

Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin
10. bis 12.09.2026 in Oldenburg



Medizin und Zeit. Ethische Perspektiven

Programm & Abstractband

Stand: 25.08.2026



Fachgesellschaft für
Ethik im Gesundheitswesen



Universitätsmedizin
Oldenburg

Veranstaltungsorte

Kulturzentrum PFL

Hauptveranstaltungsort der AEM-Jahrestagung 2026 ist das **Kulturzentrum PFL** (ehemals Peter Friedrich Ludwigs Hospital). Hier finden der Satellitenworkshop 4, die Plenarveranstaltungen, die Postersession, ein Großteil der Parallelsektionen und die Kaffeepausen statt.



Adresse:

1

Peterstraße 3
26121 Oldenburg

Bushaltestelle: Julius-Mosen-Platz

Pius-Tower

Im „**Pius-Tower**“ finden die Satellitenworkshops 2 und 3 sowie die Workshops der Parallelsektionen statt.



Adresse:

2

Peterstraße 28-34
26121 Oldenburg

Entfernung zum PFL: 170 m

Bushaltestelle: Julius-Mosen-Platz

Forum St. Peter

Im **Forum St. Peter** findet Satellitenworkshop 1 statt.



Adresse:

3

Peterstraße 22-26
26121 Oldenburg

Entfernung zum PFL: 130 m

Bushaltestelle: Julius-Mosen-Platz

Oldenburger Computermuseum

Im **Oldenburger Computermuseum** findet die Abendveranstaltung am Donnerstag statt.



Adresse:

4

Bahnhofsplatz 10
(im Gebäude der Post/Postbank)
26122 Oldenburg

Entfernung zum PFL: 1.000 m

Bushaltestelle: Hauptbahnhof Süd

CORE

In der „Markthalle“ des **CORE** findet das Konferenz-Dinner am Freitag statt.



Adresse:

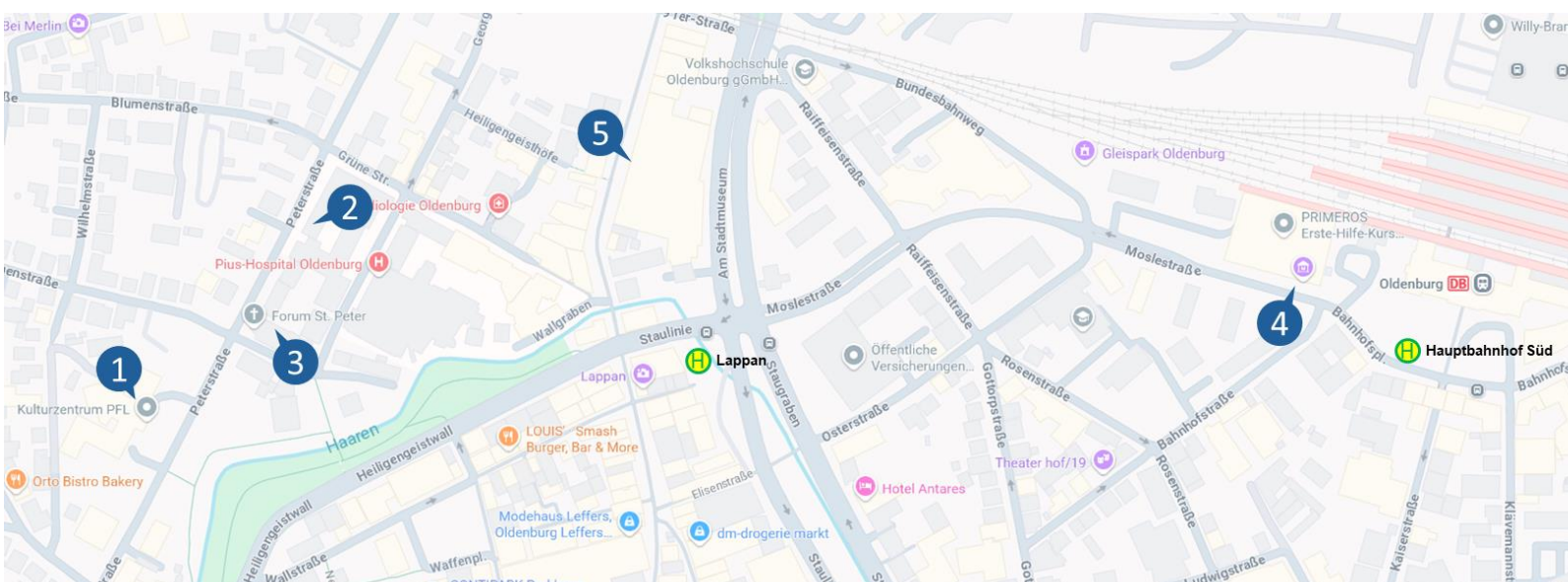
5

Heiligengeiststraße 6-8
26121 Oldenburg

Entfernung zum PFL: 550 m

Bushaltestelle: Lappan

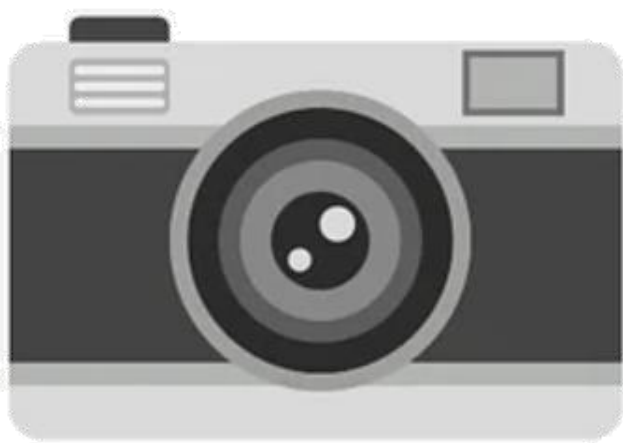
Wir empfehlen dringend die **Anreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln**. PKW-Stellplätze in unmittelbarer Nähe zu den Veranstaltungsorten sind sehr begrenzt, kostenpflichtige Parkplätze und Parkhäuser stehen jedoch in fußläufiger Entfernung zur Verfügung. Busverbindungen finden Sie unter <https://www.vwg.de/> oder über die Website oder App der Deutschen Bahn.



Inhaltsverzeichnis

Grußwort	5
Wissenschaftlicher Beirat.....	6
Kontakt und Informationen.....	7
Keynote Lecture	8
Programmübersicht	9
Tagungsprogramm	10
Satellitenworkshops.....	13
Parallelsektionen	19
Posterbeiträge	23
Vortragsabstracts	24
Workshopabstracts	67
Posterabstracts	70
Lokales Organisationsteam.....	76
Tipps für Unternehmungen in und um Oldenburg.....	77
Impressum	79

Hinweis auf Fotoaufnahmen



Während der Tagung werden Fotos gemacht. Diese dienen der Dokumentation der Veranstaltung sowie der Information und Berichterstattung in unseren Medien (Website, Social Media und Printmedien). Mit Ihrer Teilnahme an der Jahrestagung erklären Sie sich grundsätzlich damit einverstanden, dass die Aufnahmen zu den genannten Zwecken verwendet und veröffentlicht werden. Sollten Sie nicht aufgenommen werden wollen, geben Sie den Mitarbeitenden vor Ort bitte Bescheid.

Grußwort



Liebe Mitglieder der Akademie für Ethik in der Medizin, liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Freundinnen und Freunde, liebe Gäste!



Zeit ist ein zentraler Faktor in Medizin und Gesundheitsversorgung. Wartezeiten, Vorsorge, Behandlungsplanung, zeitkritische Versorgung oder die Diskussion um die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems insgesamt zeigen, wie sehr medizinische und pflegerische Praxis sowie gesundheitspolitische Entscheidungen von zeitlichen Bedingungen geprägt sind. Aus ethischer Sicht stellt sich dabei immer auch die Frage nach der angemessenen Zeitlichkeit: Wann braucht Heilung Zeit, wann ist schnelles Handeln geboten und wie lassen sich individuelle, institutionelle und gesellschaftliche Zeitordnungen angemessen gestalten? Zugleich eröffnen medizinisch-technische Entwicklungen neue Möglichkeiten, zeitliche Grenzen zu verschieben – etwa durch Prävention, Reproduktionsmedizin oder Lebensverlängerung – und werfen so grundlegende ethische Fragen nach den Zielen, Möglichkeiten und Grenzen von Medizin und Pflege auf.

Im Mittelpunkt der diesjährigen Jahrestagung steht die ethische Bedeutung zeitlicher Faktoren in medizinischen und pflegerischen Entscheidungs- und Handlungskontexten sowie die Frage, wie medizinische Möglichkeiten im Lichte subjektiven Zeiterlebens, menschlicher Lebenszeit und gesellschaftlicher Zeitordnungen zu bewerten sind.

Unser besonderer Dank gilt bereits jetzt allen, die an der Vorbereitung und Durchführung der Veranstaltung mitwirken. Wir freuen uns darauf, Sie auf der Jahrestagung 2026 der Akademie für Ethik in der Medizin zum Thema „Medizin und Zeit. Ethische Perspektiven“ in Oldenburg willkommen zu heißen und gemeinsam mit Ihnen Raum – und Zeit – für Begegnungen, Diskussionen und einen lebendigen wissenschaftlichen Austausch zu schaffen.

Herzlich

Mark Schweda und Lena Stange

für das gesamte Tagungsteam der Jahrestagung 2026

Wissenschaftlicher Beirat

Wir danken den Mitgliedern des interdisziplinär zusammengesetzten wissenschaftlichen Beirats der AEM-Jahrestagung 2026 für die gewissenhafte Begutachtung der großen Anzahl an eingereichten Vorschlägen für Tagungsbeiträge!

Prof. Dr. Claudia Bozzaro, Universität Münster

Dr. Lea Chilian, Universität Zürich

Dr. Tobias Eichinger, Universität Zürich

PD Dr. Florian Funer, Universität Tübingen

Prof. Dr. Ruth Horn, Universität Augsburg

Dr. Roland Kipke, Universität Bielefeld

Prof. Dr. Helen Kohlen, Rheinisch-Westfälische Technische Hochschule Aachen

Dr. Katja Kühlmeyer, Ludwig-Maximilians-Universität München

Dr. Isabella Marcinski-Michel, Charité Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. Susanne Michl, Charité Universitätsmedizin Berlin

Prof. Dr. Rouven Porz, Universität Bern

PD Dr. Nadia Primc, Universitätsklinikum Heidelberg

Prof. Dr. Christoph Rehmann-Sutter, Universität Lübeck

Dr. Christoph Schickhardt, Universitätsklinikum Heidelberg

Prof. Dr. Ralf Stoecker, Universität Bielefeld

Prof. Dr. Sabine Wöhlke, Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Dr. Julia Zielke, Charité Universitätsmedizin Berlin

Kontakt und Informationen

Kontakt für inhaltliche und organisatorische Fragen:

Prof. Dr. Mark Schweda und Lena Stange
Abteilung Ethik in der Medizin
Department für Versorgungsforschung
Fakultät VI Medizin und Gesundheitswissenschaften
Carl von Ossietzky Universität Oldenburg
Ammerländer Heerstr. 114-118
26129 Oldenburg
Telefon: 0441 / 798 – 4491
E-Mail: aem2026@uni-oldenburg.de

Julia Wüstefeld
Geschäftsstelle der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM)
Humboldtallee 36
37073 Göttingen
Telefon: 0551 / 3935344
E-Mail: kontakt@aem-online.de

Tagungshomepage:

Informationen zur Tagung, Anreise und Übernachtungsmöglichkeiten:
<https://uol.de/aem2026>

Registrierung:

Über die Website der AEM können Sie sich für die Tagung anmelden:
<https://aem-online.de/jahrestagung-2026/>

Fortbildungspunkte:

Fortbildungspunkte sind bei der Ärztekammer und der Registrierung beruflich Pflegender beantragt.

Keynote Lecture

Bioethics as Public Discourse

Prof. Dr. Bruce Jennings



Wir freuen uns, für die Keynote Lecture der diesjährigen Jahrestagung den Bioethiker und Gesundheitspolitikforscher Bruce Jennings gewonnen zu haben. Prof. Jennings lehrt an der Vanderbilt University und ist Senior Fellow am Center for Humans and Nature sowie Berater des Hastings Center. Seine Arbeitsschwerpunkte liegen in der Medizin- und Public-Health-Ethik, insbesondere in den Bereichen Palliativversorgung, Entscheidungen am Lebensende und Umweltethik. Er zählt zu den international profilierten Stimmen der angewandten Ethik und hat zahlreiche Bücher und Fachbeiträge veröffentlicht, darunter *Symbiotic Time* (2022), *Cognition and Recognition in the Ethics of Dementia Care* (2022) und *The Crisis of Public Trust and Legitimacy in Public Health: Being Successful in a World in Turmoil* (2025).

Programmübersicht

Donnerstag, 10.09.2026	Freitag, 11.09.2026	Samstag, 12.09.2026
10.00-13.00 Satellitenworkshops *	9.00-10.30 Plenarveranstaltung II: Podiumsdiskussion „Keine Zeit? Gesundheitsversorgung zwischen (Kosten-) Effizienz und Zeitnot“	9.00-11.00 Parallelsektionen III
	10.30-11.00 <i>Kaffeepause</i>	11.00-11.30 <i>Kaffeepause</i>
	11.00-12.30 Parallelsektionen I	11.30-12.30 Plenarveranstaltung III: Podiumsdiskussion „Solidarische Gesundheitsversorgung für zukünftige Generationen?“
	12.30-13.15 <i>Mittagspause</i>	12.30-13.00 Tagungsabschluss
	13.15-14.45 Parallelsektionen II	
14.00-15.00 Tagungseröffnung	14.45-15.15 <i>Kaffeepause</i>	
15.00-16.30 Plenarveranstaltung I: Keynote Lecture: Bruce Jennings	15.15-16.00 Postersession	
17.00-17.45 Führung durch das Oldenburger Computer-museum *	16.00-18.00 AEM-Mitgliederversammlung	
ab 18.00 Abendveranstaltung * „Medizinethik gestern – heute – morgen“ im Anschluss: Get-together Ort: Oldenburger Computer-museum	18.00-19.00 <i>Pause</i>	
	ab 19.00 Conference Dinner / Abendveranstaltung * Ort: CORE	

* mit Anmeldung, begrenzte Plätze

Tagungsprogramm

Donnerstag, 10.09.2026	
10.00-13.00	Satellitenworkshops SW01 Ethische Herausforderungen des professionellen Lehrhandelns im Hochschulkontext: Die Methode der kollegialen Fallberatung SW02 Das SimLab - ein innovativer Ansatz für die Ethiklehre? SW03 Zeit als kostbares Gut – Lebensverlängerung um jeden Preis? SW04 Zeitenwende(n) in der Medizinethik – Zur Rolle der Medizinethik in aufgewühlten Zeiten
14.00-15.00 Veranstaltungs- saal	Tagungseröffnung Prof. Dr. Mark Schweda, <i>Tagungspräsident</i> Prof. Dr. Silke Schicktanz, <i>Präsidentin der Akademie für Ethik in der Medizin</i> Grußwort: Prof. Dr. Hans Gerd Nothwang, <i>Dekan der Medizinischen Fakultät der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg</i>
15.00-16.30 Veranstaltungs- saal	Plenarveranstaltung I: Keynote Lecture „Bioethics as Public Discourse“ Prof. Dr. Bruce Jennings, <i>Center for Biomedical Ethics and Society, Department of Health Policy und Senior Fellow, Center for Humans and Nature, Vanderbilt, USA</i>
Pause / 17.00-17.45 Führung durch das Oldenburger Computermuseum	
ab 18.00 Oldenburger Computer- museum	Abendveranstaltung „Medizinethik gestern – heute – morgen“ Podiumsdiskussion mit Prof. Dr. Petra Gehring, <i>Institut für Philosophie, Technische Universität Darmstadt</i> Prof. Dr. Claudia Wiesemann (emirit.), <i>Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen</i> PD Dr. Florian Funer, JMED, <i>Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsklinikum Tübingen</i> Moderation: Prof. Dr. Mark Schweda Im Anschluss: Get-together mit Fingerfood

Freitag, 11.09.2026	
9.00-10.30 Veranstaltungs- saal	Plenarveranstaltung II: „Keine Zeit? Gesundheitsversorgung zwischen (Kosten-)Effizienz und Zeitnot“ Podiumsdiskussion mit Dr. Moritz Völker, <i>Vorsitzender Arbeitskreis junger Ärztinnen und Ärzte im Hartmannbund, Berlin</i> Lara Schubert, <i>Arbeitsgruppe „Junge Pflege“ vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe</i> Dr. Karin Jurczyk, <i>Deutsche Gesellschaft für Zeitpolitik, Berlin</i> PD Dr. Nadia Primc, <i>Medizinische Fakultät, Universität Heidelberg</i> Moderation: Lena Stange
Kaffeepause	
11.00-12.30	Parallelsektionen I • Ethische Fragen von Kindheit und Jugend • Ethische Relevanz von Zeiterleben • Medizinethik im Lebensverlauf I • Freie Sektion I
Mittagspause	
13.15-14.45	Parallelsektionen II und Workshops • Nachhaltigkeit als Thema der Medizinethik • Ethische Fragen am Lebensende • Verantwortung in technischen Kontexten • Freie Sektion II
Kaffeepause	
15.15-16.00 Foyer des PFL	Postersession
16.00-18.00 Veranstaltungs- saal	AEM-Mitgliederversammlung
Pause	
ab 19.00 CORE	Conference Dinner / Abendveranstaltung

Samstag, 12.09.2026	
9.00-11.00	Parallelsektionen III • Medizinethik im Lebensverlauf II • Zeit und Entscheiden • Zukunft und Planung in Medizin und Gesundheitsversorgung • Ethik kollektiver Zeitordnungen • Institutionelle und strukturelle Zeitlogiken in der Medizin
Kaffeepause	
11.30-12.30 Veranstaltungs- saal	Plenarveranstaltung III: „Solidarische Gesundheitsversorgung für zukünftige Generationen?“ Podiumsdiskussion mit Dr. Lorina Buhr, <i>Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen</i> Judith Ahrend, <i>Rechtsanwältin und Gerontologin, Oldenburg</i> Prof. Dr. Lars Schwettmann, <i>Abteilung Gesundheitsökonomie, Department für Versorgungsforschung, Universität Oldenburg</i> Moderation: Niklas Ellerich-Groppe
12.30-13.00 Veranstaltungs- saal	Tagungsabschluss Preisverleihung Nachwuchspreis, Laudatio: Prof. Dr. Eva Winkler, <i>Vizepräsidentin der Akademie für Ethik in der Medizin</i> Preisverleihung bester Vortrag Preisverleihung bestes Poster Ankündigung der Jahrestagung 2027 in Heidelberg Verabschiedung

Satellitenworkshops

Satellitenworkshops		
Donnerstag, 10.09.2026 • 10.00 – 13.00 Uhr		
SW01	SW02	SW03
Forum St. Peter, EG	Pius-Tower, 7.OG	Pius-Tower, EG
<i>Klingler/Hansen</i>	<i>Paulsen et al.</i>	<i>Bröchtel et al.</i>
Ethische Herausforderungen des professionellen Lehrhandelns im Hochschulkontext: Die Methode der kollegialen Fallberatung	Das SimLab - ein innovativer Ansatz für die Ethiklehre?	Zeit als kostbares Gut – Lebensverlängerung um jeden Preis?

SW01 Ethische Herausforderungen des professionellen Lehrhandelns im Hochschulkontext: Die Methode der kollegialen Fallberatung

Corinna Klingler¹, Solveig Lena Hansen²

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

² Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen

Dauer: 180 min

Hintergrund: Ethik-Lehre in den Gesundheitsprofessionen zielt darauf, Studierende zu ethisch reflektiertem und verantwortungsvollem professionellem Handeln zu befähigen. Während Inhalte, Kompetenzen und Curricula der Gesundheitsethik breit diskutiert werden, bleibt eine zentrale Dimension bislang weitgehend unbeachtet: die ethische Reflexion des Lehrhandelns selbst. Fragen nach Verantwortung, Machtasymmetrien, Fairness, Fürsorge, Grenzziehungen, Belastung oder möglichem Schaden in Lehr-Lern-Beziehungen werden in der Hochschullehre kaum systematisch adressiert. Diese Leerstelle bezeichnen wir als Ethik der Ethik-Lehre in den Gesundheitsprofessionen (EELG).

Der Workshop geht von der Annahme aus, dass Ethik-Lehre nicht nur über Inhalte wirkt, sondern in besonderer Weise über das konkrete Handeln der Lehrenden. Lehrpersonen prägen Lernprozesse durch Kommunikation, Entscheidungspraktiken sowie den Umgang mit sensiblen Themen, Leistungsbewertung und individuellen Belastungslagen von Studierenden. Gerade in den Gesundheitsprofessionen sind Lehr-Lern-Beziehungen häufig von strukturellen Machtasymmetrien geprägt und zugleich thematisch mit existenziellen, moralisch herausfordernden Fragen verbunden. Damit weisen sie Parallelen zu professionellen Beziehungen im Gesundheitswesen selbst auf. Dennoch existieren bislang kaum etablierte Formate, in denen Lehrende diese ethischen Herausforderungen ihrer Lehrpraxis gemeinsam reflektieren, systematisch einordnen und als Gegenstand ethischer Analyse ernst nehmen können.

Ziele des Workshops: Ziel des Workshops ist es, die Ethik der Ethik-Lehre als eigenständiges ethisches Themenfeld sichtbar zu machen und einen praxisnahen Reflexionsraum zu eröffnen. Der Workshop verfolgt drei Ziele:

- (1) die gemeinsame Exploration dessen, was als ethische Themen und Konfliktlagen der Ethik-Lehre verstanden werden kann,
- (2) die strukturierte Reflexion konkreter Fälle aus der eigenen Lehr- und Studierpraxis,
- (3) die Identifikation von Forschungs-, Qualifizierungs- und Entwicklungsbedarfen im Bereich der EELG.

Ablauf des Workshops: Methodisch ist der Workshop dialogisch, interaktiv und erfahrungsba-
siert angelegt und erstreckt sich über 180 Minuten inklusive Pause.

Der Ablauf ist dabei wie folgt anvisiert:

- Einführung und Vorstellungsrunde (15 Minuten)
- Brainstorming und Strukturierung ethischer Themen der Ethik-Lehre (45 Minuten)
- Einführung in die kollegiale Fallberatung und Fallauswahl (15 Minuten)
- kollegiale Fallberatung inkl. Pause (60 Minuten)
- abschließende Reflexions- und Transferphase (45 Minuten)

In der Vorstellungs- und Einführungsphase werden Zielsetzung, Ablauf und Arbeitsweise transparent gemacht sowie Erwartungen der Teilnehmenden aufgenommen. Anschließend sammeln die Teilnehmenden in einem moderierten Brainstorming ethisch herausfordernde Situationen aus ihrer eigenen Lehrpraxis und konturieren gemeinsam zentrale Themenfelder der EELG.

Darauf aufbauend bildet die kollegiale Fallberatung den Kern des Workshops. Dabei wird ein Fall aus der Gruppe ausgewählt, der dann dem Modell der kollegialen Fallberatung folgend besprochen wird. Dieses Format eignet sich in besonderer Weise für die ethische Reflexion professioneller Praxis, da es auf Gleichwürdigkeit, Rollenklarheit, Perspektivenvielfalt und Orientierung an intersubjektiver Verständigung basiert und auch in der Hochschule z.B. im Rahmen von Interventionsgruppen umsetzbar ist. In einem klar strukturierten Ablauf mit definierten Rollen (Fallgeber*in, Beratende, Moderation) werden (erlebte oder beobachtete) Fälle aus dem Lehr-Lern-Alltag der Teilnehmenden bearbeitet. Der Ablauf umfasst die strukturierte Fallvorstellung mit Formulierung einer offenen Fallfrage, eine Phase klärender Verständnisfragen, die gemeinsame Entwicklung von Deutungen und Perspektiven sowie die Formulierung möglicher Handlungsoptionen, die abschließend an die fallgebende Person zurückgespiegelt werden.

Eine abschließende Reflexions- und Transferphase bietet Raum Perspektiven für den Umgang mit zentralen ethischen Spannungsfeldern der Ethik-Lehre sowie Leerstellen in der Forschungslandschaft zu entwickeln. Diskutiert wird unter anderem, inwiefern individuelle Falllösungen an strukturelle Grenzen stoßen, welche Rolle formale Leitlinien oder Kodizes spielen können und welche empirischen Zugänge geeignet wären, um die bislang wenig erforschte Praxis der Ethik-Lehre systematisch zu untersuchen. Es soll ebenfalls zur Sprache kommen, inwieweit die kollegiale Fallberatung eine geeignete Form der Besprechung ethischer Konflikte im Lehrkontext darstellt oder ob andere Ansätze (ggf. aus der klinischen Ethik) möglicherweise geeigneter sind. Der Workshop versteht sich damit auch als Impulsgeber für weiterführende Forschung, Vernetzung und Qualifizierung im Bereich der EELG.

Zielgruppe: Der Workshop richtet sich an Lehrende und Studierende; aus beiden Gruppen können Personen als Fallgeber*in und/oder Beratende teilnehmen.

SW02 Das SimLab - ein innovativer Ansatz für die Ethiklehre?

Wiebke Paulsen¹, Irene Hirschberg², Matthias Katzer², Corinna Klingler³, Katja Kühlmeyer³, Nora Ryback⁴, Carola Seifart⁵, Anna Siemens⁶, Annett Wienmeister⁷, Julia Wolters⁸ für die AG ethik learning

¹ Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Uniklinik RWTH Aachen

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

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

⁴ Hochschule für angewandte Wissenschaften Campus Wien

⁵ Institut für angewandte und klinische Ethik im Gesundheitswesen, Universität Marburg

⁶ Fachbereich Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin, OVGU Magdeburg

⁷ Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité Universitätsmedizin Berlin

⁸ Stabsstelle Klinische Ethik am UKE, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Zielgruppe: alle Personen, die in Gesundheitsfächern und -berufen kompetenz-orientierte Ethik-Lehre anbieten (wollen) und ihr Methodenrepertoire erweitern wollen

Dauer: 180 Minuten

Ziel: Im Workshop beschäftigen wir uns mit dem methodischen Ansatz des Simulations-Labors (SimLab) als mögliches didaktisches Mittel für den Ethikunterricht in Gesundheitsberufen. Die Teilnehmenden erhalten eine kurze konzeptionelle Einführung, führen ein SimLab als simulierende oder beobachtende Personen durch und reflektieren im Anschluss die dabei gewonnenen Lernerfahrungen, die Lehrmethode und deren mögliche Eignung für die Vermittlung von ethischen Kompetenzen.

