mit den Merkmalen der Entwicklung einer digitalen Intervention zur psychischen Gesundheit von Jugendlichen verbindet.

S34

Grenzen von „Successful Aging“: Intersektionale Herausforderungen und bioethische Perspektiven an der Schnittstelle von Ageismus und Ableismus

Elisabeth Langmann¹, Dr. Merle Weßel²

¹ Institut für Ethik und Geschichte der Gesundheit in der Gesellschaft, Universität Augsburg

² Abteilung Ethik in der Medizin, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Das Konzept „Successful Aging“ steht seit mehreren Jahrzehnten im Fokus gerontologischer Forschung. Trotz der breiten Aufmerksamkeit, die diesem Konzept zuteilwird, wurden seine intersektionalen Implikationen noch nicht umfassend erörtert. Dieser Beitrag zielt darauf ab, diese Forschungslücke zu bearbeiten, indem potenziell alters- und behindertenfeindliche Vorurteile im Diskurs über erfolgreiches Altern aus einem intersektionalen Blickwinkel analysiert werden. Dabei wird eine kritisch-feministische Perspektive eingenommen, um die Sensibilität des Diskurses für die Vielfalt und Heterogenität des Alterns zu unterstützen. Es wird untersucht, wie Vorurteile gegenüber älteren Menschen und Menschen mit Behinderungen und damit Alters- und Behinderungenfeindlichkeit in dieser Konzeption des Alterns zum Ausdruck kommen. Dies wird anhand von Beispielen im Kontext der psychischen Gesundheit verdeutlicht. Es wird argumentiert, dass das gängige Verständnis von „Successful Aging“ nur begrenzt in der Lage ist, die Erfahrungen von Menschen zu berücksichtigen, die im Laufe ihres Lebens intersektionale Ungerechtigkeiten erfahren (haben). Hinsichtlich psychischer Gesundheit werden Auswirkungen alters- und behindertenfeindlicher Haltungen auf die Diagnose und Behandlung von Demenz sowie die Verbindung zwischen Depressionen und Behinderungen beleuchtet. Es wird betont, dass Vielfalt in Diskussionen über erfolgreiches Altern oft übersehen wird. Zudem bekräftigt die Argumentation, dass die primäre Konzentration auf den Gesundheitszustand als Maß für und Mittel zum Erfolg im Altern nicht ausreicht, um Ageismus für alle Menschen zu überwinden. Hierbei wird die Rolle struktureller Faktoren in der Gestaltung des Alterns und in der Verschärfung von Gesundheitsungleichheiten betont. Die Ergebnisse dieser Auseinandersetzung unterstreichen die Notwendigkeit eines differenzierten Verständnisses des Alterns, das die Vorurteile und Grenzen der aktuellen Diskurse identifiziert und gezielt adressiert. Dieser Beitrag liefert wertvolle Einblicke in die komplexen Schnittstellen zwischen Altern und Behinderungen aus einer bioethischen Perspektive und betont die Dringlichkeit für einen intersektionalen sowie inklusiven Ansatzes hinsichtlich Alterns.

W01

Leitbild Profession. Wege aus der Ökonomisierungsfalle

Prof. Dr. Matthias Kettner^{1,2}

¹ Universität Witten/Herdecke

² AEM AG Ökonomisierung/Kommerzialisierung

Inhalt: Der Workshop richtet sich an alle in der Krankenversorgung Aktiven und am Patientenwohl Interessierten. Wir setzen an beim Bewusstsein von Professionalität und ihren spezifischen Ethosformen. Im Brennpunkt stehen die teils offenen, teils verdeckten Diskrepanzen zwischen einerseits der Professionalität, wie gut ausgebildete Fachkräfte im Gesundheitswesen diese wahrnehmen sollten, andererseits, wie sie ihre Professionalität in ihren konkreten Arbeitssituationen wirklich wahrnehmen können. Mit „Professionalität“ meinen wir das Gemeinsame aller für die organisierte Krankenbehandlung einschlägigen Professionen.

