RheinlandPfalz
MINISTERIUM FÜR
WISSENSCHAFT, WEITERBILDUNG
UND GESUNDHEIT

THESEN ZU SITUATION UND REFORMBEDARF DER ORGANSPENDE IN DEUTSCHLAND

**Der Ethikbeirat des Ministeriums
für Wissenschaft, Weiterbildung und Gesundheit
des Landes Rheinland-Pfalz**

Veröffentlicht am 7. Oktober 2026

INHALT

Mitglieder des Ethikbeirats 4

Vorbemerkungen des Vorsitzenden 6

These 1: Organspende ist eine ethische Verpflichtung in der Solidargemeinschaft 7

These 2: Deutschland weist im Eurotransplant-Verbund eine vergleichsweise geringe Organspenderate auf; dies ist zu ändern 8

These 3: Prävention von Organschäden und schweren Hirnschädigungen verdient höchste Priorität 9

These 4: Die Widerspruchslösung ist eine legitime und sinnvolle Option für Deutschland 10

These 5: Selbstbestimmung erfordert Information – nicht nur Freiheit 11

These 6: Information und Widerspruch müssen niedrigschwellig und inklusiv sein 12

These 7: Patientenverfügungen müssen die Organspende explizit adressieren 13

These 8: Nationale Register und digitale Gesundheitsdokumente sind unverzichtbare Infrastruktur und in staatlicher Verantwortung schnell und zuverlässig weiterzuentwickeln 14

These 9: Auch die geltende abgewandelte Zustimmungslösung (Entscheidungslösung) ist ethisch vertretbar 15

These 10: Eine gelungene Kultur der Organspende braucht echte gesellschaftliche Partizipation – nicht nur politische Steuerung 16

These 11: Ausblick auf die in Deutschland ausstehende ethische und rechtliche Prüfung der Organspende nach Tod durch Kreislaufstillstand (international: Donation after circulatory death, DCD) 17

Mitglieder des Ethikbeirats

Prof. Dr. Norbert W. Paul M. A. (Vorsitz)
Direktor des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Dr. med. Gertrud Greif-Higer MAE
Vorsitzende des Ethikkomitees des Landeskrankenhauses in Rheinland-Pfalz

Prof. Dr. med. Michael Jansky
Komm. Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Dr. rer. nat. Wolfgang Kohnen
Stellvertretender Leiter der Abteilung für Hygiene und Infektionsprävention
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Katja Lüke
Landesbeauftragte für die Belange von Menschen mit Behinderungen
Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen, Familie und Jugend

Dr. med. Günther Matheis
Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz
Facharzt für Thoraxchirurgie

Prof. Dr. med. Bodo Plachter
Ehemaliger Direktor des Instituts für Virologie
Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Prof. Dr. Gerhard Robbers
Em. Professor für Öffentliches Recht, Kirchenrecht, Staatsphilosophie und Verfassungsgeschichte Universität Trier

Prof. Dr. med. Dirk-Matthias Rose
Leiter Aeromedical Center, Facharzt für Arbeits- und Allgemeinmedizin, Notfall-, Sozial-, Umwelt- und Flugmedizin, MAC Main Airport Center Frankfurt am Main

PD Dr. phil. et med. habil. Nils-Frederic Wagner
Wissenschaftliche Leitung Masterstudiengang Medizinethik Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Prof. Dr. med. Fred Zepp
Ehemaliger Direktor des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Dr. med. Ariane Zinke
Chefärztin, Klinik für Geriatrie und Innere Medizin des St. Marien- und St. Annastiftskrankenhaus Ludwigshafen

Vorbemerkungen des Vorsitzenden:

