

# BIOSKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

27. Jg. | Nr. 108 | Dezember 2024

## BIOSKOP Schwerpunkt

### Patientendaten im Netz

- 8 Elektronische Patientenakte für alle?
- 9 Auffällige Informationsmängel
- 10 BigBrotherAward für Karl Lauterbach
- 11 Im Interesse auch der Industrie

### Assistierte Selbsttötung

- 3 Forscher\*innen entwickeln Leitlinien zum Umgang mit Suizidhilfe-Anfragen
- 4 Alarmierende Entwicklung in Kanada

### Ersatzteillager Mensch

- 6 Bundestag diskutiert Einführung einer sogenannten Widerspruchsregelung
- 6 Kein messbarer Effekt
- 7 BioSkop-Stellungnahme »Organentnahme und das Recht auf freie Entscheidung«

### Gesundheitspolitik

- 13 Anonymer Krankenschein in Gefahr

### Analyse

- 14 Krankenhausreform unter der Lupe

### Außerdem

- 12 Spezielle Wahlkreiskarte
- 12 Schwangerschaftsabbruch: 73 Verbände fordern Neuregelung
- 16 Veranstaltungstipps
- 16 Wunschezettel
- 2 BioSkop unterstützen!
- 16 Vorschau auf März 2025

## Impressum

**Herausgeber:** BioSkop e.V. – Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Technologien  
Oberstraße 55 · 45134 Essen

Tel. (0201) 5366706 · **E-Mail:** [info@bioskop-forum.de](mailto:info@bioskop-forum.de)

**BioSkop e.V.** im Internet: [www.bioskop-forum.de](http://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](mailto:redaktion@bioskop-forum.de)

### Beiträge in dieser Ausgabe:

Maria J. Beckermann, Jörg Frank, Martina Keller,  
Nadja Rakowitz, Thilo Weichert

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

**Layout + Satz:** [www.angelika-schlueter.de](http://www.angelika-schlueter.de)

**Druck:** Pohler & Kobler GmbH, Centrumstr. 33,  
45307 Essen  
ISSN 1436-2368

## Zukunftsmanagement?

Erika Feyerabend

Generell haben wir uns ständig mit einer Forderung, einem Imperativ auseinanderzusetzen: Gestalte dein Leben! Sei stets authentisch! Das betrifft mittlerweile vor allem das individuelle Leben. Gesellschaft zu gestalten, daran denkt und glaubt der oder die Zeitgenoss\*in hingegen immer weniger. Das betrifft mittlerweile immer mehr auch das Sterben. Der Tod und das Sterben sollen ästhetisch, individuell gestaltet und dem eigenen Leben entsprechend sein. Schön sei er dann und »würdig«. Diese Art des Gestaltens repräsentiert, als vorläufiger Gipfel, ein neues Euthanasiegerät – genannt Suizidkapsel Sarco – das im September erstmals in der Schweiz genutzt wurde. Per Knopfdruck können Sterbewillige ihr Leben, vor einem möglichen Siechtum oder Verfall, nach Belieben beenden – am Strand, unter dem Sternenhimmel oder im Wald.

Oder man entscheidet sich für einen begleiteten Suizid, kriegt das tödlich wirkende Präparat geliefert, außerdem eine professionelle Begleitung nach definierten Standards (→ Seite 3) und hat noch Zeit, sich zu verabschieden, letzte Worte zu den Angehörigen zu sprechen und – wenig soziale Anstrengungen verursachend – sein oder ihr Leben »autonom« zu beenden. Eine selbst gestaltete Selbsttötung scheint im Trend zu liegen. Angeregt durch immer mehr Angebote von Organisationen; durch Normalisierung durch Regulierung, durch immer mehr Medienberichte über das neue, vermeintliche Sterbe-Ideal.

Möglicherweise ist das aber überhaupt kein »selbstbestimmter Tod«, sondern folgt jener machtvollen und ökonomischen, neo-liberalen Logik, die im Leben schon reichlich berechnete Zukunftsängste erzeugt. Entwicklungen in Kanada lassen erahnen, was im Gesundheitswesen eingespart werden kann, wenn kranke, alte, behinderte und arme Menschen auf die Option der »Sterbehilfe« angesprochen werden und diese anschließend auch in Anspruch nehmen, alles dargestellt als Recht auf einen »schönen« Tod – weil das Leben wegen mangelnder Hilfe, Versorgung, Geld nicht mehr schön sein kann (→ Seite 4).

Eine andere Art, dem Tod einen Sinn zuzuschreiben, ist der »nützliche« Tod über die Abgabe von Herz, Niere oder Lunge. Auch hier wird auf Normalisierung gesetzt: Jede/r soll sich als Organspender\*in fühlen beziehungsweise vom Staat so angesehen werden. Darauf zielen Gesetzentwürfe, die eine sogenannte Widerspruchsregelung einfordern (→ Seite 6). Irgendwann könnte es auch noch zur Bürger\*innen-Pflicht erklärt werden, seine/ihre Haltung zur Organentnahme nach diagnostiziertem »Hirntod« in dem noch kaum gefüllten »Organspende«-Register zu dokumentieren.

*Bitte auf der nächsten Seite weiterlesen ▶*

## Liebe Leserinnen, liebe Leser,

am 23. Februar 2025 wählen Sie einen neuen Bundestag. Vorher, also mitten im Wahlkampf, sollen noch Gesetzentwürfe zum sensiblen Thema »Organspende« im Schnellverfahren beraten und womöglich beschlossen werden. Wir meinen: Das geht so gar nicht! Unsere Stellungnahme »Organentnahme und das Recht auf freie Entscheidung« (→ Seite 7) fordert die Parlamentarier\*innen auf, endlich fremdbestimmte Organentnahmen per Gesetz ausnahmslos auszuschließen – wenn nicht jetzt, dann in der kommenden Legislaturperiode. Wir freuen uns, wenn Sie die BioSkop-Stellungnahme verbreiten.

Engagement braucht finanzielle Ressourcen. Auch dank Ihres Abos und Ihrer Spende können wir uns kontinuierlich einmischen. Als Erfolg auch unserer öffentlichkeitswirksamen Arbeit, teils im Bündnis mit weiteren kritischen Initiativen, werten wir, dass vor der Bundestagswahl kein Gesetz mehr beschlossen wird, das Hilfe

zur Selbsttötung regelt oder reproduktionsmedizinische Praktiken wie »Eizellspende« und »Leihmutterchaft« legalisiert. Positiv sehen wir zudem, dass in 2024 im Bundestag zumindest Nachdenklichkeit zum pränatalen genetischen Bluttest (NIPT) aufschien; womöglich beschließen die Parlamentarier\*innen vor der Wahl ja doch noch einen Antrag für ein NIPT-Monitoring, das die Folgen der Kostenübernahme des heiklen Tests durch Krankenkassen systematisch untersucht (→ *newsletter Behindertenpolitik*).

Dass diese und andere wichtige Themen 2025 wieder auf die politische Agenda kommen, ist zu erwarten. Wir werden weiter tun, was Sie von uns gewohnt sind: seriös recherchieren, hintergründig informieren und unsere Positionen nach Kräften einbringen. Bitte helfen Sie mit – gern auch mit Ihrer großzügigen Spende. Für Ihre Unterstützung danken Ihnen

Erika Feyerabend, Klaus-Peter Görlitzer

Fortsetzung von Seite 1 >

### 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 Kliniken, Pflegeeinrichtungen, als PatientIn, Pflegebedürftige/r oder Beschäftigte/r. Wir freuen uns über Tipps für unsere Recherchen. 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, Telefon (0201) 5366706, info@bioskop-forum.de

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

### Zukunftsmanagement?

Der merkwürdigen Logik nach der Devise »Wer zu einem unaufgeforderten Angebot schweigt, soll diesem zugestimmt haben«, folgt auch die elektronische Patientenakte (ePA), die ab Januar 2025 möglichst für alle gesetzlich Versicherten eingerichtet werden soll (→ Seite 8). Ihr oberster Promotor, Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD), wurde jüngst mit dem BigBrotherAward ausgezeichnet – nicht wegen der ePA, aber weil er den »Europäischen Gesundheitsdatenraum« (EHDS) mitverantwortet und hierzulande in Gestalt eines »Gesundheitsdatennutzungsgesetz« umgesetzt hat. Die ePA ist ein wichtiger Baustein in der EHDS-Strategie (→ Seite 10).

Lauterbachs vielleicht größtes Projekt, die Krankenhausreform, verspricht viel, wird aber die Probleme der deutschen Kliniken weiter verschlimmern. Das Bündnis Krankenhaus statt Fabrik warnt jedenfalls und sagt nichts Gutes voraus: Das Kliniksterben aus betriebswirtschaftlichen Gründen werde besonders in ländlichen Regionen weiter zunehmen. Die Bedürfnisse der Patient\*innen werden noch mehr in den Hintergrund gedrängt, die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten werden sich noch weiter verschlechtern, der Fachkräftemangel daher als Folge noch größere Ausmaße annehmen. Die Mitgliedsbeiträge der gesetzlichen Krankenkassen werden durch die Auswir-

kungen des Gesetzes weiter steigen. Der Slogan von »Krankenhaus statt Fabrik« lautete wohl zurecht: »Besser keine Reform als diese Reform« (→ Seite 14).

Gesellschaftliche oder strukturelle Veränderungen zu bewirken, ist eben weitaus schwieriger als der herrschenden Praxis zu folgen, die individualisierte Verhaltensänderungen als normal und selbstbestimmt, würdig oder Nächstenliebe gemäß normalisiert.

Doch manchmal gelingen zivilgesellschaftliche Proteste. Beispiel Köln: Hier gibt es seit Juli 2023 einen »anonymen Krankenschein«, gedacht für die gesundheitliche Versorgung von Obdachlosen, Geflüchteten und weiteren Menschen, die sich eine Krankenversicherung nicht leisten können. Das wichtige Sozialprojekt im Interesse von Menschen, die auf Hilfe dringend angewiesen sind, sollte aus dem Kölner Haushalt gestrichen werden. Viel Engagement wird dies wohl doch noch verhindern – und hoffentlich auch die vielen finanziellen Kürzungen für Kölner Frauenprojekte (→ Seite 13).

Individuelles Zukunftsmanagement wird die Lage von Patienten und Patientinnen nicht verbessern. Notwendig ist vielmehr kollektives, soziales, zivilgesellschaftliches Engagement für bessere Bedingungen in Pflege, medizinischer Versorgung bis hin zur Sterbebegleitung.

Notwendig ist vielmehr kollektives, soziales, zivilgesellschaftliches Engagement für bessere Bedingungen in Pflege, Versorgung bis hin zur Sterbebegleitung.

# Angemessene Praxis?

## Leitlinien zum Umgang mit Suizidhilfe-Anfragen in der Entwicklung

**Zwei Gesetzentwürfe, die Verfahren für Suizidassistenten regeln und damit auch legitimieren sollten, sind im Juli 2023 im Bundestag gescheitert (→ BIOSKOP Nr. 103). Der neue Ethikratsvorsitzende hat jetzt wieder eine Regulierung ins Gespräch gebracht. Womöglich wird nach der Bundestagswahl ein weiterer Versuch unternommen. Forschungsprojekte, die Leitlinien zum Umgang mit Suizidhilfe-Anfragen entwickeln wollen, laufen schon.**

Am 15. November, rund fünf Wochen nach der Berufung seiner neuen Mitglieder, hat der Deutsche Ethikrat in Berlin getagt. Zum neuen Vorsitzenden wurde dabei der Düsseldorfer Strafrechtsprofessor Helmut Frister gewählt, im Fokus der nächsten Jahrestagung soll das Thema »Solidarität« stehen. Zwei Wochen nach seiner Wahl gab Frister der *Rheinischen Post* ein Interview. Gefragt, ob er eine gesetzliche Regelung für den assistierten Suizid befürworte, sagte Frister, diese sei »nötig«. Zwar seien Ärzt\*innen stets »verpflichtet, die Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung sorgfältig zu prüfen«. Allerdings gebe es dafür bisher kein geregelteres Verfahren. Laut Frister sollte ein solches Verfahren »nicht zu restriktiv« ausgestaltet sein, ein psychiatrisches Gutachten hält der Ethikratsvorsitzende »nicht in jedem Fall für notwendig«.

Ein »Instrument zur Beurteilung der Selbstbestimmungsfähigkeit bei Anfragen nach assistierter Selbsttötung« möchte ein Forschungsnetzwerk entwickeln, das in diesem Herbst seine Arbeit aufgenommen hat. Das Netzwerk, gefördert von der Deutschen Forschungsgemeinschaft, trägt den Titel »Wissenschaftliche Fundierung einer verantwortbaren Praxis der assistierten Selbsttötung«. Beteiligt sind 16 Wissenschaftler\*innen, Koordinator ist der Mediziner Alfred Jan Schildmann von der Universität Halle-Wittenberg.