Für die normative Bewertung solcher Diskrepanzen liefert die organisationsethische Maxime, dass die Entfaltung von Professionalität nach Möglichkeit erleichtert, ihre Entkräftung nach Möglichkeit erschwert werden sollte, einen Maßstab, der nicht nur vernünftig ist, sondern auch relevant, weil er fallspezifisch konkretisiert, kontextualisiert, spezifiziert werden kann, also „an die Realität heranreicht“.

Basierend auf der langjährigen Arbeit der AG begreifen wir einen Teil der, öffentlich wie auch professionsintern mächtig anschwellenden Klagen über schlimme Zustände (Klagen nicht nur der Ärzteschaft und Pflege, sondern auch der Patienten und ihrer Vertreter) als Leidensdruck unter einer vorwiegend ökonomisierungs- und kommerzialisierungsbedingten Deprofessionalisierung: einer schleichenden aber systematischen Abspannung, Abschwächung, Einschränkung, Zurücknahme oder Verdrängung der Geltungsansprüche einer recht verstandenen Professionalität.

Massive Deprofessionalisierungstendenzen, die „von den Verhältnissen erzwungen“ sind, sind bei Licht besehen entwertend und für die Betroffenen nur schwer erträglich. Sie zeigen sich im Detail (Arbeitssituation) wie im großen Ganzen (Gesundheitssystem). Professionsmitglieder sind als solche mitverantwortlich für die Verwirklichungsbedingungen ihrer Professionalität, und daher aufgefordert, angesichts der Misere der durch Ökonomisierung und Kommerzialisierung angetriebenen Deprofessionalisierung Gegenkräfte zu mobilisieren. Innerprofessionelle Solidarität kann die Verhältnisse verbessern.

Realistisches Möglichkeitsdenken ist gefragt! Der Workshop dient als ein ausgedehnter Resonanzraum für die Befundung der Misere und die Erkundung von Abhilfe bzw., wenn man so will, von organisationsethischer Therapie.

Ablauf des Workshops: Die AG hat die wissenschaftlichen und ethischen Diskussionen über Professionalisierung aufgearbeitet, sowie die einschlägigen professionsethischen Dokumente (z.B. den INC-Kodex und den aktuellen International Code of Medical Ethics) ausgewertet. In einer kurzen Input Präsentation (10-15 Minuten) werden wir die Ergebnisse zu Professionalität und ihren Ethosformen vorstellen. Zudem verfügt die AG über ausgearbeitete Begriffe von Ökonomisierung und Kommerzialisierung, die wir ebenfalls kurz vorstellen wollen (10-15 Minuten). Im interaktiven Hauptteil des Workshops (ca. 60 Minuten) geht es um die Konfrontation von Idealen und Verwirklichungsbedingungen. Die Teilnehmenden werden ermuntert, aus ihrem je eigenen Erfahrungsbereich Befunde zu erheben. Wo Leidensdruck war, soll Professionselbstbewusstsein werden. Dazu dienen drei konstruktive Leitfragen:

Abstract – Workshop

Q1 Wirken sich bestimmte Praktiken (...Gegebenheiten, Organisationformen, Arbeitsbedingungen...) auf bestimmte Werte, Normen, Ansprüche ihres Professionalitätsverständnisses und deren Verwirklichung eher behindernd oder eher förderlich aus – und wodurch?

Q2 Welche Rolle spielen Ökonomisierung und Kommerzialisierung für diese Befunde in Ihrer Sicht?

Q3 Welche Möglichkeiten sehen Sie in Ihrem eigenen Einflussbereich? Was könnte und sollte in der Patientenversorgung umorganisiert werden - mit Aussicht auf Besserung?

Post-Workshop Phase: Wir möchten anbieten, den eröffneten Resonanzraum mit Hilfe einer Diskussionsplattform im Netz für eine gewisse Zeit (2 Monate?) für alle interessierten Teilnehmer offenzuhalten. Die AG wird die Ergebnisse aufbereiten und allen Mitgliedern der AEM zu Verfügung stellen.

P01

Spiritual Tech und ihre Auswirkungen auf Spiritual Care in Pflege- und Gesundheitskontexten

Max Tretter¹, Jonas Simmerlein²

¹ Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

² Universität Wien

Der Mensch ist als ein ganzheitliches Wesen zu verstehen, dessen Wohlergehen nicht nur davon abhängt, dass seine körperlichen Grundbedürfnisse erfüllt sind. Neben Gesundheit, Nahrung, Schlaf und Obdach sehnen sich Menschen, im Regelfall, unter anderem auch nach Gemeinschaft und danach, Sinn in ihrem Dasein zu erfahren. Oder, um es theologisch an ein Jesuslogion rückzubinden: "Der Mensch lebt nicht vom Brot allein" (Mt 4,4).