Hintergrund: Das didaktische Konzept des SimLabs ist in Anlehnung an sog. „Skills Labs“ entstanden. Skills Labs sind praxisorientierte Lernumgebungen, die es angehenden Gesundheitspersonal ermöglichen, relevante Fähigkeiten (Skills) für die (spätere) Berufstätigkeit in einer geschützten Simulationsumgebung (Lab) zu erproben und weiterzuentwickeln. Dieser Ansatz hat sich für kompetenz- und handlungsorientierte berufliche Lehre zunehmend etabliert und ist in manchen Studiengängen wie der Medizin bereits fest verankert. Skills Labs sind somit neben dem Lernort Theorie („im Klassenzimmer oder Hörsaal“) und dem Lernort Praxis („am Patientenbett“) ein wichtiger Ort für die professionelle Kompetenzentwicklung. Ursprünglich wurde diese Methode für das Erlernen klinisch-praktischer Fertigkeiten, wie bspw. dem Legen eines Gefäßzugangs oder der ärztlichen Gesprächsführung konzipiert. Mittlerweile werden mit dieser Methode auch komplexe interprofessionelle Simulationen durchgeführt – bis hin zu Notfallszenarien, die in der Praxis nur schwer geübt werden können. Neben fachpraktischen Trainings steht die (Selbst-)Reflexion im Mittelpunkt: Die Simulationen werden in einem separaten Raum durch weitere Lernende und die Lehrperson per Kamera oder Spiegelscheibe beobachtet und ggf. aufgezeichnet. Für die Nachbesprechung lassen sich so relevante Stellen leicht herausgreifen, um diese anschließend unter professioneller Anleitung ausführlich zu reflektieren.

Eine Übertragung dieses methodischen Ansatzes im Sinne eines Simulations-Labors (SimLab) zur Vermittlung ethischer Kompetenzen in Gesundheitsberufen scheint verlockend. Anhand konkreter realitätsnaher Szenarien im Lernort „SimLab“ könnten ethische Kompetenzen wie z.B. Wahrnehmungs-, Reflexions-, Bewertungs-, und Handlungskompetenzen vermittelt werden. Mittels simulierter Handlungssituationen könnte so eine Vertiefung und Ergänzung bereits gelehrter theoretischer Inhalte erfolgen. Zugleich stellen die Auswahl und Durchführung ethischer Szenarien die Lehrenden vor Fragen: Welche Szenarien bieten sich für das Erlernen ethischer Kompetenzen mithilfe einer Simulation an? Wie bereitet man die Simulationspersonen auf ihre Rolle vor? Worin genau besteht der Vorteil eines SimLabs im Vergleich zu etablierten Lehrmethoden (z.B. zur strukturierten Besprechung eines Fallbeispiels und zum klassischen Rollenspiel)? Wie soll Feedback bzw. Reflexion bei ethischen Szenarien gestaltet werden, in denen verschiedene Handlungen begründbar sind?

In diesem Workshop soll erprobt und diskutiert werden, ob und inwiefern dieser Ansatz auch für die Ethik-Lehre interessante Anwendungsperspektiven bieten kann, aber auch welche spezifischen Herausforderungen damit einhergehen. Dafür werden die Teilnehmenden zunächst kurz mit den theoretischen und methodischen Grundlagen des SimLab-Konzeptes vertraut gemacht. Danach wird ein Szenario aus dem klinisch-ethischen Kontext für eine Ethik-Lehreinheit im SimLab vorgestellt. Die Teilnehmenden werden in simulierende und beobachtende Personen eingeteilt und führen gemeinsam die Lernerfahrung durch.

Im Anschluss werden die Erfahrungen der simulierenden und beobachtenden Personen gemeinsam reflektiert und analysiert. Möglichkeiten, Herausforderungen und Grenzen der Methode für die Ethik-Lehre an sich werden diskutiert, außerdem können Teilnehmende Anknüpfungspunkte für die eigene Lehrtätigkeit formulieren.

Ablauf:

30 min: Begrüßung, Vorstellungsrunde und konzeptionelle Einführung in die SimLab-Methode

20 min: Vorstellung eines SimLab-Szenarios, Verteilung von Rollen und Klärung von Fragen

20 min: Vorbereitende Kleingruppenphase für Simulationspersonen und Beobachtende

15 min: Pause

35 min: Durchführung der Simulation

45 min: Reflexion der eigenen Lernerfahrung, Diskussion des Szenarios und der Methode

15 min: Abschlussrunde

Literatur:

Seifart C, Schönbauer A, Monteverde S, Krones T 2022. Konzeption von Simulationen mit Simulationspersonen für die Medizinethik-Lehre. *Ethik Med* 34, 319-338.

Riedel A, Eckstein C 2024. Der dritte Lernort (Skills-Lab) als bedeutsame Chance der Ethikkompetenzentwicklung im Rahmen des primärqualifizierenden Pflegestudiums. In: Frewer A (Hg.): *Ethical Competencies in Medicine German and Global Perspectives*. Würzburg: Königshausen und Neumann, JEK 17, 177-198.

SW03 Zeit als kostbares Gut – Lebensverlängerung um jeden Preis?

Sophia Bröchtel¹, Andre Nowak², Theresa Schneider³

¹ Klinisches Ethikkomitee, Universitätsmedizin Göttingen sowie Akademie für Ethik in der Medizin e.V.

² Klinisches Ethikkomitee und Klinische Ethik, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel/Lübeck

³ Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Profizentrum Gesundheitswissenschaften, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität, Halle (Saale)

Rahmenbedingungen:

Zeit: 150min (2,5h)

Gruppe: max. 20 Personen

Zielgruppe: Angestellte im Gesundheitswesen, Ethikberatende

Thema: Futility

Kurzbeschreibung: Lebenszeit ist ein kostbares Gut, da sie für alle Menschen begrenzt ist. Durch gesunde Ernährung, Sport und die Vermeidung riskanter Aktivitäten kann die Lebenszeit in vielen Fällen verlängert werden. Aber auch der medizinische Fortschritt sorgt dafür, dass die durchschnittliche Lebenserwartung immer weiter steigt. Mit High-Tech-Operationen, Chemotherapie, Herz-Lungen-Maschine und ähnlichem sorgt die moderne Medizin dafür, dass der Tod deutlich später eintritt als noch vor 100 Jahren.

In vielen Lebenssituationen wird diese Entwicklung als ein Segen wahrgenommen und viele Patient*innen haben von den immer besseren und neuen Behandlungsoptionen profitiert. Jedoch stellt sich dadurch auch immer häufiger die Frage, wie weit die Medizin gehen soll oder darf. In der Praxis kommt es zu Konflikten im Team oder zwischen dem Team und den Angehörigen, wenn unterschiedliche Auffassungen zu Therapieziel und Indikation vorliegen. Es stellen sich Fragen wie diese: Wann ist eine Behandlung noch indiziert und wann ist es sinnlos, Patient*innen kurativ zu behandeln oder am Leben zu halten? Ist ein bloßer Lebenserhalt ein Therapieziel? Wie ist bei einem Dissens vorzugehen?

Im Laufe des Workshops soll das Wissen um „Futility“ (Sinnlosigkeit/Nutzlosigkeit) erweitert und anhand eines Fallbeispiels näher analysiert sowie diskutiert werden. Damit wird ein Thema adressiert, das für Angestellte im Gesundheitswesen sowie Personen der Ethikberatung im Alltag immer wieder für Unbehagen und/oder Unsicherheit sorgt.

Ablauf: Nach einer kurzen Einleitung startet eine Gruppenarbeit mit der sogenannten „Placemat“-Methode. Dazu setzen sich vier Personen gemeinsam an ein großes Blatt Papier, um zunächst in ihrem eigenen Feld ihr Vorwissen zum Thema „Futility“ zu notieren. Danach tauscht sich die Gruppe aus und notiert in der Mitte des Blattes die wichtigsten Erkenntnisse zu diesem Thema. Im Anschluss werden die Kernpunkte der jeweiligen Gruppe dem Plenum vorgestellt und die bisherigen Informationen durch die Workshopleitung erweitert.

Mit Vorstellung eines fiktiven, aber realitätsnahen Falls wird das Thema „Futility“ praktisch veranschaulicht, um danach in die Diskussion einzusteigen. Die Teilnehmenden werden drei Untergruppen zugeordnet, um eine spezielle Fragestellung zum Fall zu diskutieren. Nach 15 Minuten Diskussion wechseln die Teilnehmenden die Gruppe, bis alle Personen jede Fragestellung bearbeitet haben. Ziel ist es, die Bedeutung von Zeit und die ethischen Aspekte anhand des konkreten Falls zu analysieren.

- Eine Untergruppe beschäftigt sich mit der Frage, was in der Zeit der kurativen Behandlung für die jeweiligen Betroffenen passiert. Wie wird die Verlängerung der Lebenszeit vom Patienten selbst, von seinen Angehörigen und vom Team erlebt? Wie beantworten sie die Frage nach der Sinnhaftigkeit der Maßnahmen?
- Eine zweite Untergruppe beschäftigt sich mit der Frage „Zeit = Geld?“. Hierbei soll diskutiert werden, ob die Kosten für den Platz auf einer Intensivstation oder einer Beatmungs-WG bei der Frage der Lebensverlängerung eine Rolle spielen sollten und warum (nicht).

- Eine dritte Untergruppe befasst sich mit dem Nutzen-Schaden-Verhältnis über die Zeit hinweg. Ist der Schaden im Fallbeispiel bereits so hoch, dass eine Behandlung nicht mehr gerechtfertigt ist? Nimmt der Schaden über die Zeit hinweg zu? Welchen Nutzen bringt die Lebensverlängerung dem Patienten?

Abschließend werden die Ergebnisse der Untergruppen im Plenum gesammelt und zugleich in Hinblick auf eine mögliche Rolle von Ethikberatung diskutiert. Mit dem Workshop sollen verschiedene Perspektiven auf die Bewertung der Sinnhaftigkeit medizinischer Maßnahmen eingenommen und gemeinsam reflektiert werden.

Zeitplan Satelliten-Workshop (150min):

1. Einleitung (5min)
2. Gruppenarbeit zu Futility (15min)
3. Sammeln im Plenum, Ergänzung durch Workshopleitung (30min)
4. Fallvorstellung (5min)
5. Falldiskussion in unterschiedlichen Kleingruppen (3x 15min)
6. Strukturierte Sammlung im Plenum (25min)
7. Diskussion der Rolle von Ethikberatung bei einem Dissens (20min)
8. Abschluss (5min)

Parallelsessionen

Parallelsessionen I Freitag, 11.09.2026 • 11.00 – 12.30 Uhr				
	Ethische Fragen von Kindheit und Jugend	Ethische Relevanz von Zeiterleben	Medizinethik im Lebensverlauf I	Freie Sektion I
	Chair: Lea Chilian Raum: Vortragssaal	Chair: Sabine Wöhlke Raum: Seminarraum 5	Chair: Susanne Michl Raum: Seminarraum 2	Chair: Julia Zielke Raum: Seminarraum 6
11.00-11.25	S1.1 Den richtigen Zeitpunkt im Leben finden: operative Eingriffe am Genital bei Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung <i>Christoph Rehmann-Sutter</i>	S2.1 “Losing out on meaningful moments”: Die Dimension von Zeit im Kontext kindlicher Entwicklung. <i>Annic Weyersberg, Simone Böhm-González</i>	S3.1 Alles eine Frage der Zeit? Die Ethik der wunscherfüllenden Sterilisation junger Frauen <i>Kristina Thum, Katja Kühlmeyer</i>	S4.1 Ethische Aspekte von Disease-Management-Programmen: Das Beispiel Adipositas <i>Solveig Hansen, Leonie Renelt</i>
11.30-11.55	S1.2 Ethische Herausforderungen der zeitlichen Perspektive des Broad Consent in der Pädiatrie <i>Isabell Haase-Saebel, Christoph Schickhardt</i>	S2.2 Advance Care Planning – auch ein Ansatz für die Vorausplanung medizinisch begleiteter Geburten? <i>Pezi Veronica Mang, Katja Kühlmeyer</i>	S3.2 Die Fruchtbarkeit erhalten? Vorstellungen von Familiengründung, Zeit und gutem Leben bei jungen Patient*innen mit Krebserkrankung <i>Ines Pietschmann, Claudia Wiesemann</i>	S4.2 Forschung oder Behandlung? Genomische Therapien als Anlass zur Neubestimmung einer etablierten ethischen Abgrenzung <i>Dimitra Konstantinidou</i>
12.00-12.25	S1.3 Partizipation als antizipatorische Praxis: Jugendbeteiligung in der bioethischen und -medizinischen Forschung <i>Christian Loos, Silke Schicktanz</i>	S2.3 Zeiterleben und Alter(n): Eine empirisch-informierte Analyse von Vorstellungen des Zeiterlebens im Kontext existenzieller Konflikte in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit mit älteren Menschen <i>Felix Weibezahl</i>	S3.3 Zeiterfahrungen bei Schwangerschaftsverlust – Zur ethischen Bedeutsamkeit literarischer Narrationen <i>Isabella Marcinski-Michel</i>	S4.3 Potenziale emotionssoziologischer Analysen für die Ethik am Beispiel moralischer Konflikte in der Live-in Versorgung <i>Matthias Hauer</i>

Parallelsektionen II

Freitag, 11.09.2026 • 13.15 – 14.45 Uhr

	Nachhaltigkeit als Thema der Medizinethik	Ethische Fragen am Lebensende	Verantwortung in technischen Kontexten	Freie Sektion II	Workshops
	Chair: Christoph Rehmann-Sutter Raum: Vortragssaal	Chair: Roland Kipke Raum: Seminarraum 2	Chair: Florian Funer Raum: Seminarraum 5	Chair: Helen Kohlen Raum: Seminarraum 6	jeweils 13.15-14.45 Uhr
13.15-13.40	S5.1 Nachhaltigkeit als Prinzip biomedizinischer Ethik <i>Cristian Timmermann, Frank Ursin</i>	S6.1 Gesund sterben – Freiheit oder Unzumutbarkeit? <i>Elena Hofacker, Louise Forst, Matthias Havemann, Jens Puschke, Carola Seifart</i>	S7.1 Trust Over Time – AI, Reliability Gaps, and the Temporal Structure of Clinical Care <i>Orhan Onder, Pranab Rudra, Frank Ursin, Eike Buhr</i>	S8.1 Kann man wissen, was für einen anderen Menschen gut ist? <i>Nele Röttger</i>	Raum: Pius-Tower, 7. OG W01 Ethik der Multitemporalität: Zeiterleben in Medizin und Gesundheitsversorgung. Literarisch-filmische Annäherungen <i>Isabella Marcinski-Michel, Christian Hißnauer, Sonja Deppe, Claudia Wiesemann</i>
13.45-14.10	S5.2 Exponentielle Bioakkumulation: Zeitethische Herausforderungen für die nachhaltige Pharmazie <i>Benjamin Nguyen, Michael Müller</i>	S6.2 „Und bis der Tod uns scheidet“: Ethische Herausforderungen bei assistierten Doppelsuiziden <i>Claudia Bozzaro</i>	S7.2 Meaningful Responsibilisation - A Normatively Grounded Approach to Ascribing Responsibility for AI in Healthcare <i>Piotr Wiliński, Robert Rannisch</i>	S8.2 Ethical Dimensions of COVID-19 Policy Advice in Germany: Perspectives of Scientific Advisors <i>Trung Nguyen Trong Quoc, Nitzan Rimon-Zarfaty, Silke Schicktanz</i>	Raum: Pius-Tower, EG W02 Was wäre, wenn...?! Die Szenario-Methodik zur Antizipation zukünftiger medizinethischer Herausforderungen in der Altersmedizin <i>Julia Latting Perry, Jana Wegehöft</i>
14.15-14.40	S5.3 Mit Künstlicher Intelligenz gegen antimikrobielle Resistenzen: Ethische Herausforderungen zwischen Nachhaltigkeit und Technologiekritik <i>Lorina Buhr</i>	S6.3 Liberalisierung und Normalisierung der Sterbehilfe in Kanada – ethische, soziale und gesundheitspolitische Implikationen für die deutsche Debatte um den assistierten Suizid <i>Niklas Petersen</i>	S7.3 Antizipation durch Perzeption? Methodische Herausforderungen eines Horizon Scannings zum Einsatz von KI in den Lebenswissenschaften <i>Frank Ursin, Monika Tad-dicken, Tim Kacprowski</i>	S8.3 Longtermism and Medical Ethics <i>Jonas Pöld</i>	

Parallelsektionen III Samstag, 12.09.2026 • 09.00 – 11.00 Uhr					
	Medizinethik im Lebensverlauf II	Zeit und Entscheiden	Zukunft und Planung in Medizin und Gesundheitsversorgung	Ethik kollektiver Zeitordnungen	Institutionelle und strukturelle Zeitlogiken in der Medizin
	Chair: Nadia Primc Raum: Seminarraum 5	Chair: Janina Ewert Raum: Seminarraum 6	Chair: Katja Köhlmeier Raum: Seminarraum 2	Chair: Jonas Pödl Raum: Vortragssaal	Chair: Anna-Eva Nebowsky Raum: Veranstaltungssaal
09.00-09.25	S9.1 KI-Anwendungen in der Onkologie. Ethische und epistemische Dimensionen einer zukünftigen „Patient Journey“ <u>Lea Nickel</u> , <u>Silke Schick-tanz</u>	S10.1 Dimensionen von Zeit im Kontext von Indikationsstellung: Eine ethische Analyse <u>Kathrin Knochel</u> , <u>Tanja Henking</u> , <u>Marie-Christin Fritzsche</u> , <u>Anna-Henrikje Seidlein</u> , <u>Sebastian Schleidgen</u> , <u>Jasmin Sieben</u> , <u>Orsolya Friedrich</u>	S11.1 Zukunft denken, Entscheidungen treffen: Zeitliche Dimensionen eines guten Lebens in der gesundheitlichen Vorausplanung <u>Lena Stange</u>	S12.1 Das ‚Erbe‘ des deutschen Gesundheitswesens? Zum medizinethischen Potenzial eines umstrittenen Begriffs <u>Niklas Ellerich-Groppe</u>	S13.1 Der errechnete Geburtstermin (ET) - Ethische Dimensionen eines Instrumentes zur Kontrolle individueller Zeitlichkeiten <u>Wiebke Paulsen</u> , <u>Irene Hirschberg</u> , <u>Nora Ryback</u> , <u>Corinna Klingler</u>
09.30-09.55	S9.2 KI-basierte Diagnostik und psychiatrische Zeitlichkeit – ethische und epistemische Herausforderungen <u>Eike Buhr</u>	S10.2 Chrono-normativität, imposed temporalities und Zeitsouveränität in der Notaufnahme – Soziologische Forschung und ethische Reflexionen <u>Andreas Wagenknecht</u> , <u>Julia Zielke</u>	S11.2 Jetzt für die Zukunft entscheiden? Lebenskonzepte und krankheitsbezogene Erfahrungen als Schlüsselemente der Willensbildung im Advance Care Planning <u>Carla Marie Schnieder</u> , <u>Luis von der Stein</u> , <u>Matthias Havemann</u> , <u>Sophie Hecht</u> , <u>Dennis Wilke</u> , <u>Carola Seifart</u>	S12.2 Jenseits von Gerontokratie und Präsentismus: Zeitliche und moralische Grundlagen zukunfts-fähiger intergenerationaler Beziehungen ausgehend von der COVID-19-Pandemie <u>Eva Katharina Boser</u> , <u>Lena Dörmann</u>	S13.2 Zeitliche Barrieren zu Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland: Strukturelle Herausforderungen der Versorgung in Deutschland aus Sicht von Gynäkolog*innen und Berater*innen <u>Amelie Kolandt</u> , <u>Mirjam Faissner</u> , <u>Susanne Michl</u>



► Fortsetzung Parallelsektionen III

10.00-10.25	S9.3 Zukunft unter Vorbehalt: Zur ethischen Problematik palliativer Grenzziehungen in der Psychiatrie <u>Christiane Burmeister</u>, Sarah Kayser, Florian Funer	S10.3 Zu früh entscheiden? Zeitdruck als Auslöser moralischen Belastungsempfindens in der Patientenversorgung <u>Saskia Wilhelmy</u>, Saskia Metan, Meike Gerber	S11.3 Künstliche Intelligenz und stellvertretende Entscheidungsfindung: Warum Präferenzvorhersage Advance Care Planning nicht ersetzen kann <u>Florian Funer</u>, Christin Hempeler	S12.3 Ethik im Blindflug. Unsicherheit und Risikobegriff in der Zukunftsperspektive von Public Health Christoph Schickhardt	S13.3 „Do-it-yourself“ Hormonersatztherapien. Eine ethische Analyse von schadensmindernden Ansätzen unter der Berücksichtigung von subjektiven und institutionellen Zeitlichkeiten Mirjam Faissner
10.30-10.55	S9.4 Treuhänder und Zeit: Temporale Implikationen ethischer Treuhandkonzepte am Beispiel der Datentreuhand <u>Lukas Kiefer</u>, Eva Winkler	S10.4 Zeit als zentraler Faktor bei Entscheidungen über das Fortsetzen einer Schwangerschaft nach auffälliger Pränataldiagnostik Christin Hempeler, Mirjam Faissner, <u>Esther Braun</u>		S12.4 Warum ist die Medizinethik eigentlich so technophob? - Technologie- und medizinethische Konzepte im Horizont der Zeitlichkeit medizinischer Forschung Joschka Haltaufderheide	S13.4 Zeit und Geld – ethische Implikationen zeitlicher Aspekte bei der Bewertung von finanziellen Überlegungen auf medizinische Entscheidungen in der Krebsmedizin <u>Julia König</u>, Birthe Aufenberg, Gereon Brei, Sabine Sommerlatte, Wolfgang Greiner, Jan Schildmann, Eva Winkler, Katja Mehlis

Posterbeiträge

Postersession

Freitag, 11.09.2026 • 15.15 – 16.00 Uhr
im Foyer des PFL

P01 Zeitkritische Übergänge im Entlassmanagement als ethische Herausforderung ländlicher Gesundheitsversorgung

Jann Niklas Vogel, Hanna Hilgenhof, Ivonne Honekamp, Anne Petereit, Valerie Bühler, Chiara Kleinschmidt, Stefan Schmidt

P02 GamKi-ELSA-Hub: Ein Ansatz integrierter Ethik (Embedded Ethics) zur Erforschung und Stärkung ethischer Kompetenzen im Kontext gamification-basierter Technologien zur Förderung der psychischen Gesundheit im Kindesalter

Hans-Henrik Dassow, Elisabeth Höhne, Michael Kölch, Joschka Haltaufderheide, Robert Ranisch

P03 Vergängliche Sinnhaftigkeit oder: Warum gutes Mitmachen nicht stabil sein muss. Eine kritische Diskursanalyse zeitethischer Aspekte der partizipativen Technologieentwicklung im Kontext von Demenz

Gesine Buurman, Mark Schweda

P04 NIPT und Schwangerschaft - was macht das gewonnene Wissen mit schwangeren Personen?

Marie-Sophie Müller

P05 Der Faktor Zeit als ethische Herausforderung bei lebenslimitierenden Erkrankungen am Beispiel der Behandlung von NCL-Patient:innen

Hildegard Emmermann, Angela Schulz

P06 Wie erwerben Medizinstudierende ethische Haltungen? Ergebnisse einer qualitativen Studie

Matthias Katzer, Marcel Mertz, Sabine Salloch

Vortragsabstracts

S1.1 Den richtigen Zeitpunkt im Leben finden: operative Eingriffe am Genital bei Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung

Christoph Rehmann-Sutter

Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung, Universität zu Lübeck

Bei den Abwägungen über operative Eingriffe bei Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung stellen sich komplexe ethische Fragen. Wann ist der richtige Zeitpunkt im Leben des Kindes oder des späteren Jugendlichen, diese Entscheidung zu treffen? Internationale Empfehlungen (Endo-ERN 2026 und Council of Europe 2025) wie auch nationales Recht in Deutschland (§ 1631e BGB – „Operationsverbot“) verlangen, bei Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung chirurgische Eingriffe am Genital, soweit sie nicht dringlich und nicht zur Abwehr einer Gefahr für das Leben oder für die Gesundheit unmittelbar notwendig sind, auf-zuschieben, bis die Person darüber selbst entscheiden kann.

Es geht dabei aber nicht nur darum, die informierte Einwilligung sicherzustellen, die erst mit einem bestimmten Reifegrad im Verlauf der Pubertät und der weiteren geschlechtlichen Entwicklung des Kindes möglich wird. Bei der Wahl des Zeitpunktes spielen neben medizinischen Erwägungen zum Verlauf und zur Optimierung der Eingriffe (i) auch die Perspektive der besorgten Eltern, ihre Vorstellungen über die Zukunft ihres Kindes (ii) und (iii) die Perspektive des Kindes selbst eine Schlüsselrolle. Die Zeitlichkeit der Entscheidungen wird aus diesen Perspektiven unterschiedlich wahrgenommen, was zu Konflikten führt. Die Erfordernis des Kindeswohls stellt aber die Subjektivität des Kindes ins Zentrum.