In einer Pressemitteilung zum Projekt erklärte Schildmann am 10. Oktober: »Der häufig stark gemachte Gegensatz von Suizidprävention und Suizidassistenten verhindert eine konstruktive Diskussion über einen verantwortbaren Umgang mit den vielschichtigen Anfragen nach Suizidassistenten.« Schildmann hält es für wichtig, »im Ringen um eine angemessene Praxis« Menschen aus unterschiedlichen Berufen zusammenzubringen. Seine Ergebnisse will das Forschungsnetzwerk im Jahr 2027 öffentlich vorstellen, darunter auch »Qualitätskriterien für die Dokumentation und Bewertung von Aufklärungs- und Beratungsgesprächen«, die mit

Menschen geführt werden, die nach Suizidhilfe fragen.

Bereits Ende 2025 fertig sein soll eine Leitlinie zum »Umgang mit Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung«, die mehrere Professor\*innen im Februar 2024 bei der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) angemeldet haben. Zum Inhalt des Leitlinienprojekts, an dem unter anderem die Palliativmedizinerin Claudia Bausewein (München) und der Mediziner Alfred Simon (Göttingen) beteiligt sind, heißt es: »Dringliche Bedarfe bestehen insbesondere hinsichtlich des Vorgehens bei der Prüfung der Freiverantwortlichkeit sowie der Aufklärung und Beratung bezüglich bestehender alternativer Handlungsoptionen in diesen existentiellen Situationen.« Zielgruppe der Leitlinie sollen »Mitarbeitende im Gesundheitswesen« sein; in die Entwicklung der »medizinisch, ethisch und rechtlich begründeten Empfehlungen« werden nicht nur Fachgesellschaften einbezogen, sondern auch »weitere Organisationen«, darunter die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe und die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben.

### »Suizidprävention realisieren«

Ein Forschungsprojekt, das der Suizidprävention bei älteren Menschen dienen soll, startete im September an der Hochschule Esslingen. Im Fokus steht der »pflegeprofessionelle Umgang« mit Anfragen nach Suizidassistenten, gestellt von Menschen in der stationären und ambulanten Langzeitpflege. Auf Basis von Literaturrecherchen und Gruppenbefragungen mit Pflegefachpersonen sollen je zwei Praxis- und Ethik-Leitlinien entwickelt und anschließend in mehreren Pflegeeinrichtungen eingeführt werden, Schulungen sollen die Mitarbeiter\*innen mit den neuen Leitlinien vertraut machen.

Geleitet wird das Projekt von der Esslinger Pflegewissenschaftlerin Annette Riedel. Zum Ziel des Projekts, das vom Bundesgesundheitsministerium gefördert wird und bis September 2027 läuft, erklärt Professorin Riedel: »Wir wollen die Pflegefachpersonen sensibilisieren, Suizidrisiken zu erfassen, Suizidalität frühzeitig zu erkennen und Suizidprävention zu realisieren.« Ihr Forschungsprojekt leiste somit einen wichtigen Beitrag zur Umsetzung der im Mai 2024 vorgestellten »Nationalen Suizidpräventionsstrategie« der Bundesregierung (→ BIOSKOP Nr. 106) und könne helfen, die Zahl von Selbsttötungen älterer Menschen zu verringern. 

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

### Später Entwurf

Die Ampel-Regierung war schon drei Wochen Geschichte, da legte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) am 28. November endlich seinen Referenten-Entwurf für ein Suizidpräventionsgesetz vor. Der Entwurf, der spätestens am 30. Juni hätte fertig sein müssen (→ BIOSKOP Nr. 107), sieht u.a. vor, eine Nationale Koordinierungsstelle zur Suizidprävention einzurichten. Die Stelle soll qualitätsgesicherte Informationen über Suizidalität entwickeln und veröffentlichen, bestehende Hilfsangebote miteinander vernetzen, außerdem die Forschung zu Suizidprävention, Suizidalität und Suizidhilfe vorantreiben. Vorgesehen ist auch, ein Konzept für eine bundesweit einheitliche Krisendienstnummer zu erarbeiten, gemeinsam mit den Ländern. Sehr fraglich ist allerdings, ob vor der Bundestagswahl überhaupt noch ein Gesetz zur Suizidprävention beschlossen werden kann – auch hier liegt die Tücke ja im Detail. Das BMG hat fachkundigen Verbänden eine sehr kurze Frist gesetzt, um seinen Entwurf zu kommentieren. Beeilt hat sich zum Beispiel der Deutsche Caritasverband, er bemängelt in seiner Stellungnahme vom 5. Dezember, dass im Entwurf ein »Schutzkonzept zur Prävention des assistierten Suizids« fehle. Der Paritätische Gesamtverband findet den BMG-Entwurf »nur in Teilen« gelungen; er vermisst etwa »verbindliche Regelungen zur Bereitstellung zusätzlicher finanzieller Mittel insbesondere zur Unterstützung der Länder und Kommunen bei der Suizidprävention«.

# Alarmierende Entwicklung

## Menschen in Not wird in Kanada mitunter Suizidhilfe angeboten

**Martina Keller,**  
(Hamburg), Journalistin

**Kanadas Sterbehilfegesetz ist in der Kritik. Laut Menschenrechtsorganisationen wird mitunter teuren Patienten oder Menschen mit Behinderungen ärztliche Suizidhilfe oder Tötung ungefragt als Ausweg aus schwierigen Lebenssituationen nahegelegt. Interessenvertretungen von Menschen mit Behinderungen haben deshalb kürzlich vor Gericht Beschwerde gegen einen Passus im Sterbehilfegesetz eingelegt.**

Kanada hat seit 2016 eine Sterbehilferegelung. Das kanadische Parlament beschloss die sogenannte Bill C-14 nach einem Urteil des höchsten Gerichts, wonach das bis dahin geltende Verbot der Sterbehilfe im Strafgesetzbuch gegen die kanadische »Charter of Rights and Freedoms« verstieß. Die sogenannte Medical Assistance in Dying (MAiD) stand seit 2016 zunächst Menschen mit einer schweren, unheilbaren Krankheit zur Verfügung, deren natürlicher Tod »vernünftigerweise vorhersehbar« ist. MAiD bedeutet dabei in Kanada nicht nur Suizidhilfe, sondern auch Tötung auf Verlangen. Ein Arzt oder eine Pflegekraft verabreicht dann das Sterbemedikament etwa per Infusion.

Im Jahr 2021 wurde Bill C-14 durch Bill C-7 ergänzt. Nunmehr existiert neben Track 1 – der Sterbehilfe für Schwerstkranke in Todesnähe – ein sogenannter Track 2: Auch Menschen, deren natürlicher Tod nicht unmittelbar bevorsteht, die sich aber in einem »schwerwiegenden und unabänderlichen medizinischen Zustand« befinden, dürfen Sterbehilfe in Anspruch nehmen. Anders als bei Track 1 ist eine Wartezeit von 90 Tagen vorgeschrieben. Der »schwerwiegende und unabänderliche Zustand« wird definiert als »ernste und unheilbare Krankheit oder Behinderung«.

Ärztlich unterstützte Sterbehilfe für Menschen, deren einzige Grunderkrankung eine psychische Erkrankung ist, ist allerdings auch unter Track 2 noch nicht erlaubt. Die Einführung werde bis März 2027 verschoben, teilte die Regierung im Januar 2024 mit. Diese Ankündigung folgte auf die Veröffentlichung eines Berichts des Gemeinsamen Sonderausschusses für medizinische Sterbehilfe, der Ausschuss hatte den Aufschub empfohlen.

Track 2 habe zu verfrühten Sterbefällen geführt und die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen im gesamten Land verstärkt, teilte im September 2024 eine Koalition mehrerer Interessenvertretungen von Menschen mit Behinderungen mit. Man beobachte einen alarmierenden Trend, sagte Krista Carr, Vizepräsidentin von

Inclusion Canada. Menschen mit Behinderungen würden sich für den assistierten Suizid entscheiden, weil sie sozial benachteiligt oder arm seien oder weil grundlegende Unterstützungsleistungen fehlten. Das Gesetz sende die verheerende Botschaft, »dass Leben mit Behinderung ein schlimmeres Schicksal sei als der Tod«. Damit würden jahrzehntelange Bemühungen um Gleichberechtigung und Inklusion untergraben.

In Kanada kann medizinisches Personal das Thema Suizidhilfe oder Tötung auf Verlangen ins Gespräch bringen. Mehrfach alarmierten Berichte die Öffentlichkeit, wonach der assistierte Suizid Menschen mit Unterstützungsbedarf als Ausweg nahegelegt wurde. Zum Beispiel der Fall der pensionierten Obergefreiten Christine Gauthier. »Ich bat um eine Rollstuhlrampe und bekam Sterbehilfe angeboten«, zitierte sie der *Telegraph* 2023. Die Teilnehmerin der Paralympics 2016 ist seit einem Trainingsunfall querschnittsgelähmt. Fünf Jahre habe sie vergebens für die Rampe gekämpft, berichtete sie laut dem staatlichen Rundfunksender *CBC*. »Ich habe einen Brief, in dem steht, dass wir Ihnen, wenn Sie so verzweifelt sind, medizinische Sterbehilfe anbieten können.«

Der zuständige Minister hatte dem Ausschuss dazu mitgeteilt, es habe vier oder fünf dieser Fälle gegeben, der zuständige Mitarbeiter sei mittlerweile suspendiert worden.

Über ein weiteres Beispiel berichtete ebenfalls *CBC*: Die 44-jährige Sathya Dhara, die an amyotropher Lateralsklerose (ALS) litt, einer fortschreitenden Muskellähmung, beendete ihr Leben laut ihrem Abschiedsbrief, weil sie nicht die nötige Assistenz gewährt bekam. »Letztlich war es nicht eine genetische Krankheit, die mich umgebracht hat, es war ein System«, heiße es in dem Brief. »Man ist ständig gestresst, man kämpft ständig um Dinge wie: Wie komme ich ins Bad? Wie kann ich essen? Das ist wirklich keine große Lebensqualität.«

Ein weiteres Beispiel handelt von einem Mann, der offenbar einen leichten Schlaganfall erlitten hatte. In der Folge hatte er Probleme mit dem Gleichgewicht und mit dem Schlucken. Die medizinische Prognose besagte, dass er dank therapeutischer Maßnahmen seine Fähigkeiten zurückerhalten werde. Doch der Patient entwickelte depressive Symptome, die sich durch die Isolation im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie noch verstärkten. In dieser akuten Krise habe er MAiD-Leistungen zugesprochen bekommen.

Die Nachrichtenagentur *AP* berichtete 2022 über Roger Foley, der an einer fortschreitenden Gehirnerkrankung leidet. Er nahm Gespräche ▶

**Jeder 25. Todesfall**  
Gemäß dem jüngsten Bericht von Health Canada sind 2022 mehr als 13.000 Menschen mittels MAiD gestorben, dies entspricht 4,1 Prozent aller Todesfälle in Kanada. Der Zuwachs gegenüber 2021 betrage gut 30 Prozent. Insgesamt hätten sich seit Einführung der MAiD-Gesetzgebung im Jahr 2016 knapp 45.000 Menschen mit ärztlicher Unterstützung das Leben genommen. Männer waren 2022 leicht in der Mehrzahl gegenüber Frauen. Das Durchschnittsalter habe 77 Jahre betragen. Krebs sei mit 63 Prozent die am häufigsten genannte zugrundeliegende Erkrankung gewesen, gefolgt von Herz-Kreislaufkrankungen.

► im Krankenhaus heimlich auf, als die Mitarbeiter begannen, ihn zur Sterbehilfe zu überreden. Bei einem Gespräch dachte Foley zunächst, es gehe um Aussichten seiner Therapie. Doch nicht ein Arzt, sondern der Ethikdirektor des Krankenhauses war zu ihm gekommen. Zunächst hielt der dem Kranken vor, wie teuer seine Behandlung sei. Jeder Tag im Krankenhaus koste »mehr als 1.500 Dollar«.

Foley erwiderte, dass dieses Gespräch ihn belaste und er gern über seine Langzeitpflege sprechen würde. Daraufhin sagte der Ethikdirektor: »Roger, das ist nicht mein Job. Mein Job ist es, zu sehen, ob Sie ein Interesse an Sterbehilfe haben.« Foley selbst gibt an, darüber nie gesprochen zu haben. Catherine Frazee, Professorin an der Ryerson University in Toronto, sagte der AP, dass nur die wenigsten Fälle dieser Versuche, Patienten zu überreden, bekannt würden.