Diese Einsicht, dass das menschliche Wohlergehen mehr erfordert als körperliche Versorgung, schlägt sich auch in der Pflege nieder. So wird unter anderem im sogenannten "Total Care Prinzip" betont, dass eine ganzheitliche Pflege neben körperlichen, psychologischen und sozialen Aspekten auch die spirituellen Anliegen der Pflegebedürftigen adressieren sollte. Da sich Spiritualität unmittelbar auf das Wohlergehen von Personen auswirken kann, erscheint es äußerst empfehlenswert, in Pflegekontexten – auch wenn nicht alle Patient:innen diese in Anspruch nehmen werden – Angebote für spiritual care zu schaffen.

Im Zuge der fortschreitenden Digitalisierung und Technisierung können wir beobachten, wie zunehmend neue Apps, Tools und Roboter vorgestellt werden, die Pfleger:innen entweder bei ihren Aufgaben unterstützen sollen oder sogar selbsttätig einige Pflegeaufgaben übernehmen können. Man denke etwa an smarte Algorithmen, die es mobilen Pflegekräften erlaubt, ihre täglichen Routen zu planen, um am sprichwörtlichen "Ende des Tages" möglichst wenig Zeit aufs Planen anwenden zu müssen und möglichst viel Zeit für ihre Patient:innen zur Verfügung zu haben. Oder an Social Robots, die in Alten- und Pflegeheimen oder klinischen Kontexten – aktuell eher versuchsweise – eingesetzt werden, um manuelle Aufgaben zu übernehmen oder Bewohner:innen zu Bewegung und sozialer Interaktion zu motivieren.

Neben diesen Neuerungen im Bereich der "Pflegetech" gibt es kontinuierlich Innovationen auf dem Feld der "Spiritual Tech". Sprich: Apps, Tools und Roboter, die ihre User:innen in ihrem spirituellen Alltag begleiten und unterstützen. Dazu können etwa Apps gehören, die daran erinnern, regelmäßig Bibel zu lesen oder zu beten und sogar Gebete vorformulieren; weiterhin auch auf Large-Language-Models basierende Chatbots, mit denen man sich über religiöse Themen "unterhalten" und bei denen man Rat zu spirituellen Anliegen suchen kann; und nicht zuletzt auch vermeintliche "religiöse Roboter", die Nutzer:innen bei religiösen Übungen, etwa der Meditation oder den muslimischen Tageszeitengebeten, begleiten oder diese anleiten können.

Unser Plan ist es, auf der AEM-Jahrestagung im September ein Poster zu präsentieren, auf dem wir:

1. den aktuellen Stand dieser Spiritual Tech präsentieren;
2. darüber reflektieren, welche Auswirkungen diese
3. Technologien auf Pflege und vor allem spirituelle Angebote im Pflegekontext haben werden;
4. und welche praktischen wie ethischen Rahmenbedingungen für den Einsatz spiritueller Technologien in der Pflege formuliert werden sollten.

P02

Auswirkungen von KI auf Shared-Decision-Making in der Medizin. Soziologische und ethische Betrachtungen anhand eines Praxisbeispiels

Michael Hahn¹, Zeineb Sassi², Max Tretter³, David Samhammer³, Prof. Dr. Peter Dabrock³

¹ Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

² Institut für Epidemiologie und Präventivmedizin, Universität Regensburg

³ Lehrstuhl für Systematische Theologie II (Ethik), Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg

Im medizinischen Bereich müssen täglich zahlreiche Entscheidungen getroffen werden. Dabei soll das sogenannte Shared-Decision-Making (SDM) helfen, möglichst viele Akteure in den Entscheidungsprozess einzubeziehen. Gleichzeitig halten immer mehr KI-basierte Systeme mit ihren je spezifischen Aufgaben Einzug in den Klinikalltag. Doch: Wie wirkt sich der Einsatz von KI auf SDM aus?