Am 24. November 2023 hat der Ethikbeirat des damaligen Ministeriums für Wissenschaft und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz die Stellungnahme „Verbesserung der Situation im Bereich Organspende“ vorgelegt. Seit 2023 ist Bewegung in die Debatte gekommen. Damals bereits in den Blick genommene Probleme und Perspektiven haben sich konkretisiert, mehr Raum im politischen und sozialen Diskurs gewonnen und konnten reifen. Das Thema ist 2026 auf parlamentarischer Ebene weiter beraten worden. Der Ethikbeirat des Ministeriums für Wissenschaft, Weiterbildung und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz hat daher beschlossen, noch vor seiner eigentlichen Konstituierung in elf pointierten und kommentierten Thesen einen aktualisierten Blick auf die Situation und den Reformbedarf der Organspende in Deutschland aus ethischer Sicht vorzulegen. Eine Vertiefung des Themas ist in dem im November 2023 vorgelegten Bericht erfolgt, der noch immer Aktualität besitzt. Die hier vorgelegten Thesen verstehen sich im Sinne der Klarheit in der Debatte als pointierte, sachlich jedoch fundierte Darstellung auch damals bereits vorgebrachter Argumente, bei der es nicht um Zuspitzungen, sondern um einen knappen Überblick mit guter Zugänglichkeit zum Thema aus aktueller – insbesondere wissenschaftlicher – Perspektive geht.

Ein besonderer Dank gilt Frau PD Dr. Ana Paula Barreiros, geschäftsführende Ärztin der Region Mitte der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) und Herrn Univ.-Prof. Dr. Marc Bodenstein, Oberarzt der Klinik für Anästhesiologie der Universitätsmedizin Mainz und dortiger Transplantationsbeauftragter für ihre fachliche Beratung und Unterstützung.

Univ.-Prof. Dr. Norbert W. Paul, Vorsitzender des Ethikbeirats

These 1:

Organspende ist eine ethische Verpflichtung in der Solidargemeinschaft

Die Bereitschaft zur Organspende ist Ausdruck der wechselseitigen Verantwortung, die das deutsche Gesundheitswesen auf der Grundlage von Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG und der im SGB V verankerten Solidarität trägt. Gesundheit ist eine zentrale Voraussetzung für jeden von uns, um umfassend am sozialen Leben teilzuhaben. Die Organspende mit der nachfolgenden Organtransplantation sichert diese Teilhabe für Menschen, deren Organe aufgrund von Krankheit ausgefallen sind. Damit ist das in Art. 2 Abs. 2 GG verankerte Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit für den kranken Menschen auf der Warteliste mit der Option auf eine Organtransplantation berücksichtigt. Die hier formulierte Verpflichtung zur Sicherstellung einer ausreichenden Anzahl an Spenderorganen beruht nicht, wie gelegentlich unterstellt, auf einem utilitaristischen Tausch, sondern auf dem Anspruch jedes Mitglieds der Solidargemeinschaft, im Bedarfsfall selber medizinische Hilfe bis hin zur Transplantation eines Spenderorgans zu erhalten. Wer Organspende als optionale Großzügigkeit Einzelner begreift, verkennt diese normative Grundlage des Ausgleichs von eigenen Ansprüchen und eigenen Beiträgen in der Solidargemeinschaft. Der Staat steht in der Pflicht, Rahmenbedingungen zu schaffen, die diese Solidarität in der Praxis auf gerechte Weise realisierbar machen.

These 2:

Deutschland weist im Eurotransplant-Verbund eine vergleichsweise geringe Organspenderate auf; dies ist zu ändern

Während in Deutschland die Zustimmungslösung gilt, ist in den meisten Ländern des Eurotransplant-Verbunds die Widerspruchslösung etabliert. Zudem ist die Organspenderate pro Million Einwohner in Deutschland regelmäßig geringer als in den Vergleichsländern. Zugleich übernimmt Deutschland seit Jahren mehr Organe aus dem Eurotransplant-Verbund, als es in den Verbund abgibt, obwohl der Verbund einen Ausgleich zugunsten von Ländern mit hohem Exportanteil vorsieht, was insbesondere im solidarisch organisierten Verbund von Eurotransplant zu einem Gerechtigkeitsgefälle führt. Dies ist ein ethisches Problem: Eine Solidargemeinschaft, die regelhaft mehr nimmt, als sie gibt, untergräbt ihre eigene Legitimationsbasis und verletzt den Grundgedanken wechselseitiger Verantwortung. Vor diesem Hintergrund sind alle Maßnahmen in den Blick zu nehmen, die das Aufkommen an Spenderorganen verbessern können, darunter auch die sogenannte Widerspruchslösung, die in den meisten europäischen Ländern gilt. Die Frage einer möglichen Einführung der Widerspruchslösung wird in Deutschland 2026 erneut konkret politisch diskutiert. Ihre Wirkung hängt allerdings von weiteren Faktoren ab, insbesondere von verlässlicher Information der Bevölkerung und einer funktionierenden Infrastruktur (Thesen 5, 6 und 8).