Menschenrechtsgruppen beklagen, dass das Land nicht genügend Schutzmaßnahmen für verletzte Gruppen vorsehe. Hingegen werde das Gesundheitspersonal angehalten, die assistierte Tötung auch denen vorzuschlagen, die selbst gar nicht erwogen hätten, sich das Leben zu nehmen. Es gehe dabei um Menschen, die eine kostspielige Behandlung benötigten, aber keine angemessene staatliche Unterstützung erhielten.

Zu dieser Beobachtung passt ein dreiminütiges Youtube-Video mit dem Titel »All is Beauty«, das eine Zeitlang mit stark romantisierenden Bildern für Sterbehilfe warb, derzeit aber in der Originalfassung nicht mehr zu sehen ist. Die Protagonistin in dem Video war Jennyfer Hatch, damals 37. Gezeigt werden ihre letzten Tage, bevor sie mit medizinischer Hilfe starb. Man sieht Hatch am Strand, mit Freunden, die Bilder sind mit emotionalisierender Musik unterlegt.

CTV, der größte englischsprachige private Fernsehsender Kanadas, bestätigte im Nachhinein, dass es sich bei Hatch um dieselbe Frau gehandelt habe, die Monate zuvor mit ihnen über ihre gescheiterten Versuche gesprochen habe, eine geeignete Behandlung für das Ehlers-Danlos-Syndrom zu finden, eine seltene, nicht heilbare, schmerzhafte Erkrankung, bei der die Patienten an übermäßig dehnbarer Haut und Bindegewebe leiden.

Die positiv gefärbte öffentliche Berichterstattung über den Tod kranker Menschen oder von Menschen mit Behinderungen führt, so Kritiker, zu einer wachsenden Nachfrage nach MAiD-Leistungen, ein Phänomen der »Ansteckung«, das in der Wissenschaft als Werther-Effekt bekannt ist.

Ramona Coelho, Experte für Familienmedizin und Mitgründerin der Organisation »Physi-

cians together with vulnerable Canadians«, hat zusammen mit anderen Forschenden empirische Untersuchungen, offizielle Statistiken, Kommissionsberichte und Medienbeiträge ausgewertet, um die problematischen Folgen des MAiD-Gesetzes zu untersuchen.

Sie fürchtet, dass die Öffentlichkeitsarbeit der Lobbyorganisationen für Sterbehilfe die öffentliche Wahrnehmung beeinflusse und Folgen für vulnerable Menschen habe. Coelho und ihre Kollegen berichten von einer Befragung aus dem Jahr 2021, in der knapp 36 Prozent der MAiD-Antragstellenden angaben, sich als Last für Familie, Freunde oder Pflegenden zu empfinden.

Sichtweisen, die den assistierten Suizid für Menschen mit Behinderung erwägen, haben bereits Eingang in die wissenschaftliche Diskussion gefunden. Ein Beispiel sind die Positionen von Alexandre Baril, Assistant-Professor an der Universität Ottawa. In einem Aufsatz für *Disability Studies Quarterly* vertritt er die Auffassung, dass Menschen mit Suizidwünschen diskriminiert und unterdrückt

würden, wenn sie an der Verwirklichung ihrer Absichten gehindert werden. Das sei »ableism«, eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung aufgrund körperlicher oder psychischer Beeinträchtigungen. Seinen Ansatz nennt Baril »kritische Suizidologie«.

Amy Mullin, Philosophie-Professorin an der Universität Toronto, forderte in einem Kommentar im *Journal of Medical Ethics* Suizidhilfe für Menschen, die »in sozial ungerechten Situationen« leben. Auch Menschen, die unter »ungerechten Bedingungen« lebten – die beispielsweise keinen Zugang zu angemessener Assistenz oder entsprechendem Wohnraum haben –, könnten autonome Entscheidungen treffen.

Dafür, dass ihre Entscheidung nicht autonom sei, gebe es keine Belege. Dies anzunehmen, sei paternalistisch und spreche den Betroffenen auch in anderen Lebensbereichen Autonomie ab. Ihren Wunsch nicht zu akzeptieren, sei eine »epistemische Ungerechtigkeit«, da ihnen aufgrund ihrer Zugehörigkeit zur Gruppe behinderter Menschen nicht geglaubt werde.

Medizinisches Personal könne ihre Einschränkungen und Kompetenzen beurteilen, aber nicht, ob ihre Autonomie durch äußere Bedingungen beeinträchtigt sei. Dass ihre sozialen Bedingungen sich verbesserten, sei nicht abzusehen. Jedenfalls sei es ihnen nicht zuzumuten, darauf zu warten. Mullin bezeichnet Hilfe zur Selbsttötung für Menschen, die unter »ungerechten Bedingungen« leben, als eine Wahl des »geringeren Übels« und als Weg zur »Schadensbegrenzung«.

### Sichtweisen, die den assistierten Suizid für Menschen mit Behinderung erwägen, haben Eingang in die wissenschaftliche Diskussion gefunden.

### »Druck, aus dem Leben zu scheiden«

Dass ärztliche Hilfe zum Suizid und zur Tötung von Patient\*innen in Kanada unter bestimmten Voraussetzungen legal ist, wissen auch einige deutsche Politiker\*innen. Zum Beispiel der »Arbeitskreis Gesundheit, Pflege und Prävention« der CSU-Fraktion im bayerischen Landtag. Am 6. November ließen sich dessen Mitglieder über die Situation in Kanada informieren, ihr Gesprächspartner in München war der Allgemeinmediziner Marcus Langhans aus der Kleinstadt Comox, die in der kanadischen Provinz British Columbia liegt. Langhans wies auch darauf hin, dass inzwischen über vier Prozent aller Todesfälle in Kanada auf »Medical Assistance in Dying (MAiD)« zurückzuführen sind. Bernhard Seidenath, Sprecher des CSU-Gesundheitsarbeitskreises und ausgebildeter Jurist, äußerte sich betroffen: »Diese Erfahrungen dürfen uns nicht kalt lassen, sondern müssen uns aufrütteln. Was ursprünglich verhindert werden sollte, ist nun in Kanada eingetreten: ein Druck, aus dem Leben zu scheiden, etwa um anderen nicht zur Last zu fallen.« Tod dürfe aber »für Ärzte keine Therapieoption« sein, betonte Seidenath. In seinem Fazit sagte er, das Land Bayern sei mit dem weiteren Ausbau der Hospiz- und Palliativ-Versorgung »auf dem besseren Weg«.



# Abstimmung noch vor der Wahl?

Gesetzentwürfe pro »Widerspruchsregelung« werden beraten

## Kritische Argumente von Betroffenen

Stimmen von Menschen, die keine guten Erfahrungen mit dem Transplantationsbetrieb gemacht haben, kommen in den offiziellen Kampagnen pro »Organspende« kaum vor. Über die Schattenseiten berichtet zum Beispiel der Verein Kritische Aufklärung Organtransplantation (KAO), laut Selbstdarstellung eine Initiative »gegründet von Eltern, die im Schockzustand ihre verunglückten Kinder zur Organspende freigegeben haben, ohne die Hintergründe zu diesem Zeitpunkt genau genug zu kennen« – und die ihre Entscheidung später »bitter bereut« haben.

Angeichts der politischen Ankündigungen zur Einführung einer sogenannten Widerspruchsregelung hat KAO im November 2024 ein ausführliches, lesenswertes Argumentationspapier veröffentlicht. KAO betont: »Ob einem Menschen in der letzten Phase des Sterbeprozesses Organe entnommen werden dürfen, können nur die Betroffenen selbst entscheiden. Wer keine Entscheidung getroffen hat, darf nicht ohne seinen Willen als »Organspender« behandelt werden.«

Die wieder ins Gespräch gebrachte Widerspruchsregelung verstoße gegen das Grundgesetz und ziele darauf ab, »die Uninformiertheit weiter Teile der Bevölkerung auszunutzen«, meint KAO; ihre Verfechter\*innen aus Politik und Medizin spekulierten darauf, »dass viele Menschen de facto keinen Widerspruch erklären werden – egal, ob sie hinreichend informiert sind oder nicht.«

Das ganze Papier ist online: <https://initiative-ka0.de>

**Der Bundestag hat am 5. Dezember in erster Lesung einen interfraktionellen, von rund 220 Parlamentarier\*innen unterzeichneten Gesetzentwurf beraten, der eine »Widerspruchsregelung« im Transplantationsgesetz einführen will. Ein zweiter, vom Bundesrat eingebrachter Gesetzentwurf pro »Widerspruchslösung« (→ BIOSKOP Nr. 107) wurde ebenfalls zur weiteren Beratung an den Gesundheitsausschuss überwiesen. Ob darüber noch vor der Bundestagswahl abgestimmt wird, ist fraglich – mögliche Mehrheiten sind derzeit nicht abschätzbar.**

Beide Gesetzentwürfe unterscheiden sich kaum; sie erklären »Organspende« zum neuen Normalfall in Deutschland – bedeutet konkret: Alle Menschen sollen so lange als potenzielle Organspender\*innen gelten, bis sie ihren Widerspruch ausdrücklich dokumentiert haben. Schweigen soll auch als Zustimmung gewertet werden dürfen – bis auf weiteres.

## Kein messbarer Effekt

»Organspende: Widerspruchslösung erhöht die Spendenrate nicht« steht über einer Pressemitteilung, veröffentlicht am 13. November vom Max-Planck-Institut für Bildungsforschung. Das MPIB verweist auf eine aktuelle Studie, die das Institut in Kooperation mit weiteren wissenschaftlichen Partnern erstellt hat. Untersucht wurde, ob und wie sich die Zahl der Organentnahmen in fünf Staaten verändert hat, die »bis Dezember 2019 von der ausdrücklichen zur vermuteten Zustimmung gewechselt waren«.

Ausgewertet wurde die Entwicklung in Argentinien, Chile, Schweden, Uruguay und Wales – Ergebnis laut Darstellung des MPIB: »In Übereinstimmung mit früheren Querschnittsanalysen ergab die Studie, dass die Umstellung der Standardeinstellung von Opt-in auf Opt-out in den fünf untersuchten Ländern nicht zu einem Anstieg der Organspendenraten führte.« Wer »Spenderaten« erhöhen wolle, muss nach Meinung der MPIB-Forscher\*innen dies tun: »in Transplantationskoordinierungsdienste und -infrastruktur investieren, Einzelpersonen dazu ermutigen, mit ihren Angehörigen über ihre Spendenwünsche zu sprechen, und medizinische Teams darin schulen, schwierige Gespräche mit Familien zu führen.«

Denn am praktischen Vorgehen im Ernstfall des »Hirntods« würden beide Gesetzentwürfe im Kern kaum was ändern. Sie bedeuten jedenfalls nicht, dass Menschen, die keine Erklärung zur Organentnahme abgegeben haben, nach Feststellung ihres »Hirntods« quasi automatisch explantiert würden. Vielmehr würde auch künftig im Prinzip so gehandelt werden müssen, wie das nach geltender – Fremdbestimmung ja durchaus ermöglichenden – Rechtslage vorgeschrieben ist. Liegt keine Erklärung des potenziellen, volljährigen Organgebers vor, müssten auch gemäß der vorgeschlagenen Widerspruchskonzepte letztlich die Angehörigen stellvertretend für den Betroffenen entscheiden.

Ganz vorn über dem interfraktionellen Entwurf steht Sabine Dittmar (SPD), Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit. Zu den Unterzeichner\*innen gehören auch einflussreiche Politiker\*innen wie Jens Spahn (CDU), Janosch Dahmen (Grüne), Petra Sitte (Linke) und Karl Lauterbach (SPD).

In der rund 70-minütigen Aussprache am 5. Dezember ergriffen überwiegend Befürworter\*innen das Wort. Dittmar war auch die erste Rednerin, mit Blick auf die derzeit geltende Rechtslage sagte sie: »Ein Weiter-so ist für mich, ist für uns kein Weg. Lassen Sie uns mit der Widerspruchsregelung ein Zeichen setzen für das Leben und die Hoffnung.« Notwendig sei ein »Paradigmenwechsel in der Organspende, damit todkranke Mitmenschen eine Überlebenschance erhalten«. In ähnlicher Tonlage äußerten sich weitere Parlamentarier\*innen, alle Reden sind im Plenarprotokoll vom 5. Dezember nachzulesen.