Dieser Frage geht das vom BMBF geförderte Projekt PRIMA-AI nach. Als interdisziplinäres Forschungsprojekt beschäftigt es sich mit den Auswirkungen des Einsatzes von KI auf medizinische Entscheidungsfindung. Im Zentrum des Projekts steht dabei eine systematische empirische Studie im Bereich der Nephrologie, die im Rahmen ethischer, technischer und medizinischer Analysen durchgeführt wird. Dabei geht es um den Einsatz eines KI-gestützten Systems, das diejenigen Patient:innen identifizieren kann, die nach einer Nierentransplantation ein erhöhtes Risiko für eine Abstoßung des Transplantats haben.

Das ethische Teilprojekt hat dabei zum Ziel, eine fundierte normative Analyse von KI-gestütztem SDM zu erarbeiten und neue philosophische Perspektiven dafür bereitzustellen. Während SDM generell dazu beitragen soll, dass die Präferenzen, Überzeugungen und Werte von Patient:innen berücksichtigt und in den Entscheidungsprozess mit einbezogen werden, kommt mit der Einführung von KI-basierten Systemen in klinische Entscheidungsprozesse nun zur Interaktion zwischen den Akteur:innen Ärzt:in – Patient:in eine weitere Entität mit ihrer Einschätzung bzw. Handlungsempfehlung hinzu. Dadurch stellt sich im nächsten Schritt die Frage, welchen Einfluss diese Technologien durch die weiteren Interaktionsmöglichkeiten auf den Prozess des SDM und die damit verbundenen normativen Konzepte haben.

Um die Verschiebungen in der Interaktion und vor allem Fragen nach Handlungsfähigkeit (Agency) und Verantwortung adäquat zu erfassen, bedient sich das ethische Teilprojekt am Framework der Akteur-Netzwerk-Theorie nach Bruno Latour. Indem die KI selbst als Aktant – und nicht mehr nur als Werkzeug – erfasst wird, können die vielfältigen Verflechtungen von menschlichen und nicht-menschlichen Aktanten beschrieben und in die ethische Reflexion integriert werden.

Mit unserer Postervorstellung möchten wir anhand des oben skizzierten Praxisbeispiels einen Einblick in die zentralen Themen und Problem- bzw. Fragestellungen in Bezug auf den Einsatz von KI und seine Auswirkungen auf das SDM bieten.

P03

Wo verlaufen die Grenzen ärztlicher Letztverantwortung? Entwurf einer normativen Anleitung zur Verwendung von KI-Systemen

PD Dr. Markus Herrmann¹, Prof. Dr. Dr. Eva Winkler¹

¹ Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT), Heidelberg

Hintergrund:

Zwar beherrscht der Ruf nach ärztlicher Letztverantwortung die Diskussion um den medizinischen Einsatz von KI-Systemen. Es mehren sich jedoch die Zweifel, ob eine solche Verantwortung angemessen ist. Vermehrt zeigen Studien, dass es selbst Experten schwer fällt, KI-Fehler auszugleichen – sogar bei solchen KI-Systemen, deren Output vermittels sogenannter Erklärbarkeits-Tools nachvollziehbar sein sollte. Zu verschieden scheinen die Kalkulationen einer KI vom menschlichen Denken zu sein und zu sehr scheint die Interaktion mit KI-Systemen von psychologischen Hürden (Automation Bias oder Algorithm Aversion Bias) belastet zu sein, als dass Ärztinnen und Ärzte KI-Fehler einfach kompensieren können. Daher ist es fraglich, ob die Verantwortung für jede KI basierte Diagnose oder Therapie letztlich nur bei der Ärzteschaft liegen kann. Umgekehrt darf diese auch nicht vollständig aus der Pflicht genommen werden. Aber wo genau verlaufen dann die Grenzen ärztlicher Letztverantwortung?

Es wird eine Anleitung für Ärztinnen und Ärzte vorgestellt, welche die verantwortungsvolle Verwendung von KI-Systemen in ihren konkreten Einzelschritten beschreibt.