These 3:

Prävention von Organschäden und schweren Hirnschädigungen verdient höchste Priorität

Der irreversible Hirnfunktionsausfall (IHA) – die Voraussetzung jeder postmortalen Organspende in Deutschland – ist ein unerwünschtes Ereignis und Folge einer schweren Hirnschädigung. Ein Teil der schweren Hirnschädigungen, die zu einem IHA führen können, ist durch wirksame Verhaltens- und Verhältnisprävention vermeidbar. Der IHA wird aufgrund verbesserter aktiver und passiver Sicherheit – etwa im Straßenverkehr –, aber vor allem auf der Basis neuer Verfahren in der Intensivmedizin und der Verbreitung von Patientenverfügungen, in denen auf intensivmedizinische Maßnahmen verzichtet wird, zunehmend seltener. Ein unfallbedingter IHA bei jungen, zuvor gesunden Menschen ist in Deutschland bereits seit vielen Jahren eine seltene Ausnahme. Das Profil der Organspender hat sich vielmehr in Richtung eines höheren Lebensalters verschoben: Der Altersmedian der realisierten Organspender lag 2025 bei 59 Jahren. Zu den häufigsten Todesursachen der Organspender zählen intrakranielle Blutungen, ischämisch-hypoxische Hirnschäden, Schädelhirntraumen und Hirninfarkte. Bei Spendern höheren und hohen Lebensalters sind aufgrund von Vorerkrankungen zudem häufig weniger Organe für eine Spende geeignet als bei jungen, gesunden Menschen. Gleichzeitig führen alkoholbedingte Lebererkrankungen, Nikotinkonsum und Adipositas zu einer wachsenden Zahl von Patienten mit Transplantationsbedarf. Die Senkung des Bedarfs an Transplantationen durch wirksame Prävention sollte daher neben der Steigerung des Aufkommens von Spenderorganen eine gleichwertige gesundheitspolitische und ethische Priorität erhalten. Daher ist in der Debatte um die Steigerung des Aufkommens von Spenderorganen stets auch eine Verstärkung der Verhaltens- und Verhältnisprävention im Sinne des Präventionsgesetzes – von der Aufklärung über riskanten Alkoholkonsum bis hin zu gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen in Lebens- und Arbeitswelt – voranzutreiben. Prävention ist nicht nur ein Beitrag zur öffentlichen Gesundheit, sondern unmittelbar organspendepolitisch relevant, weil sie sowohl den Spenderpool als auch die Transplantationspflichtigkeit beeinflusst.

These 4:

Die Widerspruchslösung ist eine legitime und sinnvolle Option für Deutschland

Der Ethikbeirat erkennt ausdrücklich an, dass die Widerspruchslösung – insbesondere in ihrer erweiterten Form, die Angehörige im Akutfall einbezieht – eine legitime Lösung für die Neuordnung der Organspende in Deutschland darstellt. Sie wird durch eine ethische Position des Ausgleichs von Anspruchs- und Abwehrrechten begründet: Wer zu Lebzeiten einen Anspruch auf ein Spenderorgan hat, kann erwarten, dass er diesen Anspruch durch Organspende für die Gemeinschaft aufrechterhält. Diese Erwartung begründet jedoch keinen Zwang zur Organspende: Eine freie Gewissensentscheidung des Einzelnen gegen eine Organspende bleibt dabei möglich, wird geachtet und ist geheim sowie ohne individuellen Nachteil. Die erweiterte Widerspruchslösung bietet zudem den Vorteil, dass die Frage der Spendenbereitschaft in einer rationalen, von akuter Zwangslage unbelasteten Erwägung von dem potenziell betroffenen Menschen beantwortet werden kann – und nicht erst unter dem emotionalen Druck des Verlusts eines Angehörigen. Dies entlastet Angehörige und stärkt die normative Robustheit der selbstbestimmten Entscheidung zur Organspende.

