

BIOSKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

25. Jg. | Nr. 100 | Dezember 2022

100

BIOSKOP Schwerpunkt Selbsttötung und Vorbeugung

- 8 Gut zu regeln?
- 8 Sozial- und gesundheitspolitische Bedingungen verbessern, Suizidprävention fördern!
- 10 Medienberichte und Suizide
- Digitalisierung**
- 5 Datensammeln ohne Widerspruch?
- 5 Riskante Pläne
- Ärztfortbildungen**
- 6 »Züge einer Industriemesse«
- Gesundheitspolitik**
- 12 Triage per Gesetz
- 13 »Pflegerotstand auf Intensivstationen«
- Analyse**
- 14 Was ist ein lebenswertes Leben?
- 25 Jahre BIOSKOP**
- 2 Leser*innen schreiben
- Außerdem**
- 4 Pränataltests: Kritik darf nicht nachlassen!
- 4 Vorschlag für ein Transparenzgesetz
- 7 Betrugsrisiko im Gesundheitswesen frühzeitig analysieren
- 16 Veranstaltungstipps
- 16 Wunschezettel
- 2 Jetzt BioSkop unterstützen!
- 16 Vorschau auf März 2023

Impressum

Herausgeber: BioSkop e.V. – Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Technologien
Bochumer Landstr. 144 a · 45276 Essen
Tel. (0201) 5366706 · **E-Mail:** info@bioskop-forum.de

BioSkop e.V. im Internet: www.bioskop-forum.de

Redaktion: Klaus-Peter Görlitzer (v.i.S.d.P.),
Erika Feyerabend

Anschrift: Erika-Mann-Bogen 18 · 22081 Hamburg
Tel. (040) 43188396 · Fax (040) 43188397
E-Mail: redaktion@bioskop-forum.de

Beiträge in dieser Ausgabe:

Annegret Braun, Stefanie Graefe, Katrin Grüber,
Martina Keller, Jan Kuhlmann, Alex Kunkel, Inge Kunz,
Jürgen Lodemann, Barbara Schmitz, Christel Türk,
Michael Wunder

Sämtliche Artikel in BIOSKOP sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion.

Layout + Satz: grafik@angelika-schlueter.de

Druck: Zeit-Druck Thäns, Dorfstr. 22, 26759 Hinte
ISSN 1436-2368

Im Netz der Kontrolle

Erika Feyerabend

Viele Schlagworte werden gebraucht, um den Zustand der Gesellschaft, in der wir leben, zu kennzeichnen, zum Beispiel Informations-, Leistungs-, Kontroll- und Optimierungsgesellschaft. Wenn wir uns mit den Begriffen beschäftigen, wird schnell deutlich, dass sie zutreffend sind und auch zusammenhängen. Kontrollgesellschaft, jener Begriff, der in den 1980er Jahren des 20. Jahrhunderts vom französischen Philosophen Gilles Deleuze geschaffen und erklärt wurde, ist umfassender. Und er wirft die Frage auf, wer hier und jetzt Kontrolle hat, worüber und wofür. Insofern stellt sich auch die Frage, wer unter Kontrollverlust zu leiden hat.

Ein Charakteristikum der Kontrollgesellschaft ist der flächendeckende Gebrauch des Computers, so Deleuze, von der Datenerfassung bis zu biometrischen Projekten. Im Gesundheitswesen beispielsweise soll nun sogar ein so genannter Europäischer Datenraum etabliert werden. Hier wird nicht vorderhand jedes Individuum personalisiert erfasst, sondern aus der Verknüpfung verfügbarer Daten werden Wahrscheinlichkeiten und Risiken geschaffen. Das mündet einerseits in die zunehmende Aufforderung, Selbstkontrolle im Sinne von Prävention auszuüben, gern begründet mit wissenschaftlichen Daten. Andererseits lassen sich die gespeicherten Daten reanonymisieren. Passiert das, ist das sonst wenig beachtete Individuum identifizierbar. Das kann gefährlich werden, insbesondere für jene, die sich nicht an die neu kreierte Normen halten. Ein Entrinnen von dieser Erfassung ist nicht vorgesehen (→ Seite 5). Der Kontrollverlust für viele, insbesondere auch bezogen auf ökonomisch motivierte Weitergabe von Daten, ist offensichtlich.

Ein weiteres Kennzeichen der Kontrollgesellschaft ist die Ökonomisierung aller Lebensbereiche. Wir hören aktuell viel über die medizinische Behandlung von Kindern, die hierzulande nicht mehr gewährleistet zu sein scheint oder droht, weil unter anderem das Instrument der Abrechnung nach Fallpauschalen im Krankenhaus personellen Engpässen Vorschub geleistet hat. Wie in der Hochzeit der Coronapandemie droht eine alltägliche Triage – nicht weil ein Virus oder ein anderer Krankheitserreger zu Engpässen geführt hat, sondern weil aus ökonomischen Motiven und einer ebenso verstandenen Effektivität die Krankenhäuser personell und bezogen auf nichtlukrative Abteilungen nur noch unzureichend behandeln und pflegen können (→ Seite 13). Ein weiteres Anzeichen für ökonomische Durchdringung der Krankenbehandlung hat gerade die Ärzt*innen-Initiative MEZIS bekannt gemacht: Ein Primat der Ökonomie lässt sich im sensiblen Bereich der ärztlichen Fortbildung ausmachen. Auch bei Kongressen ist das Marketing für bestimmte, teure Medikamente verbreitet (→ Seite 6).

Bitte weiterlesen auf Seite 4 ▶

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

im Sommer 1997 reifte im BioSkop-Verein die Idee, beizeiten eine eigene Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften herauszubringen. Es war die Zeit, als in Deutschland außerparlamentarische Proteste gegen diverse biopolitische Projekte unübersehbar wurden; gerichtet vor allem gegen die Bioethik-Konvention des Europarates, die damals über 1,5 Millionen Menschen per Unterschrift ablehnten, darunter ungezählte Mitarbeiter*innen von Pflegeheimen, Krankenhäusern und Behinderteneinrichtungen.

Aus der Idee erwuchs ein Pilotheft. Es erschien im Dezember 1997, im Editorial schrieben wir, was so ein Projekt braucht: »Damit BIOSKOP ab 1998 viermal im Jahr erscheinen kann, bedarf es vieler neugieriger Leserinnen und rund 300 Vorausabos.« Der Appell, verbreitet und empfohlen von etlichen Initiativen, Verbänden und Einrichtungen, entfaltete die erhoffte

Wirkung – im März 1998 konnte BIOSKOP dann tatsächlich mit Nr. 1 an den Start gehen.

Dass wir nun, 25 Jahre später, die 100. Ausgabe von BIOSKOP werden vorlegen können, hatten wir 1998 nicht wirklich erwartet. Möglich geworden ist das, weil viele Menschen sich auf vielfältige Weise für das unabhängige Projekt eingesetzt haben: zum Beispiel mit hilfreichen Tipps, eigenen Artikeln, mit Abos und großzügigen Spenden. Dafür sagen wir euch und Ihnen ganz herzlich: Danke! Und wir freuen uns auch sehr über motivierende gute Wünsche engagierter Leser*innen, siehe Seiten 2+3.

Für 2023 haben wir uns vorgenommen, die Zahl der Abonnent*innen deutlich zu steigern. Weil wir noch mehr Menschen mit unseren Texten und Analysen erreichen wollen. Und weil das auch angesichts steigender Kosten ökonomisch notwendig ist. Bitte helfen Sie nach Kräften mit, dass noch viele BIOSKOP-Hefte folgen können!

Erika Feyerabend, Klaus-Peter Görlitzer

BioSkop unterstützen!

Sie sind herzlich eingeladen, bei BioSkop mitzumachen und unsere Arbeit zu unterstützen! Wir sind auf Insider-Wissen aus Medizin und Gesundheitswesen angewiesen – und ebenso auf alltägliche Erfahrungen aus Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen; als PatientIn, Pflegebedürftige/r oder Beschäftigte/r. Wir freuen uns über Tipps für unsere Recherchen, und Sie können auch selbst Texte für BIOSKOP oder unsere Homepage (www.bioskop-forum.de) beisteuern.

BioSkop ist unabhängig und gemeinnützig. Wir freuen uns über jede Spende und hoffen, die Zahl der Abonnements spürbar zu steigern. Wollen Sie mithelfen und BIOSKOP noch bekannter machen? Fordern Sie einfach Probehefte für Freund*innen und Kolleg*innen an! Rufen Sie uns an, Ihre Ansprechpartnerin ist Erika Feyerabend, Tel. (0201) 5366706, info@bioskop-forum.de

BioSkop-Spendenkonto:
DE26 3601 0043 0555 9884 39
bei der Postbank Essen
(BIC: PBNKDEFF)

Eine Art Geländer

BIOSKOP ist für mich so viel mehr als »nur« eine Zeitschrift. Eher ist sie eine Art Geländer, das mir hilft, mich in unserer verrückten Gegenwart zu orientieren. Abseits des Mainstreams gräbt BIOSKOP beharrlich nach den Tiefendimensionen unterhalb des üblichen medialen Spektakels und hält der Gesellschaft dabei ihr – oftmals nicht besonders erfreuliches – Spiegelbild vor. Im kontinuierlich kritischen Blick auf Gesundheits- und Biopolitik ist BIOSKOP sich im Laufe der vielen Jahre ihres Bestehens treu geblieben, ebenso in der Unaufgeregtheit und Kompaktheit von Berichten und Diagnosen zu Themen, die ansonsten oft einfach vergessen oder auf immer dieselbe langweilige Weise abgehandelt werden. Das schätze ich ebenso wie die Bereitschaft, immer wieder neu Fragen zu stellen, nichts einfach als gegeben anzunehmen und vermeintliche Selbstverständlichkeiten gegen den Strich zu bürsten. Was ich euch für die Zukunft wünsche? Natürlich von allem das Beste. Ach ja, und vielleicht einen etwas aktuelleren Internetauftritt. Damit in Zukunft noch mehr Menschen eure Arbeit mitbekommen. Vor allem aber: Danke, dass es euch gibt.

Stefanie Graefe (Berlin/Jena)

Gut informiert

Ich lese BIOSKOP, weil ... (früher hätte ich, angelehnt an den gerade verstorbenen Klaus Dörner, am liebsten gesagt) ... weil auch ich ein Querdenker bin. Geht heute natürlich nicht

mehr. Klaus Dörner hat dieses heute nicht mehr unschuldige Wort in den 1990er Jahren recht freimütig verwendet. Also ernsthaft: Ich lese BIOSKOP, weil BIOSKOP immer an der Waterkant der Biomedizin und Bioethik-Debatten ist, vorne dran, gut informiert, pointiert argumentierend. Nicht immer genau meine Meinung, aber sonst wäre es auch langweilig. Eigentlich wäre von einer Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften zu erwarten, dass Nachricht und Meinung journalistisch getrennt werden. Das ist bei BIOSKOP meist nicht der Fall. Das ist aber gut zu verzeihen, weil BIOSKOP eine klare Meinungszeitschrift ist und genau deshalb so lesenswert. Bitte macht so weiter, bleibt so, wie ihr seid. Ihr würdet mir ansonsten sehr fehlen.

Dr. Michael Wunder (Hamburg)

Andere Perspektive

Ich lese BIOSKOP, weil ich hier die Informationen erhalte, die mir sonst in den öffentlichen Medien verschwiegen oder nur ansatzweise berichtet werden. Damit kann ich persönlich und auch in meiner beruflichen Arbeit als Therapeutin besser durchdachte Entscheidungen fällen. Insbesondere ist der *newsletter Behindertenpolitik* hilfreich: um die eigene Position zu reflektieren und eine andere Perspektive auf den Umgang von Menschen mit Behinderungen zu erhalten. Das Format, die Gestaltung der Texte und farbliche Absetzung der Randspalten mit weiteren Hinweisen und Quellenverweisen finde ich lesefreundlich.

Christel Türk (Neustadt an der Weinstraße)

Aktivitäten angeregt

Seit Jahren lese ich *BIOSKOP*. Die Zeitschrift enthält gut recherchierte und gut durchdachte Artikel, in denen frühzeitig auf problematische Entwicklungen hingewiesen wird. Dies hat mich immer wieder zu Aktivitäten angeregt. Ich wünsche *BIOSKOP* für die Zukunft eine möglichst stabile nachhaltige Finanzierung, eine Erweiterung des Leser_innenkreis und Personen und Organisationen, die die Inhalte aufgreifen.