Methode:

Die Anleitung wurde durch Rekonstruktion der ärztlichen Perspektive und ihrer normativen Hinterfragung erarbeitet. Hierfür spielten sowohl empirische als auch normativ-epistemologische Arbeiten eine zentrale Rolle: letztere im Hinblick auf besonders heikle Mängel intelligenter Systeme sowie auf die Grenzen der Verständlichkeit von KI-Output, erstere zur Vermeidung von übermäßigem Vertrauen oder Misstrauen in automatisierte Systeme sowie zur rationalen Interaktion mit ihnen.

Ergebnis:

Die Anleitung führt die einzelnen Schritte auf, die eine Ärztin oder ein Arzt durchlaufen muss, um ein KI-System im medizinischen Kontext verantwortungsvoll einzusetzen. Sie berücksichtigt dabei unterschiedliche Einsatzgebiete und ihre besonderen Anforderungen (bspw. Zeitdruck im chirurgischen Kontext). Dabei weist sie letztendlich eine doppelte Verwendungsweise auf: Zum einen kann sie von den Ärztinnen und Ärzten als konkrete Anleitung für die Verwendung von KI-Systemen herangezogen werden. Zum anderen erlaubt sie eine normative Bewertung ärztlicher Praxis: Sie zeichnet nach, welche Pflichten Ärztinnen und Ärzte bei der Verwendung von KI-Systemen haben und wo somit konkret die Grenzen ärztlicher Letztverantwortung verlaufen.

P04

Implikationen des KI-Einsatzes in der Psychiatrie für das professionelle Selbstverständnis von Psychiater:innen

Eike Buhr, M.Ed.¹, Prof. Dr. Mark Schweda¹

¹ Abteilung Ethik in der Medizin, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

KI-basierte Ansätze wie maschinelles Lernen mittels neuronaler Netze finden zunehmend Einsatz in der neuropsychiatrischen Forschung und Praxis. Sie sollen eine präzisere Prädiktion, Früherkennung, Diagnose und Therapie neuropsychiatrischer Erkrankungen ermöglichen. Der Einsatz von KI ist dabei mit erheblichen Herausforderungen für das professionelle Selbstverständnis von Psychiater:innen verbunden. Während Vertreter:innen eines eher geisteswissenschaftlich orientierten Verständnisses die Verdrängung hermeneutisch-sinnverstehender Diagnose- und Therapieformen befürchten, besteht bei Vertreter:innen eines eher naturwissenschaftlich orientierten Verständnisses die Sorge, dass ihr Status als Expert:in dadurch herausgefordert wird, dass die psychiatrische Diagnosestellung in Zukunft durch eine KI erfolgen könnte. Diese Sorge wiegt umso schwerer, als die Grundlagen der mit Verfahren der computationalen Psychiatrie erzielten Ergebnisse oft nicht mehr ohne Weiteres nachvollziehbar und erklärbar sind.

So stellt sich die Frage nach ärztlicher Urteilskraft unter neuen Vorzeichen, wenn Diagnose und Therapieentscheidung nicht länger allein aufgrund ärztlicher Anamnese, sondern mithilfe eines Algorithmus erfolgen? Wie sollen so entstandene Entscheidungen eingestuft und kommuniziert werden, damit das Vertrauen zwischen Ärzt:innen und Patient:innen weiterhin aufrechterhalten werden kann? Benötigen Ärzt:innen in Zukunft vermehrt Kenntnisse in Informatik und Statistik? Welche Relevanz können hermeneutisch-sinnverstehende Diagnose- und Therapieformen in Zukunft beanspruchen?

Zur Annäherung an diese Fragen analysieren wir im Rahmen von etwa zehn qualitativen Leitfadeninterviews Perspektiven forschender und klinisch tätiger Psychiater:innen, um ihre Einschätzungen der Potentiale und Herausforderungen des Einsatzes von KI sowie ihre Ansichten bezüglich der Implikationen für das professionelle Selbstverständnis der Psychiatrie zu eruieren. Auf dieser Grundlage identifizieren wir relevante Kategorien und Themen, die im Kontext der Integration von KI in das professionelle Selbstverständnis von Psychiater:innen von Bedeutung sind. Dabei zeigt sich nicht zuletzt, inwiefern Ansprüche an die Erklärbarkeit KI-basierter Expertensysteme mit den jeweils zugrundeliegenden wissenschaftstheoretischen Verständnissen der Psychiatrie zusammenhängen und variieren. Dies ist wiederum mit Implikationen für die Versorgung von Patient:innen verbunden.