These 5:

Selbstbestimmung erfordert Information – nicht nur Freiheit

Das Recht auf Selbstbestimmung im Sinne des allgemeinen Persönlichkeitsrechts schützt die Entscheidung des Individuums – aber nicht jede Entscheidung ist tatsächlich selbstbestimmt. Selbstbestimmung setzt voraus, dass man die Tragweite der Frage erfasst, Vor- und Nachteile abwägt und frei von äußeren wie inneren Zwängen entscheidet. Es kann argumentiert werden, dass gerade die Widerspruchslösung dazu beitragen kann, eine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen, weil sie den Entscheidungsdruck aus der Akutsituation herausnimmt. Dies gilt auch mit Blick darauf, dass bei der derzeit geltenden Entscheidungslösung der Wille des Verstorbenen zur Organspende sehr häufig nicht eindeutig bekannt oder dokumentiert ist und dadurch die Angehörigen in der ohnehin belastenden Situation über den mutmaßlichen Willen entscheiden müssen. Voraussetzung für die Widerspruchslösung ist jedoch eine umfassende, niedrigschwellige und konsequente Information der Bevölkerung – über Ziele und Werte der Organspende ebenso wie über die Möglichkeit des Widerspruchs. Unwissenheit ist aus ethischer Sicht der schlechteste Ausgangspunkt einer jeden Selbstbestimmung.

These 6:

Information und Widerspruch müssen niedrigschwellig und inklusiv sein

Ein Widerspruch gegen die Organspende darf nicht durch technische oder bürokratische Hürden erschwert werden. Er muss im Regelfall auch ohne vorherige ausführliche Information möglich sein. Diese Niedrigschwelligkeit muss inklusiv gedacht werden, also auch für Menschen in besonderen Lebenssituationen – etwa mit Behinderungen, in Pflegeeinrichtungen oder mit eingeschränktem Zugang zu digitalen Medien – gelten. Für Menschen mit Lernschwierigkeiten oder geistigen Behinderungen muss eine Unterstützung zur selbstbestimmten Entscheidungsfindung angeboten werden. Menschen, die über längere Zeit nicht einwilligungsfähig waren und keine Erklärung abgegeben haben, kommen auch bereits jetzt schon weder unter der Zustimmungs- noch unter einer möglichen zukünftigen Widerspruchslösung als Organspender in Betracht. Wichtig bleibt dennoch, dass allgemeinverständliche Informationen über das Thema Organspende, die Widerspruchsmöglichkeit und das Verfahren flächendeckend und enttabuisiert verfügbar sind. Im Falle einer Einführung der Widerspruchslösung muss die Barrierefreiheit der Informationen umfassend sichergestellt werden. Vor allem sind Informationen in Leichter Sprache sowie Videos in Deutscher Gebärdensprache verbindlich anzubieten. Gleichzeitig müssen die klinischen Strukturen für die Organspende entsprechend gestärkt werden. Insbesondere müssen Transplantationsbeauftragte ausreichend für ihre Aufgaben freigestellt und mit den erforderlichen zeitlichen und personellen Ressourcen ausgestattet werden, damit sie die Abläufe der Organspende und die so wichtigen Gespräche mit den Angehörigen qualifiziert begleiten können. Nur so lässt sich die normative Robustheit der Widerspruchslösung demokratisch legitimieren. Dabei müssen individuelle Entscheidungen über eine Organspende geheim bleiben können, sofern das gewünscht ist, damit eine freie Entscheidung möglich ist. Erst wenn bei einem Menschen die Entscheidung zur Organspende erforderlich wird, ist den Angehörigen und dem medizinischen Personal unter Wahrung der Schweigepflicht Auskunft zur Spendebereitschaft zu geben.

These 7:

Patientenverfügungen müssen die Organspende explizit adressieren

Eine Organentnahme erfordert die Fortführung intensivmedizinischer Maßnahmen über den irreversiblen Hirnfunktionsausfall hinaus – sie führt also nicht zu einem beschleunigten Therapieverzicht. Diese medizinische Realität wird in Patientenverfügungen häufig nicht bedacht, was im Ernstfall zu Konflikten zwischen dem dokumentierten Patientenwillen und der Möglichkeit einer Organspende führen kann. Der Ethikbeirat regt an, dass Patientenverfügungen künftig eine explizite Aussage enthalten sollten, ob intensivmedizinische Maßnahmen fortgeführt werden dürfen, falls eine Organspende in Frage kommt. Dies wäre ein konkreter, bürgernaher Beitrag zur Verbesserung der Situation der Organspende und ließe sich auch jetzt im Rahmen der geltenden Zustimmungslösung sofort umsetzen.