Dr. Katrin Grüber, Leiterin des Institutes Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW) in Berlin

Weiter so, nicht aufgeben

1997 gründete sich die PUA-Beratungsstelle mit mir bei der Diakonie Württemberg in Stuttgart, und zeitnah habe ich die BioSkop-Zeitschrift damals bestellt und über all die Jahre hin gelesen. Inzwischen bin ich im Ruhestand und lese *BIOSKOP* mit ungebrochenem Interesse weiter. Für mich ist es das Forum für Meinungsbildung und die Quelle für Argumente in den vielfältigen medizin-ethischen Diskussionen. Klare Haltungen und Stellungnahmen, Beobachtungen, die einem selbst nicht direkt zugänglich sind, weil sie einer sorgfältigen Recherche bedürfen, sind das Proprium dieser Zeitschrift. Ich wünschte mir, dass *BIOSKOP* eine noch viel weitere Verbreitung findet und dass sie als Pflichtlektüre in allen Schul- und Universitätsbibliotheken immer mehr Einzug hält. Vielleicht bräuchte es mal eine integrale Schirmherrschaft, die für eine un-überhörbare und un-übersehbare Öffentlichkeit sorgt. Das wäre mein Wunsch und Traum zu diesem Jubiläum und für die nächsten 25 Jahre. Finanzielle Fördermittel oder Spenden, welche die unabhängige Arbeit von Bioskop gewährleisten, unterstützen und sichern würden, wären mein Wunsch, um die Zukunft von BioSkop zu sichern. »Als das Wünschen noch geholfen hat ...«, mit diesem Vertrauen wünsche ich BioSkop viel Glück und Segen zum 25. Jubiläum und stoße an auf ein »Weiter so und Nicht-Aufgeben!«

Annegret Braun (Stuttgart)

Gemeinsame Interessen

BioSkop verbindet auch am Südrand unserer Republik gemeinsame Interessen, zum Beispiel auf folgende Weise: Man sieht von unserer Haustür aus »Das deutsche Militärarchiv«, fast höher als das Freiburger Münster. Just zu diesem dünnen und sehr etagenreichen Haus sahen wir ihn zuletzt humpeln, den behinderten BioSkop-Mitarbeiter und langjährigen

newsletter-Redakteur Volker van der Locht. Und am Abend dieses Tages hatte er dann in der Tat sehen, lesen und kopieren können, was er suchte: ob deutsches Militär sich je Grundsätzliches vorschrieb in Sachen Behinderung, wobei eigentlich jedem auf Antrieb klar sein könnte, wer mehr Grund dazu hätte. Und in langen Gesprächen kamen wir dann noch am selben Abend hinter allerhand ähnliches Gemeinsames. Mich hatte mein Deutsch- und Geschichtslehrer in den 1950er Jahren samt Abi-Klasse bedeutsam durchs Franz Sales Haus geführt zu lauter aufklärenden Gewissheiten darüber, was uns alles im bösen Leben außerhalb Essens drohte. Volker, der die Beteiligung dieses Hauses an Euthanasietransporten im Faschismus und dem Missbrauch an den einsitzenden Heimkindern erforschte, und ich entdeckten, dass wir beide auf sehr verschiedene Weise gleichem Unrat auflauerten. Volker fand reihenweise Irr- und Lügengärten der oft stark verfälschten Vergangenheiten, ich in meinen Recherchen und Romanen. Ein toller langer Abend war das. Dank BioSkop! *Jürgen Lodemann (Freiburg)*

BioSkop als Periskop

Wer in ein Periskop blickt, kann um die Ecke schauen und Verdecktes erkennen. Ein BioSkop überträgt diese Fähigkeit sinnbildlich auf die Gesellschaft und die Biowissenschaften und leistet damit Aufklärung im besten Sinne.

Alex Kunkel (Essen)

Orientierungshilfe

Wir – BioSkop und Omega – haben uns im Rahmen der Sterbehilfe-Diskussion kennengelernt. Die »demokratische Indiskretion« rund um die Bioethik-Konvention in 1994 haben wir in der Folge auch bei Omega vervielfältigt und diskutiert. Als die erste Ausgabe der *BIOSKOP*-Zeitschrift erschien, waren wir dabei. Seitdem ist *BIOSKOP* eine wesentliche Orientierungshilfe für unser Vor-, Mit- und Nachdenken. Dass die Bundesvereinigung OMEGA eine der wenigen nachdenklichen und kritischen Stimmen in der Hospizbewegung ist, verdanken wir vor allem den BioSkopler*innen, namentlich Erika Feyerabend und Klaus-Peter Görlitzer. Ich wünsche *BIOSKOP* (und uns) noch viele weitere Ausgaben, Positionspapiere, Fachtagungen, Dokumentationen ... – und viel mehr Aufmerksamkeit in Gesellschaft, Politik und Wissenschaft. Die Zwischen-, Weck- und Aufrufe von BioSkop werden in Zukunft unverzichtbar sein; eine unabhängige finanzielle Förderung auch.

Inge Kunz (Bocholt), OMEGA – mit dem Sterben leben e. V.

Bio-skop

Die Frage wird uns gelegentlich gestellt: Warum heißt der gemeinnützige Verein eigentlich BioSkop? Eine Antwort steht im *BIOSKOP*-Pilotheft, das im Dezember 1997 den Start der neuen Zeitschrift ab 1998 ankündigte. Im Editorial schrieb Erika Feyerabend damals u.a.: »Ganz konträr zu vorherrschenden Werbestrategien und Unternehmensoffensiven, sind wir unwillig, der vorgefertigten Zukunft solcher Life-sciences-Konsortien zu folgen. Uns interessieren die Konstrukteure dieser gesellschaftspolitischen Szenarien: die Biowissenschaftler, deren Erklärungs- und Gestaltungskompetenz längst über Zelle und Labor hinausragen, deren »Wahrheiten« über diesen diffusen Einheitswert »Leben« in Rechtsnormen, politische Strukturen und Alltagsvorstellungen eingeschrieben sind. Unsere Beobachtungsinstrumente (-skop): garantiert konzernunabhängige Recherche und strikt politische Antworten auf biowissenschaftliche Fragen und hergestellte Handlungszwänge.«
Wer nachlesen will, was und worüber *BIOSKOP* seit 1998 geschrieben hat, kann einen besonderen Gratis-Service auf unserer Homepage www.bioskop-forum.de nutzen: Die kompletten Ausgaben von 1998 (Nr. 1) bis Dezember 2021 (Nr. 96) sind dort online und stehen gratis zum Download im PDF-Format bereit. Im analogen Archiv in Essen lagern auch noch gedruckte ältere Hefte. Wir verschicken sie gern auf Wunsch und gegen Spende, der Vorrat ist allerdings begrenzt. Interessiert? Fehlen Hefte in Ihrer *BIOSKOP*-Sammlung? Bitte schnell anfordern: (0201) 5366706.

Fortsetzung von Seite 1 >

Im Netz der Kontrolle

Die äußere Kontrolle wird zu einer inneren, selbst gewollten. Auch das ist kennzeichnend für die Kontrollgesellschaft à la Deleuze. Das wird besonders deutlich in sogenannten hochentwickelten Staaten, die Suizidhilfe etabliert und teils auch gesetzlich abgesichert haben. Seit Jahren werden wir über Patientenverfügungen und »Beratungsprogramme« angeleitet zu Lebenswertschätzungen unserer selbst. Zum Teil sind sie gemeint als Förderung der Selbstbestimmung. Sie können aber auch dazu führen, dass Mangel an autonomer Lebensführung und ökonomischer Verwertbarkeit unsere Einschätzung von Lebenswert prägen und soziale Hilfe-

beziehungen ausgeschlossen werden (→ Seite 14). Sicher kommt so manche/r, der oder die einen Schwerkranken begleitet, an persönliche Grenzen. Der Respekt vor der Autonomie darf aber nicht missbraucht werden (→ Seite 9). Es ist gesellschaftliche Aufgabe und Verantwortung, Selbsttötung und Suizidhilfe nicht etwa zu fördern, per Gesetz und Diskurs. Es muss vielmehr darum gehen, die Selbstbestimmung verletzbarer Menschen unter dem Gesichtspunkt »sozialer Autonomie« und mitmenschlicher Sorge zu fördern.

Viele Initiativen zeigen an, dass ständige Kontrolle und Selbstkontrolle nicht ganz zu verwirklichen sind. Wir fühlen uns in guter Gesellschaft mit diesen Initiativen und hoffen, dass diese Kritik noch lange hörbar ist und wirkt. ☺

Pränataltests

Kritik darf nicht nachlassen!

Seit Juli 2022 zahlen gesetzliche Krankenkassen im Rahmen der »Schwangerenvorsorge« auch die Kosten für molekulargenetische Bluttests (NIPT), die Trisomien beim Ungeborenen entdecken sollen. Gegen die Finanzierung auf Kosten der Solidargemeinschaft hatten zivilgesellschaftliche Organisationen, darunter BioSkop, jahrelang mit guten Argumenten mobilisiert (→ BIOSKOP Nr. 95 + 99).

Die umstrittenen NIPT und ihre potenziellen Effekte standen auch im Fokus der Tagung »Selbstbestimmte Entscheidung oder gesellschaftlich erwünschte Selektion?« Ende September in Berlin, organisiert vom Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik, in Kooperation mit dem Bündnis #NoNIPT. Die Teilnehmer*innen waren sich einig: Die Kritik an der Kassenfinanzierung der Pränataltests auf Genvarianten ohne jede Therapieoption darf nicht nachlassen, »solange ›Angst‹ vor einem Kind mit Behinderung als Indikation ausreicht und das Thema Behinderung mit angsterfüllenden Bildern besetzt ist«. Die Ausweitung der Tests hin zu einem Screening sei »sonst unvermeidlich«.

Was ein kassenfinanziertes Screening auf Down-Syndrom aus Sicht der Betroffenen bedeuten würde, schilderte eindrücklich der Schauspieler Sebastian Urbanski, der selbst mit Trisomie 21 lebt: »Heute fahndet man nach Menschen mit Trisomien. Wonach fahndet man morgen? Das macht mir Angst. Es ist ein Zeichen, dass in unserer Gesellschaft eben doch nicht alle einen Platz haben sollen.« Vera Bläsing, Leiterin der Down-Syndrom-Elterninitiative BM 3X21 sagte: »Nur durch mehr und alltägliche Begegnungen können wir die Angst vor Menschen mit Behinderung verlieren.« Inklusion und die

Für ein Transparenzgesetz

SPD, Grüne und FDP haben im Koalitionsvertrag versprochen, ein »Bundestransparenzgesetz« vorzulegen. Gemacht haben sie das bisher nicht. Was zu tun wäre, zeigen nun mehrere zivilgesellschaftliche Organisationen, darunter Mehr Demokratie, FragDenStaat, Transparency und die Deutsche Gesellschaft für Informationsfreiheit.

Gemeinsam haben sie einen Vorschlag für ein Transparenzgesetz entworfen – Motto: »Die Holschuld der Bürger wird mit einem Transparenzgesetz zur Bringschuld der Verwaltung.« Der Gesetzentwurf regelt unter anderem, dass Behörden bestimmte Informationen, etwa Verträge jenseits einer Summe von 100.000 Euro sowie eigene und beauftragte Gutachten und Studien online veröffentlichen müssen. Zur Auskunft verpflichtet wären auch privatrechtliche Unternehmen, an die staatliche Aufgaben ausgelagert worden sind. Bürger*innen, die solche behördlichen Informationen begehren, für die Antrag notwendig ist, sollten diese laut Gesetzesvorschlag stets gebührenfrei erhalten, innerhalb einer »Antwortfrist von 15 Werktagen«. ☺

Der Gesetzentwurf (rund 40 Seiten) und viele Informationen dazu online: <https://transparenzgesetz.de>

Verbesserung der Bedingungen, unter denen Eltern Care-Arbeit für Kinder mit Behinderungen leisten, seien eine Bringschuld der Gesellschaft – und nicht Holschuld der Eltern.

Die Tagungsorganisatorinnen hatten sich bereits vor der Veranstaltung mit Vertreter*innen der neuen Interfraktionellen Arbeitsgruppe Pränataldiagnostik getroffen, die sich im Juli im Bundestag formiert hat (→ BIOSKOP Nr. 99). Zu dieser Gruppe gehört auch Corinna Ruffer, behindertenpolitische Sprecherin der grünen Fraktion. Ruffer versicherte: »Wir sind an dem Thema noch dran.« ☺

Die Dokumentation der Tagung mit zahlreichen Referent*innen soll Ende des Jahres fertig und dann auch online abrufbar sein: <https://nonipt.de> und www.netzwerk-praenataldiagnostik.de

Ohne Widerspruch?

Kritische Doku zum geplanten EU-Gesundheitsdatenraum

Die EU-Kommission hat den Entwurf einer Verordnung vorgelegt, der es in sich hat. Danach sollen alle Bürgerinnen und Bürger automatisch elektronische Patientenakten erhalten, ohne Möglichkeit zum Widerspruch. Sämtliche größeren Sammlungen von Patient*innendaten in der Europäischen Union, zum Beispiel bei Anbietern dieser Patientenakten, bei Krankenkassen, Privatversicherungen, Krankenhäusern und größeren Arztpraxen, sollen zur Nutzung unter anderem durch die Pharma-Industrie freigegeben werden.

Diese Nutzung soll, wenn es in der Daten-Anforderung der Interessenten als notwendig dargestellt wird, mit pseudonymisierten Daten erfolgen, also mit Daten, bei denen lediglich der Name durch ein Kennzeichen ersetzt wird.

Damit ist es ohne Weiteres möglich, betroffene Personen zu identifizieren. Das hat ein Gutachten des Kryptographie-Professors Dominique Schröder deutlich aufgezeigt.

Der Verordnungsentwurf wird derzeit im EU-Parlament und im Rat der EU diskutiert, die Verordnung soll im kommenden Jahr verabschiedet werden und 2024 in Kraft treten. Eine Arbeitsgruppe des »Arbeitskreises Vorratsdatenspeicherung« hat dazu eine ausführliche Dokumentation und den Entwurf einer Stellungnahme (→ *Kasten*) erstellt, die unter anderem auf der Webseite <https://patientenrechte-datenschutz.de/> veröffentlicht sind. Es ist erforderlich, ein breites, europaweites Bündnis gegen diese Absichten zu sammeln.