P05

Das moralische Recht auf genomisches Nichtwissen Neugeborener - Begründung, Konzeptualisierung, Implikationen

Karla Alex¹, Lars Neth¹, Dr. Sascha Settegast², Prof. Dr. Dr. Eva Winkler¹

¹

²

Das Ziel der Präsentation ist: zu begründen, weshalb bereits kleine Kinder ein moralisches Recht auf genomisches Nichtwissen (mRGN) haben; dieses Recht als moral. Abwehrrecht gegen genomische Testung zu konzeptualisieren; eine praktische Implikation von mRGN aufzuzeigen. Wir befassen uns konkret mit den Fragen: (1) Haben asymptotische Neugeborene ohne bekanntes familiäres Risiko auf genet. Erkrankungen ein mRGN? (2) Welche Relevanz hätte mRGN für die Ausgestaltung von genomischem Neugeborenencreening (gNBS)? gNBS ist ein viel diskutiertes Programm der Sekundärprävention behandelbarer Erkrankungen v.a. der frühen Kindheit, mit dem aber auch auf viele weitere Erkrankungen getestet werden kann und in manchen Ländern wird.

Unsere Präsentation adressiert eine Forschungslücke, die aufgrund der Vielzahl international bereits durchgeführter gNBS-Studien mit der Aussicht auf selbige auch in Deutschland und praktischen Relevanz der Thematik möglichst geschlossen werden sollte. Die Forschungslücke besteht, da mRGN bisher v.a. im Kontext genet. Testung Erwachsener oder familiär vorbelasteter Kinder untersucht wurde, gNBS aber ein populationsweiter Test aller Neugeborenen ist. Debatten zu mRGN (v.a. mRGN Erwachsener in populationsweiten Tests) konzentrieren sich zudem oft auf Rückmeldung bereits existierender Funde, z.B. Zufallsfunde aus Genomstudien, während im gNBS Zufallsfunde praktisch ausgeschlossen sind und zu diskutieren ist, ob mRGN verlangt, manche Ergebnisse gar nicht erst zu generieren, selbst wenn Eltern dies wünschen.

mRGN basiert auf Autonomie (Ost 1984; Andorno 2004) und ist Freiheitsrecht, sich gegen genet. Wissen zu entscheiden, v.a. aber Abwehrrecht, dass niemand es ohne Zustimmung generiert (Taupitz 1998). Neugeborene können das Freiheitsrecht nicht ausüben, haben aber das Abwehrrecht. Dieses ergibt sich u.E. aus einem erweiterten Kindeswohlkonzept, das Befähigung zu künftiger Autonomie beinhaltet – etwas anders Morrissey/Walker 2018, die mRGN als „right in trust“ unter das Recht auf offene Zukunft fassen. Aber nun kommt ein wichtiges, Hohfeld'sches Merkmal moral. Rechte ins Spiel (Hohfeld 1913): ihre mögliche Aufgabe, z.B. bei Konflikt mit anderen Rechten. Abzuwägen ist mRGN gegen das, auch kindeswohlbasierte, Recht auf Gesundheit.

Für die Praxis bedeutet das: Im gNBS darf wegen mRGN nur auf für das Kind unmittelbar gesundheitsrelevante Informationen getestet werden. Dieses Ergebnis ist relevant, da bisherige gNBS-Studien z.T. deutlich liberaler vorgehen.

P06

Digitale Gesundheitskompetenz als Voraussetzung für die Beteiligung an gesundheitstechnologischer Forschung. Ergebnisse einer qualitativ empirisch-ethischen Analyse

Lea Wilken, M.A.¹, Dr. Henk Jasper van Gils¹, Prof. Dr. Sabine Wöhlke¹

¹ Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Einleitung: Digitale Produkte und die damit verbundenen Möglichkeiten, die gesundheitliche Lage unterschiedlicher Patientengruppen zu verbessern, setzen sich im Gesundheitssystem durch. Patienten entscheiden sich immer mehr für die Nutzung dieser Produkte, die aber eine digitale Gesundheitskompetenz (dGK) voraussetzt. Bisher wissen wir wenig über ihre Einstellung und Wahrnehmung zu dGK für die Nutzung digitaler Gesundheitsprodukte.