## Weitere Reformidee angekündigt

Möglich ist, dass kurzfristig noch ein Gesetzentwurf nachgelegt wird, der sich gegen die Einführung einer Widerspruchsregelung positioniert. Das zu tun, hatte Anfang November eine interfraktionelle Gruppe jedenfalls angekündigt, darunter Lars Castellucci (SPD), Kirsten Kappert-Gonther (Grüne), Stephan Pilsinger (CSU) und Kathrin Vogler (Linke).

Pilsinger, der eine Widerspruchsregelung als »toxisch für die gute Sache der Organspende« einschätzt, hat die Bundesregierung gefragt, ob ihr wissenschaftliche Studien bekannt seien, die eine »signifikante Steigerung der Organspenden« nach Einführung einer solchen Rechtslage belegten. Am 18. November antwortete Staatssekretärin Dittmar. Konkrete Studien benannte sie zwar nicht, behauptete aber, Untersuchun-

Kurz vor der Bundestagswahl sollen noch Gesetzentwürfe zum sensiblen Thema »Organspende« im Schnellverfahren im Parlament beraten und abgestimmt werden – die brisanten Ziele: Einführung einer sogenannten Widerspruchsregelung, außerdem massive Ausweitung von Organentnahmen bei Gesunden. BioSkop e.V. warnt dringend vor beiden Vorhaben. Mit der Stellungnahme »Organentnahme und das Recht auf freie Entscheidung« fordert BioSkop die Parlamentarier\*innen auf, fremdbestimmte Organentnahmen endlich per Gesetz ausnahmslos auszuschließen. Außerdem dürfen nur noch solche Materialien zur »Organspende« aus Steuergeldern finanziert werden, die nachweislich geeignet sind, neutral und ergebnisoffen aufzuklären. Die 4-seitige Stellungnahme, die Sie gern digital weiterleiten können, steht auf [www.bioskop-forum.de](http://www.bioskop-forum.de) zum Download bereit. Wir drucken hier Abschnitt V, der an den Bundestag appelliert, per Gesetz andere Prioritäten zu setzen:

## Fremdbestimmung ausschließen, Neutralität wahren

**W**ir fordern: Fremdbestimmte Explantationen darf es nicht mehr geben! § 4 des Transplantationsgesetzes (TPG), der die Organentnahme »mit Zustimmung anderer Personen« regelt, muss ersatzlos gestrichen werden.

Wer zu Lebzeiten sein oder ihr »nein« zur Organentnahme nicht dokumentiert hat oder zu seiner/ihrer Haltung geschwiegen hat, darf auf keinen Fall (nach Eintritt des »Hirntods«) explantiert werden, eine **stellvertretende Entscheidung durch andere Personen darf nicht mehr zulässig sein**. Der Gesetzgeber sollte endlich beschließen, dass Organentnahmen ausnahmslos nur dann legal sind, wenn der betroffene Patient zuvor schriftlich eingewilligt hatte – und zwar nach dokumentierter, ergebnisoffener, ausführlicher, kostenfreier Aufklärung durch anerkannte unabhängige Stellen.

Um sicherzustellen, dass eine solche Erklärung möglichst dem aktuellen Willen entspricht, sollte eine **schriftliche Vorab-Einwilligung in die Organentnahme maximal drei Jahre alt** sein, wenn sie rechtsverbindlich sein soll. Wer seine Bereitschaft zur Organentnahme erklären und bestätigen will, müsste dann jeweils aktiv werden und seine Erklärung pro Organentnahme regelmäßig aktualisieren. Das kann auch dazu beitragen, sich über aktuelle Entwicklungen in der Transplantationsmedizin auf dem Laufenden zu halten, was eine informierte Entscheidung stützen kann. Eine

Verpflichtung oder gar **Zwang, die persönliche Haltung zur Organentnahme zu dokumentieren, darf es nicht geben**.

Der Gesetzgeber muss zudem Sorge dafür tragen, dass Kampagnen zum Thema Organentnahme und Transplantationsmedizin nur noch dann aus öffentlichen Mitteln finanziert werden, wenn sie **neutral aufklären** und nachweislich die **Ergebnisoffenheit** einer Entscheidung für oder gegen eine Organentnahme betonen. **Emotionalisierung** ist gerade bei diesem sensiblen Thema zu vermeiden, der sachlich nicht korrekte Begriff der »Spende« sollte hier nicht weiter benutzt werden. Die Qualität der staatlichen **Aufklärungskampagnen und -materialien** ist unabhängig, unter Einbeziehung der Zivilgesellschaft, regelmäßig zu **evaluieren**. Moralisierende Bewertungen, denen zufolge die individuelle Bereitschaft pro »Organspende« die gesellschaftliche »Normalität« sein soll, sind schon angesichts der tatsächlichen Transplantationszahlen nicht korrekt. Sie polarisieren und untergraben das Vertrauen, dass der Staat in dieser sehr persönlichen Frage neutral sei.

Vor diesem Hintergrund sollte das in § 1 TPG benannte Ziel des Gesetzes, »die Bereitschaft zur Organspende in Deutschland zu fördern«, **korrigiert werden**. Neutral wäre eine Formulierung wie diese: »Zweck des Transplantationsgesetzes ist es, die Rechtsgrundlagen für Organentnahmen und Transplantationen in Deutschland zu regeln.«

► gen zu Erfahrungen anderer Länder zeigten, dass die Einführung einer Widerspruchsregelung »zu einer erhöhten Verfügbarkeit von Organen beitragen kann, wenn zudem weitere strukturelle und organisatorische Maßnahmen ergriffen werden«.

Offen ist, ob ein Gesetzentwurf zwecks

massiver Förderung von Lebendorganspenden, vorgelegt von Lauterbach, auch noch vor der Wahl beraten wird. Der Gesetzentwurf, verabredet noch in der Ampel-Regierung (→ BIOSKOP Nr. 107), wurde Anfang Oktober in den Bundestag eingebracht, stand dort bisher aber nicht auf der Tagesordnung. *Klaus-Peter Görlitzer*

### Fragwürdige Begriffe

Die BioSkop-Stellungnahme »Organentnahme und das Recht auf freie Entscheidung« hinterfragt auch Begriffe, die oft gezielt, aber auch unreflektiert benutzt werden – Leseprobe:

»Der Begriff »Organspende« ist in der politischen, medizinischen, werbenden Kommunikation allgegenwärtig, wenn es darum geht, chirurgische Eingriffe zu umschreiben, bei denen Menschen Körperstücke entnommen werden, etwa Nieren, Leber, Herz, Lunge, Bauchspeicheldrüse, Darm. Eine Spende ist, zivilrechtlich gesehen, eine Schenkung. Der Begriff meint laut § 516 BGB eine freiwillige, unentgeltliche, einvernehmliche »Zuwendung, durch die jemand aus seinem Vermögen einen anderen bereichert«. Gespendet bzw. verschenkt werden also Geld und Sachen. Vor diesem Hintergrund ist der ständig kommunizierte, emotionalisierende Begriff der »Organspende« grundsätzlich zu hinterfragen: Gehören der Körper, seine Teile und Materialien tatsächlich zum Vermögen des Einzelnen, die nach Belieben verschenkt oder auch verkauft werden können? [...]

In Appellen und Werbekampagnen pro »Organspende« wird regelmäßig auch auf den so genannten »Organmangel« verwiesen, den es zu beheben oder zu lindern gelte. Auch dieses sprachliche Bild, das offensichtlich emotionalisieren soll, ist irreführend. Menschliche Organe sind keine beliebig beschaffbaren Produkte. Sie sind auch keine Arzneimittel oder Medizinprodukte, die auf Bestellung produziert werden können und auf die jede/r Krankenversicherte zeitnah einen Anspruch hat.«

# ePA für alle?

## Elektronische Patientenakte soll 2025 flächendeckend kommen

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

[widerspruch-epa.de](https://widerspruch-epa.de)

Wer die neue elektronische Patientenakte (ePA) nicht will, muss aktiv werden – und Widerspruch bei ihrer oder seiner Krankenkasse einlegen. Zwar müssen die gesetzlichen Kassen alle Versicherten darauf hinweisen und auch seriös über die ePA informieren. In der Praxis läuft das aber nicht immer so wie vom Gesetzgeber gedacht (→ Seite 9).

Tipps zum Widerspruch und weitere, hilfreiche Infos stehen auf der unabhängigen Webseite

<https://widerspruch-epa.de>

Betreiber des Online-Projekts ist der Verein Patientenrechte und Datenschutz. Gemeinsam mit mehreren Bündnispartnern – darunter Attac und die Mediziner\*innen-Organisationen Mezis und Freie Ärzteschaft – erklären die ehrenamtlichen Datenschützer\*innen, was sie antreibt: »Unser Ziel ist es, dass Sie die Kontrolle über Ihre Daten behalten.« Beim korrekten Formulieren eines Widerspruchs gegen die ePA-Nutzung – in Fachkreisen »opt-out« genannt – soll ein Generator helfen. Gemeint ist ein digitales Werkzeug, das verschiedene Varianten für ein Widerspruchsschreiben erzeugt, je nach persönlichem Bedarf. Möglich ist zum Beispiel auch, nicht der gesamten ePA zu widersprechen, sondern nur der Weiterleitung der ePA-Daten an das Forschungsdatenzentrum (→ Seite 10).

Antworten auf häufige Fragen zur ePA sind ebenfalls auf <https://widerspruch-epa.de> zu finden. Wer über aktuelle Entwicklungen informiert werden will, kann zudem einen newsletter gratis abonnieren.

**Mitte Februar 2025 sollen die gesetzlichen Krankenkassen für ihre 73 rund Millionen Versicherten automatisch die elektronische Patientenakte (ePA) einrichten. Wer das nicht will, muss aktiv werden und Widerspruch einlegen. Gute Gründe dafür gibt es, zumal die Informationspolitik zu diesem digitalen Großprojekt ziemlich lückenhaft ist – worauf auch Daten- und Verbraucherschützer\*innen hinweisen. Zudem bezweifeln manche Kliniken und Ärzt\*innen, dass sie gut genug auf den Einsatz der neuen Technik vorbereitet sind.**

Das Bundesgesundheitsministerium wirbt für sein digitales Großprojekt mit dem Slogan »ePA für alle« und hat dazu eigens eine Webseite namens [www.epa-vorteile.de](http://www.epa-vorteile.de) eingerichtet. Zu lesen ist da, die ePA werde »den Austausch und die Nutzung von Gesundheitsdaten zwischen allen behandelnden Leistungserbringern verbessern«. Von Beginn an würden Medikationslisten, Arzt- und Befundberichte in die ePA eingestellt und auch für die Versicherten einsehbar, ab 2026 sollen dann auch Laborbefunde hinzukommen.

Vorausgesetzt, die Technik funktioniert zuverlässig. Erprobt wird sie ab 15. Januar in einer 4-wöchigen Versuchsphase in den drei Modellregionen Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Franken. Viele Akteur\*innen

im Gesundheitswesen sind skeptisch, ob technisch alles glatt gehen wird. Zum Beispiel die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG): Ende November teilte sie mit, eine von ihr beauftragte »Blitzumfrage« habe ergeben, dass jede dritte Klinik (34 Prozent) technisch »nur wenig« auf den ePA-Start vorbereitet sei. Die DKG fordert daher, die Pilotphase über den 15. Februar 2025 hinaus zu verlängern.

Die Stiftung Gesundheit veröffentlichte Anfang Dezember eine Umfrage, derzufolge von über niedergelassenen 700 Ärzt\*innen, die sich äußerten, 48,5 Prozent angaben, »nur geringe oder gar keine Vorkenntnisse« zur ePA zu besitzen. »Vor allem bei Haftungsfragen, Zugriffsberechtigungen und der Datenübertragung in die ePA fühlen sich rund 60 Prozent der Ärzte noch nicht ausreichend informiert«, bilanziert die Stiftung Gesundheit. Nur 9 Prozent schätzten sich laut Umfrage als »gut und sicher vertraut« im Umgang mit der neuen ePA-Technik ein.

Erhebliche, teils rechtlich problematische Mängel gibt es auch bei der Information der Versicherten, zu leisten vor allem durch ihre Krankenkassen. Anschaulich gezeigt hat dies eine Analyse des Verbraucherzentrale Bundesverbandes (→ Seite 9).

Die Bundesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit, Prof. Louisa Specht-Riemenschneider, sah sich Mitte Oktober veranlasst, alle gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen anzuschreiben – Thema: das Widerspruchsrecht gegen die Einrichtung der ePA. Specht-Riemenschneider wies die Kassen darauf hin, dass es nicht zulässig sei, den Eindruck zu erwecken, dass ein Widerspruch nur auf einem bestimmten Weg, etwa online, eingelegt werden könne. Ein Widerspruch sei zum Beispiel auch postalisch oder telefonisch gültig. Zudem seien nicht alle Bürger\*innen online unterwegs. Krankenkassen müssten, falls Versicherte dies wünschen, ihnen auch einen Papierausdruck des umfangreichen Informationsmaterials kostenfrei schicken.