Europaweites Bündnis erforderlich

Riskante Pläne

Eine AG des Arbeitskreises Vorratsdatenspeicherung hat den Verordnungsentwurf der EU-Kommission »über den europäischen Raum für Gesundheitsdaten« eingehend unter die Lupe genommen und sich dazu positioniert: »Die Pflicht, Patientendaten zum Online-Zugriff bereitzuhalten und diese in elektronischen Patientenakten zu speichern, ist abzulehnen, denn hierdurch würden hochsensible Daten massiv gefährdet. Schon jetzt gehen wöchentlich Meldungen durch die Medien, wonach große Mengen von Gesundheitsdaten aus Krankenhäusern oder Privatversicherungen gestohlen oder versehentlich veröffentlicht wurden. Jede Massensammlung von Gesundheitsdaten stellt ein hohes Risiko dar, weil ihr Netto-Wert alle Arten von kriminellen Aktivitäten anzieht.«

Die Stellungnahme, veröffentlicht auch auf der Webseite des Vereins Patientenrechte und Datenschutz, betont: »Grundsätzlich sollten Informationen aus dem Arzt-Patienten-Verhältnis nicht an dritte Personen oder Stellen weitergegeben werden, ohne Zustimmung der Betroffenen in jedem Einzelfall.«

»Sekundärnutzung«

Kritisiert wird das EU-Vorhaben, dass elektronische Gesundheitsdaten künftig grenzüberschreitend ausgetauscht werden dürfen und eine Infrastruktur für die auch kommerzielle »Sekundärnutzung« gespeicherter Gesundheitsdaten etabliert werden sollen.

Zulässige Zwecke für Sekundärnutzungen sollen laut Verordnungsentwurf zum Beispiel sein: »Überwachung der öffentlichen Gesundheit« und »Wissenschaftliche Forschung im Bereich des Gesundheits- und Pflegesektors«, »Entwicklungs- und Innovationstätigkeiten für Produkte und Dienste, die zur öffentlichen Gesundheit oder sozialen Sicherheit beitragen«.

Wettlauf mit China?

Die kritische Stellungnahme erklärt dazu unter anderem: »Mit den Vorschriften zur Primären und Sekundären Datennutzung überschreitet die EU-Kommission ihren Kompetenzbereich. Wir fordern alle Beteiligten auf, die betreffenden Teile aus dem Verordnungsentwurf zu entfernen. Der Verordnungsentwurf zielt auch darauf ab, Gesundheitsdaten wirtschaftlich nutzbar zu machen. Damit tritt die EU in Wettstreit mit Ländern wie China, das bei der Veröffentlichung von Gesundheits-Massendaten seiner Bürger seit 2017 weltweit führend ist. Einen solchen Konkurrenzkampf kann die EU aufgrund der unterschiedlichen politischen Rahmenbedingungen nur verlieren, dabei aber eine Abwärtsspirale in Gang setzen, wenn Länder versuchen, sich bei Datenschutz für ihre Bürger gegenseitig zu unterbieten. Stattdessen sollte sich die EU auf ihre Stärken besinnen und garantierte Grundrechte und verlässliche, hohe Datenschutzstandards im internationalen Wettbewerb als Vorteil nutzen.«

Klaus-Peter Görlitzer

Jan Kuhlmann (Hamburg), Jurist, engagiert im Verein Patientenrechte und Datenschutz

»Telematikinfrastruktur« kritisch im Blick

Im Verein »Patientenrechte und Datenschutz« haben sich Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen organisiert, die die digitale Vernetzung im Gesundheitswesen aus Datenschutzgründen sachkundig kritisieren. Die – mit zig Milliarden Euro aus Steuer- und Versicherungsgeldern geförderte – »Telematikinfrastruktur« soll alle Leistungserbringer im Gesundheitssystem (Ärzt*innen, Krankenhäuser, Therapeut*innen, Apotheken) und die Krankenkassen verbinden und so den routinemäßigen Austausch von Patient*innendaten ermöglichen. Patientenrechte und Datenschutz e.V. verweist immer wieder auf »erhebliche Sicherheitsbedenken« von IT-Expert*innen und fordert daher, »die Telematikinfrastruktur zu stoppen«. Aktuelle Ereignisse und Entwicklungen beleuchtet und kommentiert der Verein auf seiner interessanten Webseite: <https://patientenrechte-datenschutz.de/>

»Züge einer Industriemesse«

MEZIS kritisiert Pharmasponsoring bei Diabetes-Tagung

**Martina Keller
(Hamburg), Journalistin**

Die Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) wurde mit mehr als einer dreiviertel Million Euro gesponsert. Die Ärzte Initiative MEZIS – Mein Essen zahl ich selbst – bezweifelt die Unabhängigkeit der bei der Konferenz angebotenen Fortbildungsveranstaltungen.

MEZIS hatte die DDG, Referentinnen und Referenten sowie die Landesärztekammer Hessen aufgefordert, die Zertifizierung der Fortbildungsveranstaltungen zurückzuziehen. Der Grund: Die DDG-Herbsttagung, die Ende November im RheinMain CongressCenter in Wiesbaden stattfand, sei nicht unabhängig von wirtschaftlichen Interessen, wie es die Ärztekammern fordern. Fast 50 Sponsoren unterstützten die Veranstaltung, die laut dem aktuellen Geschäftsbericht der DDG »eine wesentliche Ertragsquelle des Vereins« ist. Neun Firmen zahlen einen vierstelligen Beitrag. Spitzenreiter ist Lilly Deutschland mit knapp 100.000 Euro. Bayer Vital gibt mehr als 80.000, Novo Nordisk gut 70.000.

Bereits die Konzeption der Veranstaltung trage »Züge einer Industriemesse«, so MEZIS. Und weiter: »Natürlich kann jeder eine Werbeveranstaltung durchführen, darf dann dafür aber keine Zertifizierung für CME-Punkte beantragen.« CME steht für Continuous Medical Education, also die berufsbegleitende medizinische Fortbildung. Ärzte, ob niedergelassen oder angestellt, müssen innerhalb von fünf Jahren mindestens 250 CME-Punkte bei ihrer Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen. Wer das nicht schafft, riskiert nach dem Sozialgesetzbuch V neben finanziellen Sanktionen sogar, dass ihm oder ihr die Zulassung entzogen wird.

Anrechnungsfähige Veranstaltungen müssen zuvor von der zuständigen Landesärztekammer zertifiziert werden. Die aktuelle Fortbildungsordnung der Landesärztekammer (LÄK) Hessen verlangt, dass »Inhalte unabhängig von wirtschaftlichen Interessen sind und Interessenkonflikte des Veranstalters und der Referenten offengelegt werden«. Auf ihrer Webseite erläutert die LÄK, wie die Offenlegung zu geschehen habe: »Diese Hinweise müssen sich auf allen Veranstaltungsankündigungen (Programm, Flyer, Website etc.) befinden.«

MEZIS sieht diese Voraussetzungen bei der DDG-Tagung nicht gegeben, nicht allein wegen der Höhe des Sponsorings: Auffällig sei, »dass die insgesamt 34 Industriesymposien räumlich und zeitlich so zentral positioniert wurden, dass eine davon klar getrennte Teilnahme an den CME-Veranstaltungen verunmöglicht wird«. Zudem entspreche die Art der Offenlegung nicht den Vorgaben: »Auf der Webseite <https://herbsttagung-ddg.de/> sind keinerlei Hinweise zum Sponsoring auffindbar. Auch im Tagungsprogramm finden sich dazu keine Hinweise.« Lediglich auf einer anderen Webseite, nämlich <https://industrie-diabetes.de/>, seien die geforderten Informationen zu finden.

Auf Anfrage von BIOSKOP teilt die DDG kurz vor der Tagung mit, »dass Teilnehmende ohne räumliche Durchquerung der Industrieausstellung jedes Symposium und jeden Workshop besuchen können«. Zudem dürften Sponsoren gerade wegen der notwendigen Trennung von Wissenschaft und Industrie »nicht auf der identischen Webseite aufgeführt werden wie das wissenschaftliche

Programm«. Für die LÄK Hessen ist die Art der Offenlegung ebenfalls kein Problem. »Jede interessierte Person kann sich auf dieser Kongresswebsite zurechtfinden«, heißt es in der Stellungnahme für BIOSKOP. Es brauche nur zwei Klicks, um von der Kongresswebseite auf die Industrie-Webseite und dort auf den Button Transparenzvorgabe zu kommen.

Aber reicht die Deklaration von Interessenkonflikten, um Unabhängigkeit von wirtschaftlichen Interessen zu sichern? Was ist von Referierenden oder Vorsitzenden zu erwarten, die Geld von den Herstellern kassieren, über deren Produkte sie reden? Die LÄK Hessen teilt dazu mit: »Grundsätzlich sind vorhandene Interessenkonflikte von Referent/innen nach der Fortbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen kein Ablehnungsgrund.« Und die DDG versichert, der Austausch zwischen wissenschaftlicher Medizin und Industrie sei wichtig: Nur so könnten in der Medizin Innovationen entstehen, wie viele Beispiele gezeigt hätten, zuletzt etwa die Entwicklung der Impfstoffe gegen SARS-Cov 2.

Teilnehmende konnten bei der DDG-Tagung Ende November in Wiesbaden bis zu 18 Fortbildungspunkte sammeln. Etwa bei dem Symposium »SGLT-2 Inhibitoren, Inkretine und Mehrfach-

Was ist von Referierenden oder Vorsitzenden zu erwarten, die Geld von den Herstellern kassieren, über deren Produkte sie reden?

Noch nichts getan

Im Gesundheitswesen fließt viel Geld, und Interessenkonflikte sind nicht selten. Der Begriff steht auch im Koalitionsvertrag der regierenden Ampelparteien – SPD, Grüne und FDP haben darin kurz und knapp angekündigt: »Um Interessenkonflikte zu vermeiden, schaffen wir mehr Transparenz über finanzielle Zuwendungen an Leistungs- und Hilfsmittelerbringer.« Was die Koalitionär*innen genau tun wollen, lässt ihr im Dezember 2021 unterzeichneter Vertrag allerdings offen. Den vagen Worten sind, ein Jahr später, noch immer keine erkennbaren Taten gefolgt, schon gar nicht konkrete. Gesetzentwürfe für verbindliche Transparenz beim Pharmasponsoring wurden bisher weder vom Regierungskabinett noch von den Fraktionen der Ampelparteien im Bundestag vorgelegt. Auch aus den Reihen der parlamentarischen Opposition ist in der laufenden Legislaturperiode keine Initiative zu diesem brisanten Thema gekommen.

› agonisten – Wohin geht die Reise?«. Einer der beiden Vorsitzenden ist der Diabetologe Benedikt Gallwitz, stellvertretender Ärztlicher Direktor der Uniklinik Tübingen und aktuell Pressesprecher der DDG. Einer Publikation im Fachblatt *Frontiers in endocrinology* von 2021 ist zu entnehmen, dass Gallwitz offenbar massive Interessenkonflikte hat. Er fungierte als Berater für AstraZeneca, Bayer, Boehringer Ingelheim, Eli Lilly, Merck Sharp & Dohme und Novo Nordisk. Und referiert im Panel selbst zu sogenannten GLP-1-Analoga, die zum Beispiel von Astra Zeneca und Novo Nordisk hergestellt werden.

GLP-1-Analoga regen die Bauchspeicheldrüse an, Insulin auszuschütten. Die teuren Medikamente werden von den Krankenkassen nur übernommen, wenn andere Mittel nicht helfen. Der Grund: Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) konnte 2019 beispielsweise bei Semaglutid von Novo Nordisk keine geeigneten Daten identifizieren, die einen Vorteil gegenüber der Standardtherapie belegen würden. Warum, fragt MEZIS, kann die DDG »gerade bei solchen heiklen Vorträgen zu hochpreisigen Produkten« keine neutralen Referenten präsentieren? Und warum bietet sie Referenten mit Interessenkonflikten bei CME-Fortbildungen eine Bühne?

Wie MEZIS recherchiert hat, ist dieser Umgang mit Interessenkonflikten bei der DDG kein Einzelfall. Ein aktuelles Positionspapier zu Herzinsuffizienz und Diabetes, veröffentlicht gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie, ist von 16 Autoren und zwei Autorinnen verfasst, die ausnahmslos relevante Interessenkonflikte haben: Alle 18 geben an, als bezahlte Rednerinnen oder Berater von eben den Firmen tätig zu sein, die sogenannten SGLT2-Hemmer in Deutschland verkaufen. Diese in dem Positionspapier prominent behandelten Wirkstoffe sind deutlich teurer als Standardmedikamente; ob sie Betroffenen mehr nützen, ist allerdings fraglich. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) schließt in ihren Empfehlungen Autoren mit Interessenkonflikten aus, wenn es um die Erstellung von Leitlinien geht.

Das Fazit von MEZIS: Die DDG müsse sich die Kritik gefallen lassen, den exklusiven Zugang zu den Köpfen der Kolleginnen und Kollegen meistbietend an Pharmafirmen zu verkaufen. Unterstützung findet die Initiative nach eigener Aussage auch bei einigen der angeschriebenen Referenten. Ein anonymer Whistleblower habe ihr Material zugespielt, das zwar noch nicht vollständig gesichtet sei, in dem aber »der systematische und massive Einfluss der Industrie auf die Fachgesellschaft zu erkennen« sei, so MEZIS-Beirätin Susi Bonk. Fragen von MEZIS ließ die DDG-Spitze bis Redaktionsschluss Anfang Dezember unbeantwortet. ☺

Betrugsrisiko frühzeitig analysieren

Die Antikorruptionsorganisation Transparency Deutschland (TI) appelliert an die Parlamente in Bund und Ländern, eine spezielle »Risikoprüfung« einzuführen. Ziel müsse es sein, Missbrauch und Betrug im Gesundheitswesen von vorneherein zu erschweren und die Verwendung von Geldern besser zu kontrollieren.

Bei zukünftigen Gesetzentwürfen und Rechtsverordnungen, empfiehlt TI, »ist grundsätzlich vorab das Betrugsrisiko zu analysieren«. Dabei müsse auch geregelt werden, »durch welche Kontrollen bei neuer Rechtssetzung Betrug und Missbrauch festgestellt werden sollen« und »mit welchen Maßnahmen auf festgestellte Unregelmäßigkeiten reagiert werden könnte«. Bereits bestehende Vorschriften, die für Missbrauch anfällig sein könnten, sollten »kurzfristig angepasst« und »regelmäßig überprüft werden«, fordert TI. Bei solchen Checks müssten auch Fachleute aus Krankenkassen, Kontrollbehörden und den Strafverfolgungsbehörden für Abrechnungsbetrug einbezogen werden.