These 8:

Nationale Register und digitale Gesundheitsdokumente sind unverzichtbare Infrastruktur und in staatlicher Verantwortung schnell und zuverlässig weiterzuentwickeln

Eine Widerspruchslösung – aber auch eine verbesserte Zustimmungslösung – erfordert eine verlässliche nationale Infrastruktur: Das seit März 2024 bestehende Organspende-Register muss so weiterentwickelt werden, dass Widersprüche bzw. Zustimmungen technisch unkompliziert und niedrigschwellig hinterlegt und im Entscheidungsfall verlässlich abgerufen werden können. Zudem sollte der Widerspruch auch auf persönlichen digitalen Gesundheitsdokumenten, etwa der elektronischen Gesundheitskarte, hinterlegbar sein – einfach zugänglich im Entscheidungsfall und unter Wahrung des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung. Dabei muss technisch und organisatorisch sichergestellt sein, dass individuelle Entscheidungen über eine Organspende vertraulich behandelt werden und nur den abrufberechtigten Personen zugänglich sind. Ebenso müssen die erforderlichen klinischen Rahmenbedingungen gewährleistet sein, damit potentielle Organspender rechtzeitig erkannt und an die zuständigen Stellen gemeldet werden können. Ohne diese technische, organisatorische und klinische Basis bleibt jeder organspendepolitische Fortschritt Stückwerk – denn die ethisch und politisch beste Regelung nützt wenig, wenn sie administrativ und im klinischen Alltag nicht umgesetzt wird und so für die Bürgerinnen und Bürger nicht niederschwellig abrufbar ist.

These 9:

Auch die geltende abgewandelte Zustimmungslösung (Entscheidungslösung) ist ethisch vertretbar

Auch die geltende Zustimmungslösung ist ethisch vertretbar. Sie entspricht dem Recht jedes Menschen, selbst und ohne direkten oder indirekten Zwang über seinen Körper zu verfügen. Sie trägt der postmortalen Menschenwürde Rechnung, indem sie die Organentnahme an eine ausdrückliche Zustimmung der verstorbenen Person oder, wenn deren Erklärung nicht bekannt ist, ihrer nächsten Angehörigen knüpft. Sie vermeidet es, Schweigen als Zustimmung zu werten, und schließt Restrisiken aus, die etwa darin bestehen können, dass ein Widerspruch ignoriert oder durch technisches Versagen, etwa durch Probleme beim Zugriff auf einen hinterlegten Widerspruch, unerkannt bleibt. Ethische Vertretbarkeit ist dabei nicht mit Wirksamkeit gleichzusetzen. Die Zahl der realisierten Organspender ist unter der geltenden Regelung in den vergangenen Jahren annähernd gleich geblieben.

These 10:

Eine gelungene Kultur der Organspende braucht echte gesellschaftliche Partizipation – nicht nur politische Steuerung

Der gesellschaftliche Diskurs über Organspende und die Gestaltung der gesetzlichen Rahmenbedingungen sollte angesichts der demokratischen Partizipationsmöglichkeiten nicht allein durch die politischen Verantwortlichen oder den Gesetzgeber gesteuert werden. Fachliche juristische, ethische und medizinische Diskurse sind wichtig, erreichen aber die breite Bevölkerung nicht. Organspende ist ein emotionales Thema – deshalb müssen neben Fakten auch lebensweltliche Erfahrungen und Weltanschauungen Raum haben. Verfahren wie Delphi-Konsultationen oder internetbasierte Polls können dazu beitragen, Nichtwissen zu überwinden, Vorurteile abzubauen und den ethischen und sozialen Wert der Organspende kulturell zu verankern.