Die Datenschutzbeauftragte hat weitere, erhebliche Bedenken, nachzulesen auf der

Homepage <https://www.bfdi.bund.de> ihrer Behörde.

Die Ausgestaltung der ePA verstoße gegen die Datenschutzgrundverordnung – Begründung: »Menschen, die kein eigenes geeignetes Endgerät besitzen oder keines benutzen wollen (die

sogenannten »Frontend-Nichtnutzer« ohne App), bekommen nur ein eingeschränktes Zugriffsmanagement zu ihrer ePA.« Konsequenz: »Diese Versicherten werden in ihrer Patientensouveränität beschränkt. Anders als Frontend-Nutzer können sie nicht mit hoher Genauigkeit festlegen, wer welche Daten sehen darf.«

Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) sagt nicht nur voraus, dass mittels der in der ePA gespeicherten Daten die Behandlung bei Ärzt\*innen, im Krankenhaus und im Notfall »entscheidend« verbessert werde. Er betont auch: »Besonders wichtig: Die ePA eröffnet neue Chancen für die Forschung, insbesondere für KI in der Medizin.«

Klar ist, dass im Rahmen solcher Ambitionen die ePA eine Schlüsselrolle spielen soll, sie ist eine wichtige Datenquelle für das neue deutsche Forschungsdatenzentrum und den entstehenden »Europäischen Gesundheitsdatenraum« (→ Seite 10). Den Überblick zu behalten, wofür

*Fortsetzung auf Seite 9 >*

»Die ePA eröffnet neue Chancen für die Forschung, insbesondere für KI in der Medizin«, sagt Karl Lauterbach.

## Auffällige Informationsmängel

**Die Krankenkassen sind gesetzlich verpflichtet, ihre Mitglieder über die elektronische Patientenakte (ePA) vor deren Bereitstellung zu informieren – umfassend, verständlich, barrierefrei. Das tun viele aber nur »unzureichend«, kritisiert der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) und fordert die Kassen auf, »nachzubessern und die gesetzlichen Anforderungen zu erfüllen«.**

Der vzbv hat die Anschreiben von 14 Krankenkassen analysiert, mit denen sie ihre Versicherten über die Einführung der ePA informieren. Anschreiben weiterer gesetzlicher Kassen lagen dem vzbv zum Stichtag 29. Oktober nicht vor. Die am 2. Dezember veröffentlichte Untersuchung habe ergeben, dass die Krankenkassen »insbesondere über die Vorteile der ePA« informieren. Wobei allerdings meist nicht erwähnt werde, dass beim Start der ePA »nur ein kleiner Teil der angekündigten Anwendungen verfügbar« sein werden. Lediglich in einem der 14 untersuchten Anschreiben stehe, dass die ePA »anfangs leer« sein werde und Diagnosen, Befunde und Medikationen »erst nach und nach eingepflegt« werden müssen.

»Nicht angesprochen« würden in den Kassenbriefen auch »wichtige und teils umstrittene Aspekte, beispielsweise des Datenschutzes«. Dass Versicherte der Einrichtung ihrer persönlichen ePA widersprechen können, werde aber in allen 14 ausgewerteten Schreiben erwähnt. Allerdings recht unterschiedlich: »Einige Krankenkassen weisen ausschließlich auf ein Online-Widerspruchsformular hin, das über einen QR-Code oder eine Internetseite mit persönlichem Zugangscodes erreichbar ist. Andere verlangen, dass die Versicherten ihren Widerspruch auf dem Postweg einreichen.« Die Möglichkeit, auch telefonisch widersprechen zu können, tauche in den Anschreiben gar nicht auf.

Thomas Moormann, Gesundheitsexperte beim vzbv, betont hingegen: »Die Krankenkassen dürfen den Versicherten nicht vorschreiben, wie der Widerspruch gegen die ePA zu erfolgen

hat. Das setzt unangemessene Hürden und entspricht nicht den gesetzlichen Vorgaben.« Zudem werde nicht in allen der ausgewerteten Kassenschreiben darauf hingewiesen, dass Versicherte das Recht haben, der Anlage und Nutzung der ePA »jederzeit« zu widersprechen.

Mindestens fragwürdig ist, dass ein rund 40 Seiten starkes Informationsdokument, gemäß § 343 Abs. 1a SGB V erstellt vom Spitzenverband der Krankenkassen in Abstimmung mit der Bundesbeauftragten für den Datenschutz, von den analysierten Kassen offenbar nicht per Briefpost an die Versicherten geschickt wurde und wird. »In allen untersuchten Anschreiben verweisen die Krankenkassen für dieses Informationsdokument nur auf ihre jeweiligen Internetseiten«, bemerkt der vzbv. Zudem sei das für die Aufklärung zentrale Dokument auf den angeschauten Webseiten »teilweise schwierig auffindbar«. Und außerdem zu bedenken: »Versicherte ohne internetfähiges Endgerät werden so von den Informationen ausgeschlossen.«

Fazit der Verbraucherschützer\*innen: »Die analysierten Versichertenanschriften der Krankenkassen erfüllen aus Sicht des vzbv somit in mehreren Aspekten nicht die gesetzlichen Anforderungen. Neben inhaltlichen Defiziten schränken die Krankenkassen die Kommunikationskanäle zur Widerspruchsäußerung in unzulässiger Weise ein.«

Für die Versicherten sei es auf Basis solcher Anschreiben »schwer, die wesentlichen Merkmale und das Für und Wider zur ePA zu erfassen und eine informierte Entscheidung über deren Nutzung zu treffen«. Der vzbv fordert deshalb die Krankenkassen auf, ihre Informationspolitik zu verbessern und »neutral über Nutzen und Risiken der ePA zu informieren«.

*Klaus-Peter Görlitzer* 

**Die Analyse »Versicherteninformationen zur elektronischen Patientenakte«, die auch Zitate aus einigen der untersuchten Kassenschreiben anführt, steht auf der Webseite des Verbraucherzentrale Bundesverband zum kostenlosen Download bereit: <https://www.vzbv.de/presse/pressemitteilungen>**


### Recht auf kostenlose Erstkopie

Patient\*innen, die um eine Kopie oder einen Ausdruck ihrer persönlichen Behandlungsunterlagen bitten, stoßen bei manchen Ärzt\*innen noch immer auf Skepsis. Droht hier womöglich Ärger, eine förmliche Beschwerde bei der Ärztekammer oder gar der Rechtsweg? Dabei ist unstrittig, dass jede/r Patient ein solches Recht auf Transparenz in eigener Sache hat – und zwar gratis. Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hatte mit Urteil vom 26. Oktober 2023 (Aktenzeichen C-307/22) festgestellt, dass alle Patient\*innen einen Anspruch auf eine unentgeltliche erste Kopie der sie betreffenden Akte haben. Mit Verweis auf dieses EuGH-Urteil hat die Konferenz der unabhängigen Datenschutzaufsichtsbehörden des Bundes und der Länder am 11. September 2024 eine Entschließung gefasst – Überschrift: »Recht auf kostenlose Erstkopie der Patientenakte kann durch eine nationale Regelung nicht eingeschränkt werden!« Im Blick haben die Datenschützer\*innen dabei den BGB-Paragraphen 630g Abs. 2, in dem steht, dass Patient\*innen dem Behandelnden »die entstandenen Kosten« für die Abschriften seiner Patientenakte zu erstatten haben. Die deutschen Datenschutzbehörden weisen mit ihrer Entschließung darauf hin, dass »dringender Handlungsbedarf« für den Bundesgesetzgeber bestehe, die Vorgaben des BGB im Sinne des EuGH-Urteils zu ändern. Das gelte außerdem auch für die Berufsordnungen der Heilberufskammern und deren Regeln zur Kostenerstattung für die Herausgabe von Kopien aus der Patientenakte.

### › Fortsetzung von Seite 8

die verschlüsselten Daten von wem genutzt werden, ist für Versicherte allerdings ziemlich schwierig.

Das gilt auch für alle Bürger\*innen, die im Prinzip bereit sind, Daten für medizinische Forschung zur Verfügung zu stellen, aber bestimmte Projekte lieber nicht unterstützen wollen. Auf der Webseite der Bundesdatenschutzbeauftrag-

ten erfährt man dazu: »Grundsätzlich werden zukünftig die ePA-Daten an das Forschungsdatenzentrum übertragen. Von dort aus können sie pseudonymisiert für die Forschung abgerufen werden. Versicherte können der Nutzung ihrer Daten zu Forschungszwecken widersprechen. Allerdings nur für alle Daten und auch nicht für bestimmte Forschungszwecke.« 

# BigBrotherAward für Karl Lauterbach

Warum der Bundesgesundheitsminister diesen Preis verdient hat

**Thilo Weichert (Kiel), Mitglied der Deutschen Vereinigung für Datenschutz und des Netzwerks Datenschutzexpertise**

**Es ist ein Preis, auf den wohl niemand so richtig scharf ist: der BigBrotherAward. In diesem Jahr wurde auch Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) ausgezeichnet. Warum und wofür, erfährt man in der Laudatio, die der renommierte Datenschützer und Jurist Thilo Weichert am 11. Oktober in Bielefeld gehalten hat. Wir drucken hier (leicht gekürzt) seine ausführliche Rede.**

Den BigBrotherAward 2024 in der Kategorie Gesundheit erhält Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach für den Europäischen Gesundheitsdatenraum – neudeutsch European Health Data Space oder kurz EHDS –, den er mitverantwortet hat. Und für dessen nationale Umsetzung mit dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG). Diese beiden Gesetze erlauben die Verarbeitung all unserer hochsensiblen Gesundheitsdaten, etwa von Hausarztbesuchen oder Krankenhausbehandlungen, nach einem weitgehend unbestimmten Verfahren und ohne die nötigen Schutzvorkehrungen.

Ich war lange ein Fan von Karl Lauterbach: Nach dem wenig beschlagenen Gesundheitsminister Jens Spahn hatte ich – nicht zu Unrecht – die Hoffnung auf mehr fachliche Kompetenz. Doch beim Thema Datenschutz im Gesundheitsbereich knüpft Herr Lauterbach nicht nur voll bei seinem Vorgänger an – er verschlimmert dessen verfassungswidrige Pläne zur sogenannten Sekundärnutzung von Gesundheitsdaten sogar.

Bislang wurde vor allem mit Sorge über die flächendeckende Einführung der elektronischen Patientenakte diskutiert. Diese ePA ist aber nur ein Baustein im größeren Plan mit dem Namen »Europäischer Gesundheitsdatenraum«. Das EHDS-Gesetz wurde unter Gesundheitsminister Lauterbach zu Ende verhandelt und wird in Kürze in Kraft treten. Es sieht die Digitalisierung des Gesundheitswesens in allen EU-Staaten vor. Das könnte eine gute Sache sein. Bloß sollen die Gesundheitsdaten nicht nur dafür eingesetzt werden, Diagnose und Therapie zu verbessern. Das Hauptziel ist die Nutzung der Gesundheitsdaten für sogenannte sekundäre Zwecke.

Was darunter fällt? Sehr vieles! Unsere Behandlungsdaten aus Praxen und Krankenhäusern sollen u.a. verwendet werden: für Tätigkeiten im »öffentlichen« Interesse der Gesundheit – wobei nicht ausgeschlossen ist, dass dabei auch private Unternehmen ihre Profitinteressen verfolgen, für die Unterstützung öffentlicher Stellen – wobei völlig unklar ist, was darunter zu

verstehen ist, für wissenschaftliche Forschung einschließlich der Entwicklung von Produkten und Diensten und dem Training sogenannter künstlicher Intelligenz.

Wir müssen uns bewusst machen, dass mit den neuen Gesetzen ein zentraler Grundsatz der Medizin über Bord geworfen wird: die ärztliche Schweigepflicht. Hippokrates hat vor über 2.000 Jahren sich und die gesamte Ärzteschaft zur Verschwiegenheit verpflichtet, damit eine Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient entstehen kann – die Voraussetzung für die bestmögliche Behandlung. Dieses Vertrauen leidet, wenn die Patientengeheimnisse an Dritte weitergegeben werden wie im EHDS vorgesehen – ohne ausreichende Schutzmaßnahmen.