Zum Hintergrund erklärte Rolf Blaga, Leiter der TI-Arbeitsgruppe Medizin und Gesundheit, Ende September: »Seit Jahren kritisiert nicht nur der Bundesrechnungshof, dass öffentliche Zahlungen für das Gesundheitswesen nicht oder schlecht kontrolliert werden.« Vieles im Gesundheitswesen sei intransparent, »Milliarden Euro an Krankenkassenbeiträgen verschwinden in private Taschen«, erklärt Blaga.

TI verweist in seiner Pressemitteilung vom 30. September auf einen Prüfbericht des Bundesrechnungshofs (BRH). Der hatte kritisiert, dass das Verfahren zur Auszahlung der 2020 eingeführten Corona-Prämien an Pflegekräfte »fehlerhaft und missbrauchsanfällig« gewesen sei. Teils hatten Firmeneigentümer*innen den staatlichen Bonus einfach in die eigene Tasche gesteckt. Unregelmäßigkeiten waren auch bei Abrechnungen von Coronatests aufgefliegen.

Dass im Gesundheitswesen einiges im Argen liegt, zeigte sich auch bei den »16. Berliner Sicherheitsgesprächen«, die der Bund Deutscher Kriminalbeamter (BDK) und der GKV-Spitzenverband am 22. September gemeinsam veranstalteten. »Eine wirksame Bekämpfung des Abrechnungsbetruges«, erklärte der BDK-Bundesvorsitzende Dirk Peglow in seinem Fazit, sei »nur durch die bundesweite Einrichtung von Spezialdienststellen bei den Ermittlungsbehörden von Polizei und Justiz möglich«. Solche Spezialdienststellen existierten bisher aber nur in 7 der 16 Bundesländer. Eine Tatsache, die Peglow »erschreckend« nannte. Klaus-Peter Görlitzer ☺

»Nicht mehr zeitgemäß«

Die Ärzt*innen-Initiative MEZIS engagiert sich seit 15 Jahren dafür, »Einflussmöglichkeiten der Industrie und die Wirkung von Marketing-Maßnahmen zu verdeutlichen«. Derzeit nimmt MEZIS diverse Veranstaltungen unter die Lupe, bei denen teilnehmende Ärzt*innen die begehrten CME-Fortbildungspunkte sammeln können. »Unsere erste Untersuchung« erfährt man auf der MEZIS-Homepage, »beschäftigte sich mit einem 100.000 Euro-COVID-Symposium der Walter-Siegenthaler Gesellschaft.« Die Sponsorensomme für die Veranstaltung, die am 4. und 5. November im Hotel Hilton in Köln stattfand, wurde von mehreren Pharmafirmen bereitgestellt, darunter 22.500 Euro vom Impfstoff- und Arzneimittelhersteller Pfizer. Anfang Oktober veröffentlichte die Initiative MEZIS ihre »Auffassung, dass die Landesärztekammer Nordrhein die Veranstaltung als offensichtliche Werbeveranstaltung nicht hätte zertifizieren dürfen«. In der geltenden Fortbildungsordnung stehe, »dass die Inhalte unabhängig von wirtschaftlichen Interessen präsentiert werden müssten«. MEZIS wandte sich an die zuständige Ärztekammer und schrieb auch die Referent*innen des Symposiums an – mit der Bitte, sich ebenfalls gegen die CME-Zertifizierung auszusprechen. Am 14. November veröffentlichte die Initiative dann eine bemerkenswerte »Aktualisierung« auf ihrer Homepage <https://mezis.de>: »Nach Auskunft der zertifizierenden Ärztekammer Nordrhein hat die Walter-Siegenthaler-Gesellschaft – wie von uns gefordert – die beantragte Zertifizierung kurz vor Beginn der Veranstaltung freiwillig zurückgezogen.« Diesen Schritt sieht MEZIS als Indiz dafür, »dass ein Umdenken bei den (Fach-)Gesellschaften beginnt: Pharma-Finanzierung ist nicht mehr zeitgemäß«.

»Gebot der Stunde«

Zur Sachverständigenanhörung im Rechtsausschuss am 28. November (→ *Artikel*) war auch der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV) geladen. Dessen Vorsitzender Winfried Hardinghaus hatte bereits vor der Anhörung bekräftigt, welche Prioritäten er sieht: »Suizidprävention vor Suizidbeihilfe, das ist das Gebot der Stunde.« Erforderlich sei zuerst ein »Gesetz, das bundesweit die Grundlagen und Rahmenbedingungen für Angebote der Suizidprävention schafft«, sagte Professor Hardinghaus laut DHPV-Pressemitteilung vom 27. November – »und zwar bevor wir an die staatliche Regulierung der Beihilfe zum Suizid gehen«.

Der DHPV hält eine Regulierung von Suizidhilfe grundsätzlich für notwendig, sieht die bisher vorliegenden Gesetzentwürfe aber kritisch. In seiner schriftlichen, 26-seitigen Stellungnahme erläutert Hardinghaus auch, was er sich von einer Normierung verspricht: »Eine Regelung des assistierten Suizides mit einer Festschreibung bestimmter prozeduraler Sicherungsmechanismen dient – trotz der ihr innewohnenden Unzulänglichkeiten – der Absicherung einer freiverantwortlichen Entscheidung der Suizidenten. In Bezug auf die Beihilfe zum Suizid sollte größtmögliche Klarheit und Transparenz herrschen.« In einem Gesetz zur Hilfe bei der Selbsttötung sei aber auch »klarzustellen, dass Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialwesen nicht verpflichtet werden können, an einem Suizid mitzuwirken oder die Durchführung eines assistierten Suizides in ihren Einrichtungen zu dulden«, betont der DHPV-Vorsitzende Hardinghaus.

Gut zu regeln?

Der Bundestag soll voraussichtlich im Frühjahr 2023 ein Gesetz zur assistierten Selbsttötung beschließen. Gefordert wird auch, Suizidprävention per Gesetz zu stärken. Der Rechtsausschuss hat 16 ausgewählte Fachleute in Berlin befragt.

Die Anhörung am 28. November dauerte über fünf Stunden, am Ende bedankte sich die Ausschussvorsitzende Elisabeth Winkelmeier-Becker (CDU) für »viele Anregungen« und fügte hinzu: »Das muss jetzt verarbeitet werden, ein bisschen sacken.« Zur Debatte standen drei Gesetzentwürfe (→ *BIOSKOP* Nr. 97+98), die – trotz erheblicher Verfahrensunterschiede – das gleiche Ziel anstreben: Sie wollen Hilfe zur Selbsttötung rechtssicher und unter definierten Bedingungen regeln, was letztlich auch bedeutet: legitimieren. Die Zielrichtung stellte im Prinzip keine/r der geladenen Fachleute grundsätzlich in Frage, Kritik übten sie allerdings an jedem der drei Entwürfe. Wer sich für ihre unterschiedlichen Positionen interessiert, sollte das Wortprotokoll (84 Seiten) auf www.bundestag.de nachlesen. Dokumentiert sind dort auch die beim Rechtsausschuss eingereichten Stellungnahmen (229 Seiten).

Noch keinen Gesetzentwurf, aber immerhin einen Antrag gibt es zwecks »Stärkung der

Suizidprävention«. Die Bundesregierung müsse ein entsprechendes Gesetz vorlegen, fordert eine fraktionsübergreifende Gruppe um den SPD-Abgeordneten Lars Castellucci (→ *BIOSKOP* Nr. 97). Dieses Anliegen befürworteten im Grundsatz alle angehörten Sachverständigen. Barbara Schneider, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie an der IVR-Klinik Köln, empfahl, Suizidprävention auch finanziell abzusichern: »Dies ist derzeit leider nicht der Fall«, sagte Schneider. Die Professorin hält es für »nicht vermittelbar«, wenn einerseits ein staatlich finanziertes Beratungsnetz für den Zugang zum attestierten Suizid angestrebt werden soll – und andererseits Beratungsstellen und Angebote, die Menschen in existenziellen Krisen helfen wollten, große Schwierigkeiten hätten, ihr Angebot aufrechtzuerhalten.

Andreas Lob-Hüdepohl von der Katholischen Hochschule für Sozialwesen Berlin erklärte, Zweck der Suizidprävention seien »Vorbeugung und Verhinderung von Lebenslagen, in denen sich Menschen motiviert, getrieben oder innerlich genötigt sehen, ihrem Leben ein Ende zu setzen«. Notwendig sei zudem eine »Normalisierung«, die darin bestehe, Suizide und suizidalen Krisen »zu enttabuisieren, entstigmatisieren, darüber zu reden«. Diese, betonte Professor Lob-Hüdepohl, müsse aber abgegrenzt werden von einer Normalisierung, die »auf so etwas wie eine schleichende Gewöhnung hinausläuft«. *Klaus-Peter Görlitzer* ☺

Sozial- und gesundheitspolitische Bedingungen verbessern, Suizidprävention fördern!

Gemeinsame Stellungnahme von Omega und BioSkop

»Suizidassistenz gesetzlich legitimieren? Sozial- und gesundheitspolitische Bedingungen verbessern, Suizidprävention fördern!« Unter dieser Überschrift haben BioSkop und die Hospizvereinigung Omega eine gemeinsame Stellungnahme vorgelegt, adressiert an Politik, Verbände, Öffentlichkeit. Das 4-seitige Positionspapier steht im Wortlaut auf der BioSkop-Homepage (www.bioskop-forum.de), wir drucken hier Auszüge.

Unsere gemeinsame Stellungnahme stellt grundlegende Fragen und benennt wesentliche Probleme und gesellschaftliche Fehlentwicklungen, die durch eine gesetzliche Regulierung der Suizidassistenz, die ja auch eine gesellschaftliche Legitimierung und einen verlässlichen Rechtsrahmen für derartige Dienstleistungsangebote darstellen würde, entstehen würden. Insofern halten wir keinen der drei in den Deutschen Bundestag eingebrachten Gesetzentwürfe (BT-Drucksachen 20/904; 20/2332; 20/2293) für hilfreich und werden deshalb auch nicht im Detail auf die Entwürfe eingehen. Alle drei würden – wenn auch in unterschiedlicher

Intensität – absehbar professionelle, durch Verfahren abgesicherte Suizidhilfe strukturell erleichtern und stärken. Im Ergebnis raten wir von einer Regulierung der Suizidhilfe dringend ab. Angesichts der traurigen Realität, dass sich in Deutschland jährlich über 9.000 Menschen das Leben nehmen und viel mehr Menschen dies versuchen, plädieren wir dafür, die Prioritäten anders zu setzen: Dringend notwendig ist es, gesellschaftliche Rahmenbedingungen, die Lebenskrisen und Suizidalität von Menschen Vorschub leisten, politisch anzugehen und zu verbessern. Das betrifft vor allem sozialpolitische Standards und die Bedingungen in Pflege, ambu- ▶

› lanter und klinischer Versorgung. Vorrangig zu stärken ist zudem die Suizidprävention. Immerhin liegt auch ein fraktionsübergreifender Antrag (20/1121) vor, der eine gesetzliche Absicherung der Suizidprävention verlangt und detaillierte Vorschläge unterbreitet. Dieses Anliegen halten wir für richtig und appellieren an den Gesetzgeber, es unverzüglich in die Tat umzusetzen. (...)

Beratung – angemessen und ergebnisoffen?

Ausgehend von der grundsätzlichen Bejahung der Suizidassistenz durch das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) verlangen alle vorliegenden Gesetzentwürfe, dass Menschen, die Suizidhilfe in Anspruch nehmen wollen, qualifizierte Beratungsgespräche absolvieren und nachweisen müssen. Die Freiheit, Suizidassistenz in Anspruch zu nehmen, wird damit einem Beratungszwang unterstellt. Die Entwürfe betonen, dass die Beratung »ergebnisoffen« sein soll.

Es stellen sich Fragen: Kann eine Beratung ergebnisoffen sein, wenn Suizidalität auf ein Entscheidungsverhalten zurückgeführt wird? Gerät in der verengten Perspektive des »Ja-oder-Nein?« nicht die Vielfältigkeit in der Bewältigung von »schwierigen Lebenslagen« von vornherein aus dem Blick? Das BVerfG betont, dass Hilfe zur Selbsttötung nicht zu einer »normalen« Problemlösung in »schweren Lebenslagen« werden soll. Dies setzt aber eine Vielfalt der Bewältigungsweisen als gesellschaftliche Realität voraus. Wäre diese nicht mehr verfügbar, dürfte einer »Normalisierung« der Suizidassistenz kaum Einhalt zu gebieten sein.

Neue Strukturen führen zur Veralltäglichsung und neue Angebote schaffen Nachfrage

Alle Gesetzentwürfe sehen vor, dass Beratungsstellen zur Suizidhilfe zur Verfügung stehen bzw. geschaffen werden sollen. Auch wenn die professionelle Beratung Suizidwilliger »ergebnisoffen« erfolgen muss: Eine flächendeckende Etablierung von Suizidhilfe-Beratungsstellen würde den Eindruck befördern, dass Suizidassistenz eine normale, alltägliche Option ist – insbesondere, wenn Krankenkassen oder Steuerzahler*innen verpflichtet werden sollten, die Kosten solcher Beratungsleistungen zu finanzieren. Wahrscheinlich ist zudem, dass derartige Angebote auch Nachfrage stimulieren werden. Der fraktionsübergreifende Antrag zur Suizidprävention (20/1121) weist darauf hin, dass Staaten, in denen Suizidassistenz seit Jahren praktiziert wird, vor allem in der Schweiz, den Niederlanden und Belgien, höhere Suizidraten aufweisen würden als Deutschland. Und im selben Antrag steht: »Ein paralleler Anstieg

von Suiziden mit und ohne Assistenz kann darauf zurückgeführt werden, dass Gruppen, die ansonsten keine suizidalen Handlungen unternehmen hätten, von Angeboten des assistierten Suizids angesprochen werden.« (...)