Die Entscheidungen erfolgen (iv) in historischer Zeit. Die Geschichte der medizinischen Praxis wurde von wechselnden Paradigmen geprägt: John Money's „Gender“-Ansatz in den 1950er Jahren, das Erstarken der Selbstorganisationen seit den 1990er Jahren, die Neubeurteilung innerhalb der Medizin (Chicago Konferenz 2005 bis zu den neuesten Richtlinien der pädiatrischen Endokrinologie), sowie der neue rechtliche Schutz der Selbstbestimmung der Betroffenen. Die Intersex-Studies arbeiten diese Geschichte auf (Monro, Berry, Carpenter, Crocetti and Wall 2025). Damit verknüpft ist ein gesellschaftlicher Wandel zu einer Öffnung im Geschlechtersystem, die geschlechtliche Positionen auch jenseits des Binären möglich macht.

Der Beitrag entwickelt die unterschiedlich wahrgenommenen Zeitlichkeiten und stellt sie zueinander in Beziehung. Das Ziel ist, eine Matrix ethischer Bewertungsdimensionen des Kindeswohls im Einzelfall zu entwickeln, welche die Beurteilung unterstützen kann, wie sie unter § 1631e BGB durch interdisziplinäre Kommissionen und Familiengerichte erfolgt. Selbstbestimmung wird dabei zeitlich und sozial kontextualisiert.

S1.2 Ethische Herausforderungen der zeitlichen Perspektive des Broad Consent in der Pädiatrie

Isabell Haase-Saebel¹, Christoph Schickhardt¹

¹ Institut für Medizin- und Datenethik, Medizinische Fakultät, Universität Heidelberg

Hintergrund: Eine breite Einwilligung (Broad Consent) im Bereich der Sekundärnutzung umfasst die Nutzung von Behandlungsdaten inkl. genetischer Daten und ggf. Biomaterialien für die Forschung bis weit in die Zukunft. Ethisch herausfordernd ist die Anwendung des Broad Consent bei Minderjährigen als vulnerable Gruppe. Die Eltern als Stellvertreter für ihr Kind treffen eine Entscheidung, die weit in dessen Zukunft hineinreicht. Aufgrund ihrer kognitiven Entwicklung können die Kinder die Bedeutung der Entscheidung vor dem enormen zeitlichen Horizont ihrer Zustimmung kaum verstehen.

Fragestellung: Wie tangiert der Broad Consent das Recht der Kinder auf eine offene (informationelle) Zukunft? Wie sind die Eingriffe gegenüber dem potenziellen Nutzen der Forschung für andere Kinder (und deren Eltern sowie die Gesellschaft) einzustufen?

Methode: Nach einer Literaturrecherche zu ethischen Aspekten des Broad Consent bei Erwachsenen und Kindern analysierten wir Broad Consent Dokumente aus der nationalen wie internationalen pädiatrischen Praxis hinsichtlich ihrer Berücksichtigung von Kinderrechten, speziell des Rechtes auf eine offene informationelle Zukunft.

Ergebnisse: Die breite Einwilligung greift in das Recht der Kinder auf offene informationelle Zukunft ein, indem gesammelte personenbezogenen Daten über Jahrzehnte hinweg, ggf. bis weit in das erwachsenen Leben des Kindes hinein, für Forschungsprojekte genutzt werden können. Es gibt einige Ansätze, die Eingriffe zu mitigieren:

Zunehmend wird es üblich, sowohl den Consent (juristisch bindende Einwilligung) der Eltern einzuholen als auch den Assent (Zustimmung) der Kinder, sofern diese kognitiv dazu in der Lage sind. Ein weiteres Instrument besteht darin, die Kinder zu einem späteren Zeitpunkt, wenn sie ca. 16 sind oder auf die Volljährigkeit zugehen, anzuschreiben, um sie auf die Verwendung ihrer Daten und ihre Rechte aufmerksam zu machen, z.B. in Form eines Opt outs. Allerdings können Daten aus zu diesem Zeitpunkt laufenden Projekten nicht mehr zurückgezogen werden.

Diskussion und Ausblick: Es ergibt sich ein moralisches Dilemma zwischen dem Interesse der aktuell betroffenen Kinder auf informationelle offene Zukunft sowie den Interessen der zukünftigen kranken Kinder, welche ein Recht haben auf bestmögliche medizinische Versorgung, das mit Abwägungen und Mitigierungsstrategien adressiert werden kann. Neue Technologien wie Organoide oder PDX- Modelle werden (durch die Unterstützung von KI) dieses Dilemma noch verschärfen.

S1.3 Partizipation als antizipatorische Praxis: Jugendbeteiligung in der bioethischen und -medizinischen Forschung

Christian Loos¹, Silke Schicktanz¹

¹ Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen

Die ethische Bewertung biomedizinischer Forschung mit Kindern und Jugendlichen erfährt derzeit eine deutliche Verschiebung. Internationale Leitlinien wie die CIOMS-Guidelines, die Deklaration von Helsinki sowie europäische Empfehlungen betonen neben Schutzpflichten zunehmend den Anspruch junger Menschen auf substanzielle Partizipation. Damit stellt sich jedoch die Frage, wie Partizipation jenseits punktueller Zustimmung oder Ablehnung zu verstehen ist – insbesondere angesichts der zeitlichen, zukunftsorientierten Dimensionen der Folgenbewertung biomedizinischer Forschung.

Der Beitrag argumentiert, dass Partizipation in diesem Feld als zeitlich strukturierte und antizipatorische Praxis begriffen werden soll. Ausgehend von normativen Debatten der Forschungsethik und empirisch informierten Ansätzen, Beteiligungsformate mit Kindern und Jugendlichen in biomedizinischen Forschungskontexten zu untersuchen und weiterzuentwickeln, wird gezeigt, dass Jugendbeteiligung durch unterschiedliche Zeithorizonte geprägt ist: durch Entwicklungsverläufe von Urteils- und Entscheidungsfähigkeit, durch antizipative Erwartungen an Risiken, Nutzen und zukünftige Lebensverläufe sowie durch langfristige Forschungsfolgen, die junge Menschen in besonderer Weise betreffen.

Zentral ist eine doppelte Dimension partizipativer Praxis: Partizipation richtet sich zum einen auf die eigene Zukunft junger Menschen, indem sie Möglichkeitsräume entwirft und mitgestaltet, bleibt zugleich aber prinzipiell vorläufig, revidierbar und verwerfbar. Antizipative Entwürfe fungieren zum anderen nicht als festgelegte Zielgrößen, sondern als orientierende Bezugspunkte, die im Zeitverlauf überprüft und verändert werden können. Zustimmung, Ablehnung und Rückzug erscheinen vor diesem Hintergrund nicht als isolierte Entscheidungsakte, sondern als situierte Ausdrucksformen epistemischer Beteiligung innerhalb fortlaufender Aus Handlungsprozesse.

Der Vortrag entwickelt auf dieser Grundlage eine Zeitdimensionen reflektierende ethische Perspektive auf Forschungspartizipation, die junge Menschen nicht primär als Schutzobjekte oder Zustimmungende, sondern als epistemische Akteur*innen mit eigenständigen Zukunftsperspektiven ernst nimmt. Der Beitrag leistet damit einen konzeptionellen Beitrag zur Weiterentwicklung der partizipativen Forschungsethik, indem er diese auch als prozessuale, antizipatorische und lernende Praxis fasst.

S2.1 “Losing out on meaningful moments”: Die Dimension von Zeit im Kontext kindlicher Entwicklung.

Annic Weyersberg¹, Simone Böhm-González¹

¹ Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinik Köln

Zeit ist nicht nur ein physikalisches Maß, sondern eine zentrale ethische Kategorie, die besonders im Lebensverlauf eine unterschiedliche Rolle spielen kann. Im Kindesalter besitzt Zeit eine besondere Qualität, da die kindliche Entwicklung an eng begrenzte Zeitfenster gebunden ist. Bestimmte Meilensteine und Erfahrungen – insbesondere Beziehungserfahrungen, Übergänge und Entwicklungsschritte – können nicht beliebig verschoben, wiederholt oder bei Ausfall kompensiert werden. Verpasste Zeit bedeutet für Kinder daher nicht lediglich temporärer Verlust, sondern potenziell dauerhafter Verzicht und Einschränkung von Entwicklungsmöglichkeiten.

Die COVID-19-Pandemie hat diese spezifische Zeitdimension des Kindesalters in besonderer Weise offengelegt. Pandemiebedingte Maßnahmen folgten vielfach einer erwachsenen Zeitlogik, in der Einschränkungen als vorübergehend und prinzipiell aufholbar gedacht wurden. Für Kinder hingegen bedeuteten dieselben Maßnahmen den Verlust einmaliger Lebensmomente und irreversibler Entwicklungsschritte. Damit wurde eine zeitethische Asymmetrie zwischen Generationen sichtbar, die Fragen nach intergenerationeller Gerechtigkeit und Verantwortung aufwirft.

Besonders eindrücklich zeigt sich dies bei frühgeborenen Kindern und ihren Familien. Der Vortrag erarbeitet die besondere Dimension von Zeit im Kontext kindlicher Entwicklung anhand eigener Ergebnisse qualitativer Studien zu Erfahrungen von Eltern frühgeborener Kinder während des ersten COVID-19-Lockdowns sowie von den Erfahrungen von SchülerInnen und Schülern während der Schulschließungen in Deutschland. Einsamkeit, Isolation und das Verpassen einmaliger Momente und Erfahrungen haben hier eine zentrale Bedeutung. Erfahrungen und Erlebnisse rund um die Geburt und Neugeborenenperiode sowie im weiteren Lebensverlauf wurden als zeitlich begrenzte und unwiederbringliche Möglichkeiten erfahren, deren Einschränkung langfristig nachwirken.

Aus pädiatrisch-ethischer Perspektive macht der Beitrag deutlich, dass kindliche Zeitlichkeit in individuellen und kollektiven Krisensituationen bislang unzureichend berücksichtigt wurde. Der Vortrag plädiert dafür, zeitliche Dimensionen des Kindesalters als eigenständige ethische Kategorie anzuerkennen und in zukünftigen klinischen, politischen und gesellschaftlichen Abwägungsprozessen systematischer mitzudenken.

S2.2 Advance Care Planning – auch ein Ansatz für die Vorausplanung medizinisch begleiteter Geburten?

Pezi Veronica Mang^{1,2}, Katja Köhlmeier²

¹ Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie (IBE), Ludwig-Maximilians-Universität München, Pettenkofer School of Public Health, München

² Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München

Advance Care Planning (ACP) ist ein prozessorientierter Ansatz, um medizinische Behandlungsentscheidungen zeitlich vorzuziehen und für Situationen (drohender) Einwilligungsunfähigkeit vorzusorgen. Dem Ansatz liegen die Annahmen zugrunde, dass Behandlungsentscheidungen auch durch prospektive Autonomie gerechtfertigt werden können und selbstbestimmte gegenüber fremdbestimmten Behandlungsentscheidungen ethisch zu bevorzugen sind.

ACP wurde insbesondere für Behandlungsentscheidungen über das Lebensende entwickelt. Für die Vorausplanung der Geburt wurde der Ansatz bisher noch wenig beachtet. Hier hätte ACP das Potential die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass die Behandlung während der Geburt auch im Einklang mit den Präferenzen der Gebärenden stattfindet. Gegenwärtige Forschung zur ACP der Geburt vernachlässigen Gebärende und fokussieren auf die (palliative) Behandlung des (ungeborenen) Kindes. Der Beitrag geht vor diesem Hintergrund der Frage nach, wie ACP für medizinisch begleitete Geburten aus ethischer Sicht zu bewerten ist. Die Grundlage für die ethische Bewertung sind die Berufsethiken, auf der Basis der Rekonstruktion von berufsethischen Pflichten.

In dem Beitrag wird zunächst erläutert, was Geburten im Krankenhaus kennzeichnet und welche Behandlungsentscheidungen (z.B. Präferenz- und Notfallentscheidungen) dabei getroffen werden. Notfälle sind besonders zeitkritisch und komplex, können doch indizierte Maßnahmen in Bezug auf die Gebärende auch unerwünschte Konsequenzen für das (ungeborene) Kind haben. Dann wird diskutiert, inwiefern Einschränkungen der Selbstbestimmungsfähigkeit unter der Geburt zu erwarten ist. Daraufhin wird das Konzept des ACPs vorgestellt und in Beziehung zum Status Quo der Geburtsplanung. Im nächsten Schritt werden die professionellen Verantwortungsbereiche der beteiligten Berufsgruppen in diesem Setting herausgearbeitet und verdeutlicht, inwiefern ACP hier die Erfüllung professioneller ethischer Verpflichtungen unterstützen oder einschränken würde. Hier greifen wir Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie auf, in denen Expert*innen befragt wurden. Zuletzt kommen wir zu einer ethischen Bewertung, ob ACP für die Vorausplanung von medizinisch begleiteten Geburten geboten erscheint und zeigen Veränderungsbedarfe in der gegenwärtigen Versorgungspraxis auf.

S2.3 Zeiterleben und Alter(n): Eine empirisch-informierte Analyse von Vorstellungen des Zeiterlebens im Kontext existenzieller Konflikte in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit mit älteren Menschen

Felix Weibezahl

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

Der Vortrag untersucht den Zusammenhang zwischen Vorstellungen subjektiven Zeiterlebens und der Auseinandersetzung mit existenziellen Themen bei älteren Menschen in psychotherapeutischer Behandlung. Im Zentrum steht die Frage, inwiefern implizite und explizite Annahmen über die Struktur der selbst erlebten Zeit im therapeutischen Prozess thematisiert werden und wie diese mit der Bewusstwerdung des eigenen Alter(n)s in Beziehung stehen. Die Relevanz der Fragestellung ergibt sich daraus, dass das psychotherapeutische Behandlungsangebot für ältere Menschen bislang unzureichend ist, während die absolute Zahl älterer Menschen in der Bevölkerung stark steigt und ihr Bedarf an psychosozialen Betreuungs- und Behandlungsangeboten zunimmt. Zugleich gibt es wenige Untersuchungen, die sich altersspezifischen Behandlungsansätzen widmen. Diese lassen außerdem Raum für eine existenzphilosophisch fundierte Perspektive. Die empirische Grundlage für diese Analyse ist eine qualitative Untersuchung der psychotherapeutischen Behandlungsdokumentation von älteren Patientinnen und Patienten in einer psychiatrischen Klinik. Anhand dieses Materials wird herausgearbeitet, inwiefern existenzielle Themen im Behandlungsprozess verhandelt werden und welche zeitbezogenen Deutungsmuster dabei sichtbar werden. Im Ergebnis können Motive wie der Wechsel von einer zirkulären, endpunktlosen zu einer linearen, auf den Tod ausgerichteten Zeitvorstellung, die gesteigerte Bedeutung vergangener Lebenszeit oder Varianten leidvollen als auch reibungsfreien Erlebens der alltäglichen Zeit herausgearbeitet und unter dem Eindruck von Endlichkeitserfahrungen im fortgeschrittenen Alter verstanden werden. Abschließend zeigt sich, dass zeitbezogene Motive und Deutungsmuster in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung älterer Menschen bislang kaum systematisch berücksichtigt werden. Zugleich weisen sie ein Potenzial auf, die Verhandlung existenzieller Konflikte im höheren Lebensalter differenzierter zu verstehen und dieses Verständnis therapeutisch fruchtbar zu machen.

S3.1 Alles eine Frage der Zeit? Die Ethik der wunscherfüllenden Sterilisation junger Frauen

Kristina Thum¹, Katja Kühlmeyer¹

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

Der markante Wandel der Arzt-Patienten-Beziehung – vom traditionell paternalistischen hin zu einem eher deliberativen Ansatz – geht einher mit einer zunehmenden Personalisierung medizinischer Entscheidungen. Dadurch rückt die Frage nach dem Zeitpunkt und der Angemessenheit solcher Entscheidungen stärker in den Fokus. Die Sterilisation als wunscherfüllende Maßnahme für junge Frauen ohne Kinderwunsch ist ein noch wenig beforschtes Phänomen, das Ärzt*innen vor Herausforderungen stellt.

Durch ein operatives Durchtrennen oder ein Abklemmen der Eileiter gelingt ein äußerst zuverlässiger Empfängnisschutz. Die Sterilisation gilt als permanente Verhütungsmethode, die hinsichtlich Aufklärung und Entscheidungsfindung ein hohes Maß an Sorgfalt erfordert. Berichte von Betroffenen zeigen, dass junge Frauen mit Sterilisationswunsch häufig auf Ablehnung stoßen. Oft wird die Sorge angeführt, dass der Eingriff zu einem späteren Zeitpunkt bereut werden könnte. So weisen manche Gynäkolog*innen Frauen ohne Kinder oder unterhalb eines bestimmten Alters pauschal ab. Dies wirft zum einen die Frage nach der moralischen Legitimität von Altersgrenzen auf. Darüber hinaus ist unklar, ob eine solche Rückweisung im Einklang mit den ethischen Verpflichtungen steht, die für Ärzt*innen gelten.

Der Vortrag befasst sich daher mit der Frage: Ist es ethisch gerechtfertigt, jungen Frauen einen Sterilisationswunsch zu verweigern?

Dazu soll vor dem Hintergrund der Prinzipienethik diskutiert werden, unter welchen Umständen eine Sterilisation ethisch vertretbar sein kann. Dazu werden die Verpflichtungen zu Wohltun und Nichtschaden betrachtet, wobei der erhoffte Nutzen der Behandlung, aber auch Schadenspotentiale desselben ausgearbeitet werden. Dann wird erörtert, welche Anforderungen an eine autonome Entscheidung über den Eingriff zu stellen sind. Zuletzt wird auf die Gerechtigkeitsperspektive mit Blick auf die gesellschaftlichen Kosten und Lasten eingegangen.

Im Fazit stellen wir fest, dass eine grundsätzliche Ablehnung von Sterilisationswünschen junger Frauen aus ethischer Sicht nicht überzeugend begründet werden kann. Insbesondere hinsichtlich der Prinzipien des Wohltuns und des Respekts der Autonomie erscheint vielmehr die Unterstützung einer selbstbestimmten Entscheidung über eine Sterilisation geboten. Abschließend prüfen wir, ob die Maßnahme aufgrund einer Gewissensentscheidung vorenthalten werden darf.

S3.2 Die Fruchtbarkeit erhalten? Vorstellungen von Familiengründung, Zeit und gutem Leben bei jungen Patient*innen mit Krebserkrankung

Ines Pietschmann¹, Claudia Wiesemann¹

¹ Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen

Die Frage, ob und welche Rolle Kinder im eigenen Leben spielen sollen, ist ein wichtiger Aspekt der Vorstellungen von einem guten Leben. Dabei geht es auch um den richtigen Zeitpunkt für eine Familiengründung. Nicht selten ist die Lebensplanung, auch in Bezug auf den Kinderwunsch, durch kulturell vorgegebene, lineare Vorstellungen von Zeit geprägt. Die Vorstellung, erst andere ‚Meilensteine‘ des Lebens abhaken zu müssen, wie eine abgeschlossene Ausbildung, einen soliden Beruf und eine feste Partnerschaft, um bereit für ein Kind zu sein, ist verbreitet.

Eine Krebsdiagnose kann die Vorstellung von einem solchen linearen und planbaren Lebensverlauf zerstören. Einige Krebsarten und insbesondere deren Behandlungen beeinträchtigen die Möglichkeit, biologische eigene Kinder zu bekommen. Konfrontiert mit einer solchen Diagnose müssen Patient*innen innerhalb sehr kurzer Zeit über Fragen der Fertilität nachdenken und Entscheidungen über fertilitätserhaltende Maßnahmen (FEM) treffen.

Diese Entscheidungen haben massive Auswirkungen nicht nur auf die eigene Zukunft, sondern auch auf die von (potenziellen) Partner*innen, bereits vorhandenen und noch zu zeugenden Kindern. Vorstellungen guten Lebens müssen unter diesen ungewöhnlichen und kulturell unvertrauten Bedingungen in sehr kurzer Zeit neu überdacht werden.

Im Rahmen einer qualitativen Interviewstudie mit an Krebs erkrankten Frauen und Männern im reproduktiven Alter haben wir untersucht, wie in einer so zeitlich drängenden Situation eigene Konzepte guten Lebens und die der Partner*innen verhandelt werden. Die Ergebnisse der Studie sollen vorgestellt und im Licht zeitlicher Konzepte von Fortpflanzung und Familiengründung diskutiert werden.

S3.3 Zeiterfahrungen bei Schwangerschaftsverlust – Zur ethischen Bedeutsamkeit literarischer Narrationen

Isabella Marcinski-Michel

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

Schwangerschaftsverluste treten in 10 bis 20 Prozent aller Schwangerschaften auf und gelten trotzdem als Abweichungen von einem Schwangerschaftsnormalverlauf. Die meisten Schwangerschaftsverluste finden sehr früh und teilweise unbemerkt statt. Sie sind gesellschaftlich nur wenig wahrgenommene Verlusterfahrungen, werden oft verschwiegen oder nur im engsten Umfeld kommuniziert.

Philosophische, medizinethische und lebensweltliche Vorstellungen von Schwangerschaft beruhen auf einem teleologischen Narrativ von Fortpflanzung, das meist implizit bleibt und nicht reflektiert wird. Entsprechend werden Verlusterfahrungen, die auf die Kontingenz und mögliche Diskontinuität von Schwangerschaft hinweisen, bisher kaum thematisiert. Schwangerschaftsverluste markieren dabei einen Bruch mit dieser angenommenen teleologischen Zeitstruktur der Schwangerschaft und bedeuten den Verlust einer antizipierten Zukunft.

Der Schwangerschaftsverlust wird oftmals als Disruption im Lebensverlauf erfahren. Er hat ebenso wie andere Erfahrungen von Verlust und Trauer Auswirkungen auf das Zeiterleben: Er wird als Stillstand von Zeit, ein zugleich gesteigertes und vermindertes Bewusstsein von Zeit geschildert. Zur möglichen Ambivalenz des Schwangerschaftsverlustes gehört schließlich, dass dieser auch als Entlastung erlebt werden kann, etwa wenn die Schwangerschaft nicht erwünscht war.

Der Vortrag wird angelehnt an bisherige philosophische und ethische Überlegungen zu Zeit und (Schwangerschafts-)Verlust, literarische Narrationen zum Schwangerschaftsverlust und die hier geschilderten Zeiterfahrungen in den Blick nehmen. Untersucht wird die Bedeutung der medizinischen Behandlungen und der institutionell verankerten zeitlichen Strukturen sowie deren Auswirkungen auf die individuellen Narrationen. Als Texte werden u.a. „Die Antwort“ von Anna Hogeland (2022), „Für immer seh ich dich wieder“ von Yannic Han Biao Federer (2025) sowie die Graphic Novel „Good Eggs“ von Phoebe Potts herangezogen. Narrative Ansätze in der Bioethik eignen sich mit ihrem Fokus auf Erzählungen hervorragend, um die zeitlichen Dimensionen herauszuarbeiten. Sie sind sensibel für zeitliche Verlaufsmodelle und vermögen so, Disruptionen und den nicht planmäßigen Verläufen Ausdruck zu verleihen. Der Vortrag wird die für den Schwangerschaftsverlust spezifischen Zeiterfahrungen sowie die ethische Bedeutsamkeit dieses Zeiterlebens für die Gesundheitsversorgung herausarbeiten.

S4.1 Ethische Aspekte von Disease-Management-Programmen: Das Beispiel Adipositas

Solveig Hansen¹, Leonie Renelt¹

¹ Institut für Public Health und Pflegeforschung, Universität Bremen

Disease-Management-Programme (DMPs) sind etablierte Steuerungsinstrumente im deutschen Gesundheitswesen, die eine strukturierte Versorgung chronischer Erkrankungen anstreben. Trotz ihrer politischen und versorgungsorganisatorischen Bedeutung bleibt die ethische Reflexion ihrer normativen Zielsetzung und Umsetzung bislang unzureichend. Dieser Beitrag untersucht am Beispiel eines geplanten DMP Adipositas zentrale ethische Fragestellungen, die sich für DMPs allgemein stellen.

Adipositas zeichnet sich durch hohe Prävalenz, komplexe biopsychosoziale Ursachen und ausgeprägte Erfahrungen von Stigmatisierung aus und ist bislang nicht in der Regelversorgung durch ein DMP abgebildet. Im Rahmen einer empirisch-informierten Ethikanalyse wurden 20 leitfadengestützte Interviews mit Patient*innen eines Gewichtsreduktionsprogramms retrospektiv ausgewertet, um moralische Anforderungen an das DMP herauszuarbeiten. Zur ethischen Strukturierung dienten die Prinzipien relationaler Autonomie, Fürsorge und Gerechtigkeit.

Die Ergebnisse zeigen, dass Betroffene häufig auf sich gestellt sind und vielfach wenig nachhaltige Versuche zur Gewichtsreduktion unternehmen. Der Zugang zu strukturierten Unterstützungsangeboten hängt stark von zeitlichen, finanziellen und organisatorischen Ressourcen ab, und die Kostenübernahme durch Krankenkassen ist uneinheitlich geregelt. Zudem berichteten Interviewte von Diskriminierungserfahrungen, emotionaler Belastung und der Bedeutung sozialer Unterstützung.

Aus ethischer Perspektive sollte ein DMP weder primär als Instrument zur Verhaltenssteuerung noch als bloßes Effizienzwerkzeug verstanden werden. Vielmehr eröffnet die Analyse die Sicht auf normative Herausforderungen, die bei DMPs grundsätzlich bestehen: Programme müssen Autonomie fördern, Fürsorge ermöglichen und strukturelle Ungleichheiten verringern statt zu reproduzieren. Am Beispiel Adipositas lässt sich zeigen, wie zentrale ethische Anforderungen an DMPs – etwa Gerechtigkeit in der Zugangsverteilung und Achtung der Lebenswirklichkeit der Betroffenen – analytisch präzisiert und praktisch reflektiert werden können. Die Studie leistet so einen Beitrag zur ethischen Bewertung und Weiterentwicklung von Disease-Management-Programmen im deutschen Gesundheitswesen.