Die Politik hat während der Corona-Pandemie erkannt, dass Gesundheitsdaten für die medizinische Forschung, die Gesundheitsplanung und für die Entwicklung neuer Therapien dringend benötigt werden. Dafür soll der EHDS den Weg frei machen. Jetzt müsste der nationale Gesetzgeber alles tun, damit bei dieser Datennutzung das Patientengeheimnis gewahrt bleibt. Lauterbachs GDNG zur Umsetzung des EHDS, das Ende März 2024 in Kraft getreten ist, macht aber unsere Gesundheitsdaten zur Beute kommerzieller und politischer Interessen.

## Spahns Werk, Lauterbachs Beitrag

Jens Spahn hat dafür beste Vorarbeit geleistet. Schon unter ihm wurde ein Forschungszentrum Gesundheit – das FDZ – beschlossen, angesiedelt unter dem Dach des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Es soll die zentrale Datensammel- und -verteilstelle für Gesundheitsdaten sein. Hier werden sämtliche Abrechnungsdaten der Krankenkassen unter Pseudonym gespeichert, ebenso künftig die Daten der ePA. Dieses FDZ sollte noch im Herbst 2024 den Vollbetrieb aufnehmen. Geplant ist unter anderem, dass die pseudonymen Datensätze der Krebsregister mit denen des FDZ verknüpft werden. Weitere Verknüpfungen sind mit dem bundesweiten Implantateregister und mit vielen weiteren Gesundheitsdatenquellen vorgesehen.

All das erfolgt pseudonym. Allerdings sind pro Datensatz so viele Merkmale über die körperliche und seelische Gesundheit hinterlegt, dass mit ein wenig Zusatzwissen leicht herauszufinden ist, wer da mit welcher Therapie behandelt wurde – das können Daten über Erbanlagen, psychische Störungen oder über seltene Krankheiten sein. Diese Re-Identifizierung

## Auszeichnungen online

BigBrotherAwards werden seit dem Jahr 2000 in Deutschland verliehen, organisiert von Digitalcourage e.V.

Der gemeinnützige Verein mit Sitz in Bielefeld ist laut Selbstdarstellung »technikaffin« und engagiert sich seit 1987 »für Grundrechte, Datenschutz und eine lebenswerte Welt im digitalen Zeitalter«. Zu den BigBrother-Preisträger\*innen in 2024 gehört neben Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach auch die Deutsche Bahn AG – Begründung: »weil sie Digitalisierung dafür einsetzt, anonymes Reisen nach und nach komplett unmöglich zu machen«. Die Auszeichnung in der Rubrik »Trend« erhielt der »Technikpaternalismus«.

Dieser Preis gelte keinem einzelnen Kandidaten, sondern weise auf »ein größeres Problem« hin, erklärt Digitalcourage. Gemeint sei nämlich »Technik, die uns bevormundet, gängelt und nervt mit Besserwisseri, die Menschen Entscheidungen abnimmt, sie lückenlos überwacht, keinerlei Abweichungen, Ausnahmen oder gar Individualismus erlaubt«. Alle Preisträger\*innen, Jürs und Lobreden aus den Jahren 2000 bis 2024 sind online nachzulesen:

<https://bigbrotherawards.de>

► würde das Ende der Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patienten bedeuten.

Die Risiken, die sich hier auftun, sind beträchtlich: Die Daten könnten durch Datenleaks in die Hände von Adresshändlern gelangen. Die Polizei darf auf die Daten zugreifen und könnte sie für strafrechtliche Ermittlungen nutzen. Auch Krankenkassen und ihre Verbände bekommen Zugriff auf das FDZ. Bislang nur, um anhand der Daten ihre Tarife zu »optimieren«, oder um auf dieser Grundlage ihren Versicherten z.B. eine günstigere Therapie zu empfehlen – an den behandelnden Ärzten vorbei. Da könnte man auch von »Bevormundung« sprechen.

So lang wie die Liste der Fragwürdigkeiten ist auch das Sündenregister der fehlenden Schutzvorkehrungen: Die Zulassung der Sekundärnutzung erfolgt nicht durch eine unabhängige Stelle, sondern durch eine Sonderabteilung des BfArM, das direkt den Weisungen des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) unterliegt. Das Genehmigungsverfahren, wer zugreifen darf, ist nicht transparent. Weder die Betroffenen noch die Öffentlichkeit erfahren, wie über die Anträge entschieden wird (über die in einem allgemeinen Register informiert werden soll).

## Unverschämtheit

Zugang zu den pseudonymen Gesundheitsdaten kann jeder anfordern, ohne auch nur irgendeine Qualifikation oder Zuverlässigkeit nachzuweisen. Den Nachweis, wie und wofür sie die Daten verwendet haben, müssen die Daten-Empfänger erst nach zwei Jahren liefern – in allgemeiner Form. Ein Beschlagnahmeverbot der Daten für Strafverfolger – wie von Datenschützern gefordert – war zunächst geplant, wurde aber von der politischen Leitung gestrichen. Die vorgesehenen Strafen im Fall eines – nachgewiesenen – Datenmissbrauchs sind minimal: Es droht ein Nutzungsverbot von maximal zwei Jahren. Theoretisch wäre zwar auch ein Strafantrag möglich. Aber dafür müssten die Betroffenen vom Datenmissbrauch überhaupt erst erfahren. Die größte Unverschämtheit besteht darin, dass den Betroffenen bei der Sekundärnutzung von pseudonymen Daten keine Auskunft- und Widerspruchsrechte zugestanden werden. Nur gegen die Einstellung der ePA-Daten in das FDZ kann man vorgehen. Die Abrechnungsdaten der Gesetzlichen Krankenversicherung landen dennoch im FDZ.

Bei Spahn waren Pharmakonzerne vom FDZ noch ausgeschlossen. Unter Lauterbach erhalten sie nun umfassend Zugang. Sie müssen lediglich einen Mitarbeiter des BfArM davon überzeugen, dass ihre Datenauswertung nützlich sei. Die Infrastruktur für die Datenbereitstellung kommt vom Staat. Die Profite aus den Datenauswertungen kommen der Industrie zugute. Die Betroffe-

nen werden nicht informiert, geschweige denn gefragt.

Wenig vertrauenerweckend ist auch, dass das BMG selbst Datenanalysen durchführen darf. Ich unterstelle nicht, dass dies direkte negative Folgen für Einzelne haben wird. In jedem Fall aber bekommt das BMG eine Datengrundlage für intransparente Auswertungen. Öffentliche Kontrolle könnte verhindern, dass Datenmissbrauch stattfindet.

Was für den Schutz des Arzt-Patienten-Verhältnisses nötig ist, wird seit vielen Jahren diskutiert und ist – eigentlich – wissenschaftlicher Konsens. Dazu gehört eine wirksame Pseudonymisierung der Daten ebenso wie Transparenz, wer die Daten zu welchen Zwecken nutzen darf. Betroffene müssen ein Recht auf Auskunft und Widerspruch haben, die Strafverfolgungsbehörden dürften keinen Zugriff auf die Daten bekommen. Und bei Missbrauch müssen saftige Strafen drohen.

## Von KI bis Kampfstoff

Nur so könnte verhindert werden, dass mit den Daten Schindluder getrieben wird – etwa die Durchführung von inhumanen Forschungsprojekten. Es gibt bislang auch keine Vorkehrungen dagegen, dass KI-Modelle mit meinen Daten so trainiert werden, dass sie Diskriminierung reproduzieren – von Frauen, von Menschen mit einer bestimmten Disposition, von Menschen aus prekären Verhältnissen, deren spezifische Bedarfe zu wenig Berücksichtigung finden. Es gibt keine Vorkehrungen dagegen, dass meine Daten für militärische Forschung zur Erhöhung der Wirksamkeit bestimmter Kampfstoffe genutzt werden. Genau das sollte aber gesetzgeberische Selbstverständlichkeit sein. Die Europäische Grundrechte-Charta und das Grundgesetz verlangen es unzweifelhaft. Das BMG weiß selbst, dass die Umsetzung des EHDS verfassungswidrig ist. Aber weder das BMG noch sämtliche Bundestagsparteien wollten diesen Umstand zur Kenntnis nehmen. Vor Gericht sind Klagen wegen der geplanten Sekundärnutzung der Gesundheitsdaten anhängig.

Unabhängig davon, wie die Gerichte entscheiden: Niemand sollte sich gehindert sehen, zum Arzt zu gehen, wenn ihm dies nötig erscheint. Die geplante Sekundärnutzung hat noch nicht begonnen und kann noch gestoppt werden. Wenn es Lauterbach mit einer datenschutzgerechten Digitalisierung des Gesundheitswesens ernst meinen würde, müsste er umgehend die gebotenen Schutzvorkehrungen auf den Weg bringen. Das hat er – Stand heute – offenbar nicht vor. Deshalb gebührt ihm der BigBrother-Award 2024 in der Kategorie Gesundheit.

Herzlichen Glückwunsch, Gesundheitsminister Professor Dr. Karl Lauterbach!

## Im Interesse auch der Industrie

Die EU-Kommission stellt auf ihrer Webseite einige Fragen zum »Europäischen Raum für Gesundheitsdaten« (EHDS), die sie selbst beantwortet. Vom EHDS werden laut EU-Kommission nicht nur Patient\*innen, Ärzt\*innen und Forscher\*innen profitieren, sondern auch Wirtschaftsunternehmen. »Ein EU-weiter Markt für elektronische Patientendaten mit denselben Standards und Spezifikationen wird der Industrie zugutekommen«, verheißt die EU-Kommission. Die Industrie werde »auch in der Lage sein, neue Geräte zu entwickeln, die Technologien der künstlichen Intelligenz nutzen«. Auch sei es »wichtig, dass die Industrie Gesundheitsdaten nutzen kann, um Innovationen zu ermöglichen, die Prävention, Diagnose und Behandlung von Krankheiten verbessern«. Deshalb wird die Industrie nach Darstellung der EU-Kommission »die Möglichkeit haben, Zugang zu Daten für die Sekundärnutzung zu beantragen und über die Zugangsstellen für Gesundheitsdaten eine Genehmigung für diesen Zugang gemäß den Vorschriften des EHDS zu erhalten«.

Diese und weitere Infos über »Elektronische Gesundheitsdienste [eHealth]« kommuniziert die EU-Kommission im Internet:

[https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care\\_de](https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care_de)

## Spezielle Wahlkreiskarte

Wer in den Deutschen Bundestag gewählt wurde, hat ein Mandat für einen Vollzeitjob erhalten. Die – sicher oft anstrengende – Tätigkeit wird aus Steuergeldern ordentlich entschädigt: Monatlich erhalten die Parlamentarier\*innen Diäten in Höhe von 11.227 Euro, die sie versteuern müssen. Hinzu kommt eine steuerfreie Kostenpauschale von 5.051 Euro, gedacht vor allem für Ausgaben im Wahlkreis, etwa die Unterhaltung eines Büros. Verkehrsmittel wie Bahn und Flugzeug dürfen die Abgeordneten kostenfrei nutzen, das gilt auch für die Amtsausstattung mit eingerichtetem Büro im Berliner Bundestagsgebäude.

Gesetzentwürfe zu lesen und zu verstehen, ist zeitaufwändig, ebenso die zahlreichen Sitzungen oder die Präsenz vor Ort im Wahlkreis. So mag es überraschen, was eine im Oktober veröffentlichte Auswertung von Abgeordnetenwatch besagt: »Fast die Hälfte der Bundestagsabgeordneten hat Einkünfte neben dem Mandat.« Die Initiative hatte die Angaben der Parlamentarier\*innen zu Nebeneinkünften analysiert, zu deren Offenlegung auf der Internetseite des Bundestages sie ja verpflichtet sind. Die Bandbreite zusätzlicher Einnahmen ist groß: Sie reicht von Vortragshonoraren und Umsätzen aus freiberuflicher Tätigkeit bis zu Aufsichtsratsvergütungen und Gewinnbeteiligungen an Unternehmen.

Die Höhen unterscheiden sich von Fall zu Fall erheblich. Wer sich dafür im Detail interessiert, findet auf [www.abgeordnetenwatch.de](http://www.abgeordnetenwatch.de) eine besondere, interaktive Wahlkreiskarte. »Wir haben die Bundestagsseiten der Abgeordneten verlinkt, so dass Sie nachlesen können, wofür die Politiker:innen das Geld bekommen haben«, schreibt die Initiative zu diesem Projekt. »Fragen an die Abgeordneten können Sie über [abgeordnetenwatch.de](http://abgeordnetenwatch.de) stellen.«

Im November hat Abgeordnetenwatch zudem eine Petition für eine »unabhängige Transparenzkontrolle« lanciert. Derzeit ist es Aufgabe der Bundestagsverwaltung, die Angaben zu Nebeneinkünften, Parteispenden und Einträgen im Lobbyregister zu überprüfen. Die Petition, gerichtet an die Fraktionsvorsitzenden im Bundestag, zielt darauf, die Prüf-Aufgaben an eine neu einzurichtende Instanz (»unabhängige Transparenzkontrolle«) zu übertragen, »deren Mitglieder demokratisch gewählt und frei von eigenen Interessen und parteipolitischen Einflüssen sind«. Bei festgestellten Verstößen müssten »wirksame Sanktionen wie hohe Ordnungsgelder verhängt und zeitnah transparent gemacht werden«, fordert Abgeordnetenwatch. Ein Vorschlag, der auch im Bundestagswahlkampf diskutiert werden könnte.