Methoden: Ziel unserer empirisch-ethischen Studie war die Ermittlung der Chancen und Herausforderungen von dGK für eine gelingende digitale Teilhabe aus Sicht von Patienten. Hierzu wurden 13 semi-strukturierte Telefoninterviews (Länge: 35-70 min.) mit Patient*innen, Mitgliedern von Patientenorganisationen (PO), durchgeführt. Das Material wurde inhaltsanalytisch ausgewertet.

Ergebnisse: Neben den wesentlichen Merkmalen einer (d)GK (gesundheitsbezogene Informationen suchen, bewerten und anwenden) nannten PO-Mitglieder die Verfügbarkeit eines Endgeräts und die Kompetenz dieses zu nutzen. Weitere Aspekte waren ein unterstützendes soziales Umfeld sowie ein basales Interesse und eine grundlegende Motivation, den digitalen Umgang erlernen zu wollen. Darüber hinaus wurde von vielen Mitgliedern berichtet, dass sie sich im Umgang mit digitalen Anwendungen unsicher fühlen und dass dies die Motivation und das Interesse beeinflusst. Letztlich wird die Verantwortung für die Förderung der dGK von Patient*innen sowohl externen Akteuren, wie beispielsweise politischen Akteuren oder Akteuren im Gesundheitssystem, als auch den Patient*innen selbst zugeschrieben.

Schlussfolgerung: Die Perspektive von Patienten hilft, die aktuellen digitalen Barrieren für eine dGK weiter zu vertiefen, und betont die Dringlichkeit geeigneter Maßnahmen, die die dGK sowie eine souveräne Nutzung digitaler Gesundheitsprodukte stärken. Auf theoretischer Ebene weisen die Ergebnisse auf eine benötigte Erweiterung des klassischen Verständnisses einer GK hin, wie unter anderem den technischen Zugang zu digitalen Informationen.

P07

Entwicklung und Pilotierung von ethischem Unterstützungsmaterial zu schwierigen Entscheidungen zu Sedierung in der Palliativmedizin

Dr. Alexander Kremling¹, Stefanie Kolmhuber², Prof. Dr. Eva Schildmann³, Manuela Schneider, Dr. Sabine Sommerlatte¹, Prof. Dr. Jan Schildmann¹

¹ Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

² Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, LMU Klinikum München

³ Lehrstuhl für Palliativmedizin, Universität Augsburg

⁴ Abteilung Palliativmedizin, Uniklinikum Erlangen

Hintergrund

Im Forschungsprojekt iSedPall – „Entwicklung und Machbarkeitsprüfung einer multimodalen Intervention für den Gebrauch sedierender Medikamente in der spezialisierten Palliativversorgung“ (BMBF, 01GY2020A-C) wurde im Teilprojekt „Ethik“ ethisches Unterstützungsmaterial entwickelt und durch zwei ambulante und zwei stationäre Behandlungsteam 9 Monate pilotiert. Das Material soll die Umsetzung der zuvor konsentierten SedPall-Handlungsempfehlungen in der Praxis unterstützen und ethische Konflikte/moralischen Disstress in besonders schwierigen Behandlungssituationen reduzieren.

Methoden

Entscheidungen über Ziele des Ethikmaterials und Entwicklungsschritte wurden zusammen mit externen Expert:innen aus spezialisierter ambulanter und stationärer Palliativversorgung, unterstützt von einer Partizipationsgruppe, getroffen. Ethische Analysen von Fallkonstellationen wurden an der Prinzipienethik (Beauchamp und Childress) orientiert. Während der Pilotierung wurden retrospektive Fallbesprechungen sowie leitfadengestützte Interviews mit Angehörigen und Patient:innen zu Erfahrungen, Wünschen und Bedürfnissen in Hinblick auf Sedierung in der Palliativmedizin geführt. Nach Pilotierung fanden Fokusgruppeninterviews zur Gesamtintervention, eine Onlinebefragung, sowie ein Workshop mit Diskussion der Pilotierungsergebnisse statt.