S4.2 Forschung oder Behandlung? Genomische Therapien als Anlass zur Neubestimmung einer etablierten ethischen Abgrenzung

Dimitra Konstantinidou

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

Die Entwicklung genomischer Therapien mit ihrer bisher beispiellosen Präzision und Interventionskraft hat das Potenzial, die medizinische Praxis grundlegend zu verändern. Diese Therapien unterscheiden sich von traditionellen, bisher vorherrschenden therapeutischen Verfahren, die sich an populationsbasierten Daten orientierten. Der personalisierte Charakter genomischer Therapien bietet neue Hoffnung für Patient:innen, die kleinen Gruppen angehören, wie z.B. Patient:innen mit seltenen Erkrankungen, oder singulären Mutationen aufweisen. Diese Veränderung machen eine Neubestimmung zentraler Konzepte und Methoden der Medizin erforderlich, insbesondere im Hinblick auf Evidenzgenerierung, Evaluation und Datenerhebung im Kontext individueller Behandlungsversuche. Darüber hinaus erfordern sie die Anpassung ethischer und regulatorischer Rahmenbedingungen, um den spezifischen Herausforderungen dieser neuen Therapien gerecht zu werden.

Insbesondere gerät die seit Jahrzehnten etablierte ethische Dichotomie zwischen „Forschung“ und „Behandlung“ zunehmend in Frage. Während diese Problematik im amerikanischen Diskurs bereits zunehmend diskutiert wird, fehlt eine vergleichbare Diskussion im deutschsprachigen Raum weitgehend. Diese Forschungslücke stellt ein wesentliches normatives Problem dar, denn die Trennung überzeugt im Kontext individueller Therapien nicht mehr, weil etablierte Evaluationsmethoden wie große randomisierte kontrollierte Studien nicht anwendbar sind. Da therapeutische Entscheidungen und Wissensgenerierung zunehmend zusammenfallen, hat dies unmittelbare ethisch-praktische Implikationen für zentrale Fragen wie die informierte Einwilligung.

Diese klassische Abgrenzung von „Forschung“ und „Behandlung“ erweist sich für individuelle genomische Therapien als ethisch unzureichend. Ziel des Beitrags ist es daher, nicht nur Licht auf die bislang noch laufende Debatte zu werfen, sondern auch eine klare Position im Hinblick auf genomische Therapien einzunehmen, ihre Dynamik herauszustellen und ein konzeptionelles Rahmenwerk vorzuschlagen. Dabei wird die Einführung eines Learning Health Systems als Ansatz zur Überbrückung dieser Trennung vorgeschlagen. Mit bestimmten Anpassungen erscheint die Implementierung eines solchen Systems nicht nur praktikabel, sondern auch ethisch gerechtfertigt – zumindest im Kontext genomischer Therapien.

S4.3 Potenziale emotionssoziologischer Analysen für die Ethik am Beispiel moralischer Konflikte in der Live-in Versorgung

Matthias Hauer

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

Schuldgefühle den pflegebedürftigen Angehörigen gegenüber, weil zu wenig Zeit für die Pflege bleibt; Angst, dass die Angehörigen stürzen und niemand es merkt – Emotionen spielen in der Pflege eine wichtige Rolle, werden aber in ihrer ethischen Bedeutung bislang kaum analysiert. Martha Nussbaum (2001) begreift Emotionen als Werturteile. Schuldgefühle können etwa Ausdruck der Überzeugung sein, moralische Normen verletzt zu haben, Ängste auf die Auffassung verweisen, dass wertgeschätzte Güter in Gefahr sind.

Der Vortrag geht der Frage nach, inwiefern soziologische Methoden solche Emotionen einer ethischen Analyse zugänglich machen können. Dabei argumentiert er, dass die Analyse von Emotionen insbesondere zwei Ebenen zu berücksichtigen hat: (a) die Diskursebene und (b) die Mikroebene individueller Interaktionen. Am Beispiel von Live-in Versorgung wird die ethische Relevanz von Emotionen auf diesen Ebenen aufgezeigt. Wenn Emotionen als Werturteile begriffen werden, kann die diskursive Verhandlung von gesellschaftlichen Normen, die diese Emotionen prägen, nachvollzogen werden, um dann im Mikrosetting die darauf basierenden Emotionen zu analysieren. Ein moralischer Konflikt zwischen individueller Freiheit und familiärer Pflegeverantwortung zeigt sich beispielsweise auf Ebene des Diskurses durch die Verhandlung von Ängsten pflegender Angehöriger. Im Mikrosetting zeigt sich ein Verantwortungsgefühl gegenüber den eigenen Angehörigen, welches mit diesem Diskurs verknüpft ist, und soll durch die Einstellung einer Live-in Kraft aufgelöst werden. Emotionen zeigen hier die Relevanzsetzungen der pflegenden Angehörigen und dadurch ausgelöste Konflikte. Emotionen bewegen sich dabei in einem Spannungsfeld von individuellem Gefühl, gesellschaftlicher Norm und ethischer Bewertung. Auf beiden Ebenen ist es deshalb notwendig, die moralischen Bewertungen des Individuums bzw. des Diskursbeitrags theoretisch zu analysieren und zu überprüfen. Die dahinterstehenden Normen müssen herausgearbeitet werden und anschließend ethisch eingeordnet werden. Am Beispiel von Live-in Versorgung zeigt sich das methodische Potenzial einer solchen Analyse: Emotionen können als Indikatoren für moralische Werturteile dienen und deren Relevanz für die jeweiligen Individuen zeigen. So kann ihre soziologische Analyse einen wichtigen Ausgangspunkt für ethische Fragestellungen bilden.

S5.1 Nachhaltigkeit als Prinzip biomedizinischer Ethik

Cristian Timmermann¹, Frank Ursin²

¹ Institute for Ethics and History of Health in Society (IEHHS), Medizinische Fakultät, Universität Augsburg

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

Der Klimawandel und Umweltschäden werden zu den größten Bedrohungen für die menschliche Gesundheit. Ein Umgang mit erwarteten Bedrohungen ist ihre Abwendung oder Begrenzung durch Handlungsänderungen in der Gegenwart. Da immer mehr Gesundheitsfachkräfte und Bioethiker*innen erkennen, wie wichtig die Minderung des ökologischen Fußabdrucks des Gesundheitswesens ist, ist das Bedürfnis gewachsen, die Eignung der vier klassischen Prinzipien biomedizinischer Ethik neu zu bewerten. Eine offensichtliche Antwort ist die Ergänzung der klassischen Prinzipien – Achtung der Selbstbestimmung, Schadensvermeidung, Fürsorge und Gerechtigkeit – um ein neues Prinzip: „Nachhaltigkeit“. Hiermit würden ökologische, soziale und ökonomische Dimensionen immer systematisch mit in Betracht gezogen. Im Zusammenhang mit den vier klassischen Prinzipien würden ethische Konflikte anders gewichtet und in einen kohärenten Zusammenhang gebracht werden. Diese Erweiterung wirft jedoch vier Fragen auf: (a) Welches Verständnis von Nachhaltigkeit sollte zugrunde gelegt werden? (b) In welcher Wechselwirkung steht dieses neue Prinzip mit den etablierten Pflichten von Ärzt*innen gegenüber einzelnen Patient*innen? (c) Können Umweltschutzelange bereits mit den etablierten biomedizinischen Prinzipien adressiert werden, sodass ein neues Prinzip überflüssig ist? Und (d) ist eine Erweiterung aus konzeptioneller Sicht überhaupt notwendig, um ethische Überlegungen für die Gesundheit der Bevölkerung und des Planeten systematisch zu bewerten? Im Vortrag identifizieren wir Konzepte von Nachhaltigkeit, die professionelle Pflichten von Gesundheitsfachkräften mit denen von Institutionen und anderen Berufsgruppen vereinen. Anschließend untersuchen wir, wie Nachhaltigkeitsziele im Rahmen der klassischen vier Prinzipien vorangebracht werden können, z.B. mit einem umfassenderen Verständnis des Prinzips der Schadensvermeidung, das sowohl direkte und auch indirekte Schäden außerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung einbezieht. Wir schlagen eine Spezifizierung des Prinzips der Gerechtigkeit vor, die auch Interessen von entfernten Personen und künftigen Generationen miteinbezieht. Schließlich sprechen wir uns für die Einführung von „Nachhaltigkeit“ als fünftes Prinzip aus, da die aktuelle Umwelt- und Notlage uns als Gesellschaft dazu zwingt, jedes Instrument dazu zu benutzen die Dringlichkeit der Lage zu erkennen und in handlungsleitende Prinzipien umzusetzen.

S5.2 Exponentielle Bioakkumulation: Zeitethische Herausforderungen für die nachhaltige Pharmazie

Benjamin Nguyen¹, Prof. Michael Müller²

¹ Center for Social Ethics in Healthcare, Johann Wolfgang Goethe-Universität

² Lehrstuhl für Pharmazeutische und Medizinische Chemie, Universität Freiburg

Im Kontext der umsichgreifenden Biodiversitäts- und Klimakrise wird sich in der Pharmazie, unter den Termini „Green-“ oder „sustainable Pharmacy“, mit der Frage nach der eigenen ethischen Verantwortung für den Erhalt des Planeten auseinandergesetzt. Bisher finden zeitethische Fragen in diesen Untersuchungen keine Beachtung, obwohl Zeit und Zeitlichkeit in der Pharmazie an zahlreichen Stellen von zentraler Bedeutung sind. Im Besonderen ist dabei an die Pharmakokinetik (PK) und Pharmakodynamik (PD) zu denken. Hier wird untersucht, was der Körper mit dem aufgenommenen Stoff (PK), bzw. was der Stoff mit dem Körper (PD) über den Zeitverlauf hin machen. Zeit wird hierbei stets als lineare Variable gedacht – auch, wenn viele biologische und pharmakologische Prozesse nicht-linear verlaufen. Daraus ergeben sich zahlreiche epistemologische und ethische Herausforderungen – so können etwa Risiken, die nicht linear zur chronologischen Zeit auftreten normativ über- oder unterschätzt werden. In besonderer Weise gilt dies für exponentiell verlaufende Prozesse. So konnte jüngst nachgewiesen werden, dass sich verschiedene industriell produzierte, toxische Stoffe exponentiell in Nahrungsmitteln anreichern. Bisher kann noch nicht abgesehen werden, welche gesundheitlichen Risiken damit für die betroffenen Pflanzen, Tiere oder Menschen einhergehen.

Mit dieser Exponentialität als solches gehen zahlreiche zeitethische Fragen einher, die bisher in der nachhaltigen Pharmazie aber auch dem Health Technology Assessment und der One Health-Ethik nicht berücksichtigt werden. Hier können genannt werden:

- Wie kann ethische Reflexion unter exponentiellen Zeitstrukturen stattfinden?
- Wer trägt Verantwortung für eine rasche Intervention, bei sich zeigenden exponentiellen Akkumulationsprozessen?
- Wer trägt Verantwortung für das mögliche Eintreten negativer Gesundheits- oder Umwelteffekte durch exponentiell verlaufende Anreicherungen toxischer Stoffe?
- Wie können exponentielle Prozesse in Leitlinien zur One Health-Ethik oder Maßnahmen der Public-Health-Policy Berücksichtigung finden?

Die epistemologische Voraussetzung zur Beantwortung dieser Frage ist, dass Zeit in der Pharmazie und Chemie nicht weiter als wertfreie und kontextlose Konstante angesehen wird. Darauf aufbauend können gemeinsam mit der Pharmazie und Chemie Institutions-, One- und Public-Health-ethische Lösungsansätze entwickelt werden.

S5.3 Mit Künstlicher Intelligenz gegen antimikrobielle Resistenzen: Ethische Herausforderungen zwischen Nachhaltigkeit und Technologiekritik

Lorina Buhr

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen

Hintergrund: Antimikrobielle Resistenzen (AMR) sind ein zentrales Problem in der Gesundheitsversorgung. Laut dem jüngsten Bericht der Weltgesundheitsorganisation lag in 2023 bei jeder sechsten im Labor bestätigten bakteriellen Infektion eine Resistenz gegen Antibiotika vor. Die Ausbreitung von AMR betrifft damit Patient*innen der Gegenwart und Zukunft in hohem Maße. Der Umgang mit Resistenzen verläuft strategisch über drei Handlungsfelder: (i) Eindämmung durch gezielteren und verminderten Einsatz von Antibiotika in der Humanmedizin, (ii) durch streng regulierten Einsatz von Antibiotika in der Veterinärmedizin und Landwirtschaft, (iii) durch Exploration neuer Antibiotikaklassen. Neuere Entwicklungen in der medizinischen KI schüren die Hoffnung, dass KI in allen Handlungsfeldern fördernd eingesetzt werden kann.

Bisherige ethische Diskussion. In der ethischen Diskussion zu AMR geht es neben Diskussionen zu intra- und intergenerationeller Verteilungsgerechtigkeit im Zugang zu Antibiotika u. a. den Vorschlag, Antibiotika als quantitativ und zeitlich begrenzte Ressource zur Therapie zu betrachten. Auf der medizinischen Entscheidungsebene seien die Akteure und Ärzt*innen aufgefordert, die Wahl der Antibiotikatherapie unter den Aspekten der medizinischen und ökologischen Nachhaltigkeit gegen die Neben- und Nachwirkungen für Körper und Umwelt abzuwägen. Es gibt bisher jedoch kaum ethische Reflexion über die Entwicklung und den Einsatz von KI zur Eindämmung von AMR (AMR-KI).

Ethische Analyse: Der Beitrag widmet sich dieser Forschungslücke, indem er die Einsatzszenarien von KI im Hinblick auf ethische Implikationen und Dilemmata überprüft. Ein besonderer Fokus wird auf jene KI-Modelle gelegt, die antimikrobielle Peptide entdecken designen sollen. Die ethische Reflexion muss, so wird argumentiert, in diesen Fällen über die Diskussion von Verteilungsgerechtigkeit hinausgehen. Es wird vorgeschlagen, die ethische Reflexion zu ergänzen um eine kritische Analyse (i) der zugrundeliegenden zeitlichen und ökonomischen Logiken und Anreize der Entwicklung von AMR-KI, (ii) der Nachhaltigkeitsimplikationen von KI, (iii) der ethischen Konflikte auf der Ebene der Medikamentalisierung (in) der Gesellschaft und der Tiergesundheit. Damit legt der Beitrag einen innovativen Reflexionsrahmen für Technologiereflexion im Lichte von Nachhaltigkeit und One Health vor.

S6.1 Gesund sterben – Freiheit oder Unzumutbarkeit?

Elena Hofacker¹, Louise Forst¹, Matthias Havemann¹, Jens Puschke², Carola Seifart¹

¹ Institut für angewandte und klinische Ethik im Gesundheitswesen, Fachbereich Medizin, Philipps-Universität Marburg

² Fachbereich Rechtswissenschaften, Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht, Kriminologie und Medizinstrafrecht, Philipps-Universität Marburg

Gesellschaftliche Regelungen zum Lebensende sind stets wertbehaftet und reflektieren grundlegende Vorstellungen von Autonomie, Verantwortung und moralischer Zumutbarkeit. Der assistierte Suizid bildet dabei einen paradigmatischen Konfliktfall: Er berührt zugleich das individuelle Recht auf Selbstbestimmung, professionelle Verantwortung im medizinischen und beratenden Kontext sowie kollektive Zukunftsverantwortung einer Gesellschaft im Umgang mit Vulnerabilität und Sterben.

2020 erklärte das BVerfG das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB) für verfassungswidrig und leitete aus Art.2 Abs.1 i.V.m. Art.1 Abs.1 GG ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben ab. Dieses Recht ist weder an bestimmte Lebensphasen noch an Krankheitszustände gebunden und schließt ausdrücklich die Inanspruchnahme der Hilfe Dritter ein. Diese Entscheidung markiert eine weitreichende normative Konzeption, die Autonomie als zentrales Leitprinzip des Lebensendes etabliert.

Inwieweit diese Konzeption gesellschaftlich getragen wird, erscheint zumindest fraglich. Die 2023 gescheiterten Gesetzgebungsversuche verweisen auf eine anhaltende Ambivalenz zwischen rechtlicher Liberalisierung und moralischen Vorbehalten.

Vor diesem Hintergrund greift der Vortrag empirische Ergebnisse aus einer vergleichenden Befragung von Studierenden der Medizin, Rechtswissenschaft und Theologie im Abstand von 14 Jahren auf. Diese deuten zwar auf eine deutliche normative Aufwertung individueller Selbstbestimmung hin, zugleich zeigt sich jedoch, dass Zustimmung zum assistierten Suizid (88%) nicht vorbehaltlos ist, sondern stark kontextabhängig bleibt. Besonders relevant ist dabei die Frage, unter welchen Bedingungen und durch welche Akteure assistierter Suizid als ethisch vertretbar angesehen wird.

Insbesondere die geringe Zustimmung gegenüber assistiertem Suizid bei gesunden oder nicht terminal erkrankten Personen (21%) verweist auf eine Diskrepanz zwischen der vom BVerfG konzipierten, autonomen Entscheidungsfreiheit und gesellschaftlich geteilten Intuitionen moralischer Zumutbarkeit. Diese Spannung soll Im Vortrag den Ausgangspunkt für eine normativen Analyse bilden. Im Zentrum steht die Frage, welche medizinethischen Konsequenzen daraus folgen, wenn eine verfassungsrechtlich kohärente Autonomiekonzeption systematisch mit verbreiteten moralischen Intuitionen kollidiert: Ist Ethik hier korrigierend, vermittelnd oder kritisch-distanziert gefordert?

S6.2 „Und bis der Tod uns scheidet“: Ethische Herausforderungen bei assistierten Doppelsuiziden

Claudia Bozzaro

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Universität Münster

Assistierte Doppelsuizide (ASD) stellen ein bislang nur randständig untersuchtes Phänomen im Diskurs um assistiertes Sterben dar. Dennoch deuten empirische Daten aus Ländern mit liberalisierten Regelungen der Suizidassistenz darauf hin, dass ASD sowohl zahlenmäßig als auch als Gegenstand öffentlicher und ethischer Debatten an Bedeutung gewinnen.

Charakteristisch für ASD ist eine komplexe Entscheidungsstruktur: Der gemeinsame Entschluss zum Suizid entsteht nicht nur innerhalb des Paares, sondern muss im weiteren Verlauf mit mindestens einer dritten Person – etwa einer Ärztin oder einer Sterbebegleiterin – abgestimmt, geprüft und schließlich umgesetzt werden. Über die konkreten Entscheidungsprozesse in dieser triadischen Konstellation ist bislang nur wenig bekannt.

Der Vortrag stellt zunächst empirische Erkenntnisse aus Fallberichten, die vornehmlich in öffentlichen Medien zu finden sind und der bislang eher überschaubaren wissenschaftlichen Literatur vor. Darauf aufbauend werden die spezifischen ethischen Herausforderungen mit Blick auf relevante ethische Kriterien systematisch analysiert. Dabei wird u.a.:

- a) auf die Frage nach der *Überprüfung individueller Autonomie* in einer relational strukturierten Entscheidungssituation eingegangen.
- b) zweitens soll auf die sich möglicherweise besondere Herausforderungen im Hinblick auf *Vulnerabilität und Abhängigkeitsverhältnisse* innerhalb des Paares eingegangen werden. Insbesondere in Rechtsordnungen, in denen der Zugang zur Suizidassistenz nicht auf schwere Erkrankungen beschränkt ist, stellt sich die Frage, inwiefern emotionale, soziale oder finanzielle Abhängigkeiten die Entscheidungsfreiheit eines Partners beeinträchtigen können, auch ohne expliziten äußeren Druck.
- c) Schließlich werden mögliche *Implikationen für Angehörige und gesellschaftliche Leitbilder* thematisiert, etwa im Hinblick auf Vorstellungen von Partnerschaft, Fürsorge und gemeinsamem Sterben.

Der Vortrag versteht sich als ein erster Systematisierungsversuch ethisch relevanter Implikationen dieser spezifischen Praxis, bei der angenommen werden kann, dass sie in den kommenden Jahren auch in Deutschland zunehmend an Bedeutung gewinnen wird.

S6.3 Liberalisierung und Normalisierung der Sterbehilfe in Kanada – ethische, soziale und gesundheitspolitische Implikationen für die deutsche Debatte um den assistierten Suizid

Niklas Petersen

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen

Der assistierte Suizid ist in Deutschland zwar erlaubt, jedoch ungeregelt, nachdem das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung vom Bundesverfassungsgericht im Jahr 2020 für verfassungswidrig erklärt worden war. Die Selbsttötung sei Ausdruck individueller Selbstbestimmung, so die richterliche Argumentation, und dieses Recht schließe auch die Freiheit ein, Hilfe Dritter in Anspruch zu nehmen. Zugleich wurde anerkannt, dass mit einer zunehmenden Normalisierung der Sterbehilfe die Gefahr autonomiegefährdender sozialer Pressionen zur Inanspruchnahme assistierten Suizids einhergehe.

Um die sozialen und ethischen Implikationen einer Liberalisierung der Sterbehilfe differenziert zu beleuchten, lohnt es sich, einen Blick auf Länder zu werfen, die Sterbehilfe in den vergangenen Jahren bereits liberalisiert haben. Der Fall Kanadas ist besonders aufschlussreich, da sich das Land innerhalb eines Jahrzehnts, ausgehend von einem vollständigen Verbot der Sterbehilfe, zu einem der Länder mit der weltweit höchsten Verbreitung von Tötungen auf Verlangen entwickelt hat.

In Kanada erklärte der Supreme Court im Jahr 2015 das Verbot des ärztlich assistierten Suizids für verfassungswidrig, da es die Grundrechte auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person verletze. In der Folge wurde Medical Assistance in Dying (MAiD) legalisiert, zunächst beschränkt auf Personen, deren natürlicher Tod absehbar war, und später – nach einem weiteren Gerichtsurteil – auf alle Personen ausgeweitet, die an einer schwerwiegenden und unheilbaren Erkrankung leiden. Inzwischen sind mehr als fünf Prozent aller Todesfälle auf ärztliche Tötungen auf Verlangen zurückzuführen. Menschenrechtsorganisationen kritisieren, dass insbesondere vulnerable Gruppen im Kontext unzureichender sozialer Absicherung und medizinischer Versorgung durch die Normalisierung der Sterbehilfe faktisch in den assistierten Suizid gedrängt würden.

Ziel des Vortrags ist es, auf Basis der aktuellen bioethischen, gesundheitspolitischen und juristischen Fachdebatten in Kanada herauszuarbeiten, welche Faktoren und institutionellen Arrangements die Normalisierung der Sterbehilfe dort begünstigt haben, und vor dem Hintergrund der deutschen Diskussionen zur Neuregelung des assistierten Suizids die ethischen sowie sozialen Folgen einer Ausweitung der Sterbehilfe kritisch zu diskutieren.

S7.1 Trust Over Time – AI, Reliability Gaps, and the Temporal Structure of Clinical Care

Orhan Onder¹, Prana Rudra², Frank Ursin², Eike Buhr³

¹ History of Medicine and Ethics, School of Medicine, Marmara University

² Institute for Ethics, History and Philosophy of Medicine, Hannover Medical School

³ Abteilung Ethik in der Medizin, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

The integration of AI-based systems into medical care not only reshapes diagnostic and therapeutic practices but also alters the temporal structure of trust in clinical relationships. While trust in medicine has traditionally developed over time through longitudinal interaction, professional judgment, and shared vulnerability, AI-supported decision-making increasingly relies on asynchronous, opaque, and often predictive processes. This raises the question of how trust, as distinct from mere reliance, can be sustained when clinical reasoning is partially delegated to systems whose reliability cannot be continuously or independently assessed.

Building on epistemological accounts that distinguish trust from mere reliance, we argue that AI-supported medical practice introduces a temporal tension between long-term trust relationships and short-term or retrospective evaluations of algorithmic performance. While AI systems for prediction, risk stratification, or clinical decision support may be supported by robust ex ante validation studies, their reliability in individual clinical encounters is typically only fully assessable ex post. By contrast, clinicians can be legitimately trusted ex ante on the basis of role-based responsibility, perceived goodwill, and relational cues such as empathy and responsiveness, even prior to demonstrable performance. Clinicians thus increasingly function as temporal proxies, expected to bridge reliability gaps over time by vouching for systems whose inner workings and future performance remain partially inaccessible to both professionals and patients.

We develop a conceptual analysis of this temporal asymmetry and examine its ethical implications for clinical judgment, responsibility, and the fiduciary role of clinicians. We argue that as AI systems become more autonomous within clinical practice, trust risks shifting away from shared clinical reasoning toward opaque forms of mediated reliance. Against this backdrop, we specify requirements for a temporally sensitive ethics of trust in AI-supported care, including the preservation of longitudinal clinical oversight, the integration of AI outputs into temporally informed diagnostic and therapeutic reasoning, and the clinician's sustained responsibility for interpreting, contextualizing, and revising AI-mediated recommendations over the course of care.

S7.2 Meaningful Responsibilisation - A Normatively Grounded Approach to Ascribing Responsibility for AI in Healthcare

Piotr Wiliński¹, Robert Ranisch¹

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

The implementation of AI in healthcare, e.g., in diagnostic and imaging processes, medical decision making, robots in care and surgery, etc., carries both great promise, as well as serious risks. The increasing autonomy of these technologies challenges existing accountability practices within the patient-physician relationship. Where medical personnel cannot be justly and fairly held responsible for outcomes caused by autonomous technologies, “responsibility gaps” may emerge. It has been argued that the moral permissibility of AI technologies in healthcare relies upon our ability to successfully close these gaps. To that end, some authors propose responsibilisation: an approach whereby physicians can voluntarily assume responsibility for outcomes caused by AI qua their professional role. The contribution of the present paper is a moral substructure which allows responsibilisation practices to be meaningful, i.e., based upon reasonable and morally salient conditions. We argue that although physicians might not be morally responsible for outcomes caused by AI in a traditional sense, they can – and perhaps should – nonetheless assume responsibility by expanding their existing moral obligations towards the people in their care (and justifiably so). These existing moral obligations stem from their professional role as caregivers, and are directly built into the patient-physician relationship. We propose two conditions for meaningful responsibilisation: (1) expertise and (2) professional role. The first condition concerns the epistemic standing empowering physicians to fulfil their duties; the second condition regards the strict legal and moral standards concerning the various duties (and their limits) imposed on physicians depending on their specialisation, as well as ties directly into the sort of person physicians are expected to be – a condition upon which the nature of the patient-physician relationship is constituted. Considering the conditions for meaningful and reasonable responsibilisation in medical practice is important given the considerable potential to scapegoat medical personnel for AI-caused outcomes or to ‘randomise’ the process of responsibility ascription.