Andere Prioritäten setzen!

Der Umgang mit Endlichkeit und Sterben ist generell nicht auf eine individuelle Todeswahl zu reduzieren. Er ist eine Frage der solidarischen Bewältigung schwieriger Lebenslagen ebenso wie eine Frage der gesellschaftlichen Ermöglichung eines guten Lebens für alle – bis zuletzt. Voraussetzung wirklicher »Selbstbestimmung« ist eine ausreichende sozialpolitische, pflegerische und medizinische Versorgung für alle, die auf sie angewiesen sind. Hier klaffen in Deutschland seit Jahren gefährliche Lücken, was auch dem BVerfG bewusst ist; in der Begründung seines Urteils vom 26.02.2020 benennt es u. a. »die Gefahr, dass sich Sterbe- und Suizidhilfe – auch angesichts des steigenden Kostendrucks in den Pflege- und Gesundheitssystemen – zu normalen Formen der Lebensbeendigung in einer Gesellschaft entwickeln können, die geeignet sind, soziale Pressionen zu begründen und individuelle Wahlmöglichkeiten und Entscheidungsspielräume zu verengen«. Dies gelte »insbesondere vor dem Hintergrund, dass Versorgungslücken in der Medizin und der Pflege geeignet sind, Ängste vor dem Verlust der Selbstbestimmung hervorzurufen und dadurch Suizidentschlüsse zu fördern«.

Wir fordern den Gesetzgeber auf, Suizidhilfe nicht per Gesetz zu regeln und damit verfahrensmäßig abzusichern. Andere Prioritäten sind dringend notwendig – zum Beispiel:

- › Politische Entscheidungen für mehr Pflegepersonal in den Krankenhäusern und Altenheimen – mit guten Arbeitsbedingungen.
- › Weniger ökonomisch orientierte Behandlungs- und Versorgungsstrukturen.
- › Gute Versorgungsstrukturen für die hospizliche und palliative Begleitung, besonders um Angehörige und Freundeskreise zu entlasten, müssen ausgebaut werden.
- › Eine Sozial- und Rentenpolitik, die dafür sorgt, dass Menschen im Alter und bei Pflegebedürftigkeit finanziell abgesichert sind und nicht auf Zuzahlungen der Angehörigen angewiesen sind.
- › Eine gesellschaftliche Atmosphäre, die ermutigend ist und auch hochbetagte und pflegebedürftige Menschen einlädt, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.
- › Die konsequente Förderung von Suizidprävention, für die der fraktionsübergreifende Antrag 20/1121 eine Reihe guter Vorschläge auflistet.

Autonomie?

Befürworter*innen des assistierten Suizids verweisen oft auf die »Autonomie« von Sterbewilligen. Omega und BioSkoop thematisieren den Autonomie-Begriff in ihrer Stellungnahme wie folgt: »In schweren Lebensstagen gibt es das: Einsamkeit, Verlassenheit, Schmerzen, Entstellung, Pflegebedürftigkeit, mit Aufgabe der persönlichen Intimität und Unversehrtheit, Demenz..., die in verbliebenen klaren Tagen Angst und Abscheu vor dem zukünftigen Selbst beinhaltet. Entsteht so ein Bedürfnis, nach dem Ende, nach Beendigung des Lebens zu fragen? Steht die Gesellschaft daneben, soll sie einfach zuschauen?

Beim assistierten Suizid steht nicht nur die Autonomie der Leidenden in Frage, sondern auch die Autonomie der Menschen, die Suizidhilfe leisten sollen oder wollen. Diese Autonomie ist den Umständen der persönlichen, jeweiligen Befindlichkeit unterworfen; Hilfestellung beim Suizid wird und vor allem muss das Leben der Hilfesteller*innen prägen, es ist eine Entscheidung ohne Rückfahrkarte für beide, den am Leben Leidenden und derjenigen, die beim Suizid assistieren oder zuvor beraten. Sind das die schnell ausgebildeten Gesprächsberater*innen, die aus eigenem Erleben und mit ausgewählter Literatur ihre Befähigung ableiten? Sind es die Mitleidenden, die sich um die Leidenden mühen und an persönliche Grenzen kommen? Wer gibt eher auf: die Leidenden oder die Mitleidenden? Suizid als Erlösung für alle? Der Respekt vor der Autonomie ist ein Grundpfeiler der Palliativmedizin und auch ein Grundpfeiler des gesellschaftlichen Zusammenlebens. Der Autonomie-Begriff darf nicht missbraucht werden als vermeintliche Lösung der Aufgabe, sich gesellschaftlicher Verantwortung zu entziehen.«



»Mit der Wortwahl fängt es an«

Suizidpräventionsforscher Thomas Niederkrotenthaler über Effekte von Medienberichten über Selbsttötungen

BIOSKOP-Interview

Leitlinien zur Berichterstattung

Verschiedene Organisationen geben Empfehlungen, wie Medienschaffende über Suizide berichten sollten, etwa das Nationale Suizidpräventionsprogramm, die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention oder die Stiftung Deutsche Depressionshilfe. Einige grundlegende Empfehlungen: Hinweise auf Hilfsangebote in Lebenskrisen und Hintergrundinformationen zum Suizid sind hilfreich. Bei Berichten über den Suizid Prominenter ist Vorsicht geboten, ebenso bei der Befragung Hinterbliebener. Berichte über die Arbeit professioneller Helfer oder die Bewältigungsstrategien Betroffener können die Suizidalität von Menschen in Krisen senken. Abzuraten ist von sensationsträchtigen Schlagzeilen, Titelgeschichten oder unnötig wiederholter Berichterstattung. Zu meiden sind Formulierungen, die einen Suizid als Sensation, etwas Normales oder konstruktive Lösung eines Problems darstellen. Journalist*innen sollten keine Details zur Person, die sich das Leben genommen hat, zur Suizidmethode oder zum Ort der Selbsttötung veröffentlichen. Das Wiener Kriseninterventionszentrum, ein multiprofessionelles therapeutisches Team, hat einen ausführlichen Leitfaden zur Berichterstattung über Suizid mit vielen Beispielen veröffentlicht, zu finden unter: <https://kriseninterventionszentrum.at/>

Bei Medienberichten über Suizide kommt es auf das »Wie« an. Sensationsträchtige Artikel können zur Nachahmung anregen. Wenn Medien dagegen über Bewältigungsstrategien von Menschen mit Suizidgedanken berichten, kann das präventiv wirken. Der Suizidpräventionsforscher Professor Thomas Niederkrotenthaler von der Medizinischen Universität Wien sprach mit BIOSKOP-Autorin Martina Keller über die Regeln, die Medienschaffende beachten sollten.

BIOSKOP: Inwiefern kann Berichterstattung über Suizide riskant sein?

THOMAS NIEDERKROTENTHALER: Da sind verschiedene Aspekte relevant, zum Beispiel sollten Suizidmethoden nicht erwähnt und Suizidhandlungen nicht detailliert beschrieben werden. Es kommt auch häufig vor, dass monokausal über Suizidalität berichtet wird, dass es zum Beispiel heißt, eine Depression oder eine Scheidung habe zum Suizid geführt. Beides sind Risikofaktoren, aber nie die alleinige Ursache einer Selbsttötung. Berichte, die das Gegenteil suggerieren, laden zur Identifikation ein und können Nachahmereffekte auslösen.

BIOSKOP: Ist dieser Zusammenhang bewiesen?

NIEDERKROTENTHALER: Wir haben seit einigen Jahren gute Evidenz dafür, dass gewisse Berichte, besonders über die Selbsttötung von Prominenten, weitere Suizide triggern – der sogenannte Werther-Effekt. Eine 2020 von uns publizierte Studie fand nach Berichten über einen Prominentensuizid einen Anstieg von durchschnittlich 13 Prozent in den zwei Monaten nach der Berichterstattung. Hochgerechnet auf Deutschland wären das rund 250 Suizide.

BIOSKOP: Wie untersucht man so etwas?

NIEDERKROTENTHALER: Die meisten Studien schauen sich an, wie viele Suizide es gab, bevor eine gewisse Medienberichterstattung einsetzte, und wie viele unmittelbar danach. Diese Studien berücksichtigen auch den gegenwärtigen Trend, denn es macht einen Unterschied, ob die Suizidzahlen gerade steigen oder fallen. Solche Studien liefern keinen kausalen Beweis, denn wir wissen nicht, ob die Personen, die sich getötet haben, die Berichte tatsächlich gesehen oder gelesen haben. Aber in der Wissenschaft kommt es auch darauf an, Hypothesen zu generieren, und das ermöglichen sie. Daneben gibt es randomisierte, kontrollierte Studien, wie sie in der Medizin häufig gemacht werden, um einen Kausalbeweis zu führen. Da schaut man sich in Experimenten an, wie Menschen auf gewisse Medieninhalte reagieren, wie sich ihre Suizidalität verändert,

während oder nachdem sie einen Medienbeitrag gelesen haben.

BIOSKOP: Wie muss man sich das vorstellen?

NIEDERKROTENTHALER: Man legt Probandinnen und Probanden einen Artikel vor oder zeigt ihnen einen Videobeitrag, wo jemand schildert, wie er eine Krise bewältigt. Dann schaut man direkt, wie haben sich die Suizidgedanken verändert, wie der Wunsch, sich Hilfe zu suchen, wenn man in ähnliche Probleme gerät. Und da zeigt sich, dass es bei vulnerablen Personen, die vor der Rezeption des Beitrags ein gewisses Maß an Suizidgedanken hatten, zu einem Rückgang kommt – der sogenannte Papageno-Effekt. Und diesen Effekt beobachtet man bei Berichten, die nicht einen Suizid thematisieren, sondern schildern, wie Menschen Krisen und Suizidalität bewältigen.

BIOSKOP: Könnten Sie ein Beispiel geben, was so einen positiven Effekt bewirken kann?

NIEDERKROTENTHALER: Dr. Marlies Braun aus meinem Team hat mit Schülerinnen und Schülern in Wien Videos gedreht, in denen sie über ihre Krisen berichteten, wie sie damit umgegangen sind und dass sie sich Hilfe gesucht haben. Wir testeten dann in einer randomisierten kontrollierten Studie, wie das auf andere Jugendliche wirkt, und da zeigte sich: Der Wunsch, sich Hilfe zu suchen, wurde gestärkt, und die Suizidalität sank. Dieser Effekt war umso ausgeprägter, je mehr sich die Jugendlichen mit den Protagonisten identifizieren konnten. Das zeigt, wie wichtig es ist, dass betroffene Menschen selbst zu Wort kommen, denn man kann sich mit ihnen viel mehr identifizieren als etwa mit einem Wissenschaftler.

BIOSKOP: Wie häufig finden sich solche Berichte über Bewältigungsstrategien in den Medien?

NIEDERKROTENTHALER: Leider sind derartige Berichte in den klassischen Medien relativ selten. Wir haben das für Österreich mal untersucht. Da lag der Prozentsatz bei etwa sechs Prozent der gesamten Berichterstattung über Suizidalität. Und das war im internationalen Vergleich schon ein sehr positives Ergebnis.

► **BIOSKOP:** Was wäre das Beispiel einer negativen Berichterstattung?

NIEDERKROTENTHALER: Da gibt es viele, überall auf der Welt. In Deutschland war ein prominentes Beispiel der Suizid des Fußball-Nationaltorwarts Robert Enke. In der Folge gab es eine Vielzahl von Medienberichten, die zu einem deutlichen Anstieg der Suizide, aber auch bei der von Enke gewählten Suizidmethode führten. Das war ein sehr eindrucksvolles Muster, das diesen Imitationseffekt belegt. Dabei war die Berichterstattung keineswegs homogen, es gab auch viele Berichte darüber, wie man mit Depression umgeht. Aber in einer Situation, in der ein Mensch, mit dem man sich gut identifizieren kann, sich das Leben nimmt, reicht es offenkundig nicht, einen Hintergrundbericht nachzuschließen, wenn viele andere Berichte eher so geschrieben sind, dass sie Suizidgedanken triggern.

BIOSKOP: Journalistinnen sind in solchen Situationen im Konflikt. Nicht zu berichten ist bei so prominenten Personen keine Option ...

NIEDERKROTENTHALER:

Es kommt eben darauf an, wie berichtet wird. Etwa 70 Prozent aller Berichte über Suizide haben keinen Imitationseffekt zur Folge, und diese Berichte zeichnen sich durch mehrere Elemente

aus: Oft fokussieren sie mehr auf das Leben der betroffenen Person – wenn es sich beispielsweise um eine Künstlerin handelt, was diese Person zu Kunst und Kultur beigetragen hat. Dann ist es wichtig, den Suizid nicht als Beispiel dafür anzuführen, wohin ein bestimmtes Problem führt. Nach dem Suizid einer prominenten Ärztin in Österreich wurde die Selbsttötung vielfach auf die Polarisierung in der Gesellschaft zurückgeführt. Die Frau war Opfer von Hassreden in den sozialen Medien geworden, und Hassreden sind sicher ein Risikofaktor. Aber ein Suizid hat stets mehrere Ursachen, die schwer zu erheben sind. Den einen Grund, der eine Selbsttötung triggert, gibt es nicht, und darauf zu fokussieren ist gefährlich.

BIOSKOP: Weil Menschen dann beispielsweise denken: Ich werde ebenso angefeindet wie diese Frau, und sie hat schließlich keinen anderen Ausweg gesehen, als sich das Leben zu nehmen?