Ergebnisse

Es wurde eine Informationsbroschüre für Patient:innen und Angehörige erstellt und für 6 Konstellationen jeweils Checklisten für Teambesprechungen und eine kurze ethische Darstellung des Problems (Indikation Existenzielles Leiden, Sedierungswunsch, -risiken, Beenden künstlicher Beatmung, SAPV-Sedierung, Zurücknehmen von Sedierungstiefe). In den Zentren wurde im Pilotierungszeitraum in 6 Fällen fallspezifisches Ethikmaterial genutzt. Aus den erhobenen Patient:innendaten und retrospektiven Fallbesprechungen konnten wir weitere Einsatzmöglichkeiten und eine weitere Fallkonstellationen erkennen (Thema: Leidenslinderung oder medikamentöse Fixierung?). Trotz auch positiver Rückmeldungen bestehen Akzeptanzschwierigkeiten insbesondere beim fallspezifischen Material.

Diskussion

Die Informationsbroschüre könnte durch Aufklärung zur Vermeidung ethischer Herausforderungen dienen. Dem Einsatz von spezifischerem ethischen Unterstützungsmaterial könnten verschiedene Behandlungskulturen und eingespielte Prozesse zum Umgang mit ethisch schwierigeren Entscheidungen entgegenstehen, sowie die Überzeugung, dass bereits ausreichende ethische Kompetenz besteht.

Organisatorisches und Kontakt

Lokales Organisationsteam

Prof. Dr. Dr. Urban Wiesing (Tagungspräsident und Tagungsleitung)
Christiane Burmeister (Tagungsleitung)
Dr. Florian Funer (Tagungsleitung)
Dr. Cordula Brand
Prof. Dr. Hans-Jörg Ehni
Dr. Oliver Feeney
Prof. Dr. Thomas Potthast
Celine Wagner

Tagungspräsident

Prof. Dr. Urban Wiesing
Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin
Eberhard Karls Universität Tübingen

Die Tagung wird veranstaltet von

Institut für Ethik und Geschichte der
Medizin/ Medizinische Fakultät der
Eberhard Karls Universität Tübingen
Gartenstraße 47
72074 Tübingen
(Direktor: Prof. Dr. Dr. Urban Wiesing)

Internationales Zentrum für Ethik in den
Wissenschaften (IZEW)
Eberhard Karls Universität Tübingen
Wilhelmstraße 19
72074 Tübingen
(Sprecher: Prof. Dr. Thomas Potthast)

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Claudia Bozzaro (Kiel)
Christiane Burmeister (Tübingen)
Dr. Stefan Dinges (Wien)
Prof. Dr. Hans-Jörg Ehni (Tübingen)
Dr. Tobias Eichinger (Zürich)
Prof. Dr. Dr. Orsolya Friedrich (Hagen)
Dr. Florian Funer (Tübingen)
PD Dr. Solveig Lena Hansen (Bremen)
Dr. Anna Hirsch (München)
Prof. Dr. mult. Nikolas Knoepffler (Jena)
Prof. Dr. Susanne Michl (Berlin)
Prof. Dr. Thomas Potthast (Tübingen)
Prof. Dr. Robert Ranisch (Potsdam)
Prof. Dr. Dr. Sabine Salloch (Hannover)
Prof. Dr. Thomas Schramme (Liverpool)
Dr. Matthias Schütz (München)
Prof. Dr. Giovanni Rubeis (Krems)
Prof. Dr. Claudia Wiesemann (Göttingen)
Prof. Dr. Urban Wiesing (Tübingen)

Organisatorisches und Kontakt

Kontakt für inhaltliche und organisatorische Fragen

Dr. Florian Funer & Christiane Burmeister

Wissenschaftliche Mitarbeiter des Instituts für Ethik und Geschichte der Medizin

Eberhard Karls Universität Tübingen

Gartenstraße 47

72074 Tübingen

aem24@medizin.uni-tuebingen.de

Geschäftsstelle der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)

Humboldtallee 36

D-37073 Göttingen

kontakt@aem-online.de

0551-3935344

Homepage für weiterführende Informationen zur Tagung, Ihrer Anreise und Übernachtungsmöglichkeiten sowie aktuelle Hinweise zur Anmeldung: www.aem2024.de