S7.3 Antizipation durch Perzeption? Methodische Herausforderungen eines Horizon Scannings zum Einsatz von KI in den Lebenswissenschaften

Frank Ursin¹, Monika Taddicken², Tim Kacprowski³

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

² Institut für Kommunikationswissenschaft, Technische Universität Braunschweig

³ Abteilung Data Science in Biomedicine, Technische Universität Braunschweig

Künstliche Intelligenz verändert die Forschung in Medizin und Lebenswissenschaften in einer Geschwindigkeit, die ethische Bewertungen und ihre Methoden herausfordert. Die Suche nach neuen pharmazeutischen Wirkstoffen oder die Voraussage individueller Krankheitsrisiken mit polygenischen Risiko-Scores werden durch KI erheblich erleichtert. Agentische KI-Systeme wie Googles Co-Scientist können Forschende auch bei der inhaltlichen Arbeit unterstützen, indem sie komplexe Zusammenhänge sichtbar machen oder Hypothesen vorschlagen. Wie übernehmen Forschende Verantwortung beim Publizieren KI-basierter Ergebnisse angefangen bei Fragen der Autorschaft über die Offenlegung ihres eigenen Beitrags angesichts neuer KI-Assistenten bis zur Abwägung gesellschaftlicher Folgen ihrer Forschung? Mit den neuen Möglichkeiten rücken auch alte Herausforderungen erneut in den Fokus, denn mit KI lassen sich nicht nur Medikamente, sondern auch Gifte entwickeln: Wie vermindern wir Dual-Use-Risiken, wenn dieselben KI-Verfahren zugleich nützen und schaden können?

Das BMFTR-Projekt KILEWI nutzt ein Horizon Scanning, um frühe Signale, blinde Flecken und kontroverse Erwartungen zum KI-Einsatz sichtbar zu machen und daraus diskursfähige Inhalte für Lehre und Öffentlichkeit zu entwickeln. Im Vortrag diskutieren wir die zeitbezogenen methodischen Herausforderungen dieses Vorgehens: Antizipation speist sich wesentlich aus Perzeption – aus der Wahrnehmung und Deutung von Forschenden, die von Hype-Zyklen, Förderlogiken und Publikationsdynamiken geprägt sind. Damit geraten klassische Herausforderungen der Technikfolgenabschätzung in ein Beschleunigungsregime: Während sich Begriffe, Daten, Modelle und Methoden rasch wandeln, bleiben ethische, rechtliche und soziale Bewertungen träge, fragmentiert oder unterkomplex.

Methodisch kombinieren wir daher ein Rapid-Scoping-Review mit leitfadengestützten Expert:innen-Interviews (Biologie, Medizin, Biotechnologie) um schließlich die so gewonnenen Erkenntnis in einem Horizon Scanning zu den ethischen und sozialen Herausforderungen des KI-Einsatzes in der lebenswissenschaftlichen Forschung zu erstellen. Im Vortrag stellen wir die methodischen Herausforderungen dieses Vorgehens vor.

S8.1 Kann man wissen, was für einen anderen Menschen gut ist?

Nele Röttger

Geschichte und Wissenschaftstheorie der Medizin, Abteilung Philosophie, Universität Bielefeld

Selbst wenn man wüsste, was für einen anderen Menschen gut ist, sprechen überzeugende ethische Gründe dagegen, die Person mit übergriffigen Handlungen oder wohl-meinenden Ratschlägen zu behelligen. Warum also sollte man sich der titelgebenden Frage des Vortrags überhaupt widmen? Ich argumentiere dafür, dass die Frage, ob man wissen kann, was für einen anderen Menschen gut ist, nicht nur aus ethischen, sondern auch aus epistemischen Gründen verneint werden muss. Im Anschluss an eine Begriffs-bestimmung von „Erfahrungswissen“ werde ich im Vortrag zeigen, dass hinsichtlich bestimmter Lebensfragen, wie beispielsweise im Umgang mit psychischer und körperlicher Gesundheit und Krankheit, eine spezifische Form von Wissen erforderlich ist. Dieses Wissen zeichnet sich u.a. dadurch aus, dass es in einem Prozess gewonnen wird, den eine Person im Laufe der Zeit und im Umgang mit sich erfährt. Aus dieser Hypothese folgt, (1) dass Erfahrungswissen nur von der Person selbst gewonnen werden kann, da sie es ist, die diese Erfahrungen macht. Die Hypothese spricht (2) dafür, dass Erfahrungswissen selbst prozesshaft ist und der Reflexion auf die jeweiligen Erfahrungen bedarf. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die Annahme, man könne wissen, was für einen anderen Menschen gut ist, aus epistemischen Gründen in einer bestimmten Hinsicht falsch ist. Zwar kann man aus beispielsweise ärztlicher oder pflegerischer Sicht bestimmte Therapien oder Maßnahmen als indiziert erkennen. Nicht wissen kann man jedoch, wie sich dies zu den weiteren Erfahrungen der Person im Umgang mit Gesundheit und Krankheit verhält. Dies ist insbesondere relevant bei psychischen und chronischen Erkrankungen oder Behinderungen. Zugleich weist die Prozessualität, die im Konzept des Erfahrungswissens liegt, daraufhin, dass Menschen Vertrauen in sich selbst und andere benötigen, um Erfahrungswissen bewusst entwickeln zu können. Dieses Vertrauen kann durch Strukturen und Personen im Gesundheitswesen sowohl gestärkt als auch geschwächt werden. Ich argumentiere in meinem Vortrag dafür, dass es auch aus epistemischen Gründen eine ethische Verpflichtung gibt, Menschen in derartigen Prozessen zu begleiten und sie darin zu unterstützen, ihre Erfahrungen zu begreifen und zu reflektieren, um sie in ihrem Selbstvertrauen zu stärken und dadurch im selbstbestimmten und selbstwirksamen Umgang mit Gesundheit und Krankheit zu unterstützen.

S8.2 Ethical Dimensions of COVID-19 Policy Advice in Germany: Perspectives of Scientific Advisors

Trung Nguyen Trong Quoc¹, Nitzan Rimon-Zarfaty¹, Silke Schicktanz¹

¹ Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen

Background: The COVID-19 pandemic placed political decision-makers under intense pressure and brought scientific policy advice to the center of public and ethical debate. German public health measures restricted fundamental rights, raising questions of legitimacy, responsibility and ethical decision-making. While prior research focused on institutional and governance aspects of COVID-19 policymaking, this study empirically and ethically examines the science–policy interface through the experiences of experts who served as scientific advisors in policymaking with specific regards to decision-making processes, related tensions and ethical challenges involved in providing pandemic policy advice.

Method: 15 semi-structured interviews with German scientific advisors in infection prevention, public health, virology, and epidemiological modeling were conducted and analyzed using content analysis.

Results: Scientific policy advice involved formal and informal interactions with political actors under uncertainty. Advisors reported challenges related to unclear political objectives, inconsistent alignment with their scientific recommendations, selective prioritization of expertise, limited opportunities for systematic evaluation of measures and increasing divergence between scientific advice and political decisions. These confronted advisors with ethical conflicts between their professional commitment to evidence-based advice and political actions involving restrictions of fundamental rights that were not always transparently or scientifically justified.

Conclusion: The findings show ethical tensions at the intersection of science and politics, raising questions of professional integrity, accountability, and the legitimacy of public health decision-making. We discuss these findings against the normative ideal of Evidence-Based Policy Making — which aims to align political decisions with the best available scientific evidence. By revealing evidence hierarchies and political motives, the study highlights tensions between ideals of scientific objectivity and political responsibility. These tensions challenge the legitimacy of scientific policy advice and the ethical foundations of democratic public health governance, calling for critical reflection on professional integrity, the limits of value-neutral evidence transmission and political accountability in future public health crises.

S8.3 Longtermism and Medical Ethics

Jonas Pöld

Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Universität Münster

Longtermism is the ethical viewpoint that the decisive aspect for the evaluation of our actions is their effect on the far future (Ord 2020; Greaves & MacAskill 2021). The thesis is motivated by the vast potential for the existence of beings with moral status that the future contains and whose lives are being shaped for better or worse by present actions (or omissions). It has already been pointed out in the literature that longtermists encounter the problems of influencing the far future in a controlled manner (Tarsney 2023) and of potentially neglecting the rights of present generations (Crary 2023; Lundgren & Kudlek 2024). Longtermist positions appear to focus almost exclusively on future lives and thus face the objection of demanding too much from present generations.

However, the concrete consequences of longtermism for practical decision-making processes are so far underexplored. In this talk, I discuss the implications of longtermist premises for applied questions in medical ethics with a focus on germline interventions (1) and distributive justice in the intergenerational allocation of healthcare resources (2). This analysis requires a critical interpretation of ambivalences concerning the “safeguarding principle” that longtermists frequently promote (MacAskill 2023). My thesis is that a lot of potential can be found in combining longtermist strategizing with sustainability efforts to reasonably balance the rights of both present and future generations.

S9.1 KI-Anwendungen in der Onkologie. Ethische und epistemische Dimensionen einer zukünftigen „Patient Journey“

Lea Nickel¹, Silke Schicktanz¹

¹ Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen

Die Onkologie gilt aufgrund ihrer bildbasierten Diagnostik und datenintensiven Therapieentscheidungen als wichtiger Anwendungsbereich für künstliche Intelligenz (KI). KI-Tools kommen hier vielfältig zum Einsatz: von automatisierter Bildanalyse über Risikoprognosen bis hin zur Unterstützung bei Therapieentscheidungen.

Im Gegensatz zum Fokus auf einzelne Anwendungen wollen wir in diesem Vortrag KI-Implementationen entlang einer „Patient Journey“ mappen, um die Multiplizität und das Zusammenspiel vieler und verschiedener KI-Anwendungen sowie deren institutionelle Einbettung sichtbar und kritisch diskutierbar zu machen. Dabei geht es sowohl um die Interaktion mit KI-gestützter Medizin aus Sicht einer Patient*innen-Biographie als auch aus Sicht einer soziotechnischen Folgenbewertungen einer solcher Zukunftsversion in der Gesundheitsversorgung.

Im ethischen Fokus steht die Reflexion auf agentielle Bedürfnisse der Patient*innen: Wie können sie zwischen unterschiedlichen KI-Systemen unterscheiden, um informierte Entscheidungen treffen zu können? An welchen Versorgungspunkten sind Opt-Out-Optionen möglich oder sogar geboten? „Patient Journey Mapping“ kann so vernachlässigte biografische und prozessuale Aspekte der Fragen nach Patient*innenautonomie, informierter Entscheidung und epistemischer Unsicherheit einfangen.

Ergänzend diskutieren wir zwei Herausforderungen dieser epistemischen Modellierungsweise: Erstens werden mit verschiedenen Visualisierungsstrategien solcher ‚Journeys‘ oft implizite normative Annahmen und Narrative transportiert, die die Wahrnehmung und auch die ethische Beurteilung beeinflussen können. Eine kritische Reflexion und argumentative Stützen gewählter Strategien sind hier essentiell. Die zweite Herausforderung besteht darin, dass sich die KI-Systeme aktuell in ihrem Implementierungsstatus unterscheiden und sich die Frage stellt, wie aus Sicht einer antizipierenden angewandten Ethik damit methodisch umgegangen werden kann.

Wir plädieren dafür, dass sowohl retrospektive Erfahrungen als auch prospektive, visionäre Perspektiven als Bedürfnisse der Patient*innen konsequent in die ethische Analyse und technische Entwicklung von KI in der Onkologie einzubeziehen sind. Trotz verbleibender epistemischer Limitationen eröffnet dieser Zugang innovative Perspektiven für eine patient*innen-zentrierte KI-Integration.

S9.2 KI-basierte Diagnostik und psychiatrische Zeitlichkeit – ethische und epistemische Herausforderungen

Eike Buhr

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

Der Einsatz KI-basierter Systeme in der Psychiatrie, etwa im Kontext prädiktiver Modelle oder kontinuierlicher Verhaltensdatenerfassung, geht mit einer Refiguration zeitlicher Strukturen psychiatrischer Diagnostik einher. Während psychiatrische Praxis zeitlich punktuelle Befunde in diagnostisch relevante Verlaufszusammenhänge integriert, tendieren KI-gestützte Anwendungen häufig dazu, diagnostische Evidenz durch die Aggregation zeitlich fragmentierter Datenpunkte, Muster und Risikoscores zu generieren. Der Beitrag untersucht epistemische und ethische Konsequenzen dieser unterschiedlichen Zeitlogiken für klinische Entscheidungsprozesse.

Zentral wird argumentiert, dass KI-basierte Modellierungen diagnostische Prozesse mit einer eigenen, teilweise sachfremden Zeitlogik versehen können, indem psychische Erkrankungen als aggregierte Risikoprofile statt als zeitlich eingebettete Verläufe erscheinen. Diese Verschiebung ist ethisch relevant, da klinische Bewertungen von Krankheitswert, Behandlungsbedürftigkeit und Wohlergehen wesentlich auf zeitlich gestreckten und kontextsensitiven Verständnissen psychischer Zustände beruhen. Exemplarisch zeigt sich dies bei affektiven Phänomenen wie Trauer, deren Bedeutung sich erst im zeitlichen Verlauf erschließt und die durch punktuelle Messungen vorschnell pathologisiert werden können. Umgekehrt kann eine stärker aggregierende Auswertung zeitlich begrenzte manische Episoden nivellieren, die für die diagnostische Abgrenzung depressiver Störungen von Persönlichkeitsstörungen klinisch zentral sind. Diese Beispiele verdeutlichen, dass unterschiedliche algorithmische Zeitlogiken diagnostische und normative Risiken erzeugen, ohne KI-gestützte Diagnostik pauschal in Frage zu stellen.

Auf der Grundlage einer konzeptionellen Analyse psychiatrischer Klassifikationslogiken (z.B. zeitliche Kriterien diagnostischer Kategorien) und psychopathologischer Verlaufs begriffe (z.B. episodische oder chronische Krankheitsverläufe) zeigt der Beitrag, dass eine zeitlich sensible Medizinethik erforderlich ist, um den Einsatz KI-basierter Diagnostik normativ zu rahmen. Sie hat zu klären, unter welchen Bedingungen zeitlich fragmentierte Evidenz eine angemessene Grundlage klinischer Entscheidungen darstellen kann, wo biographische Zeitdimensionen unverzichtbar bleiben und inwiefern solche Zeitdimensionen Eingang in KI-basierte Diagnostik finden können.

S9.3 Zukunft unter Vorbehalt: Zur ethischen Problematik palliativer Grenzziehungen in der Psychiatrie

Christiane Burmeister¹, Sarah Kayser², Florian Funer¹

¹ Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Tübingen

² Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik, Universitätsklinikum Tübingen

Der unter dem Begriff „Palliative Psychiatrie“ diskutierte Ansatz zur Versorgung von Menschen mit schweren und anhaltenden psychischen Erkrankungen (Severe Persistent Mental Illness, SPMI) beruht auf weitreichenden ontologischen, erkenntnistheoretischen und normativen Annahmen. Zentral ist dabei die Übertragung einer aus der somatischen Medizin vertrauten Unterscheidung zwischen kurativen und palliativen Therapieformen auf psychiatrische Behandlungsstrategien. Bestimmte Patient:innen, so die Annahme, können aufgrund von Schweregrad, Chronizität und Therapieresistenz realistisch nicht mehr als heilbar gelten. Die statistische Evidenz erhöhter Mortalitäts- und Suizidraten wird in diesen Fällen als funktionales Äquivalent somatischer Infaustdiagnosen interpretiert. In der Konsequenz sei ein primär palliatives Behandlungskonzept – fokussiert auf Symptomlinderung, Leidensreduktion und Lebensqualitätsverbesserung – einem kurativ orientierten Vorgehen vorzuziehen.

Diese Argumentation wirft jedoch grundlegende Fragen nach dem Krankheits- und Prognoseverständnis in der Psychiatrie auf, insbesondere mit Blick auf die spezifische Zeitstruktur psychischer Erkrankungen. Im Unterschied zu vielen somatischen Erkrankungen sind psychiatrische Verläufe häufig durch Nichtlinearität und eine langfristige Offenheit gekennzeichnet, die sich nur begrenzt in statistischen Prognosen abbilden lässt. Die Gleichsetzung statistischer Risikoerhöhungen mit individueller „Infaustheit“ droht, diese zeitliche Offenheit normativ zu schließen. Darüber hinaus ist die besondere performative Wirkung der Klassifikation als ‚palliativ‘ und deren Einfluss auf therapeutische Dynamiken zu untersuchen.

Ziel des Vortrags ist es, die häufig fragmentierten Diskussionsstränge zur „Palliativen Psychiatrie“ systematisch zusammenzuführen und ihre ontologischen, erkenntnistheoretischen und normativen Voraussetzungen explizit zu machen. Die vorgebrachten Einwände dienen dabei nicht der Zurückweisung palliativer Psychiatriekonzepte, sondern der kritischen Prüfung ihrer Plausibilität, Reichweite und Risiken. Auf dieser Grundlage soll ausgelotet werden, unter welchen Bedingungen die Unterscheidung von Kurativität und Palliativität in der Psychiatrie als ethisch tragfähige, zeitlich sensible und therapeutisch verantwortbare Orientierung dienen kann.

S9.4 Treuhänder und Zeit: Temporale Implikationen ethischer Treuhandkonzepte am Beispiel der Datentreuhand

Lukas Kiefer¹, Eva Winkler¹

¹ Institut für Medizin- und Datenethik, Medizinische Fakultät, Universität Heidelberg

Hintergrund: Das Konzept der Treuhand gewinnt im medizinethischen Diskurs an Bedeutung. Während eine Charakterisierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses als treuhänderische Beziehung – mit Ärzt:innen als Treuhändern, die an die Interessen der Patient:innen gebunden sind – schon länger diskutiert wird, sind in den letzten Jahren sogenannte Datentreuhänder hinzugekommen. Hierunter werden vertrauenswürdige Instanzen verstanden, die Gesundheitsdaten verwalten und gemäß den Vorgaben der Datensubjekte der Forschung zur Verfügung stellen sollen. Auch wenn entsprechende Modelle bereits in der Praxis implementiert werden, fehlt bisher eine grundlegende Rückkopplung an die zentralen Elemente treuhänderischer Beziehungen. Der vorliegende Beitrag untersucht hierzu die Rolle des Zeithorizonts als bislang wenig beleuchtete Komponente der Datentreuhand.

Ansatz/Diskussion: In einer treuhänderischen Beziehung überträgt ein Treugeber einem Treuhänder Rechte oder Rechtsmacht, wobei dem Treuhänder im Außenverhältnis weitgehende Befugnisse und ein Ermessensspielraum zugestanden werden. Im Innenverhältnis – im Verhältnis zum Treugeber bzw. dem Begünstigten – besteht jedoch eine strikte Bindung an die Interessen des Begünstigten und den vereinbarten Zweck des Verhältnisses. Die verbundenen treuhänderischen Pflichten – häufig Loyalitäts- und Fürsorgepflicht genannt – begleiten den Treuhänder für die gesamte Dauer der Beziehung. Während diese beim Arzt-Patienten-Verhältnis durch die Behandlungsdauer begrenzt ist, besteht bei der Datentreuhänder-Datensubjekt-Beziehung ein schwer zu überblickender Zeithorizont, da eine Speicherung und Bereitstellung der Daten für Forschungszwecke häufig über Jahrzehnte (z.B. MII) oder auch zeitlich unbegrenzt (z.B. GHGA) ermöglicht werden soll. Die treuhänderische Beziehung darf bezüglich der Einwilligung des Datensubjekts jedoch nicht als punktueller Akt verstanden werden – stattdessen muss über den gesamten Zeitraum eine Rückkopplung an die Interessen des Datensubjekts erfolgen.

Ergebnis: Datentreuhänder für die medizinische Forschung können ihrem Treuhandauftrag nur gerecht werden, wenn erstens eine fortgesetzte Re-evaluation der Interessen des Datensubjekts erfolgt, zweitens klare Fristen für die Nutzung der Daten festgelegt werden und drittens Transparenz bezüglich Nutzung und Verbreitung der Daten besteht.

S10.1 Dimensionen von Zeit im Kontext von Indikationsstellung: Eine ethische Analyse

Kathrin Knochel¹, Tanja Henking², Marie-Christin Fritzsche³, Anna-Henrikje Seidlein⁴, Sebastian Schleidgen⁵, Jasmin Sieben⁵, Orsolya Friedrich⁵

¹ Klinische Ethik, TUM Klinikum, School of Medicine and Health, Technische Universität München, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, School of Medicine and Health, Technische Universität München

² Institut für Angewandte Sozialwissenschaften (IFAS), Technische Hochschule Würzburg-Schweinfurt

³ Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, School of Medicine and Health, Technische Universität München

⁴ Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Greifswald

⁵ Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Medizinische Fakultät, Universität zu Köln

Hintergrund: Zeit ist eine zentrale Dimension des Lebens und damit von Gesundheit und Krankheit. Lebenszeitgewinn stellt ein Therapieziel dar, das der Indikationsstellung von Behandlungsmaßnahmen (oft implizit) zugrunde gelegt wird. Die Dimension Zeit weist auf verschiedenen Ebenen relevante, bisher wenig beleuchtete Bezugspunkte bei der Indikationsstellung auf.

Fragestellung: Vor diesem Hintergrund wird hinterfragt, welche Dimensionen Zeit im Kontext der Indikationsstellung einnimmt und mit welchen Werturteilen diese verbunden sein können.

Methode: In einer interdisziplinären, primär literaturbasierten Analyse wird untersucht und schließlich diskutiert, welche Dimensionen von Zeit welche Bedeutung für Konzept und Praxis der Indikationsstellung haben können.

Ergebnisse: Folgende Ebenen und Dimensionen von Zeit werden als potenziell relevant für die Indikationsstellung diskutiert:

- 1) Lebenszeit und verbleibende Zeit als Therapieziel: Der Gewinn an unterschiedlich viel Lebenszeit durch medizinische Maßnahmen wird von Fachpersonen unterschiedlich bewertet. Diese Bewertung könnte von verschiedenen Werturteilen geprägt sein.
- 2) Zeit als Dimension von Krankheit: Zeitpunkt und Dynamik einer Erkrankung (Beginn, Verlauf, Krisen) können die Indikationsstellung beeinflussen.
- 3) Zeit im Kontext von Erkenntnisgewinn: Zeit kann Verfügbarkeit und Verlässlichkeit von Informationen beeinflussen und damit die Einschätzung von Wirksamkeit und Prognose. Bei prognostischer Unsicherheit könnte Zeit aufgrund von Informationsgewinn sowie Beobachtung von Verlauf und Wirksamkeit ein relevanter Entscheidungsfaktor sein.
- 4) Zeit im Entscheidungsprozess: Die zeitliche Dimension medizinischer Entscheidungen zeigt sich im Entscheidungsprozess selbst, insbesondere bei Therapiezielverschiebungen sowie im Einfluss von Zeitdruck auf die Entscheidung, der sich punktuell oder über einen zeitlichen Verlauf hinweg entfalten kann.

Neue Technologien haben das Potenzial, Informationen schneller verfügbar zu machen, beispielsweise KI-gestützte Informationen zu Prognosen, die bisher in der Verlaufsbeobachtung gewonnen werden. Dies könnte Zeit im Kontext von digital unterstützter Indikationsstellung zu einem weiteren relevanten Faktor machen.

Fazit: Zeit bildet eine wichtige Dimension im Indikations- und Entscheidungsprozess. Ihr Einfluss sollte konzeptionell klarer herausgearbeitet werden, um dann in der klinischen Versorgung besser benannt und in Entscheidungsprozessen berücksichtigt werden zu können.

S10.2 Chrono-normativität, imposed temporalities und Zeitsouveränität in der Notaufnahme – Soziologische Forschung und ethische Reflexionen

Andreas Wagenknecht¹, Julia Zielke¹

¹ Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité Universitätsmedizin Berlin

Die Notaufnahme gilt als eine besonders zeitkritische Einrichtung des Gesundheitssystems. Angefangen bei der Entscheidung über Dringlichkeiten von Fällen, die sofortige Behandlung bedürfen zu Fällen mit mehrstündigen Wartezeiten oder der Behandlungszufriedenheit von Patient:innen einerseits, die oft damit zusammenhängt, wie lange gewartet werden musste, und andererseits dem unter permanentem Zeitdruck stehenden Personal - die Versorgungspraxis in der Notaufnahme stellt ein Präzedenzfall für die Reflexion des Zusammenhangs von Zeit und Ethik dar.

Ausgehend von den Erfahrungen älterer Patient:innen in der Notaufnahme, entwickelt der Beitrag eine Heuristik um zeitliche Aspekte der Gesundheitsversorgung zu verstehen, kritisch zu reflektieren und eine zeitsensible Versorgung anzuregen. Dafür werden a) das Konzept der *Chrono-Normativität* für unseren Kontext und auf Basis empirischer Daten ausbuchstabiert, b) der Begriff der *imposed temporalities* entwickelt, um Formen der Aufoktroierung von hegemonialer, temporaler Rationalitäten zu beschreiben, und c) die *Zeitsouveränität* der Patient:innen und des Personals demgegenüber gestellt.

Datengrundlage bilden 72 teilnehmende Beobachtungen des Notaufnahmeaufenthaltes älterer Patient:innen. Die Beobachtungsprotokolle umfassen alle relevanten Ereignisse inkl. ihrer Zeitpunkte in chronologischer Reihenfolge. Auf konzeptioneller Ebene werden zeitsoziologische Konzepte der Rhythmusanalyse (Lefebvre) und der Praxistheorie (Bourdieu) verknüpft.