NIEDERKROTENTHALER: Genau. Wir wissen, dass es in der Suizidentwicklung die sogenannte Ambivalenz gibt. Das heißt: Menschen mit Suizidgedanken denken nicht ständig nur, dass sie sterben wollen. Sie sind hin- und hergerissen zwischen dem Impuls, weiterleben und tot sein zu wollen. Wenn diese Menschen dann einen verkürzten Medienbericht lesen, der vielleicht ein Element enthält, mit dem sie sich leicht identifizieren können,

etwa Opfer von Hassreden zu sein, dann liegt der Schluss nahe: Wenn diese prominente Person sich wegen Hassreden das Leben genommen hat, dann wäre das auch die Option für mich.

BIOSKOP: In den vergangenen beiden Jahren wurde vermehrt über den assistierten Suizid berichtet. Was ist Ihnen dabei aufgefallen?

NIEDERKROTENTHALER: Das ist derzeit ein sehr aktuelles Thema, nicht nur in Deutschland, sondern auch in Österreich, wo 2022 ein neues Gesetz zum assistierten Suizid in Kraft getreten ist. Bedenklich ist, dass diese Berichterstattung häufig rein in einen Freiheitsdiskurs eingebettet ist. Freiheit ist natürlich ein wichtiger Aspekt des Lebens und somit auch des Sterbens. Oft wird aber ein sehr trügerisches Bild vermittelt, dass der assistierte Suizid ausschließlich Ausdruck eines freien Willens sei. Das ist problematisch, weil Menschen, die in Krisen in eine Suizidalität hineinrutschen, nicht immer frei und selbstbestimmt in ihren Entscheidungen sind. Wird das aber so dargestellt, kann auch das Imitationseffekte zur

Folge haben. Nach einer Schweizer Studie stieg nach einer sehr sensationsträchtigen Berichterstattung über assistierten Suizid die Zahl der assistierten Suizide an. Es ist problematisch, wenn diese Fälle romantisiert werden,

indem sich die Berichterstattung allein auf diesen Freiheitsaspekt konzentriert. Auch das ist wieder ein Beispiel von Monokausalität.

BIOSKOP: Viele Berichte zum assistierten Suizid verwenden den Begriff Freitod.

NIEDERKROTENTHALER: Mit der Wortwahl fängt es an. Wir haben Probandinnen und Probanden drei Versionen eines Zeitungsartikels über Suizidprävention vorgelegt. Der einzige Unterschied: Im ersten Text verwendeten wir 15 Mal den Begriff Suizid, im zweiten den Begriff Freitod und im dritten Selbstmord. Anschließend maßen wir die Einstellungen zum Suizid. Das Ergebnis war eindeutig: Diejenigen, die den Text mit dem Begriff Freitod gelesen hatten, standen dem Suizid unterstützender gegenüber als die anderen Teilnehmenden. Und das war nur ein einziger Artikel. Da kann man sich vorstellen, wie sich das summativ auf Bewertungen in diesem Bereich auswirken kann.

BIOSKOP: Manche finden den Begriff Suizid zu technisch ...

NIEDERKROTENTHALER: Man kann auch von Selbsttötung sprechen. Aber es ist sehr wichtig, schon bei der Wortwahl zu beachten, welche moralischen Einschätzungen transportiert werden. Einen Menschen mit Suizidgedanken zu verdammen oder zu glorifizieren ist gleichermaßen falsch.

Ein Song mit Wirkung

Medien berichten eher selten über die Bewältigung suizidaler Krisen. Ein Glücksfall für die Forschung war ein Song des Hiphop-Künstlers Logic mit dem Titel 1-800-273-8255 – die Telefonnummer von Lifeline, die US-Kriseninterventionsstelle. Die Geschichte: Ein junger Mann wird wegen seines Schwulseins diskriminiert, gerät in eine Krise und trifft Vorbereitungen, sich zu töten. Dann ruft er bei Lifeline an und bekommt sein Leben wieder in den Griff. »1-800-273-8255« bekam viel öffentliche Aufmerksamkeit. Drei Ereignisse ragen nach der Analyse eines Forscherteams um Thomas Niederkrotenthaler heraus: die Veröffentlichung im April 2017; der Auftritt von Logic bei den MTV Video Music Awards im August 2017, zusammen mit 50 Überlebenden eines Suizidversuchs und Angehörigen; der Auftritt von Logic bei den Grammy Awards im Januar 2018. Insgesamt generierte der Song in 14 Monaten knapp 82.000 Tweets. Besonders nachhaltig war die Aufmerksamkeit unmittelbar nach Logics Auftritt bei den MTV Video Music Awards: Über eine Periode von 28 Tagen wurden durchschnittlich 1324 Tweets pro Tag gepostet. Während der 34 Tage mit der höchsten Aufmerksamkeit suchten Menschen mit Suizidgedanken vermehrt Hilfe. Lifeline registrierte fast 10.000 zusätzliche Anrufe, ein Anstieg um fast sieben Prozent. Es gibt auch Hinweise, dass die Zahl der Suizide sank, insgesamt kam es zu circa 250 Suiziden weniger, ein Rückgang um 5,5 Prozent. Für Professor Niederkrotenthaler ist der Song ein herausragendes Beispiel, was sich mit positiven Bewältigungserzählungen bewirken lässt.

Triage per Gesetz

Prekäre Lage

Das Bundesministerium für Gesundheit, geführt von Karl Lauterbach (SPD), hat das Triage-Gesetz vorbereitet. Als der Bundestag am 10. November über den endgültigen Gesetzentwurf abstimmte, gab es auch neun Nein-Stimmen aus den Ampelparteien Grüne (7) und FDP (2). Corinna Rüffer, behindertenpolitische Sprecherin der grünen Fraktion, begründete ihre Ablehnung ausführlich, unter anderem wie folgt: »Vorgesehen ist, dass knappe intensivmedizinische Behandlungskapazitäten anhand des Kriteriums der ›aktuellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit‹ zugeteilt werden. So sichert das Kriterium das Überleben der ›fittesten‹ Personen und benachteiligt systematisch ›schwächere‹ Personen wie alte und Menschen mit Behinderungen. Erst recht, da völlig unklar und im Gesetzentwurf nicht geregelt ist, auf welcher Grundlage die aktuellen und kurzfristigen Erfolgsaussichten bestimmt werden sollen. (...) Die Unantastbarkeit der menschlichen Würde ist die oberste Maxime unserer Verfassung. Sie verbietet es, Leben gegen Leben abzuwägen. Unsere Geschichte sollte uns mahnen und verpflichten, den Wert jedes einzelnen menschlichen Lebens niemals zu relativieren. Das ist umso bedeutender, wenn man sich die prekäre Lage unseres neoliberal-ökonomisierten Gesundheitswesens vor Augen führt, das auf Einsparung, Profit und Effizienz getrimmt ist – während es gleichzeitig im Zuge des demographischen Wandels immer mehr hochbetagte, nicht mehr ›leistungsfähige‹ Menschen geben wird. Angesichts dessen, sollten wir uns davor hüten, das ›Überleben des Stärkeren‹ in Gesetzesform zu gießen.«

Das Coronavirus ist nicht verschwunden, das politische Pandemiemanagement setzt aber inzwischen mehr auf Eigenverantwortung der Bürger*innen und weniger auf Einschränkungen und Verbote. Die akute Pandemie überdauern wird aber wohl das sogenannte Triage-Gesetz, beschlossen am 10. November mit den Stimmen der Ampel-Fraktionen im Deutschen Bundestag.

Die neuen Triage-Regelungen sind im reformierten Infektionsschutzgesetz verankert, sie gelten nur für ein bestimmtes, bisher in Deutschland zum Glück nicht wahr gewordenes Szenario – nämlich wenn »aufgrund einer übertragbaren Krankheit« keine ausreichenden intensivmedizinischen Behandlungskapazitäten für alle Patient*innen zur Verfügung stehen sollten. Käme es irgendwann so weit, würde gemäß

dem Gesetz »die aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit das maßgebliche Kriterium für die Zuteilungsentscheidung«, erklärt das Bundesgesundheitsministerium (BMG), das diese Regelung selbst entworfen hatte. Sie stelle klar, »dass Kriterien, die sich auf die aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit nicht auswirken, wie Alter, Behinderung und Grad der Gebrechlichkeit, nicht berücksichtigt werden dürfen«.

Das Gesetz dient nach Darstellung des BMG der Umsetzung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 16. Dezember 2021 (→ BIOSKOP Nr. 97), das dem Gesetzgeber aufgegeben hat, behinderte Menschen im Fall einer pandemiebedingten Triage wirksam vor Diskriminierung zu schützen. Die höchsten deutschen Richter*innen gaben damit einer Verfassungsbeschwerde im Prinzip Recht, die neun Menschen mit Behinderungen und Vorerkrankungen angestrengt hatten.

Dass das knapp ein Jahr später beschlossene Gesetz diesen Schutz wirklich gewährleisten kann, bezweifeln viele Kritiker*innen, insbesondere aus den Reihen organisierter Menschen mit Behinderung. Rund 30 Menschen protestierten noch wenige Stunden vor der Abstimmung am 10. November mit einer Schweigeminute vor dem Parlament – ihre Botschaft: »Niemand von den Bundestagsabgeordneten soll am Ende sagen können, dass behinderte Menschen diese vor einer solch weitreichenden und viel zu wenig diskutierten Entscheidung nicht gewarnt hätten.«

»Jedes Abstellen auf Überlebenswahrscheinlichkeiten benachteiligt behinderte und alte Menschen.«

Den Kern ihrer Kritik brachte das Bochumer Zentrum für Disability Studies (BODYD) in einer Erklärung auf den Punkt. Unter der Überschrift »Triage-Gesetz bleibt Selektionsgesetz« erklärte BODYD: »Es wird weder den strukturellen Diskriminierungen im Gesundheitswesen (und damit auch der Triage vor der Triage) noch einer individuellen mittelbaren Diskriminierung behinderter Menschen hinreichend vorgebeugt. Jedes Abstellen auf Überlebenswahrscheinlichkeiten benachteiligt behinderte und alte Menschen. Vorurteile über behinderte Patient*innen als leidende, unglückliche Menschen sind insbesondere bei medizinischem Personal verbreitet, das zeigt die Forschung, aber auch unsere Alltagserfahrung als behinderte Menschen.«

Grundsätzliche Kritik übte das Deutsche Institut für Menschenrechte (DIMR). Das Triage-gesetz stelle die Gleichwertigkeit allen menschlichen Lebens in Frage, erklärte die DIMR-Direktorin Beate Rudolf. »Die Menschenwürde verbietet es aber gerade, eine Abstufung oder Bewertung menschlichen Lebens staatlich zu legitimieren.« Ähnliche Bedenken äußerte Corinna Rüffer, behindertenpolitische Sprecherin der grünen Fraktion (→ *Randbemerkung*).

Möglich, dass sich das Bundesverfassungsgericht bald mit dem Triage-Gesetz beschäftigen wird. Constantin Grosch, SPD-Abgeordneter im Landtag von Niedersachsen, erklärte jedenfalls Anfang Dezember: »Wir planen, uns im Januar mit unseren Rechtsberatern zusammenzusetzen und dann eine Verfassungsbeschwerde vorzubereiten.« Grosch, der selbst im Rollstuhl sitzt, hält das Gesetz für nicht geeignet, Menschen mit Behinderungen im Ressourcen-Ernstfall wirklich zu schützen. Zudem verweist er darauf, dass medizinische Ressourcenknappheit nicht nur während einer Pandemie auftreten könne, sondern auch bei Ereignissen wie Naturkatastrophen.

Das Triage-Gesetz ist im Schnellverfahren zur Abstimmung gebracht worden. Es wäre ratsam, sich nun Zeit zu nehmen und in Ruhe zu überlegen, bevor man sich dafür engagiert, Triage-Regelungen im deutschen Gesundheitswesen womöglich noch auszuweiten. Sinnvoller wäre es wohl, für mehr Personal und bessere Arbeitsbedingungen in den Kliniken zu kämpfen und diese verbindlich einzufordern.

Klaus-Peter Görlitzer

Blieben Sie auf dem Laufenden: Tweets von der BIOSKOP-Redaktion zu aktuellen biopolitischen Ereignissen und Entwicklungen lesen Sie regelmäßig hier: <https://twitter.com/newsBioskop>

Dringender Handlungsbedarf

Studie beleuchtet »Pflegetotstand auf Intensivstationen«

Der Gesundheitssystemforscher Michael Simon hat eine spannende Studie zum »Pflegetotstand auf Intensivstationen« vorgelegt. Das Ausmaß ist nicht leicht zu berechnen. Eindeutig ist aber die Botschaft des Wissenschaftlers: »Es besteht dringender Handlungsbedarf. Unterbesetzung und Arbeitsüberlastung des Pflegepersonals auf Intensivstationen ist eine Gefahr für die Gesundheit der Intensivpatienten und auch für die Gesundheit des Pflegepersonals.«

Die Studie, gefördert von der gewerkschaftsnahen Hans-Böckler-Stiftung, erschien im Juni 2022. Im ersten Absatz unterstreicht Professor Simon, dass die Probleme auf den Intensivstationen für Fachleute nicht wirklich neu seien. »Diese Unterbesetzung und Arbeitsüberlastung«, erklärt Simon, »wurde durch die Pandemie nicht hervorgerufen oder verursacht, sie wurde durch die Pandemie nur weiter verschärft und vor allem: Sie wurde nun auch einer breiteren Öffentlichkeit bekannt.«

Bedenkliche Zahlen

Umstritten ist allerdings, wie viel Personal genau fehlt. Gängige Schätzungen besagen seit Jahren, dass bundesweit 3.000 bis 4.000 Stellen für Pflegekräfte auf Intensivstationen unbesetzt seien. Simon hat nun eigene Berechnungen vorgenommen. Dabei ging er allerdings nicht von den offiziellen Stellenplänen der Krankenhäuser aus – seine Begründung: »Um den tatsächlichen Personalbedarf feststellen zu können, bedarf es eines externen und von der wirtschaftlichen Situation des Krankenhauses unabhängigen Maßstabes.« Simon orientierte sich bei seinen Berechnungen an der seit 2019 geltenden Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV), außerdem an Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI).