### HörensWert

»Hingehört & Nachgefragt« heißt eine Podcast-Reihe, die das Gen-ethische Netzwerk (GeN) auf seiner Webseite regelmäßig und gratis veröffentlicht. Im Fokus stehen »Informationen und Kritik zu Fortpflanzungs- und Gentechnologie«. Die jüngste Folge Nr. 32 beleuchtet den lukrativen Markt, der rund um Fortpflanzungstechnologien und Praktiken wie »Eizellspende« und »Leihmutter« entstanden ist. Ausgehend von der Leitfrage »Wem gehören die Reproduktionsmittel?« sprach Jonte Lindemann vom GeN-Team rund 45 Minuten lang mit der Sozialwissenschaftlerin Irina Herb, die auch schon mal im BIOSKOP (→ Heft Nr. 105) beschrieben hatte, wem die Fertilitätskliniken gehören und wer sie kontrolliert. Weitere Ausgaben des spannenden GeN-Podcasts thematisierten unter anderem das Genome-Editing am Menschen oder den »Zugriff auf DNA-Daten durch die Polizei«.

Immer mal wieder reinhören: [www.gen-ethisches-netzwerk.de/podcast](http://www.gen-ethisches-netzwerk.de/podcast)

Schwangerschaftsabbruch

## 73 Verbände fordern Neuregelung

**Mit einem gemeinsamen Appell fordern 73 Organisationen, vor allem Frauen- und Sozialverbände, den Bundestag auf, einem interfraktionellen Gesetzentwurf zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruch zuzustimmen.**

Der Appell, veröffentlicht am 28. November, unterstützt einen Gesetzentwurf, der am 5. Dezember in erster Lesung im Bundestag beraten wurde. »Dieses Gesetz«, schreiben die außerparlamentarischen Unterstützer\*innen, »ermöglicht, was die strafrechtliche Verankerung bisher verhindert: Ungewollt Schwangere werden endlich besser geschützt und unterstützt.«

Im Kern sieht die begehrte Neuregelung vor, Schwangerschaftsabbrüche bis zur 12. Woche zu legalisieren, die aktuell geltende Strafandrohung würde gestrichen. Die Kosten für selbstbestimmte Abtreibungen müssten die Krankenkassen übernehmen; der Zugang zum sicheren Abbruch sei im Schwangerschaftskonfliktgesetz zu regeln. Die Pflicht, dass Frauen sich vor einem Abbruch beraten lassen müssen, würde bestehen bleiben, wegfallen würde aber die dreitägige Wartefrist zwischen Beratung und Ausführung des Schwangerschaftsabbruchs.

327 Parlamentarier\*innen aus mehreren Fraktionen haben den Gesetzentwurf bereits unterzeichnet, im Bundestag gibt es derzeit 733 gewählte Mitglieder. Rechnerisch ist eine Mehrheit im Falle einer Abstimmung also durchaus in Reichweite – zumal es, wie bei ethisch aufgeladenen Themen üblich, keinen Fraktionszwang gibt. Allerdings ist ungewiss, ob das Gesetzgebungsverfahren, zu dem üblicherweise auch die Anhörung von Expert\*innen gehört, tatsächlich noch vor der vorgezogenen Bundestagswahl am 23. Februar 2025 abgeschlossen werden kann. Spitzenpolitiker\*innen aus CDU/CSU und FDP haben in öffentlichen Statements gesagt, dass sie gegen eine Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs noch in dieser Legislaturperiode sind.

Nach Ansicht der Unterzeichner\*innen des »Verbändebriefs« liegen die Fakten »längst auf dem Tisch« und die Argumente seien »ausgetauscht«; Politik, Wissenschaft und Gesellschaft hätten sich mit einer Regelung des Schwangerschaftsabbruchs außerhalb des Strafgesetzbuchs jahrelang beschäftigt. Es liege nun an den Parlamentarier\*innen, dem Gesetzentwurf zuzustimmen und damit »Geschichte« zu schreiben.

# Anonymer Krankenschein in Gefahr

Proteste gegen massive Kürzungen im Kölner Sozialetat

**Die Stadt Köln finanziert seit Juli 2023 den Anonymen Krankenschein für nicht-versicherte Menschen. Ab 2025 will die Stadt dafür kein Geld mehr ausgeben, das erfolgreiche Projekt steht vor dem Aus. Mittelkürzungen gefährden auch mehrere Projekte, die Frauen und ihre Gesundheit unterstützen. Zahlreiche Bürger\*innen und Verbände protestieren gegen den sozialen Kahlschlag – die Entscheidung im Kölner Stadtrat ist für Februar 2025 geplant.**

Der Haushaltsplan-Entwurf für die Jahre 2025 und 2026, vorgelegt am 12. November im Kölner Rat, kalkuliert mit jährlichen Ausgaben von über sechs Milliarden Euro. Er ist von massiven Einschnitten geprägt, schmerzhaft Kürzungen gibt es insbesondere im Sozialetat. Nicht mehr drin ist die Finanzierung des Anonymen Krankenscheins, für das laufende Jahr 2024 stellt die Stadt Köln dafür 416.545 Euro bereit. Die geplante Mittelstreichung betrifft nichtversicherte Menschen; das sind Obdachlose, Geflüchtete und Personen, die sich eine Krankenversicherung nicht leisten können.

Die Stadt Köln weiß aus einem eigenen Pilotprojekt, wie nichtversicherte Menschen gesundheitlich versorgt werden können, so dass ein menschlicher und wirtschaftlicher Nutzen resultiert. Denn Köln finanziert seit dem Juli 2023 den Anonymen Krankenschein. Das Gesundheitsamt und sechs freie Träger übernehmen die Sozialberatung, medizinische Diagnostik und Therapie sowie Koordinationsaufgaben. Es ist sehr viel Arbeit in Konzeption und Absprachen investiert worden. Das Projekt wird seit 18 Monaten erfolgreich umgesetzt. Der Projektbericht der Stadt für das zweite Halbjahr 2023 bescheinigt diesem Instrument eine außerordentliche menschliche und wirtschaftliche Wirkung. Trotzdem will das Sozialdezernat das Projekt zum Ende des Jahres 2024 auslaufen lassen.

Mit dem Anonymen Krankenschein erhalten auch die Ärmsten Zugang zu medizinischer Grundversorgung. Das ist nicht nur eine Frage der Menschlichkeit; es rechnet sich auch wirtschaftlich, weil verschleppte Erkrankungen und Notfallbehandlungen so häufig vermieden werden können. Nüchtern betrachtet, ist die Beendigung dieses erfolgreichen Projektes weder nachvollziehbar noch zielführend, schon gar nicht nachhaltig.

Die Stadt Köln fördert bislang die Arbeit verschiedener Frauenprojekte. Jetzt haben Oberbürgermeisterin Henriette Reker und Stadtkämmerin Dörte Diemert entschieden, im Haushaltsentwurf 2025/2026 die Förderung von Paula e.V. (Beratung von älteren traumatisierten Frauen) in Höhe von 50.000 Euro, des Handwerkerinnenhauses in Höhe von 90.000 Euro sowie der Frauenberatungsstelle FrauenLeben e.V. in Höhe von 60.000 Euro zu streichen. Auch agisra e.V., Frauen gegen Erwerbslosigkeit e.V. und das Frauengesundheitszentrum Hagazussa e.V. sollen keine institutionelle Förderung mehr bekommen.

Wenn kein Geld für Miete, Telefon/Internet und Bürobedarf mehr da ist, stehen die Beratungsstellen vor dem Aus. Dabei übernehmen diese wichtige kommunale Aufgaben, indem sie Frauen beraten, die von Gewalt betroffen sind, die erwerbslos sind oder die als Geflüchtete hilf- und orientierungslos sind. Sie beweisen seit Jahren, wie wirksam die Beratungen sind – hilfreich und ökonomisch sinnvoll.

Trotzdem soll die Förderung ersatzlos gestrichen werden, ohne Rücksicht auf Verluste.

Bürger\*innen und Betroffene protestieren auf vielfältige Weise, auch mit einer Petition (→ *Randbemerkung*). Sie fordern, dass der Anonyme Kran-

kenschein fortgeführt und mit insgesamt 800.000 Euro in 2025 und 2026 auskömmlich finanziert wird. Sie fragen sich, warum derart einschneidende Sparmaßnahmen auch bei den Frauenprojekten vom Sozialdezernat nicht abgefangen und stattdessen der Stadtkämmerin vorgeschlagen wurden.

Die Kölner Stadtfinanzen sind unbestreitbar in einer Krise. Allerdings ist der Versuch, die Haushaltssanierung auf Kosten von essenziellen sozialen Leistungen zu betreiben, kurzfristig. Das Auffangen der sozialen Folgewirkungen kommt der Stadt mittelfristig teurer. Ist die Stadt Köln tatsächlich bereit, kranke Obdachlose ihrem Schicksal zu überlassen? Frauen, denen Gewalt angetan wurde, ohne Schutz und Perspektive zu lassen – auch angesichts der zunehmenden Gewalt gegen Frauen und unzureichend finanzierter Frauenhäuser? Selbst Femizide in Kauf zu nehmen?

Die Haushaltshoheit liegt beim Rat und nicht beim Verwaltungsvorstand. Im Kölner Rat tragen derzeit Grüne und CDU die Verantwortung für die Haushaltspolitik. Sie müssen im Februar 2025 über den gesamten Etat entscheiden. Sie haben auch die Macht, Korrekturen vorzunehmen. Es wird Zeit, dass sie die geplanten Kürzungen stoppen.

**Maria J. Beckermann, Frauenärztin, Stiftung Frauen\*leben in Köln**

**Jörg Frank, bis 2020 langjähriges Ratsmitglied in Köln**

## Aufschrei

Zahlreiche Menschen in Köln engagieren sich seit Wochen gegen die geplanten Kürzungen im Sozialbereich. Anfang November wurde online die Petition »Der Anonyme Krankenschein in Köln muss bleiben!« gestartet, adressiert an Oberbürgermeisterin Henriette Reker und den Rat der Domstadt. Die Petition kann mensch weiterhin per Unterschrift unterstützen: <https://weact.campact.de/petitions/der-anonyme-krankenschein-in-koln-muss-bleiben>

Zudem haben Kölner Frauen eine Aktionswoche unter dem Motto »AUFSCHREI!« organisiert. Vom 25. November – dem Internationalen Tag zur Beseitigung von Gewalt gegen Frauen – bis zum 2. Dezember waren ihre Wut und Entschlossenheit in zahlreichen Aktionen in der Stadt Köln zu sehen und zu hören. Am 11. Dezember gab es dann eine Demonstration auf dem Ottoplatz am Bahnhof Deutz – Motto: »Köln bleibt sozial!«

**Bürger\*innen und Betroffene protestieren auf vielfältige Weise gegen die schmerzhaften Streichungen.**



# Verschlimmbesserung

## Lauterbachs Krankenhausreform unter der Lupe

**Nadja Rakowitz (Maintal), Verein demokratischer Ärzt\*innen, Bündnis Krankenhaus statt Fabrik**

**Für 2024 erwarten 80 Prozent der Kliniken betriebswirtschaftlich ein negatives Ergebnis, vielen von ihnen droht die Insolvenz. Die Krankenhauslandschaft in Deutschland ist dringend reformbedürftig. Die beschlossene Klinikreform geht jedoch in die falsche Richtung.**

Nach 20 Jahren kapitalistischer Ökonomisierung und Konkurrenz durch das Fallpauschalen-(DRG)-System und nach den Verwerfungen durch die Corona-Pandemie sind die Zustände für die Patienten und Beschäftigten so dramatisch, dass es dringend einer »Entökonomisierung« bedarf. Noch besser wäre eine Revolution.