Aspekte wie Ereignisse, Dauer, Sequenzialität, Leerlauf, sowie Körperzeit wurden in der Analyse des Materials identifiziert, um die temporale Entfaltung von Behandlungsverläufen zu verstehen. Beschrieben werden darüber hinaus die (umkämpften) Entscheidungen über Dringlichkeiten, der Gestaltung der Warteräume, belastende Wartezeiten vor und während der Behandlung, die Kommunikation über Zeit, die Unerwartbarkeit und fehlenden Antizipationsmöglichkeiten des Behandlungsverlaufs sowie zeitliche Desorientierung.

Der Verlust von Zeitsouveränität und die Unvorhersehbarkeit des Versorgungsgeschehens werden als Ausgangspunkt einer abschließenden versorgungs-ethischen Reflexion genutzt. Versteht man Zeit als eine institutionelle Herrschaftsform, die Reihenfolge, Ablauf, Rhythmus und Tempo von Versorgungspraktiken normativ wie organisatorisch regelt, wird deutlich, dass und wie Zeit Machtverhältnisse strukturiert und damit als ein zentrales Thema für Gerechtigkeitsfragen zu verstehen ist.

S10.3 Zu früh entschieden? Zeitdruck als Auslöser moralischen Belastungsempfindens in der Patientenversorgung

Saskia Wilhelmy¹, Saskia Metan¹, Meike Gerber¹

¹ Institut für Geschichte der Medizin, Medizinische Fakultät Carl Gustav Carus, Technische Universität Dresden

In medizinischen Akutsituationen können Patient*innen in ethisch komplexe Entscheidungssituationen geraten, in denen sie unter Zeitdruck über Maßnahmen befinden, die ihr weitere Existenz, ihre Lebensqualität oder ihr Sterben betreffen. Dabei müssen sie nicht nur medizinische Informationen verarbeiten, sondern auch eigene Werte oder Vorstellungen von Würde und Leid einordnen.

Obwohl die patientenseitige Ablehnung lebenserhaltender Maßnahmen rechtlich klar geregelt ist, zeigen Fallbeispiele aus der klinischen Ethikberatung, dass irreversible Patientenentscheidungen unter Zeitdruck im Behandlungsteam moralisches Belastungsempfinden erzeugen können. Dieses resultiert weniger aus Zweifeln an der Autonomie der Patient*innen als vielmehr aus der Verantwortungssensibilität der Behandelnden. Sie erleben sich als Mitverantwortliche für Entscheidungsprozesse, die unter extremen zeitlichen, emotionalen und oft medizinisch instabilen Bedingungen stattfinden. Die Frage, ob Entscheidungen unter anderen zeitlichen Bedingungen anders ausgefallen wären, kann als nachwirkender moralischer Zweifel bestehen bleiben.

Für Behandlungsteams entsteht so ein Konflikt zwischen Respekt vor dem Patientenwillen und dem professionellen Impuls, Leben zu erhalten und irreversible Folgen nicht vorschnell eintreten zu lassen. Zeitdruck verschärft diese Situation, da Möglichkeiten zur Klärung von Perspektiven und Ambivalenzen begrenzt sind. Umgekehrt kann auch ein zeitlicher Aufschub moralisch belastend sein, etwa wenn eine Maßnahme fortgeführt wird, obwohl sie bereits abgelehnt wurde. Behandlungsteams geraten hier in einen inneren Konflikt zwischen dem Wunsch nach Entscheidungssicherheit und der Sorge, durch Verzögerung die Selbstbestimmung zu verletzen.

Unser Beitrag greift dieses Spannungsfeld zwischen autonomer Entscheidungsfindung und Zeitknappheit auf und untersucht, wie Entscheidungen unter erheblichem Zeitdruck zum moralischen Belastungsempfinden im Behandlungsteam beitragen. Ergänzend zu etablierten Konzepten von „moral distress“ wird argumentiert, dass Zeit eine moralisch relevante Dimension klinischer Entscheidungsfindung darstellt. Anhand ethischer Fallberatungen soll die zeitliche Asymmetrie zwischen Patient*innen und Behandlungsteam betrachtet und Konsequenzen für die Ethikberatung und klinische Praxis abgeleitet werden. Hierbei soll insbesondere die Bedeutung ethischer Reflexionsräume zur Entlastung moralischen Belastungsempfindens fokussiert werden.

S10.4 Zeit als zentraler Faktor bei Entscheidungen über das Fortsetzen einer Schwangerschaft nach auffälliger Pränataldiagnostik

Christin Hempeler¹, Mirjam Faissner², Esther Braun³

¹ Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Profilzentrum Gesundheitswissenschaften, Universitätsmedizin Halle, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

² Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité Universitätsmedizin Berlin

³ Juniorprofessur für Medizinische Ethik mit Schwerpunkt auf Digitalisierung, Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg, Universität Potsdam

Aktuelle Entwicklungen in der Pränataldiagnostik, wie die zunehmende Implementierung nicht-invasiver pränataldiagnostischer Tests (NiPTs), ermöglichen eine risikoarme Feststellung fetaler Auffälligkeiten. Diese Studie untersucht, wie Ärzt*innen den Einfluss dieser Entwicklungen auf Beratungs- und Entscheidungsprozesse über das Fortführen von Schwangerschaften einschätzen. In diesem Vortrag stellen wir die Ergebnisse der Studie unter besonderer Berücksichtigung des Faktors Zeit vor.

Es wurden 17 Interviews mit Ärzt*innen geführt, die Erfahrung mit dem Stellen der medizinischen Indikation zum Schwangerschaftsabbruch haben, und mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

Die Teilnehmenden berichteten, dass NiPTs teilweise routinemäßig angeboten werden, wobei die diesbezügliche Aufklärung oft als unzureichend eingeschätzt wurde. Gleichzeitig wurde berichtet, dass viele Anbieter*innen von Pränataldiagnostik keine Schwangerschaftsabbrüche nach medizinischer Indikation durchführen. Dies trägt insbesondere bei späteren Abbrüchen zu einer unzureichenden Versorgungslage bei. Vor diesem Hintergrund beschrieben die Teilnehmenden, dass Zeit eine zentrale Rolle für Entscheidungen über das Fortsetzen der Schwangerschaft spielt.

Erstens wurde berichtet, dass ein auffälliger NiPT-Befund dazu führen kann, dass Schwangerschaftsabbrüche ohne Folgediagnostik noch innerhalb der Beratungsregelung erfolgen, um Versorgungsschwierigkeiten bei einem späteren Abbruch nach medizinischer Indikation zu umgehen.

Zweitens kann ein unauffälliger NiPT-Befund laut den Teilnehmenden falsche Sicherheit vermitteln, was weitere Vorsorgeuntersuchungen verzögern kann. Hierdurch werden fetale Auffälligkeiten erst später festgestellt, was Abbrüche in spätere Schwangerschaftswochen verschieben kann.

Drittens wurde berichtet, dass Ärzt*innen teils eine umfangreiche Pränataldiagnostik fordern, bevor sie eine medizinische Indikation zum Schwangerschaftsabbruch ausstellen. Auch dies kann zu späteren Abbrüchen führen, was schwangere Personen mit bestehenden Versorgungshürden konfrontiert.

Die zeitliche Bedrängnis, in der sich viele schwangere Personen dementsprechend befinden, erschwert laut den Teilnehmenden eine wohlüberlegte Entscheidung über das Fortsetzen einer Schwangerschaft. Zur Verbesserung der Situation bedarf es sowohl einer besseren Beratung vor der Durchführung von NiPTs als auch eines verbesserten Zugangs zu Schwangerschaftsabbrüchen.

S11.1 Zukunft denken, Entscheidungen treffen: Zeitliche Dimensionen eines guten Lebens in der gesundheitlichen Vorausplanung

Lena Stange

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

Die Erstellung gesundheitlicher Vorausverfügungen beruht maßgeblich auf Antizipationen zukünftiger Lebensphasen, Krankheitsverläufe und allgemein auf Vorstellungen eines guten Lebens im Zeitverlauf. In der bisherigen Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Vorausverfügungen sind derartige zeitbezogene Vorstellungen weitgehend unbeachtet geblieben. Der Vortrag argumentiert, dass ihre Einordnung aus strebensethischer Perspektive dazu beitragen kann, antizipierende Entscheidungsprozesse über zukünftige gesundheitliche Situationen besser zu verstehen und ethisch zu bewerten. Zu diesem Zweck wurden leitfadengestützte Interviews zu gesundheitlichen Vorausverfügungen herangezogen, in denen 18 volljährige Personen verschiedener Altersgruppen zu ihren Vorstellungen eines guten Lebens und Sterbens im Kontext gesundheitlicher Vorausplanung befragt wurden. Die erhobenen Perspektiven wurden mithilfe der Reflexive Thematic Analysis nach Braun und Clarke ausgewertet, anschließend wurde eine Typologisierung nach Kluge vorgenommen. Die Analyse richtet den Blick insbesondere auf die zeitlichen Dimensionen dieser Vorstellungen und ihre Einbettung in antizipierte Lebensverläufe. Anhand der Typologie wird das Spektrum von Vorstellungen von dem zeitlichen Verlauf eines guten Lebens aufgezeigt, die die Befragten formulieren, und mit ihren Antizipationen zukünftiger Lebensphasen für gesundheitliche Vorausplanung ins Verhältnis gesetzt. So gibt es die Vorstellung eines guten Lebens als über die Zeit kohärenten Lebensentwurf, dessen zentrale Werte – etwa Selbstbestimmung oder Unabhängigkeit – möglichst erhalten bleiben sollen. Antizipierte Krankheitsphasen werden danach bewertet, ob sie diese Kontinuität gefährden, was sich in einer restriktiveren Vorausplanung zeigen kann. Andere Vorstellungen begreifen ein gutes Leben als Abfolge wandelbarer Lebensphasen, in denen sich Wertsetzungen verändern. Entsprechend werden potenziell eingeschränkte zukünftige Lebensphasen als lebenswert antizipiert und in der Vorausplanung als gestaltbare Lebenszeit berücksichtigt. Mitunter zeigen sich auch Inkonsistenzen zwischen langfristigen Wertorientierungen und den im Rahmen der gesundheitlichen Vorausplanung formulierten Präferenzen. Die Studie vermittelt ein empirisch informiertes und ethisch fundiertes Verständnis von lebenszeitlich verankerten Werten und Lebensentwürfen und ermöglicht so eine vertiefte ethische Bewertung von innerer Kohärenz und Authentizität gesundheitlicher Vorausverfügungen.

S11.2 Jetzt für die Zukunft entscheiden? Lebenskonzepte und krankheitsbezogene Erfahrungen als Schlüsselemente der Willensbildung im Advance Care Planning

Carla Marie Schnieder¹, Luis von der Stein¹, Matthias Havemann¹, Sophie Hecht¹, Dennis Wilke¹, Carola Seifart¹

¹ Institut für angewandte und klinische Ethik im Gesundheitswesen, Philipps-Universität Marburg

Advance Care Planning (ACP) ersetzt zunehmend klassische Patientenverfügungen durch gesprächsbegleitete gesundheitliche Vorausplanung. Die Inhalte von ACP-Verfügungen wurden bisher jedoch wenig untersucht. In unserem Vortrag präsentieren wir Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung von 166 Dokumentationen von ACP-Gesprächen zwischen Patient*innen und Gesprächsbegleiter*innen, die im Rahmen des von der Deutschen Krebshilfe geförderten Verbundprojekts ONConnect durchgeführt wurde. Die Daten wurden von uns mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2015), mit Adaptionen nach Hsieh (2005) und Corbin (2014), analysiert. Nach induktivem Kodieren und Anwendung der konstanten Vergleichsmethode wurden initiale Konzepte durch quantitative Analysen überprüft. Die iterative Theoriebildung mündete in zwei expert*innenvalidierte Modelle, die zu einem umfassenderen Verständnis individueller Willensbildung im ACP-Prozess beitragen.

Patient*innen äußern ihren Willen in ACP-Gesprächen nicht primär durch Ablehnung von oder Zustimmung zu medizinischen Maßnahmen, sondern über das Benennen von *Lebenskonzepten*, über die ein Abgleich individueller Vorstellungen von Lebensqualität mit hypothetischen Szenarien stattfindet. Es zeigen sich drei Abstufungen: optimale, akzeptable und inakzeptable Lebenskonzepte, die wertebasierte Therapiepräferenzen bestimmen. Die Aufrechterhaltung von Selbstbestimmung und sozialen Beziehungen erscheinen dabei als zentrale Entscheidungsfaktoren.

Frühere *krankheitsbezogene Erfahrungen* haben einen zentralen Einfluss auf Entscheidungen für das eigene Lebensende. Dabei spielen v.a. die Faktoren eine Rolle, *wer* die Erfahrung macht, *wie* diese Erfahrung *bewertet* wird und *welche Anpassung* an sie erfolgt. Selbst erlebte und im nahen Umfeld beobachtete Erfahrungen führen jeweils zu unterschiedlichen Anpassungsreaktionen und verschiedenen Behandlungspräferenzen. Dies ist ein zirkulärer Prozess, der immer wieder durchlaufen werden kann.

Im Rahmen von ACP stehen Menschen vor der *über-fordernden* Aufgabe, ihren Willen für ein zukünftiges Ich und im Hinblick auf ungewisse, medizinisch komplexe Situationen bilden und zum Ausdruck bringen zu müssen. Unsere empirisch fundierten Modelle beleuchten erstmals tiefgreifend, *wie* Patient*innen dieser grundlegenden Problematik begegnen, und dass Willensbildungsprozesse nicht etwa willkürlich ablaufen, sondern auf Konzeptionen von Lebensqualität und auf biografischen Erfahrungen aufbauen.

S11.3 Künstliche Intelligenz und stellvertretende Entscheidungsfindung: Warum Präferenzvorhersage Advance Care Planning nicht ersetzen kann

Florian Funer¹, Christin Hempeler²

¹ Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universität Tübingen

² Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Profilzentrum Gesundheitswissenschaften, Universitätsmedizin Halle, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Stellvertretende Behandlungsentscheidungen gehören zum klinischen Alltag, insbesondere in Situationen, in denen Patient:innen ihre Einwilligungsfähigkeit verloren haben. Advance Care Planning (ACP) und Patientenverfügungen sollen in solchen Situationen Orientierung bieten, sind jedoch bislang unzureichend verbreitet. Vor diesem Hintergrund wird zunehmend diskutiert, ob KI-basierte Verfahren zur Vorhersage von Patientenpräferenzen („Patient Preference Predictors“) eine ethisch akzeptable Alternative darstellen können.

Der Beitrag nimmt diese Entwicklung zum Anlass für eine differenzierte ethische Analyse der Rolle KI-basierter Präferenzvorhersage in der stellvertretenden Entscheidungsfindung. Er argumentiert, dass die ethische Legitimität stellvertretender Entscheidungen nicht primär davon abhängt, wie zutreffend mutmaßliche Präferenzen prognostiziert werden, sondern davon, ob Entscheidungen auf einem reflektierten, selbst geäußerten Willen der betroffenen Person beruhen. Auch hochpräzise algorithmische Vorhersagen bleiben epistemisch und normativ von Willensäußerungen zu unterscheiden: Sie rekonstruieren Wahrscheinlichkeiten, nicht Autorenschaft. Präferenzprädiktion droht damit, die Bedeutung von Autonomie auf Übereinstimmung von Entscheidungen mit statistisch abgeleiteten Präferenzen zu verengen und die personale Dimension vorausgehender Willensbildung zu unterlaufen.

Zugleich wird betont, dass digitale Technologien und KI ein erhebliches Potenzial besitzen, ACP-Prozesse zu fördern statt zu ersetzen – etwa durch strukturierte Unterstützung von Gesprächen, niedrigschwellige Dokumentation oder verbesserte Zugänglichkeit. Der Beitrag plädiert daher für eine klare normative Priorisierung: KI-gestützte Präferenzvorhersage kann allenfalls als nachrangiges Hilfsmittel in Situationen völliger Orientierungslosigkeit dienen, darf jedoch nicht an die Stelle von ACP und expliziten Vorausverfügungen treten. Für die klinische Praxis bedeutet dies, technologische Innovation konsequent an der Stärkung vorausgehender Willensbildung auszurichten.

S12.1 Das ‚Erbe‘ des deutschen Gesundheitswesens? Zum medizinethischen Potenzial eines umstrittenen Begriffs

Niklas Ellerich-Groppe

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

Während vermehrt über die intergenerationell gerechte Ausgestaltung des Gesundheitswesens in der Zukunft diskutiert wird, spielt das Gewordensein des Gesundheitswesens in diesen Debatten nur eine untergeordnete Rolle. So bleibt die Frage, welches Erbe die vergangenen Generationen den heutigen und zukünftigen in den Praktiken, Institutionen und Strukturen des Gesundheitswesens hinterlassen (sollten), weitgehend unberücksichtigt. Mehr noch: Obwohl das (angemessene) Tradieren von Gütern, Institutionen und Strukturen anderswo regelmäßig als ‚Erbe‘ verhandelt wird, ist das analytische Potenzial dieses Begriffes für die Medizinethik erst wenig diskutiert worden.

Dieses medizinethische Potenzial des Begriffes ‚Erbe‘ für eine intergenerationell gerechte Ausgestaltung des Gesundheitswesens zu entfalten, ist Ziel des Beitrags.

Zuerst wird eine Analyse des Begriffes ‚Erbe‘ geboten, in der eine systematische – am kulturwissenschaftlichen Begriff orientierte – Aufschlüsselung seiner einzelnen begrifflichen Elemente und der korrespondierenden moralischen Implikationen erfolgt. Die formale Bestimmung, wonach ein Kollektiv die Gesamtheit materieller und immaterieller Kulturgüter tradiert, wird dann anhand dreier Fallbeispiele aus unterschiedlichen Feldern auf das deutsche Gesundheitswesen übertragen. Mit Blick auf das Erbe der ‚medizinischen Experimente‘ im NS-Regime (Forschungsethik), tradierte kulturelle Praktiken und Rollenbilder in der gesundheitlichen Versorgung (klinische Ethik) und die solidarisch finanzierte Gesundheitsversorgung (Public-Health-Ethik; Sozialpolitik) werden die Möglichkeiten und Limitationen einer medizinethischen Anwendung des Erbbegriffs und die entsprechenden moralischen Implikationen illustriert. Während der Begriff etwa für die Definition des Inhalts und Umfangs des Erbes sowie die Bestimmung der relevanten Rechte und Pflichten hilfreich ist, erweist sich die Definition der (ver)erbenden moralischen Akteure als Herausforderung.

In der abschließenden Diskussion wird zur Bearbeitung dieses Problems der Generationenbegriff vorgeschlagen, der sich bereits in anderen Anwendungskontexten – etwa in Diskussionen zu historischer Gerechtigkeit – bewährt hat. So erweist sich trotz aller Defizite das ‚Erbe‘ schließlich als Kategorie mit hohem analytischem Potenzial, das v.a. in der zeitlichen Kontextualisierung medizinethischer Fragestellungen liegt.

S12.2 Jenseits von Gerontokratie und Präsentismus: Zeitliche und moralische Grundlagen zukunftsfähiger intergenerationeller Beziehungen ausgehend von der COVID-19-Pandemie

Eva Katharina Boser¹, Lena Dörmann¹ (geteilte Erstautorschaft)

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

Die COVID-19-Pandemie hat intergenerationelle Solidaritätsverhältnisse in liberalen Wohlfahrtsstaaten wie Deutschland auf die Probe gestellt, indem Altersgruppen in öffentlichen Debatten gegeneinander positioniert wurden. Diese Entwicklung wirkt fort, etwa in Diskursen zu Pflege, Demografie und der Verteilung begrenzter gesundheitlicher Ressourcen. Es fehlt jedoch eine zeitkritische Perspektive, um diese Konflikte nicht nur als Verteilungsfragen, sondern als Aushandlungen unterschiedlicher Zeithorizonte, Lebensphasen und (Zukunfts-)Verantwortungen in überlagernden Krisen zu erfassen.

Der Beitrag untersucht, wie soziale Verantwortungszuschreibungen in intergenerationellen Aushandlungsprozessen im Kontext der COVID-19-Pandemie und darüber hinaus verhandelt werden. Die empirische Grundlage bilden acht Fokusgruppen mit Teilnehmenden aus fünf Altersgruppen sowie unterschiedlichen sozioökonomischen Lebenswelten. Mittels qualitativer Inhaltsanalyse werden Sinnzusammenhänge intergenerationellen Zusammenhalts in krisenhaften Zeitverläufen herausgearbeitet und entlang der aus dem Material entwickelten Kategorien Verantwortung, Sorge und Solidarität vergleichend analysiert. Die Ergebnisse zeigen, dass intergenerationelle Verantwortungszuschreibungen entlang zweier Deutungsmuster struktureller Ungerechtigkeit verhandelt werden: Gerontokratie und Präsentismus. Während erstere gesundheitliche und pflegerische Entscheidungen – etwa zur Priorisierung von Schutzmaßnahmen, Versorgungsleistungen oder Pflegearrangements – am aktuellen Bedarf älterer Generationen ausrichtet und langfristige Folgen ausblendet, verleiht letzterer aktuellen Krisen Priorität zulasten zukünftiger Belastungen der Gesundheits- und Pflegeversorgung. Beide Ansätze verdecken normative Spannungen zwischen Gegenwarts- und Zukunftsverantwortung sowie Fürsorge und Autonomie. Daraus folgt, dass intergenerationelle Verantwortung in Gesundheits- und Pflegeversorgung als zeitlich und relational strukturierte Praxis zu verstehen ist.

Wir diskutieren die Ergebnisse im Rahmen feministischer Ethik, und argumentieren, dass dialogische Aushandlungsprozesse zwischen Generationen dazu beitragen können, strukturelle Ungerechtigkeiten in überlappenden Krisen sichtbar zu machen. Die systematische Berücksichtigung zeitlicher und struktureller Verantwortungsdimensionen erweist sich als notwendige Voraussetzung, um intergenerationelle Ungerechtigkeiten im Kontext gerechter Gesundheits- und Pflegeversorgung zu adressieren.

S12.3 Ethik im Blindflug. Unsicherheit und Risikobegriff in der Zukunftsperspektive von Public Health

Christoph Schickhardt

Institut für Medizin- und Datenethik, Medizinische Fakultät, Universität Heidelberg

Hintergrund: Public Health Politik als Handlungsfeld staatlicher Maßnahmen zum Gesundheitsschutz und zur Prävention der Bevölkerung hat einen sehr spezifischen Zukunftsbezug: sie hat wesentlich mit Risiken zu tun und muss Entscheidungen treffen, bei denen sowohl die erhofften zukünftigen Wirkungen als auch ihre unerwünschten Nebenwirkungen unsicher sind. Dieser spezifische Zeitbezug hat sich auch als eindrucksvolle Herausforderung in der Corona-Pandemie gezeigt. Bestehende ethische Überlegungen und Ansätze zu Public Health tragen dieser Besonderheit noch nicht ausreichend Rechnung.

Fragestellung: Was bedeutet es für zentrale Begriffe und Prinzipien der Public Health Ethik, sie konsequent im Lichte des spezifischen Zeitbezugs von Public Health als Handlungsfeld hinsichtlich zukünftigen Risiken unter dem Vorzeichen von Unsicherheit zu verstehen?

Vorgehen: i) Den Ausgangspunkt bildet ein systematischer Review von ethischen Public Health Frameworks. Daraus werden zentrale ethische Prinzipien identifiziert und auf ihre spezielle Bedeutung für den zukunftsbezogenen Umgang mit Risiken unter dem Vorzeichen der Unsicherheit analysiert. ii) Bei dieser Analyse werden auch zentrale Überlegungen aus der philosophischen Risikoethik angewandt, die bisher von der Public Health Ethik nicht systematisch zur Kenntnis genommen wurde. iii) Auf der Basis ethischer und rechtswissenschaftlicher Literatur zur Corona-Pandemie wird gezeigt, welche große normative Rolle der Umgang mit der unsicheren Zukunftsgerichtetheit auf Risiken spielte. iv) Es wird zum Zwecke der Veranschaulichung untersucht, ob und inwiefern die zentralen ethischen Prinzipien in ihrer risikoethischen Adaptierung auf die normativen Herausforderungen einer Pandemie angewandt werden können.

Ergebnisse: Herkömmliche Formulierungen allgemeiner Prinzipien der Public Health Ethik zeigen wenig Bewusstsein für die Herausforderungen des kollektiven Handelns mit dem Zeitbezug auf eine ungewisse Zukunft. Risikoethische Überlegungen aus der philosophischen Ethik können relevante Ergänzungen beitragen, z.B. zur Frage der Diskontierung zukünftigen ungewissen Nutzens oder Schadens; oder zur Frage der Legitimität von Handlungen, mit Bürger oder Staat Risiken für Dritte erzeugen. Public Health Ethik muss stärker auf Fragen der gerechten Verteilung von Risiken und den Umgang mit zukünftigen Unsicherheiten fokussieren.

S12.4 Warum ist die Medizinethik eigentlich so technophob? - Technologie- und medizinethische Konzepte im Horizont der Zeitlichkeit medizinethischer Forschung

Joschka Haltaufderheide

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Greifswald

Vor dem Hintergrund des gegenwärtigen Technologiesprungs in der Medizin scheint die Auseinandersetzung der Medizinethik mit - und ihre Affinität zu - neuen Gesundheitstechnologien allgegenwärtig. Dieser Vortrag stellt diese Einschätzung infrage und argumentiert, dass zentrale Kernkonzepte der Medizinethik trotz ihrer scheinbaren Technologiesensibilität strukturell technoskeptische, teils technophobe Prämissen tradieren. Dies wird exemplarisch am Modell der Arzt-Patienten-Beziehung (APB) aufgezeigt.