Simon wertete Daten der Krankenhausstatistik sowie des im März 2020 eingeführten Intensivregisters aus. Seine Ergebnisse gehen über die bisher üblichen Zahlen zur Unterbesetzung weit hinaus, Simon bilanziert: »Um die Vorgaben der PpUGV für 21.000 belegte Intensivbetten einhalten zu können, wären bundesweit ca. 50.800 Vollkräfte im Pflegedienst der Intensivstationen erforderlich. Tatsächlich waren 2020 im Jahresdurchschnitt jedoch nur ca. 28.000 Vollkräfte vorhanden.« Wollte man die Empfehlungen

der DIVI einhalten, »wären für 21.000 belegte Intensivbetten bundesweit ca. 78.200 Vollkräfte erforderlich«.

Simon fordert einen »Gesamtplan zur Verbesserung der Lage auf den Intensivstationen«, zuständig sei hier die Gesundheitspolitik in Bund und Ländern. Mehr Personal sei allein nicht die Lösung, meint der Gesundheitssystemforscher. Die von ihm berechnete Lücke sei nämlich »so groß, dass sie innerhalb eines überschaubaren Zeitraums durch Gewinnung zusätzlichen Pflegepersonals nicht zu schließen sein wird«. Simon empfiehlt daher, der politische Gesamtplan solle sich auch mit der Frage befassen, »ob die in Deutschland vorgehaltene Zahl an Intensivbetten tatsächlich notwendig ist«.

Diese Anregung mag Patient*innen mehr überraschen als Pflegekräfte, Professor Simon erläutert sie wie folgt: »Während im Durchschnitt der OECD-Länder ca. 12 Intensivbetten pro 100.000 Einwohner vorgehalten werden, sind es in Deutschland 34 Intensivbetten. Vergleichbare europäische Länder kommen sogar mit weniger als 10 Intensivbetten pro 100.000 Einwohner aus, ohne dass sie im Ruf einer intensivmedizinischen Unterversorgung stehen. So liegt die Intensivbettendichte in Norwegen bei 8,5 und in Dänemark bei 7,8.«

Normalstationen nicht übersehen

Simon schreibt allerdings auch, dass die vorhandenen Intensivstationen in Deutschland »offensichtlich in der Regel ausgelastet und vielfach sogar überlastet sind«. Vor diesem Hintergrund sieht er Forschungsbedarf: »Es wäre an der Zeit, den Ursachen für diesen im internationalen Vergleich deutlich überdurchschnittlichen Bedarf nachzugehen.«

Wer dies herausfinden wolle, müsse unbedingt berücksichtigen, »dass auch der Pflegedienst der Normalstationen seit mehr als 30 Jahren unterbesetzt ist«. Warum diese Tatsache nicht übersehen werden darf, erklärt Professor Simon so: »Die Entscheidung darüber, ob Patienten von einer Normalstation auf eine Intensivstation verlegt werden müssen oder von einer Intensivstation auf eine Normalstation verlegt werden können, ist in hohem Maße davon abhängig, wie gut Normalstationen mit Pflegepersonal besetzt sind. Insofern werden die Probleme der Intensivstationen nur zu lösen sein, wenn auch die Lage auf den Normalstationen verbessert wird.«

Klaus-Peter Görlitzer (Hamburg), Journalist, verantwortlich für BIOSKOP

»Versorgungsdefizite aufdecken«

»Qualitätsmonitor« heißt ein neues Internetportal, verantwortet vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO). »Unsere Mission ist es, Struktur- und Qualitätsunterschiede in der stationären Versorgung transparent zu machen und Versorgungsdefizite aufzudecken«, erklärt das WIdO. Pünktlich zum Start von <https://qualitaetsmonitor.de/> am 13. Dezember meldete das WIdO: »Mehr als 14.000 Herzinfarkte nicht optimal versorgt«. Begründung: Von den rund 203.000 erfassten Herzinfarkt-Fällen im Jahr 2020 in Deutschland seien sieben Prozent in Kliniken behandelt worden, die über kein Katheterlabor verfügten. In solchen Laboren »können Gefäßverschlüsse, die bei einem Herzinfarkt auftreten, optimal behandelt werden«, erklärt WIdO-Geschäftsführer Jürgen Klauber; bei schweren Herzinfarkten sollte eine Herzkatheter-Behandlung »möglichst innerhalb von einer Stunde« erfolgen. »In Häusern, die nur selten Herzinfarkte behandeln, ist das bis auf wenige Ausnahmen nicht gewährleistet«, sagt Klauber; der Qualitätsmonitor bilanziert: »Von den insgesamt 4.108 Herzinfarkten in Kliniken mit weniger als 25 Fällen pro Jahr wurden 77 Prozent in Krankenhäusern ohne Herzkatheterlabor versorgt. In den Kliniken mit mehr als 240 Herzinfarkt-Fällen pro Jahr lag dieser Anteil hingegen bei 0 Prozent.«



Was ist ein lebenswertes Leben?

Über Selbstbestimmung und die Rolle der Gesellschaft

Barbara Schmitz (Basel),
Philosophin

Die Frage, was ein lebenswertes Leben ist, können Menschen nur für sich selbst beantworten. Aber sie ist immer auch eine gesellschaftliche Frage, und es ist eine Aufgabe der Gesellschaft, die Voraussetzungen für ein lebenswertes Leben zu schaffen. Einige Überlegungen aus philosophischer Perspektive über Selbstbestimmung, den Blick auf Behinderung und die Tragödie des Suizids.

Der Einfluss der Gesellschaft auf die subjektiven Bewertungen des Lebenswerts ist umfassend und vielschichtig. Ich möchte im Folgenden drei Aspekte andeuten. Zum einen ist die Frage, ob ein Leben mit Behinderung lebenswert ist, eine, die unser Verständnis von Behinderung betrifft. Je nach Modell dessen, was eine Behinderung ist, wird man sein Leben als mehr oder weniger lebenswert ansehen. So hält sich in weiten Teilen der Welt heute noch das Bild von Behinderung als Makel, der in religiösen Vorstellungen auf Gottes Zorn oder eine begangene Sünde zurückzuführen ist. In westlichen Gesellschaften wurde dieses Bild im Zuge der Aufklärung durch ein medizinisches Modell ersetzt, demzufolge Behinderung ein Defekt, eine Abweichung vom normalen Funktionieren ist. Dieses wurde in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts abgelöst durch ein soziales Modell von Behinderung, welches den Slogan prägte: Behindert ist man nicht, behindert wird man.

Heute herrscht ein differenzierteres Bild vom Verhältnis zwischen individueller Beeinträchtigung und gesellschaftlichen Strukturen vor. In einem relationalen Modell wird Behinderung als eine Fehlanpassung (»mismatch«) zwischen individueller Ausstattung und gesellschaftlichen Bedingungen beschrieben. Es betont die Wechselwirkung von individuellen Faktoren und gesellschaftlichen Bedingungen und misst der gleichberechtigten Teilhabe einen hohen Wert zu. Behinderung ist demnach ein kontextuelles Phänomen, ein relatives Konstrukt, das dynamisch verändert werden kann. Es ist offensichtlich, dass es viel schwerer ist, sein Leben als lebenswert mit einer Behinderung zu empfinden, wenn diese eine Tragödie, ein Defekt oder gar eine Sünde ist.

Zum zweiten schafft eine Gesellschaft mit ihren Strukturen, ihren Institutionen, ihren Möglichkeiten zur Teilhabe, ihren Wahlmöglichkeiten die Voraussetzung, damit Menschen ihr Leben als lebenswert ansehen können. Wer diskriminiert und ausgegrenzt wird, wer keine Möglichkeit hat, im Bereich des Wohnens, der Arbeit und der Freizeit am Leben einer Gesellschaft teilzunehmen, wird es sehr viel schwerer

haben, sein Leben als lebenswert anzusehen. Eine lebenswerte Gesellschaft ist somit eine Bedingung für die Möglichkeit, sein Leben als lebenswert einzuschätzen.

Zum dritten wird in liberalen Gesellschaften ein besonderer Fokus auf Autonomie und Freiheit gelegt. Mit der Autonomie und dem lebenswerten Leben ist es aber eine besondere Sache, wie Äußerungen von Menschen immer wieder zeigen: »Wenn ich mich nicht mehr selbstständig waschen/essen/laufen/auf die Toilette gehen kann, ist mein Leben nicht mehr lebenswert.« »Mein Leben ist nur lebenswert, wenn ich frei entscheiden und selbstständig leben kann.« »Ich habe immer selbstbestimmt gelebt; wenn ich das nicht mehr kann, möchte ich selbstbestimmt sterben.« »Ich möchte auf keinen Fall von anderen abhängig sein; meine Selbstständigkeit ist das wichtigste.« – In Äußerungen wie diesen drückt sich eine Haltung aus, die Autonomie – verstanden als Selbstbestimmung, Unabhängigkeit und Selbstständigkeit – als wesentlichen Faktor für das lebenswerte Leben ansieht. Wir finden diese Haltung besonders oft, wenn Menschen über Alter und Tod nachdenken.

Um diese Sicht zu verstehen und zu sehen, was an ihr problematisch ist, können zwei Verständnisse von Autonomie unterschieden werden. In einer Sicht, die ich idealisierte Autonomie nennen möchte, wird Autonomie als ein auf Maximierung angelegtes Vermögen gesehen, das die Unabhängigkeit des Menschen vor den Unbillen des Schicksals sichern soll. Autonomie ist ein Weg der Befreiung von äußeren Mächten, Ausdruck der Stärke des Menschen. Als selbstbestimmtes Wesen kann der Mensch – so das Bild – sich frei machen vom Einfluss anderer Menschen, von den Wirrnissen des Schicksals, von gesellschaftlichen Bedingungen. Autonomie schafft dementsprechend eine Unabhängigkeit von Zufälligkeiten und lässt mich meine Ziele, meine Projekte, meine Pläne, mein Leben leben.

Natürlich ist in einem solchen Bild das lebenswerte Leben sehr eng an ein Maximum von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung gebunden. Damit aber wird der Radius des lebenswerten Lebens auch sehr verengt. Legen wir hingegen eine soziale Autonomie zugrunde, wird Selbstbestimmung als partielles, graduelles und soziales Vermögen gefasst, das viele verschiedene Formen annehmen kann. Ausgangspunkt einer sozialen Konzeption ist die Überlegung, dass Autonomie ein Vermögen ist, das sich in einem sozialen Kontext abspielt. Es ist auch immer verwoben mit Nicht-Autonomie, mit Fremdbestimmung, mit Einflüssen von außen, mit inneren

Gern diskutieren

Über die Frage »Was ist ein lebenswertes Leben?« redet und diskutiert Barbara Schmitz gern, auch im Rahmen von Vorträgen, Podien, Fortbildungen. Am 31. Januar 2023 referiert die Philosophin aus Basel in Bocholt, moderiert von BioSkoplerin Erika Feyerabend (→ *Veranstaltungstipps auf Seite 16*). Aktuelle Termine stehen auf ihrer Homepage www.barbara-schmitz.net

► Widerständen und persönlichen Bedingungen. Eine klare Grenze, wo die Fremdbestimmung aufhört und die Selbstbestimmung anfängt, lässt sich bei konkreten Entscheidungen meist nicht ziehen. Autonomie kann graduell sein, mal handle ich mehr, mal weniger autonom. Selbstbestimmung kann sich auf einzelne Teilbereiche des Lebens mehr oder weniger stark beziehen. Es gibt Bereiche, in denen mir Autonomie sehr wichtig ist und andere, in denen sie mir nicht so wichtig ist, und das kann sich wandeln.

Diese soziale Autonomie ist Ausdruck dessen, dass wir nicht nur autonome, sondern auch bedürftige Wesen sind und als solche in einem Netzwerk von sozialen Verbindungen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen unsere Autonomie leben. Legt man ein solch soziales Verständnis von Autonomie zugrunde, so erfährt auch die Frage nach dem lebenswerten Leben eine andere Beleuchtung. Es muss dann nicht mehr darum gehen, einseitig ein Maximum an Autonomie als Bedingung des lebenswerten Lebens zu verstehen.

Das bedeutet nicht, dass Autonomie nicht sehr wichtig ist, in irgendeiner Form – und in der Pflege behinderter Menschen ist viel Gewicht darauf zu legen. Es bedeutet nur, dass auch dann, wenn ich nicht mehr selbstständig gehen kann, nicht mehr selbstständig essen und auch, wenn ich dement werde, ein Leben noch lebenswert sein kann.

Mit der Frage nach dem lebenswerten Leben hängt auch das Thema Suizid zusammen. Manchmal wird gar der Suizid als Ausdruck der freien Selbstbestimmung gesehen, so auch vom Bundesverfassungsgericht. »Die Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren«, schrieben die Richter im Urteil vom 26. Februar 2020 zum »Recht auf selbstbestimmtes Sterben«.

Aber ist es so einfach? Ist das die Position, die auch aus meinem subjektiven Ansatz notwendig folgt, die sich ergibt, wenn man die subjektiven Einschätzungen des lebenswerten Lebens ernst nimmt und respektiert? Ich denke: Nein! Um das zu begründen, ist es so wichtig, dass man versteht, dass es sich bei einem Suizid um eine Tragödie handelt.