These 11:

Ausblick auf die in Deutschland ausstehende ethische und rechtliche Prüfung der Organspende nach Tod durch Kreislaufstillstand (international: Donation after circulatory death, DCD)

In Deutschland erfolgt die postmortale Organspende bislang ausschließlich nach festgestelltem irreversiblem Hirnfunktionsausfall (international: Donation after brain death, DBD). In zahlreichen europäischen Ländern – darunter die Niederlande, Belgien, Spanien, Großbritannien und Italien – ist hingegen auch die Organspende nach Tod durch Kreislaufstillstand (international: Donation after circulatory death, DCD) etabliert. Auch in Deutschland bedarf es einer ethischen und rechtlichen Prüfung, ob Organspenden nach DCD ermöglicht werden sollten. Es wäre insbesondere zu klären, ob bestehende, entwickelte und in der Praxis (etwa in Österreich und der Schweiz) bereits vielfach erprobte DCD-Konzepte auch in unserem Land verantwortungsvoll umsetzbar wären.

Bei DCD wird die Organentnahme nach einem permanenten Kreislaufstillstand durchgeführt, etwa nachdem eine Therapiebegrenzung zum Tod geführt hat (kontrollierte DCD, Maastricht-Kategorie III). Damit könnte insbesondere der Wunsch eines Menschen nach einer Organspende auch dann berücksichtigt und umgesetzt werden, wenn der irreversible Hirnfunktionsausfall nicht eintritt. Als Nebeneffekt könnten bislang in Deutschland nicht zugängliche, zusätzliche potenzielle Organspenden erschlossen werden.

Gleichzeitig ist DCD mit spezifischen ethischen und medizinischen Herausforderungen verbunden: Die Einhaltung der „Dead Donor Rule" – die Gewissheit, dass der Tod wirklich eingetreten ist, bevor Organe entnommen werden – erfordert klar definierte Beobachtungszeiten des Kreislaufstillstands von mindestens fünf Minuten. Zugleich kann eine lange warme Ischämiezeit zwischen Kreislaufstillstand und Organentnahme die Transplantatqualität beeinträchtigen. In der internationalen Diskussion bestehen ethische Bedenken v. a. darin, dass die Grenze zwischen Leben und Tod nicht so eindeutig erscheint wie beim irrever-

siblen Hirnfunktionsausfall. Auch wenn der ethische Diskurs zu diesem Thema in seiner Substanz vergleichbare Argumente und Kritikpunkte enthält wie die Debatte des Hirntodes (heute irreversibler Hirnfunktionsausfall), müssen die vorgetragenen Bedenken ernst genommen und, wo möglich, ausgeräumt werden. Ohne eine grundlegende Änderung des Transplantationsgesetzes ist DCD in Deutschland freilich nicht zu etablieren.

Für eine zukünftige demokratische Entscheidungsfindung bis hin zu parlamentarischen Beratungen empfiehlt sich in allen Fällen eine weitere, intensive Befassung mit dem Thema mit einer nüchternen Prüfung der Argumente. Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) hat hierzu am 15. September 2026 ein Positionspapier zur „Organspende nach kontrolliertem Herzkreislaufstillstand (cDCD)“ veröffentlicht. Die Einführung von DCD in Deutschland muss an die Voraussetzung geknüpft werden, dass die ethischen Standards der Organspende, insbesondere eine selbstbestimmte Entscheidung der spendenden Person und die Würde des Sterbeprozesses, uneingeschränkt gewahrt bleiben.

Der Ethikbeirat des Ministeriums für Wissenschaft, Weiterbildung und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz wird sich mit der Organspende nach permanentem Kreislaufstillstand intensiver befassen.

Herausgegeber: **Ethikbeirat des Ministeriums für Wissenschaft, Weiterbildung und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz**

Ministerium für Wissenschaft, Weiterbildung und Gesundheit
Mittlere Bleiche 61
55116 Mainz
poststelle@mwwg.rlp.de
www.mwwg.rlp.de

Verantwortlich: David B. Freichel, Ministerium für Wissenschaft, Weiterbildung und Gesundheit
Paula Tetzlaff, Ministerium für Wissenschaft, Weiterbildung und Gesundheit

Gestaltung: www.pfannebecker-design.de

RheinlandPfalz

MINISTERIUM FÜR
WISSENSCHAFT, WEITERBILDUNG
UND GESUNDHEIT

Ministerium für Wissenschaft, Weiterbildung und Gesundheit
Mittlere Bleiche 61
55116 Mainz

E-Mail poststelle@mwwg.rlp.de
Homepage www.mwwg.rlp.de