Die APB gehört zu den paradigmatischen Bezugspunkten medizinethischen Denkens und fungiert als grundlegendes Orientierungsmodell für die Deliberation ethischer Rechte und Pflichten. Zugleich fällt auf, dass Technologie – und damit ein expliziter Technologiebegriff – nicht als integraler Bestandteil dieses Modells konzipiert ist. Der Vortrag setzt sich kritisch mit dieser Leerstelle auseinander und deutet die APB als ein Modell des sogenannten *surrogate reasonings*, bei dem ausgewählte Merkmale eines Handlungskontextes in ein Denkmodell übertragen werden, um normative Schlüsse für hinreichend ähnliche Situationen zu ermöglichen. Unter dieser Perspektive kann die Auswahl wesentlicher Parameter des modellierten Handlungskontextes zeitlich aufgeschlossen werden.

In diesem Horizont der Zeitlichkeit wird gezeigt, dass die Festlegung wesentlicher Modellparameter normativ aufgeladen ist und im Hinblick auf das implizierte Verständnis parallel zu größeren gesellschaftlichen Entwicklungen verläuft. Insbesondere in der Entwicklung und Kritik des Modells ab der Mitte des 20. Jahrhunderts lassen sich daher technoskeptische Positionen sowie ein stark anthropozentrisches Beziehungsideal identifizieren, die die Rolle von Technologien systematisch marginalisieren und bis heute fortwirken. Diese stehen in unmittelbarer Nähe zu zeitgebundenen Technikverständnissen und Beziehungsidealen und wirken als historisch sedimentierte Prämissen medizinethischer Modellbildung bis in gegenwärtige Diskurse fort.

Der Vortrag versteht sich nicht als Plädoyer für alternative Modelle der APB, sondern als Einladung zur Reflexion über die zeitliche Persistenz impliziter Technologiekonzepte in der Medizinethik. Es soll aufgezeigt werden, wie solche impliziten Annahmen die Reichweite und Grenzen medizinethischer Analyse prägen und warum ihre kritische Rekonstruktion – gerade vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen - ein zentrales Desiderat gegenwärtiger medizinethischer Forschung darstellt.

S13.1 Der errechnete Geburtstermin (ET) - Ethische Dimensionen eines Instrumentes zur Kontrolle individueller Zeitlichkeiten

Wiebke Paulsen¹, Irene Hirschberg², Nora Ryback³, Corinna Klingler⁴

¹ Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Uniklinik RWTH Aachen

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

³ Hochschule für angewandte Wissenschaften Campus Wien

⁴ Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind nicht nur sensible Lebensphasen einer Frau, sondern unterliegen auch wenig planbaren Zeitlichkeiten. Sofern keine primäre Sectio angestrebt oder notwendig wird, sind Schwangere, ungeborene Kinder sowie Gesundheitspersonal gezwungen, sich nach natürlich vorgegebenen, individuellen zeitlichen Entwicklungen von Schwangerschaft und Geburt zu richten. Mit dem errechneten Geburtstermin (ET) wird versucht, diese Unplanbarkeit einzuhegen und die „chaotische Zeitlichkeit“ von Geburt kontrollierbarer zu machen. Der ET erscheint als wichtiges Instrument, um potenzielle Risiken für Mutter und Kind durch z.B. Übertragung und Gefahr einer Totgeburt zu reduzieren. So wird in der in 2025 abgelaufenen S2k-Leitlinie „Geburtseinleitung“ bei einer Überschreitung des ET um 10 Tage eine Einleitung empfohlen.

Während der ET Unsicherheiten für involvierte Akteure vermeintlich reduziert, kreiert er gleichzeitig rechtliche, ethische, gesellschaftliche wie medizinische Folgen: Für die Schwangeren gehen mit dem ET und einer möglichen Abweichung davon (externe) Erwartungen und Konsequenzen einher. Dies kann Verunsicherung, Stress und psychische Belastung erzeugen. Für Ärzt:innen kann der ET, per Formel errechnet oder Ultraschall ermittelt, eine Hilfe für die Berechnung der erwarteten zeitlichen Entwicklung und Geburt darstellen. Jedoch kann er auch Handlungszwänge mit sich bringen, die mit Blick auf die tatsächliche vs. die errechnete Zeitlichkeit, Unstimmigkeiten erzeugen. Hebammen wie Ärzt:innen müssen die Entscheidungsfindung für oder gegen die Einleitung einer Geburt begleiten. Sie müssen dabei nicht nur für sich die Risiken für Mutter und Kind abwägen, sondern die Schwangere auch kommunikativ bei der Entscheidung begleiten. Die Herausforderung ist dabei, die Selbstbestimmung der Frau zu wahren und gleichzeitig ein System zu navigieren, das defensive Behandlungsentscheidungen aus Angst vor rechtlichen Konsequenzen begünstigt. Zudem erscheinen auch kulturelle Faktoren die Berechnung des ET zu bedingen, was sich in Varianzen zwischen Versorgungssystemen zeigen könnte. Dies unterstreicht die Bedeutung einer kritischen Auseinandersetzung mit dem ET und den damit verbundenen Praktiken.

Wir wollen daher im Vortrag den ethischen Dimensionen des ET als Kontrollinstanz von Zeitlichkeit nachgehen und über die Handlungszwänge und -möglichkeiten reflektieren, die sich den am Geburtsprozess beteiligten Akteuren stellen.

S13.2 Zeitliche Barrieren zu Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland: Strukturelle Herausforderungen der Versorgung in Deutschland aus Sicht von Gynäkolog*innen und Berater*innen

Amelie Kolandt¹, Mirjam Faissner¹, Susanne Michl¹

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

Hintergrund: Gesetzliche Fristen, Wartezeiten bis zur Versorgung und die Dauer von Entscheidungsprozessen prägen die Erfahrungen von Schwangeren und Versorgenden.

Diese qualitative Studie untersucht strukturelle Barrieren zur Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland aus Perspektive von Expert*innen.

Methoden: Zwischen September 2020 und Mai 2021 führten wir 42 leitfadengestützte Expert*inneninterviews mit Gynäkolog*innen (n=22) und Schwangerschaftskonfliktberater*innen (n=20) durch und werteten diese mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring aus.

Ergebnisse: Die Analyse ergab mehrere zeitkritische Herausforderungen über verschiedene Versorgungsaspekte hinweg.

Expert*innen beschrieben einen kontinuierlichen Rückgang der Anbieter*innen von Schwangerschaftsabbrüchen, was zu längeren Wartezeiten und Anfahrtswegen führt (Zugang). Der fortschreitenden Schwangerschaftsverlauf während der Wartezeit erhöht medizinische Risiken, schränkt methodische Wahlmöglichkeiten ein und verstärkt die psychische Belastung für Patient*innen.

Verzögerungen bei Eingriffen nach Beratungsregelung entstehen durch Informationsdefizite, Beratungs- und Wartepflichten, logistische Hürden und Sprachbarrieren sowie Stigmatisierung.

Bei medizinisch indizierten Schwangerschaftsabbrüchen zeigen sich zusätzliche zeitkritische Probleme wie intransparente Prozesse bei Indikationsstellung, fragmentierte Versorgungsstrukturen sowie institutionelle Weigerungen sowie die Involvierung von Ethikkomitees, die die Behandlung verzögern können.

Marginalisierte Gruppen – Menschen in ländlichen Regionen, mit Migrationsgeschichte, (psychischen) Vorerkrankungen oder Gewalterfahrungen – erleben laut der Expert*innen überproportional häufig zeitkritische Barrieren mit besonders gravierenden Folgen.

Der demografische Wandel verschärft diese Problemlagen der Versorgung durch entstehende Lücken zusätzlich.

Diskussion: In diesem Beitrag diskutieren wir, wie rechtliche Ambiguität, fragmentierte Versorgungsstrukturen und die Nutzung des Weigerungsrechts zu zeitkritischen Situationen führen. Zeitliche Verzögerungen können Schwangere zwingen, die 12-Wochen-Frist zu überschreiten, weswegen sie auf alternative Versorgungswege im Ausland oder die Ausstellung einer medizinischen Indikation angewiesen sind. Dies kann zu späteren Abbrüchen mit höheren Komplikationsrisiken führen. Dadurch wird das Prinzip der Schadensvermeidung verletzt und die reproduktive Autonomie der Patient*innen eingeschränkt.

S13.3 ‚Do-it-yourself‘ Hormonersatztherapien. Eine ethische Analyse von schadensmindernden Ansätzen unter der Berücksichtigung von subjektiven und institutionellen Zeitlichkeiten

Mirjam Faissner

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

Hormonersatztherapien (HRT) sind zentraler Bestandteil der genderaffirmativen Gesundheitsversorgung und von großer Bedeutung für das Wohlergehen vieler trans* und nicht-binärer Personen. Entscheidungen über den Beginn einer HRT sind in ein Spannungsfeld unterschiedlicher Zeitlichkeiten eingebettet. Auf der einen Seite steht das subjektive Erleben von Dringlichkeit, insbesondere angesichts fortschreitender körperlicher Veränderungen, zum Beispiel bei Jugendlichen, oder der Persistenz eines als nicht passend empfundenen Körpers, wobei ein Abwarten selbst als gesundheitlich schädigend erfahren werden kann. Auf der anderen Seite steht die Notwendigkeit einer sorgfältigen Entscheidungsfindung, in der individuelle Wünsche und Zweifel abgewogen werden können. Diese individuellen Abwägungsprozesse finden innerhalb von institutionellen Rahmenbedingungen statt, die Verzögerungen verursachen, etwa durch die Notwendigkeit eines Indikationsschreibens, einen Mangel an Fachpersonal, komplexe Kostenerstattungsverfahren und weitere Zugangsbarrieren.

Vor diesem Hintergrund greifen viele Personen auf sogenannte ‚Do-it-yourself‘ (DIY) HRT zurück. Dabei handelt es sich um ein Spektrum informeller Praktiken der Hormoneinnahme mit variierendem Grad ärztlicher Begleitung. Das Spektrum reicht von der Einnahme verschriebener Hormone nach eigenen Schemata bis hin zur Einnahme weitergegebener oder selbstproduzierter Hormonpräparate. Diese Praktiken sind bislang kaum untersucht, und es existieren keine Empfehlungen für medizinisches Fachpersonal zum Umgang mit DIY-HRT.

Einen möglichen Umgang stellen schadensmindernde Ansätze dar, die auf die Reduktion von Risiken abzielen, ohne den Konsum selbst zu bewerten oder zu unterbinden. Dazu zählen unter anderem die Testung von Hormonpräparaten, begleitende Blutuntersuchungen zur frühzeitigen Erkennung unerwünschter Wirkungen, die Bereitstellung steriler Injektionsmaterialien sowie Informationen für eine risikoarme Anwendung von DIY-HRT.

Basierend auf einem partizipativen communitybasierten Forschungsprojekt untersucht dieser Beitrag schadensmindernde Ansätze als möglichen Umgang mit DIY-HRT aus medizinethischer Perspektive. Im Zentrum steht die Frage, welche ethischen Pflichten für medizinisches Fachpersonal aus dem Spannungsfeld zwischen subjektiv erlebter Dringlichkeit und institutionell erzeugten Verzögerungen erwachsen. Dabei wird argumentiert, dass zeitliche Aspekte in der normativen Bewertung berücksichtigt werden müssen.

S13.4 Zeit und Geld – ethische Implikationen zeitlicher Aspekte bei der Bewertung von finanziellen Überlegungen auf medizinische Entscheidungen in der Krebsmedizin

Julia F. L. König^{1,2}, Birthe Aufenberg³, Gereon Breß³, Sabine Sommerlatte⁴, Wolfgang Greiner³, Jan Schildmann⁴, Eva Winkler^{2,5}, Katja Mehlis²

¹ Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT), NCT Heidelberg, eine Partnerschaft zwischen DKFZ und dem Universitätsklinikum Heidelberg; Abteilung für Medizinische Onkologie, Medizinische Fakultät, Universität Heidelberg

² Institut für Medizin- und Datenethik, Universität Heidelberg; Medizinische Fakultät, Universitätsklinikum Heidelberg

³ Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement, Universität Bielefeld

⁴ Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Profilzentrum Gesundheitswissenschaften, Medizinische Fakultät, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

⁵ Nationales Centrum für Tumorerkrankungen (NCT), NCT Heidelberg, eine Partnerschaft zwischen DKFZ und dem Universitätsklinikum Heidelberg; Abteilung Gerechtigkeit und Gleichheit im Gesundheitswesen, Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) Heidelberg

Finanzielle Überlegungen können medizinische Entscheidungen beeinflussen – besonders in der Krebsmedizin mit steigenden Patient:innenzahlen und kostenintensiven Therapien. Um Ressourcen adäquat verteilen zu können, ist es zum einen erforderlich zu verstehen, wie sich finanzielle Überlegungen auf medizinische Entscheidungen auswirken und zum anderen, wie diese Auswirkungen zu bewerten sind. Der Beitrag untersucht, wie zeitliche Aspekte die ethische Bewertung finanziell beeinflusster Entscheidungssituationen in der Onkologie verändern. Grundlage ist eine qualitative Interviewstudie, in der n=21 Entscheidungssituationen identifiziert wurden, in denen finanzielle Überlegungen medizinische Entscheidungen beeinflussten. Bei n=13 Entscheidungssituation zeigte die Analyse, dass die zeitlichen Aspekte ethische Implikationen für die Bewertung haben: Wie viel Zeit müssen Patient:innen in einer medizinischen Institution verbringen? Wie schnell sollte eine Diagnosestellung erfolgen und aus welchen Gründen darf sie länger dauern? Wie kann zwischen einem schnellen Zugang zu neuen Medikamenten und einer fehlenden Kostendeckung abgewogen werden? Diese zeitlichen und zeitlich relevanten Aspekte strukturieren nicht nur den Entscheidungsprozess, sondern prägen auch die moralische Bewertung von Wohlergehen, Verantwortung und Fairness.

Anhand dieser ausgewählten Entscheidungssituationen soll sowohl finanziellen Einflüssen als auch zeitlichen Aspekten dargestellt und eingeordnet werden. Dabei wird gezeigt, dass zeitliche Aspekte ethische Implikationen bei der Bewertung von finanziellen Überlegungen auf medizinische Entscheidungen in der Krebsmedizin haben. Z. B. verzögert kostenintensive (molekulargenetische) Diagnostik Therapieentscheidung und -einleitung, Vergütungsstrukturen können den Zugang zu Therapien verlangsamen (z.B. off-label use) und manche Ressourcen werden aufgrund ihrer hohen Kosten gegen ihre Effizienz in Bezug auf die Lebenszeit abgewogen (kostenintensive Therapie mit fraglicher Kosten-/Nutzenrelation).

Der Beitrag argumentiert, dass Zeit als ethische Kategorie in der Bewertung finanzieller Einflüsse auf medizinische Entscheidungen berücksichtigt werden muss, um das Patient:innenwohl zu fördern und gerechte und verantwortbare Allokationsentscheidungen in der Krebsmedizin treffen zu können. Der Beitrag soll verschiedene Dimensionen von Zeit in diesem Kontext explizieren und erste Überlegungen zur Bewertung dieser zeitbezogenen ethischen Implikationen vornehmen.

Workshopabstracts

W01 Ethik der Multitemporalität: Zeiterleben in Medizin und Gesundheitsversorgung. Literarisch-filmische Annäherungen

Isabella Marcinski-Michel¹, Christian Hißnauer², Sonja Deppe³, Claudia Wiesemann⁴

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

² Institut für deutsche Literatur, Humboldt-Universität zu Berlin

³ Abteilung Ethik in der Medizin, Department für Versorgungsforschung, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

⁴ Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen

Zeit spielt in Medizin und Gesundheitsversorgung eine zentrale Rolle. Relevante Vorgänge wie Erkrankung und Genesung sind in die begrenzte und immer schon ablaufende Lebenszeit des Individuums eingelassen. Ärztliches und pflegerisches Handeln sind oftmals zeitkritisch, etwa in der Intensiv- oder Notfallmedizin. Darüber hinaus sind wesentliche Aspekte der Gesundheitsversorgung durch zeitliche Vorgaben getaktet, zum Beispiel Behandlungszyklen in der Reproduktionsmedizin oder Wartelisten in der Transplantationsmedizin.

Allerdings wird Zeit von den beteiligten und betroffenen Personen dabei oft sehr unterschiedlich erlebt, bewertet und gewichtet. So mag sich der zeitliche Ablauf eines ärztlichen Notfalleinsatzes von außen betrachtet rasant und hektisch ausnehmen, aus der Perspektive der betroffenen Person selbst jedoch gleichzeitig qualvoll in die Länge ziehen. Paare mit sehnlichem Kinderwunsch dürften anders auf eine wachsende Anzahl an erfolglosen IVF-Behandlungen blicken als die sie behandelnden Fachärzt*innen. Diese Diskrepanzen haben auch ethische Bedeutung: In der Diskussion über Infektionsschutzmaßnahmen während der COVID 19-Pandemie wurde zum Beispiel immer wieder nahegelegt, dass Lebenszeit, die in Isolation oder unter Lockdown verbracht wird oder gar im Rahmen von Triagierungsmaßnahmen auf dem Spiel steht, unterschiedlich stark ins Gewicht falle, je nachdem in welcher Phase des Lebens sich die Betroffenen befinden.

Solche Diskrepanzen sind nicht leicht theoretisch zu erfassen. Eine auf Objektivität ausgerichtete wissenschaftliche Perspektive stößt angesichts der unhintergebar subjektiven und existenziellen Erlebnisqualität von Zeit vielfach an sprachliche und konzeptuelle Grenzen. Demgegenüber wird literarisch-künstlerischen Annäherungen, gerade in besonders zeitsensiblen Kunstgattungen wie Film und erzählender Literatur, ein besonderes Potenzial zur Erschließung, Gestaltung und Vermittlung von subjektivem Zeiterleben zugeschrieben. Der Philosoph Odo Marquard spricht in diesem Zusammenhang etwa von einer künstlerisch eröffneten Möglichkeit von Multitemporalitätserfahrungen.

Der Workshop hat das Ziel, dieses Potenzial von Literatur und Film zur Multitemporalität zu erkunden und sich zu Nutze zu machen, um der ethischen Bedeutung unterschiedlichen Zeiterlebens in Medizin und Gesundheitsversorgung nachzugehen. Anhand der Auseinandersetzung mit drei Beispielen zu unterschiedlichen medizinischen Praxisfeldern und Kunstformen (Literatur - Graphic Novel - Film) sollen verschiedene Formen des Zeiterlebens in medizinischen Kontexten rekonstruiert und ethisch reflektiert werden. Ziel ist es, theoretisch-methodologische und didaktische Perspektiven einer an narrativen Ansätzen und Medical Humanities geschulten Medizinethik zu eruieren und auszuformulieren.

Ablauf:

1. (15 Minuten) Einführung und Input zur Problemstellung „Ethik der Multitemporalität“ in Medizin und Gesundheitsversorgung. Zudem werden die begrifflich-theoretischen Analysetools

aus der Phänomenologie des Zeiterlebens sowie literatur- und medienwissenschaftliche Ansätze zur erzähltechnischen Untersuchung von Zeitlichkeitsphänomen skizzenartig vorgestellt. Diese sollen in Teil 2 zur Anwendung kommen.

2. (45 Minuten) Die Teilnehmenden werden in drei Breakout-Gruppen eingeteilt, in denen jeweils eine Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Beispielen aus medizinischen Praxisfeldern, literarisch-filmischen Darstellungen und Arten des Zeiterlebens mit Hilfe der zuvor eingeführten begrifflich-theoretischen Analysetools und narratologischen Untersuchungsansätzen stattfindet.

- a) Literatur: „Der alte König in seinem Exil“ (2012) von Arno Geiger über Alzheimer
- b) Graphic Novel: „Andere Umstände“ (2022) von Julia Zejn über Schwangerschaftsabbruch
- c) Film: „Rock my heart“ (2017) von Hanno Olderdissen über eine angeborene Herzerkrankung

In den Breakout-Gruppen soll jeweils erarbeitet werden, wie in den literarischen und filmischen Beispielen das unterschiedliche Zeiterleben dargestellt wird. Wie hängen die dargestellte Zeiterfahrung und das Medium zusammen? Welche ethische Bedeutung kann dies für Medizin und Gesundheitsversorgung haben? Begonnen wird jeweils mit der gemeinsamen Sichtung oder Lektüre von Film- und Textausschnitten.

3. (30 Minuten) Abschließend erfolgt eine Zusammenführung, Vorstellung und Diskussion der Gruppenarbeiten. Anknüpfend an die eingangs eingeführte Ethik der Multitemporalität werden die Ergebnisse der Breakout-Gruppen hinsichtlich der ethischen Bedeutung unterschiedlichen Zeiterlebens in Medizin und Gesundheitsversorgung reflektiert. Ziel des Workshops ist es, eine theoretisch-methodologische und didaktische Konzeptidee einer an narrativen Ansätzen und Medical Humanities geschulten Medizinethik zu entwickeln.

W02 Was wäre, wenn...?! Die Szenario-Methodik zur Antizipation zukünftiger medizinethischer Herausforderungen in der Altersmedizin

Julia Latting Perry¹, Jana Wegehöft¹

¹ Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Universitätsmedizin Göttingen

Als Individuen und als Gesellschaft versuchen wir, in der Gegenwart und Vergangenheit nach Spuren des Zukünftigen zu suchen, um diese zu deuten und daraus Vorstellungen vom Kommen zu gewinnen (Hadolt & Stöckl, 2024). Antizipation zukünftiger Entscheidungen kann besonders für Menschen wichtig sein, die einem Krankheitsrisiko ausgesetzt sind, da eigenständiges Planen als Teil der Selbstbestimmung verstanden werden kann. Die rasante Entwicklung neuer medizinischer Technologien zur Prädiktion von spät manifestierenden Krankheiten (z.B. Alzheimer-Krankheit) stellen Zukunftsvorstellungen von Betroffenen vor viele Herausforderungen. Auch existierende Strukturen des Gesundheitswesens auf der Meso- und Makroebene oder zukünftige Verantwortlichkeiten von medizinischem Personal werfen offene Fragen auf. Dadurch steht die Medizinethik vor der methodologischen Herausforderung, ethische Beurteilungen und praktische Empfehlungen für Technologien oder Praktiken zu entwickeln, die derzeit noch nicht existieren oder implementiert sind.

Eine strukturierte Herangehensweise an solche Zukunftsentwicklungen bietet die Szenario-Methodik, mit der zukünftige Entwicklungsperspektiven für konkrete Zeiträume multiperspektivisch, systematisch erörtert und bewertet sowie Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden können. Szenario-basierte Methoden beruhen dabei auf einer geregelten Analyse aktueller

Entwicklungen und beanspruchen somit eine gewisse Plausibilität (Spöhrer et al., 2022). Bei einer ethischen Reflexion über Technologien, Medizin und Gesundheit können solche antizipatorischen Ansätze und Perspektiven unsere Analysen der impliziten oder expliziten Erwartungen, Visionen und Praktiken des Planens und Vorbereitens schärfen sowie theoretisch untermauern (Schicktanz, 2026). Zugleich erlauben sie Reflexionen über verschiedene Zeitläufe sowie eine separate Betrachtung individueller und gesellschaftlicher Dimensionen.

Mithilfe der Szenario-Methodik möchten wir im interdisziplinär und interaktiv angelegten Workshop – am Beispiel von Forschungsansätzen im Bereich Altersmedizin – gemeinsam Zukunftsentwürfe diskutieren. Ziel ist es, moralisch relevante Aspekte, Einflussfaktoren und unterschiedliche Perspektiven systematisch herauszuarbeiten, um daraus ethische Voraussetzungen für geeignete Lösungsansätze zu erarbeiten.

Um die Exploration innovativer normativer Überlegungen zu fördern, setzt sich der geplante Workshop aus drei Teilen zusammen: eine theoretische Hinführung, eine Interaktionsphase in Kleingruppen (Bewertung der jeweiligen Szenarien) und eine Reflexionsrunde.

Im ersten Teil (30 Minuten) werden wir zusammenfassend Ansätze der Szenario-Methodik darstellen, die für ethische Fragestellungen in Bezug auf die Altersforschung gut anwendbar sind. Weiterhin werden wir konkrete visuell aufbereitete Szenarien aus drei Bereichen zur anschließenden Bearbeitung vorstellen, zwischen denen die Teilnehmenden wählen können:

- A) Zukunft des Alterns im Gesundheitssystem
- B) Gesundheitsversorgung von Menschen mit Demenz
- C) Blutbasierte Biomarkertests in der Alzheimer-Forschung

Im zweiten Teil (40 Minuten) finden Gruppenarbeiten statt, in denen die Teilnehmenden die Plausibilität der einzelnen Szenarien hinsichtlich Best-Case bzw. Worst-Case Szenarien sowie der jeweiligen Zeitrahmen, -räume und/oder -strukturen untersuchen werden.

Im dritten Teil (20 Minuten) des Workshops reflektieren wir gemeinsam im Plenum die Ergebnisse aus den Gruppenarbeiten sowie die Vorteile und Herausforderungen der Szenario-Methodik und der möglichen Kombination mit weiteren Methoden zur praktischen Anwendung bei medizinethischen Forschungsprojekten und Fragestellungen. Wir wollen gemeinsam diskutieren, bei welchen ethischen Fragestellungen die Szenario-Methodik besonders sinnvoll und anwendbar ist und bei welchen weniger.

Insgesamt richtet sich der Workshop damit an alle die vorhaben, Fragestellungen in Bezug auf zukünftige medizinische und technologische Entwicklungen zu untersuchen und/oder Interesse haben, die Szenario-Methode praxisnah kennenzulernen. Dabei sollen die Teilnehmenden für die zukunftsgerichtete Methode sensibilisiert und zur weiteren Arbeit mit dem Vorgehen bspw. in der Lehre oder in partizipativen Settings angeregt werden.

Für den Workshop sind 15-18 Plätze vorgesehen. Die Teilnehmenden erhalten die Szenario-Unterlagen am Workshoptag.