Zum einen ergibt sich das daraus, dass viele Menschen an einer vorübergehenden psychischen Störung oder Krankheit leiden, wenn sie einen Suizidwunsch haben. Am häufigsten werden Depressionen und manisch-depressive Störungen als Auslöser vermutet. Dabei sind

sich verschiedene psychologische Studien nicht einig, wie groß der Anteil derjenigen ist, bei denen eine psychische Erkrankung wesentlich zur Tötungsabsicht beigetragen hat. Sie schwanken zwischen 15 und 90 Prozent. Das Problem einer genauen Zahl besteht darin, dass man nach einem Suizid die Angehörigen nach psychischen Auffälligkeiten fragen muss und diese schwerlich ein angemessenes Bild geben können, sondern vielmehr unter dem Einfluss des plötzlichen Todes zu Umdeutungen früherer Verhaltensweisen des Verstorbenen neigen.

Bei all denen, bei denen eine psychische Störung vermutet wird, ist ganz fraglos zu helfen. Sie können durch eine geeignete Behandlung zumeist von ihrem Wunsch geheilt werden. Ein Suizid ist somit eine Tragödie für die betroffene Person. Bei einem Suizid werden die Möglichkeiten des Lebens nicht ausgenutzt. Fälschlicherweise wird der Tod als Lösung von Problemen des Lebens erlebt.

Ein Suizid ist weiterhin eine Tragödie für die Hinterbliebenen. Jeder plötzliche Tod stellt Angehörige vor einen abrupten, oft schmerzhaften Abschied, der meist eine lange Phase der Trauer bedeutet. Ein Suizid provoziert all die Fragen,

ob der Tod nötig, völlig sinnlos oder vielleicht in irgendeiner Weise vermeidbar gewesen wäre. Die Ungewissheit darüber, ob es nicht starke Hinweise, Andeutungen gab, treibt die Hinterbliebenen oft um und lässt sie nicht zur Ruhe kommen. Die

Frage nach den Gründen ist deshalb so quälend, weil es keine Antwort gibt, weil sich die Hinterbliebenen im Schweigen wiederfinden und ihre Fragen ins Leere gehen.

Suizid ist über den individuellen Kontext hinaus nämlich auch eine gesellschaftliche Tragödie und Suizidprävention ist eine gesellschaftlich dringende Aufgabe. In Anbetracht der hohen Zahl von Suizidopfern ist es beschämend, wie wenig getan wird, um die Zahl der Suizidenten zu reduzieren. Vielleicht wird immer noch verkannt, wie groß der Einfluss der Gesellschaft auf verschiedenen Ebenen ist. Für unsere Zeit ist sicher die hohe Belastung des Einzelnen in einer auf Leistung und Effizienz ausgerichteten Gesellschaft als Faktor zu nennen. Depressionen, Schlaflosigkeit, Burn-Out, Ängste, in dieser Gesellschaft nicht bestehen können, können die Gefühle eines Menschen mit Suizidabsichten prägen.

Diese Überlegungen zum Suizid zeigen, dass die Entscheidung »Mein Leben ist nicht lebenswert« von einer Vielzahl gesellschaftlicher Faktoren bedingt ist. Allein dies erklärt bereits, warum wir nicht einfach dieses Urteil anerkennen können, ohne alle Hilfe anzubieten, die uns möglich ist.

Eine klare Grenze, wo die Fremdbestimmung aufhört und die Selbstbestimmung anfängt, lässt sich bei konkreten Entscheidungen meist nicht ziehen.

Denkanstöße

»Gemeinsam Nachdenken über das, was das Leben ausmacht«, schreibt Barbara Schmitz, »ist eine der wichtigsten und erfüllendsten Tätigkeiten.« Denkanstöße auf 192 Seiten bietet ihr neues Buch, erschienen im März 2022 im Reclam-Verlag: *Was ist ein lebenswertes Leben? Philosophische und biographische Zugänge.* Auf ihrer Homepage skizziert die Philosophin, worum es in ihrem Buch geht – Leseprobe: »Bei der Auseinandersetzung mit dem Thema war es mir dann – gerade auch als Konsequenz der grauenhaften Geschichte, die mit dem Begriff des nicht lebenswerten Lebens zusammenhängt – wichtig, dass die subjektiven Antworten eine zentrale Rolle spielen müssen. Wir können keine objektiven Kriterien angeben, wann ein Leben lebenswert ist, aber wir können von denen lernen, die durch Behinderung, Krankheit oder Demenz zeigen, wie lebenswert das Leben mit Einschränkungen sein kann. Im Buch bilden die persönlichen Erfahrungen von verschiedenen Menschen, auch meine eigenen, den Ausgangspunkt für die philosophische Auseinandersetzung, in der ethische Grundfragen im Zentrum stehen. Es geht um Themen wie: Warum ist ein Leben mit einer Behinderung lebenswert? Was ist der Sinn des Lebens angesichts einer schweren Erkrankung? Was ist Gesundheit? Welche Bilder von Alter und Demenz sind gesellschaftlich vorherrschend? Welche verschiedenen Verständnisse von Autonomie sind relevant? Wie sollen wir Suizid verstehen? Welche Rolle spielt die Hoffnung in einem menschlichen Leben?«



Vorschau

Themen im März 2023

- **Schwerpunkt**
Kliniken, Pflege, Finanzierung

- **Suizidhilfe**
Gesetz auf der Zielgeraden?
- **Organtransplantation**
Rufe nach neuen Regeln

Veranstaltungstipps

Mo. 9. Januar 2023, 18 – 20 Uhr

Aachen (Universitätsklinikum, Hörsaal 6)

➤ **Zwang und Menschenrechte in der Psychiatrie**

Vortrag

An der Ruhr-Universität Bochum gibt es eine interdisziplinäre Forschungsgruppe »Ethik in der Psychiatrie«. Sie untersucht laut Selbstdarstellung, »wie die Selbstbestimmung von psychiatrischen Patienten konkret gefördert« und »wie Zwang in der psychiatrischen Praxis reduziert« werden kann; außerdem »ethische Fragen am Lebensende« bei Patient*innen mit psychischen Störungen. Mitglied der Bochumer Forschungsgruppe ist der Philosoph Matthé Scholten. Er redet in Aachen über »Zwang und Menschenrechte in der Psychiatrie.«

Mi. 25. Januar, 18.15 – 20 Uhr

Frankfurt a.M. (Uni Campus Westend, Norbert-Wollheim-Platz 1, Casino-Gebäude, Raum 1.801)

➤ **Psychische Langzeitfolgen von Holocaust-Opfern**

Vortrag

Überlebende des Holocaust litten über viele Jahre unter massiven Traumatisierungen. »Wie ist ein Leben danach möglich?«, fragt die Veranstaltung des Fritz Bauer Instituts. Referent ist Wolfgang Sperling, akademischer Direktor der Psychiatrie am Universitätsklinikum Erlangen. Professor Sperling informiert auch über persönliche Begutachtungen von Holocaust-Überlebenden, die zwecks Feststellung einer verfolgungsbedingten Erwerbsminderung vorgenommen wurden.

Bitte anmelden unter Telefon (069) 798322-40

Di. 31. Januar, 19 – 20.30 Uhr

Bocholt (Familienbildungsstätte, Ostwall 39)

➤ **Was ist ein lebenswertes Leben?**

Vortrag mit Diskussion

»Eine heikle, eine ungeheuerliche Frage« steht in der Einladung der Familienbildungsstätte – Begründung: »denn der Gedanke an »unwertes Leben« oder ein »verwirktes Recht auf Leben« liegt nicht fern«. Referentin ist die Philosophin Barbara Schmitz, die 2022 auch ein Buch zum Thema veröffentlicht hat (→ Seite 15). Die Veranstaltung in Kooperation mit der Hospizvereinigung Omega und der Volkshochschule Bocholt-Rhede-Isselburg soll »Denkanstöße« geben – für gesellschaftliche Debatten und für das eigene Leben. Nach dem Vortrag gibt es eine Diskussion mit der Referentin, moderiert von BioSkoplerin Erika Feyerabend.

Anmeldung bei der FaBi, Telefon (02871) 23948-0

Mi. 8. Februar, 19 – 21 Uhr

Lübeck (Universität, Hörsaal IMGWF, Königstr. 42)

➤ **Krankheit u. Strafe am Beispiel Corona**

Vortrag

»Wie Infektionskrisen die Gesellschaft verändern« beleuchtet eine Vortragsreihe an der Universität Lübeck. Ihr Anspruch: Diskurse von Virologie, Public Health, Soziologie, Politik und Philosophie »miteinander ins Gespräch« bringen. Im Fokus stehen Fragen wie diese: »Wird die »Welt« nach der Pandemie eine andere sein? Wie interagiert diese Krise mit anderen? Was bedeutet dieser gesellschaftliche Wandel?« Am 8. Februar spricht der Soziologe Friedrich Schorb, wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Abteilung Gesundheit und Gesellschaft der Universität Bremen, über »Krankheit und Strafe am Beispiel Corona«.

Mi. 8. März, 18 – 20 Uhr

Hamburg (Medizinhistorisches Museum im Uniklinikum, Gebäude N30.b, Martinistr. 52)

➤ **Gesundheitliche Aufklärungsfilm**

Moderierter Filmabend

Wer in den 1920er Jahren in Deutschland ins Kino ging, wurde dort nicht nur unterhalten. Vor dem eigentlichen Film wurden häufig auch gesundheitliche »Aufklärungsfilm« gezeigt, produziert von der UFA. Der Publizist Kurt Tucholsky, so schreibt es das Medizinhistorische Museum Hamburg (MMH), habe damals den »propagandistischen Charakter« kritisiert, und er »persiflierte sie wegen ihrer vielen belehrenden Texttafeln als Lesefilm«. Das ist rund hundert Jahre her, aber Aufklärungsfilm werden auch in der Gegenwart gezeigt. »Einen vielfältigen Einblick in diese Filmgattung« gibt der moderierte Filmabend des MMH, Eintritt frei.

Do. 23. März, 19 – 21 Uhr

Frankfurt a.M. (medico-Haus, Lindleystr. 15)

➤ **Die Utopie der Menschenrechte**

Vortrag

In der Rhein-Main-Metropole gibt es eine Initiative namens »Der utopische Raum im globalen Frankfurt«, in dieser Initiative kooperieren die Stiftung medico international, das Institut für Sozialforschung und die Frankfurter Rundschau. Ihre aktuelle Veranstaltungsreihe beleuchtet kosmopolitische Aspekte von Menschenrechten. Referent am 23. März ist der Berliner Rechtsanwalt Wolfgang Kaleck, Gründer und Generalsekretär des European Center for Constitutional and Human Rights (ECCHR). Kaleck informiert über die »Praxis der juristischen Menschenrechtsarbeit« und erläutert Ideen für »die konkrete Utopie der Menschenrechte«.

Ja!

Ich abonniere **BIOSKOP** für zwölf Monate. Den Abo-Betrag in Höhe von 25 € für Einzelpersonen/50 € für Institutionen habe ich auf das BioSkop e.V.-Konto DE26 3601 0043 0555 9884 39 bei der Postbank Essen (BIC: PBNKDEFF) überwiesen. Dafür erhalte ich vier **BIOSKOP**-Ausgaben. Mein **BIOSKOP**-Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn ich das Abo nicht nach Erhalt des dritten Hefts schriftlich bei BioSkop e.V. gekündigt habe. Zur Verlängerung des Abonnements überweise ich nach Ablauf des Bezugszeitraumes – also nach Zusendung des vierten Hefts – meinen Abo-Betrag im Voraus auf das oben genannte Konto von BioSkop e.V.

Ich möchte die Hörversion von **BIOSKOP** für zwölf Monate abonnieren und erhalte statt der Zeitschrift jeweils eine DAISY-CD. Bitte schicken Sie mir das notwendige Formular mit den Bezugsbedingungen.

Ich möchte BioSkop e.V. mit einer regelmäßigen Spende fördern. Bitte rufen Sie mich mal an. Meine Telefonnummer:

Name

Straße

PLZ+ Wohnort

Nur für Abonnentinnen und Abonnenten: Ich kann meine Abo-Bestellung innerhalb von zehn Tagen widerrufen.

Dazu genügt eine schriftliche Mitteilung an BioSkop e.V., Bochumer Landstr. 144a, 45276 Essen.

Mit meiner zweiten Unterschrift bestätige ich, dass ich mein Recht zum Widerruf zur Kenntnis genommen habe:

Bitte ausschneiden oder kopieren und einsenden an:

BioSkop e.V. – Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Technologien
Erika Feyerabend · Bochumer Landstr. 144 a · 45276 Essen

Ich unterstütze **BIOSKOP** mit einem zwölf Monate laufenden Förderabonnement. Deshalb habe ich heute einen höheren als den regulären Abo-Preis von 25 bzw. 50 € auf das o.g. Konto von BioSkop e.V., überwiesen. Mein persönlicher Abo-Preis beträgt €. Dafür erhalte ich vier **BIOSKOP**-Ausgaben. Rechtzeitig vor Ablauf des Bezugszeitraumes werden Sie mich daran erinnern, dass ich erneut mindestens 25 bzw. 50 € im Voraus überweisen muss, wenn ich **BIOSKOP** weiter beziehen will.

Ich bin daran interessiert, eine/n BioSkop-Referentin/en einzuladen zum Thema: Bitte rufen Sie mich mal an. Meine Telefonnummer:

Ich unterstütze BioSkop e.V. mit einer Spende von € (Konto siehe oben). Weil BioSkop e.V. vom Finanzamt Essen als gemeinnützig anerkannt worden ist, bekomme ich eine abzugsfähige Spendenquittung.

Telefon

E-Mail

Datum Unterschrift