Literatur:

Hadolt, B., & Stöckl, A. (Eds.) (2024). Hope and Uncertainty in Health and Medicine: Imagining the Pragmatics of Medical Potential. transcript Verlag. <https://doi.org/10.14361/9783839467>

Schicktanz, S. (2026). Antizipation. In: Deppe, S. et al. (Eds.) Handbuch Medizin und Lebenszeit. Metzler. https://doi.org/10.1007/978-3-662-68418-4_24-1

Spöhrer, K. et al. (2022). Hausärztliche Medizin im digitalen Zeitalter: Szenarien und Empfehlungen. Gesundheitswesen, 84(7). <https://doi.org/10.1055/a-1791-0834>

Posterabstracts

P01 Zeitkritische Übergänge im Entlassmanagement als ethische Herausforderung ländlicher Gesundheitsversorgung

Jann Niklas Vogel¹, Hanna Hilgenhof¹, Ivonne Honekamp¹, Anne Petereit², Valerie Bühler², Chiara Kleinschmidt², Stefan Schmidt²

¹ Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management, Hochschule Neubrandenburg

² Fakultät für Wirtschaft, Hochschule Stralsund

Hintergrund: Das Entlassmanagement bildet eine zentrale, zeitkritische Schnittstelle der Gesundheitsversorgung, an der verkürzte Verweildauern, institutionelle Prozesse und gesetzliche Rahmenbedingungen auf begrenzte poststationäre Versorgungsstrukturen treffen. In ländlichen Regionen werden diese Herausforderungen durch räumliche Distanzen zusätzlich verstärkt. Zeitliche Passungsprobleme zwischen stationärer, ambulanter und kommunaler Versorgung beeinträchtigen die Versorgungskontinuität, Prävention und gesundheitliche Teilhabe und sind damit ethisch relevant.

Methodik: Der Beitrag basiert auf einem bis September 2026 laufenden Verbundprojekt zur Untersuchung des Entlassmanagements und der Anschlussversorgung in ländlich geprägten Regionen Mecklenburg-Vorpommerns. Die Methodik folgt einem Mixed-Methods-Design. Zunächst wurde ein Scoping Review durchgeführt, gefolgt von leitfadengestützten Fokusgruppendifkussionen mit regionalen Akteur*innen aus Gesundheitswesen, Pflege, Sozialarbeit, Verwaltung und Zivilgesellschaft. Anschließend erfolgte eine landesweite standardisierte Fragebogenerhebung unter allen Krankenhäusern des Bundeslandes. Zur Vertiefung wurden weitere Fokusgruppendifkussionen unter Anwendung der Strukturlegetechnik durchgeführt. Ergänzend sind im Frühjahr 2026 nachgelagerte Einzelinterviews mit Patient*innen sowie zentralen Akteur*innen des Gesundheitswesens vorgesehen.

Ergebnisse: Die bisherigen Auswertungen deuten darauf hin, dass im ländlichen Raum woh-nortnahe Übergangs-, Kurzzeit- und Tagespflegeangebote teilweise fehlen, wodurch die zeit-nahe Organisation der Anschlussversorgung erschwert wird. Heterogene Kommunikationsstrukturen und unklare Zuständigkeiten führen zu Verzögerungen im Versorgungsprozess. Diese zeitlichen Diskrepanzen begünstigen Versorgungsbrüche, verlängerte Krankenhausauf-enthalte oder weiter entfernte Verlegungen und betreffen insbesondere ältere Menschen sowie Personen mit komplexen Versorgungsbedarfen. Gleichzeitig wurden regionale Ressourcen identifiziert, die eine verbesserte zeitliche Koordination unterstützen.

Schlussfolgerung: Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Entlassmanagement im ländlichen Raum neben organisatorischen auch ethisch relevante Dimensionen hat. Zeit erweist sich als zentrale Versorgungsressource, deren Verfügbarkeit maßgeblich über Versorgungskontinuität und gesundheitliche Teilhabe entscheidet.

P02 GamKi-ELSA-Hub: Ein Ansatz integrierter Ethik (Embedded Ethics) zur Erforschung und Stärkung ethischer Kompetenzen im Kontext gamification-basierter Technologien zur Förderung der psychischen Gesundheit im Kindesalter

Hans-Henrik Dassow¹, Elisabeth Höhne², Michael Kölch³, Joschka Haltaufderheide⁴, Robert Ranisch⁵

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

² Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universitätsmedizin Rostock

³ Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universitätsmedizin Rostock

⁴ Institut für Ethik und Medizingeschichte, Universitätsmedizin Greifswald

⁵ Juniorprofessur für Medizinische Ethik mit Schwerpunkt auf Digitalisierung, Fakultät für Gesundheitswissenschaften Brandenburg, Universität Potsdam

Hintergrund: Digitale, gamification-basierte Gesundheitstechnologien versprechen innovative Ansätze zur psychotherapeutischen Versorgung im Kinder- und Jugendalter. Im Rahmen der Bekanntmachung „GamKi“ des BMFTR werden seit Januar 2025 14 Verbundprojekte gefördert, die entsprechende Maßnahmen erforschen und entwickeln. Angesichts des experimentellen Charakters der interaktiven Technologien sowie der Vulnerabilität der Zielgruppe ergeben sich vielfältige ethische Fragestellungen, die bereits im Forschungsprozess adressiert werden müssen. Vor diesem Hintergrund wurde ein Begleitprojekt gefördert, welches neben einer verbundübergreifenden Evaluation, Themen der (Ent-) Stigmatisierung sowie der Mensch-Technik-Interaktion auch ethische Aspekte im Rahmen eines ELSA-Hubs untersucht.

Ziele: Im Rahmen der Arbeit des ELSA-Hubs sollen ethische Aspekte der Verbundvorhaben systematisch und projektübergreifend erfasst werden. Auf dieser Grundlage werden Unterstützungsstrukturen für die Projektbeteiligten aus den Bereichen Psychiatrie, Psychotherapie und Technikentwicklung initiiert, die zur Stärkung ethischer Kompetenzen innerhalb der Forschungsprozesse beitragen sollen. Gleichzeitig werden Querschnittsthemen im Bereich der gamifizierten digitalen Interventionen in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern identifiziert und der Forschungsgemeinschaft zugänglich gemacht.

Methoden: Ausgehend von einem Embedded-Ethics-Ansatz implementiert der ELSA-Hub strukturierte Bedarfsanalysen, Maßnahmen zur ethischen Reflexion, Sensibilisierung und Förderung ethischer Kompetenzen, sowie Vernetzungsangebote. Hierzu gehören neben einer Kontaktstelle für ethische Fragen regelmäßige ELSA-Touchpoints, die Erstellung einer „Ethics by Design Toolbox“ sowie Workshops. Für relevante Querschnittsthemen werden gemeinsam mit den Forschenden Best-Practice-Handreichungen im Delphi-Verfahren konsentiert sowie Peer-to-Peer-Trainings entwickelt.

Ergebnisse: Es wird ein Einblick in die Arbeitsweise des ELSA-Hubs aus dem ersten Förderjahr gegeben. Zudem sollen Ergebnisse zur Identifikation forschungsleitender Querschnittsfragen vorgestellt werden. Dabei werden insbesondere die Herausforderungen einer verbundübergreifenden Perspektive integrierter Ethik auf Querschnittsthemen sowie die Besonderheiten von Psychiatrie und Psychotherapie berücksichtigt. Ethische Fragestellungen werden in diesem Zusammenhang im Lichte von Technikfolgen und potenziellen Stigmatisierungsprozessen reflektiert.

P03 Vergängliche Sinnhaftigkeit oder: Warum gutes Mitmachen nicht stabil sein muss. Eine kritische Diskursanalyse zeitethischer Aspekte der partizipativen Technologieentwicklung im Kontext von Demenz

Gesine Buurman¹, Mark Schweda¹

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

Hintergrund: Digitale, gamification-basierte Gesundheitstechnologien versprechen innovative Ansätze zur psychotherapeutischen Versorgung im Kinder- und Jugendalter. Im Rahmen der Bekanntmachung „GamKi“ des BMFTR werden seit Januar 2025 14 Verbundprojekte gefördert, die entsprechende Maßnahmen erforschen und entwickeln. Angesichts des experimentellen Charakters der interaktiven Technologien sowie der Vulnerabilität der Zielgruppe ergeben sich vielfältige ethische Fragestellungen, die bereits im Forschungsprozess adressiert werden müssen. Vor diesem Hintergrund wurde ein Begleitprojekt gefördert, welches neben einer verbundübergreifenden Evaluation, Themen der (Ent-) Stigmatisierung sowie der Mensch-Technik-Interaktion auch ethische Aspekte im Rahmen eines ELSA-Hubs untersucht.

Ziele: Im Rahmen der Arbeit des ELSA-Hubs sollen ethische Aspekte der Verbundvorhaben systematisch und projektübergreifend erfasst werden. Auf dieser Grundlage werden Unterstützungsstrukturen für die Projektbeteiligten aus den Bereichen Psychiatrie, Psychotherapie und Technikentwicklung initiiert, die zur Stärkung ethischer Kompetenzen innerhalb der Forschungsprozesse beitragen sollen. Gleichzeitig werden Querschnittsthemen im Bereich der gamifizierten digitalen Interventionen in der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern identifiziert und der Forschungsgemeinschaft zugänglich gemacht.

Methoden: Ausgehend von einem Embedded-Ethics-Ansatz implementiert der ELSA-Hub strukturierte Bedarfsanalysen, Maßnahmen zur ethischen Reflexion, Sensibilisierung und Förderung ethischer Kompetenzen, sowie Vernetzungsangebote. Hierzu gehören neben einer Kontaktstelle für ethische Fragen regelmäßige ELSA-Touchpoints, die Erstellung einer „Ethics by Design Toolbox“ sowie Workshops. Für relevante Querschnittsthemen werden gemeinsam mit den Forschenden Best-Practice-Handreichungen im Delphi-Verfahren konsentiert sowie Peer-to-Peer-Trainings entwickelt.

Ergebnisse: Es wird ein Einblick in die Arbeitsweise des ELSA-Hubs aus dem ersten Förderjahr gegeben. Zudem sollen Ergebnisse zur Identifikation forschungsleitender Querschnittsfragen vorgestellt werden. Dabei werden insbesondere die Herausforderungen einer verbundübergreifenden Perspektive integrierter Ethik auf Querschnittsthemen sowie die Besonderheiten von Psychiatrie und Psychotherapie berücksichtigt. Ethische Fragestellungen werden in diesem Zusammenhang im Lichte von Technikfolgen und potenziellen Stigmatisierungsprozessen reflektiert.

P04 NIPT und Schwangerschaft - was macht das gewonnene Wissen mit schwangeren Personen?

Marie-Sophie Müller

Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung, Universität zu Lübeck

Seit 2012 ermöglichen nicht-invasive Pränataltests (NIPT) als etabliertes Instrument, schwangeren Personen einen einfachen und risikoarmen Zugang zu genetischen Informationen über den Fötus. In der modernen medizinischen Praxis haben sich pränatale Tests als häufig genutzte Methode zur Früherkennung von möglichen genetischen Auffälligkeiten etabliert. Doch während diese Tests den schwangeren Frauen mehr Informationen über die Gesundheit des Fötus bieten, entstehen zugleich auch soziale und emotionale Herausforderungen, die weitgehend unerforscht geblieben sind.

Die ersten zwölf Wochen als besondere Zeit - In den ersten zwölf Wochen sprachen die Studienteilnehmerinnen nur wenig oder gar nicht über die beginnende Schwangerschaft. Die erste Zeit war vielmehr durch Schweigen, Unsicherheit und Tabuisierung geprägt. Ängste und Sorgen, insbesondere im Zusammenhang mit pränatalen Untersuchungen, Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüchen, blieben häufig unausgesprochen und führten zu Isolation. Die frühe Durchführung des NIPT kollidierte mit empfundenen Unsicherheiten und dem rechtlichen Entscheidungsdruck des §218a, wodurch das erste Trimester als außergewöhnlicher zeitlicher Kontext pränataler Diagnostik erlebt wurde. Mit dem Begriff der *Isolation* ist unter anderem die Abwesenheit interaktiver Unterstützung in der Auseinandersetzung mit dem NIPT gemeint. Innerhalb der sozialen Strukturen im Leben der Frauen fand so wenig Austausch statt, dass diese sich teilweise in ihrer Auseinandersetzung auf sich selbst gestellt, *isoliert* wiederfanden. Letztlich führte diese Art der Isolation zu einer starken Verschiebung der Entscheidungsverantwortung auf die Seite der Schwangeren.

Isolation im gesellschaftlichen Kontext: Das in den Interviews beschriebene gemeinschaftliche Schweigen über frühe Schwangerschaften führte zur Isolation der schwangeren Personen. Schwangerschaft und pränatale Testungen, einschließlich der nicht-invasiven Diagnostik, blieben meist privat. Gründe hierfür waren das Bedürfnis nach persönlicher Auseinandersetzung, ein gesellschaftlicher Konsens gegen frühe Verkündung sowie die Tabuisierung von Fehlgeburten und Schwangerschaftsabbrüchen. Das fehlende Teilen der Erfahrungen verstärkte das Gefühl des Alleinseins und führte zu einer ungleichen Verteilung mentaler Belastungen.

Isolation in der Partnerschaft: Die Partnerschaften der interviewten Frauen erwiesen sich als zentraler, teils belastender Bezugsrahmen der Entscheidungsfindung zur Pränataldiagnostik. Da die Partner häufig die einzigen Gesprächspersonen waren, verdichtete sich die Verantwortung für die Entscheidung innerhalb der Beziehung. Die Frauen beschrieben einen starken Druck, eine Entscheidung treffen zu müssen, insbesondere bei Uneinigkeit über mögliche Konsequenzen verschiedener Testergebnisse. Zugleich bestanden Ängste vor dem Verlust der Partnerschaft sowie davor, mit der Entscheidung und deren Folgen allein dazustehen.

Isolation in der gynäkologischen Vorsorge: Die Frauen gingen häufig unaufgeklärt in die NIPT-Situation und wussten weder, was genau getestet wurde, noch welche Aussage das Ergebnis haben würde. Die Übermittlung der Ergebnisse erfolgte kurz und unverbindlich telefonisch. Während unauffällige Befunde von den Frauen als unproblematisch erlebt wurden, führten auffällige Ergebnisse zu starken Gefühlen des Alleingelassenseins. Die Gynäkologin wurde als zentrale Bezugsperson für Verständnis, Begleitung und emotionale Unterstützung während dieser Phase gesehen.

P05 Der Faktor Zeit als ethische Herausforderung bei lebenslimitierenden Erkrankungen am Beispiel der Behandlung von NCL-Patient:innen

Hildegard Emmermann¹, Angela Schulz²

¹ Zentrum für Gesundheitsethik, Hannover

² Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Am Beispiel der lebenslimitierenden Erkrankung NCL wird unter ethischen Aspekten die Frage beleuchtet, mit welcher Behandlung und Therapieentscheidungen die verbleibende Lebenszeit mit Qualität und zum Wohl des Kindes mit seinen Familien gestaltet werden kann.

Die Neuronale Ceroid-Lipofuszinose (NCL) ist eine seltene, genetisch bedingte Stoffwechselerkrankung, die als „Kinderdemenz“ bekannt ist. Meist beginnt diese im Kindesalter und führt zum fortschreitenden Absterben von Nervenzellen, was Erblindung, Epilepsie, Verlust kognitiver/motorischer Fähigkeiten und einen frühen Tod (meist vor dem 30. Lebensjahr) zur Folge hat. NCL ist bisher unheilbar. Der Diagnose ist oft eine längere Zeit der Ärzteodyssee vorausgegangen, so dass oft verspätet eine angemessene therapeutische Begleitung beginnt.

Der Faktor Zeit spielt in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit NCL eine zentrale Rolle und ist eng mit ethischen Fragestellungen verknüpft.

Einerseits beeinflusst der Zeitpunkt der Diagnosestellung maßgeblich die Möglichkeiten therapeutischer Interventionen, symptomlindernder Maßnahmen sowie der psychosozialen Unterstützung für Betroffene und ihre Familien.

Andererseits stellt der progressive und bislang überwiegend unheilbare Krankheitsverlauf ethische Anforderungen an Therapieentscheidungen, insbesondere im Hinblick auf Nutzen, Belastung und Lebensqualität der Patientinnen und Patienten.

Zeitliche Aspekte sind zudem relevant bei der Abwägung experimenteller Therapien, der Priorisierung begrenzter Ressourcen und der frühzeitigen Einbindung palliativmedizinischer Konzepte. Oft ist die Entscheidung der Therapieumstellung auf Palliation verbunden mit der Sorge seitens der betroffenen Familien, dass zum Schaden der Patient:innen zukünftig eine zeitintensive Betreuung nicht mehr gewährleistet wird.

Vor dem Hintergrund der fortschreitenden Erkrankung gewinnt daher die antizipierende Behandlungsplanung an Bedeutung, um dem mutmaßlichen Willen der Betroffenen gerecht zu werden und Entscheidungen transparent sowie interdisziplinär zu treffen.

Insgesamt verdeutlicht die Betrachtung des Faktors Zeit unter ethischen Aspekten die Notwendigkeit einer patientenzentrierten, vorausschauenden und verantwortungsvollen Versorgung von Menschen mit NCL.

P06 Wie erwerben Medizinstudierende ethische Haltungen? Ergebnisse einer qualitativen Studie

Matthias Katzer¹, Marcel Mertz¹, Sabine Salloch¹

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

Es wird weithin angenommen, dass das Medizinstudium die ethisch relevanten Haltungen der Studierenden prägt, wie beispielsweise Empathie, Kommunikations- und Kooperationsweisen und die Akzeptanz von Diversität. Solche Haltungen und die damit verbundenen Werte und Normen werden teilweise in Veranstaltungen der Ethik und anderer Fächer angesprochen. Vielfach wird jedoch argumentiert, dass das implizite „hidden curriculum“ der klinischen Praxis einen stärkeren Einfluss auf die Bildung der Haltungen ausübt als die explizite Lehre. Um dieses Problemfeld genauer zu beleuchten, untersucht die Studie, wie die Haltungen von Studierenden der Humanmedizin bei ihren Praxiserfahrungen geprägt werden.

In der Studie wurden zwei qualitative Methoden verwendet: die teilnehmende Beobachtung bei Blockpraktika im 4. und 5. Studienjahr sowie Fokusgruppeninterviews mit Studierenden im Praktischen Jahr. Im Vordergrund standen dabei drei Faktoren, die allgemein als zentral für die Bildung von Haltungen angesehen werden: Vorbilder, Feedback und Reflexion.

Die Teilnehmenden erwähnten zahlreiche Beispiele für positive Vorbilder aus der Praxis. Sie berichteten auch von negativen Vorbildern und reflektierten darüber, wie diese Erfahrungen ihr Verständnis professionellen Verhaltens geprägt haben. Wenn Studierende Feedback erhielten, ging es dabei in der Regel um fachliche Aspekte. In einigen Fällen berührte das Feedback ethische Fragen, insbesondere wenn es um die Einhaltung strikter Regeln oder die Durchführung konkreter Handlungen ging. Dagegen erhielten die Studierenden selten Feedback zu allgemeineren Aspekten ihrer ethischen Haltungen. Ebenso wurden sie selten dazu aufgefordert, sich tiefer mit ethisch problematischen Situationen auseinanderzusetzen, denen sie in der Praxis begegneten.

Die Ergebnisse zeigen, dass sich die Studierenden aktiv mit den ethischen Aspekten ihrer klinischen Erfahrungen auseinandersetzen und dadurch ethische Haltungen entwickeln. Oftmals fehlen ihnen jedoch Gelegenheiten zur angeleiteten und systematischen Reflexion ihrer Erfahrungen. Dies legt nahe, dass sie von mehr Gelegenheit zu einer solchen Reflexion profitieren würden. Neue Lehrformate, die darauf ausgerichtet sind, könnten zur Bildung ethischer Haltungen der Studierenden beitragen.

Lokales Organisationsteam

Prof. Dr. Mark Schweda, Tagungspräsident, Koordination

Lena Stange, Koordination

Eva Katharina Boser

Eike Buhr

Gesine Buurmann

Julia Demirdizen

Dr. Sonja Deppe

Lena Dörmann

Niklas Ellerich-Groppe

Matthias Hauer

Kim Meilin Kulaczewski

Unser besonderer Dank gilt den studentischen Hilfskräften der Abteilung Ethik in der Medizin für ihre Unterstützung vor und während der Jahrestagung!

Tipps für Unternehmungen in und um Oldenburg

Gedenkort

Gedenkstätte Wehnen / Alte Pathologie, Erinnerungsort an die Opfer der NS-Krankenmorde

Öffnungszeiten: Di. – Fr. von 10 – 16 Uhr; jeden 2. So. 12 – 16 Uhr

Eintritt frei; Führungen nach vorheriger Anmeldung möglich (5 €)

Adresse: Hermann-Ehlers-Straße 7, 26160 Bad Zwischenahn (Wehnen)

Web: <https://gedenkstaette-wehnen.de/>

Kunst & Kultur

Nacht der Museen

Samstag, 12.09. von 18 – 24 Uhr

Web: <https://www.oldenburg.de/startseite/kultur/museen-kunsthaeuser/nacht-der-museen.html>

Schloss, Museum & Kunst

Öffnungszeiten: Di. – So., 10 – 18 Uhr

Adresse: Schloßplatz 1, 26122 Oldenburg

Web: <https://www.landesmuseum-ol.de/>

Augusteum, Galerie Alte Meister

Öffnungszeiten: Di. – So., 10 – 18 Uhr

Adresse: Elisabethstraße 1, 26135 Oldenburg

Web: <https://www.oldenburg-tourismus.de/a-augusteum>

Prinzenpalais, Galerie Neue Meister

Öffnungszeiten: Di. – So., 10 – 18 Uhr

Adresse: Damm 1, 26135 Oldenburg

Web: <https://www.landesmuseum-ol.de/>

<https://www.oldenburg-tourismus.de/a-prinzenpalais-landesmuseum-fuer-kunst-und-kulturgeschichte>

Schlossgarten

Öffnungszeiten: täglich 8 – 20 Uhr

Eintritt frei (Führung am 13.09. um 11 Uhr, 12 €, ohne Anmeldung; Treffpunkt im Schloss)

Adresse: Gartenstraße 37, 26122 Oldenburg

Landesmuseum Natur und Mensch

Öffnungszeiten: Di. – Fr., 9 – 17 Uhr; Sa. – So., 10 – 18 Uhr

Eintritt: Tageskarte 6 € (inkl. Sonderausstellung 9 €)

Adresse: Damm 38-46, 26135 Oldenburg

Web: <https://www.naturundmensch.de/>

Horst-Janssen-Museum

Öffnungszeiten: Di. – So., 10 – 18 Uhr

Eintritt: 8 €, ermäßigt 6 €

Adresse: Am Stadtmuseum 4-8, 26121 Oldenburg

Web: <https://www.horst-janssen-museum.de/>

Oldenburgisches Staatstheater

Adresse: Theaterwall 19, 26122 Oldenburg

Web: <https://staatstheater.de/>

Theater wrede+, Freies Theater in Oldenburg

Adresse: Klävemannstr. 16, 26122 Oldenburg

Web: <https://theaterwrede.de/>

Casablanca Kino & Bistro

Adresse: Johannisstr. 17, 26121 Oldenburg

Web: <https://www.casablanca-kino.de/>

Kulturetage / Cine-k

Adresse: Bahnhofstraße 11, 26122 Oldenburg

Web: <https://www.kulturetage.de/> / <https://www.cine-k.de/>

Freizeit & Natur

Ols Brauhaus

Adresse: Ols Brauhaus am Hafen, Stau 34, 26122 Oldenburg

Öffnungszeiten: Mo. – Fr. ab 12:00 Uhr, Sa. – So. ab 9:00 Uhr; Küche 12:00 – 22:00 Uhr

Web: <https://ols-brauerei.de/>

Botanischer Garten Oldenburg

Öffnungszeiten: Mo. – Fr., 8 – 19 Uhr, Sa. – So., 10 – 19 Uhr

Eintritt frei

Adresse: Philosophenweg 39/41, 26121 Oldenburg

Web: <https://uol.de/botgarten>

Bad Zwischenahn / Zwischenahner Meer

mit dem Zug oder Bus in 15 bis 30 min zu erreichen

<https://www.bad-zwischenahn-touristik.de/>

Oldenburg Tourismus

Web: <https://www.oldenburg-tourismus.de/>

Veranstaltungskalender: <https://www.oldenburg-tourismus.de/veranstaltungen/kalender>

Impressum

Herausgeber:

Prof. Dr. Mark Schweda, Tagungspräsident

Abteilung Ethik in der Medizin

Department für Versorgungsforschung

Fakultät VI Medizin und Gesundheitswissenschaften

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Ammerländer Heerstr. 114-118

26129 Oldenburg

Deutschland

www.uni-oldenburg.de/medizinethik

Redaktion und Gestaltung: Lena Stange

unter Mitwirkung von: Merit Henkel und Darwin Reinhard

Oldenburg, 25.08.2026

Bildquellen:

Titelblatt: erstellt mit Google Gemini, modifiziert mit craiyon.com

Seite 1: PFL: https://www.oldenburg.de/fileadmin/_processed_/6/b/csm_PFL_Stadt_56fe638109.jpg

Seite 1: Pius-Tower: Ausschnitt Google Streetview

Seite 1: Forum St. Peter: Ausschnitt Google Streetview

Seite 2: Computermuseum: <https://deutschlandjaeger.de/oldenburger-computermuseum/>

Seite 2: CORE: https://imageflow.rausgegangen.de/url/https://s3.eu-central-1.amazonaws.com/rausgegangen/7MAV0PIPSaaqIV1sz5FI_DSC02957.jpg?width=1200&height=900&mode=crop

Seite 2: Stadtplan: Ausschnitt Google Maps, bearbeitet

Seite 4: Fotoapparat: Bild von Ernesto Barrachina auf Pixabay (Ausschnitt), <https://pixabay.com/de/vectors/filmkamera-fotoapparat-klappe-3635415/>

Seite 5: Mark Schweda: <https://uol.de/medizinethik/mitarbeitende/prof-dr-mark-schweda>

Seite 5: Lena Stange: <https://uol.de/medizinethik/mitarbeitende/lena-stange-msc>

Seite 8: Bruce Jennings: <https://my.vanderbilt.edu/brucejennings/>