Beides hatte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) im Herbst 2022 angekündigt und gemeinsam mit der von ihm eingesetzten Experten-Kommission ein Reformkonzept vorgelegt. Was von der Wissenschaftlichkeit der verschiedenen Kommissionspapiere zu halten ist, hat das Bündnis Krankenhaus statt Fabrik seitdem für jedes einzelne Papier vorgeführt. Im Sommer 2023 kam es dann zu einem vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) mit den Ländern abgestimmten Eckpunktepapier, worauf das im Oktober 2024 im Bundestag verabschiedete Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) wesentlich fußt.

Am 22. November wurde es im Bundesrat beraten. Vor der Tür desselben hatten sich Vertreter des Bündnis Krankenhaus statt Fabrik, Bündnis Klinikrettung, Bündnis Gesundheit statt Profite zum letzten Protest formiert. Viele Teilnehmer von den am gleichen Tag in Berlin stattfindenden Konferenzen von Ver.di zum Krankenhaus und der Partei Die Linke zur Gesundheitspolitik unterstützten den Protest und forderten die Bundesratsmitglieder auf, für den Vermittlungsausschuss zu stimmen, um so die Reform noch zu stoppen. Vergeblich.

Einige Bundesländer hatten zwar für die Anrufung des Vermittlungsausschusses (aus 16 Ländervertretern sowie 16 Bundestagsabgeordneten) gestimmt, aber die Stimmenzahl reichte nicht. Die Krankenhausreform wird also wie geplant Anfang 2025 in Kraft treten. Nun könnte es noch Klagen vor dem Bundesverfassungsgericht geben, da Bayern, Schleswig-Holstein, Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg beanstanden, dass die grundgesetzlich geregelten Planungsbefugnisse der Länder unterlaufen werden.

Lauterbachs Absicht, die Kosten der Klinik-Umstrukturierung zur Hälfte den gesetzlichen Krankenkassen aufzubürden, ist ein Rechts-

bruch und ein politischer Skandal. Denn GKV-Versichertenbeiträge sind nicht dafür da, Transformationsprozesse in der stationären Versorgung zu finanzieren, sie sind allein zur gesundheitlichen Versorgung der Versicherten zu verwenden. Die Gesetzlichen Krankenkassen überlegen deshalb auch, gegen die geplante hälftige Finanzierung des Transformationsfonds gerichtlich vorgehen.

Die Reform wird nicht bringen, was der Minister behauptet: mehr Qualität, mehr finanzielle Sicherheit für kleine Häuser, Entmachtung der Fallpauschale ... Mit der Verabschiedung des Gesetzes wurde von Lauterbach offen ausgesprochen, dass es keine Brückenfinanzierung für die von Schließung bedrohten Krankenhäuser geben wird und dass durch diese Reform in den nächsten Jahren hunderte Krankenhäuser (von aktuell ca. 1.700) geschlossen werden. Die Kritik von Krankenhaus statt Fabrik ist deshalb, dass das KHVVG nicht wie versprochen den rein betriebswirtschaftlich getriebenen kalten Strukturwandel der Kliniklandschaft stoppen, sondern im Gegenteil das Sterben insbesondere kleinerer Krankenhäuser auf dem Land verstärken wird – gleichgültig, ob diese für die Versorgung der Bevölkerung notwendig sind oder nicht.

Die geplanten Veränderungen gehen in die falsche Richtung. Krankenhäuser müssen für ungeplante und unvorhersehbare Situationen Betten, Personal und Behandlungseinrichtungen vorhalten, das verursacht über die Behandlung der Patienten hinaus Kosten, die sogenannten Vorhaltekosten. Doch die im Gesetz angekündigte und angeblich von den DRG losgelöste Vorhaltefinanzierung deckt diese Kosten überhaupt nicht ab, sondern ist mit dem Fallpauschalensystem gekoppelt und errechnet sich aus der Anzahl und Schwere der in vorangegangenen Jahren verzeichneten Behandlungsfälle. Außerdem wird die Vorhaltevergütung nur bei Erreichen von Mindestfallzahlen für diese Behandlungsfälle gezahlt, und die Höhe dieser Vergütung hängt auch noch von der Zahl der behandelten Patienten im ganzen Bundesland ab. Damit ist dieser Teil der Einnahmen für ein Krankenhaus weder planbar noch kalkulierbar.

Sinnvoll wäre es dagegen, die DRG ganz abzuschaffen und die komplette Finanzierung aller bedarfsnotwendigen Kosten für den Betrieb des Krankenhauses und damit ein Gewinnverbot einzuführen. Um wenigstens einen Teil der Vorhaltekosten zu finanzieren, wäre es das Mindeste – genau wie jetzt schon bei der Pflege – alle Personalkosten aus den DRG herauszunehmen und vollständig zu refinanzieren.

### »Mehr Patient – Weniger Fallpauschale«

heißt eine im Oktober 2024 veröffentlichte Broschüre, verfasst von Nadja Rakowitz und herausgegeben von der Rosa-Luxemburg-Stiftung. Auf 40 Seiten beleuchtet sie »Mythen und Fakten zum Krankenhauswesen«. In der Schlussbemerkung steht: »Spätestens seit Beginn der Streikbewegung für eine Personalentlastung in den Krankenhäusern 2015 haben Beschäftigte, die Gewerkschaft ver.di und andere aus Parteien und zivilgesellschaftlichen Bündnissen Konzepte für dringend benötigte Veränderungen vorgelegt: zu Personalquoten, die die Qualität der Versorgung und die dafür notwendigen Bedingungen verbindlich bestimmen; zum Selbstkostendeckungsprinzip, das die einzig sinnvolle Finanzierungsform in der Daseinsvorsorge ist; zur demokratischen Bedarfsermittlung und -planung oder zu einer solidarischen Bürgerversicherung.« Zwecks Umsetzung von Reformvorschlägen sei es wichtig, die »Bewegungen in den Betrieben und auf der Straße« zu verstärken.

Die Broschüre steht gratis zum Download bereit: <https://www.rosalux.de/publikation/id/52557/mehr-patient-weniger-fallpauschale>

➤ Zentraler Bestandteil des KHVVG ist die Einführung von 65 Leistungsgruppen (LG), denen sämtliche medizinische Leistungen (also alle DRG) der Krankenhäuser zugeordnet und mit denen bundesweit einheitliche Qualitätsstandards und Mindestanforderungen an deren personelle und technische Ausstattung festgelegt werden. Die Zuteilung der LG an die einzelnen Krankenhäuser erfolgt durch die jeweilige Landesregierung und ist Voraussetzung für die Abrechnungsberechtigung. Die Länder müssen die für jede LG bedarfsnotwendigen Kliniken und Fachabteilungen festlegen. Bundeseinheitliche Qualitätskriterien geben die jeweils notwendige Geräte- und Personalausstattung vor, die erfüllt sein müssen, um die Genehmigung für die jeweilige Behandlung zu erlangen. Da im KHVVG aber zusätzlich Mindestbehandlungszahlen für jede LG vorgesehen sind, wird aus eigentlich sinnvoller Planung ein zusätzlicher Anreiz zur Steigerung der Behandlungsfälle, der noch stärker ist als im bisherigen DRG-System. Denn es geht bei Nichterreichen der geforderten Patientenzahlen um den Verlust von 40 % aller Einnahmen der jeweiligen LG. Zudem droht mehr Bürokratie durch eine komplizierte Abrechnungssystematik für die Vorhaltevergütung. Im Ergebnis greifen die LG-Bestimmungen massiv in die Planungshoheit der Länder ein und dienen als Selektionsinstrument zur Marktberaumung und Zentralisierung.

Nachdem das BMG lange gezögert hatte, ein Instrument zur Verfügung zu stellen, mittels dessen man die Auswirkungen der neuen Regelungen simulieren könnte, stellte es ein vorläufiges Tool kurz vor der Abstimmung im Bundestag nur den Mitgliedern der Ampel-Fraktionen und nach der Abstimmung dann allen zur Verfügung. Das Ergebnis ist im *Deutschen Ärzteblatt* vom 18. November beschrieben: »Demnach haben 60 Prozent der Regel- und Schwerpunktkrankenhäuser angegeben, dass sie die Vorgaben überwiegend (70 bis 90 Prozent der Vorgaben) oder nur teilweise (50 bis 70 Prozent) erfüllen können. Bei den grundversorgenden Häusern haben 82 Prozent erklärt, dass sie die Vorgaben nicht gänzlich erfüllen können.«

Frühestens Ende 2025 werden die Krankenhäuser wissen, welche Leistungsgruppen sie zugewiesen bekommen und mit welchem Vorhaltebudget vielleicht zu rechnen ist. Bereits ein Jahr später, ab 2027, werden die Vorhaltebudgets Wirkung entfalten. Planungssicherheit für die Krankenhäuser und die Klinikversorgung bietet dieser Zeitplan nicht. In Nordrhein-Westfalen, wo die Reform schon weiter fortgeschritten ist, weil sie landesweit von Gesundheitsminister Karl-Josef Laumann (CDU) schon früher

geplant war, sieht es ähnlich aus (→*Randbemerkung*).

Seit Jahrzehnten ist die Aufhebung der Trennung der ambulanten und stationären Versorgung überfällig. Viele Beteiligte setzen deshalb große Hoffnungen in ein Konzept sektorenübergreifender ambulant-stationärer Einrichtungen, die flexibel dem lokalen und regionalen Bedarf folgen und zugleich pflegerische und medizinische Versorgung anbieten sollten. Die im KHVVG vorgesehenen Regelungen für »sektorenübergreifende Versorgungseinrichtungen« werden diesem Anspruch allerdings nicht gerecht. Sie sind der Versuch, möglichst viele kleine Krankenhäuser vom Netz zu nehmen und eine Erweiterung der Betätigungsbereiche für niedergelassene Ärzte durchzusetzen. Sie sind eine Mischung aus (Kurzzeit-)Pfleheim und Kleinstkrankenhaus, aber keine Gewährleistung einer bedarfsgerechten wohnortnahen ambulant/stationären Versorgung.

Zusammengefasst: Das KHVVG wird die

existentiellen Probleme unserer Krankenhäuser weiter verschlimmern: Das Kliniksterben aus betriebswirtschaftlichen Gründen wird besonders in ländlichen Regionen weiter zunehmen. Die finanziellen Steuerungsanreize mit Auswirkung auf

medizinische Behandlungsentscheidungen werden zunehmen. Die Bedürfnisse der Patienten werden noch mehr in den Hintergrund gedrängt, die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten werden sich noch weiter verschlechtern, der Fachkräftemangel daher als Folge noch größere Ausmaße annehmen. Die Mitgliedsbeiträge der gesetzlichen Krankenkassen werden durch die Auswirkungen des Gesetzes weiter steigen. Unser Slogan und unsere Forderung: »Besser keine Reform als diese Reform« war deshalb richtig, aber leider wirkungslos.

Für uns als Teil der Krankenhaus-Bewegung gegen die DRG stellen sich jetzt viele Fragen, vor allem: Wie könnte wirksamer Widerstand in Zukunft aussehen? Was tun, wenn Ver.di als kritische Massenorganisation ausfällt?

Schlussbemerkung: Aktuell erfahren wir eine Militarisierung der Gesellschaft, die besonders auch das Gesundheitswesen trifft. Bundeswehr, Verteidigungsministerium und Ärztekammern diskutieren offensiv, wie man das Gesundheitswesen auf einen möglichen Kriegsfall vorbereiten kann. Ein Gesetz dazu ist geplant. Die Zahl von 10.000 Betten für die verletzten Soldaten kursiert schon. Und die Frage, wer dann zuerst behandelt wird, wenn jetzt im Zuge der Reform hunderte Krankenhäuser und damit tausende Betten geschlossen werden, wird schon ganz offen diskutiert. Es wird Zeit für Widerstand.

## Reißleine in NRW

Als Vorbild für das bundesweite KHVVG gilt die vorher schon auf den Weg gebrachte Klinikreform in Nordrhein-Westfalen. Dort haben die Krankenhäuser im August 2024 die Nachricht erhalten, welche Leistungsgruppen sie noch bedienen dürfen. Nachdem 327 von 330 Krankenhäusern nach den Krankenhaus-Konferenzen Ende April bis Anfang Juni 2024 Widerspruch zu den dort festgelegten Planungen eingelegt hatten, verkündete das NRW-Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 4. November, dass der Start der Krankenhausreform um drei Monate verschoben werde. Zudem wird es eine Übergangsfrist von 12 Monaten geben. Offensichtlich war der Widerstand aus der Praxis so groß, dass der verantwortliche Minister Karl-Josef Laumann als selbsternannter Vorreiter von Karl Lauterbachs Krankenhausreform erst mal die Reißleine ziehen und eine gewisse Kehrtwende einleiten musste. So erhalten auch in einigen Bereichen (geriatrische Versorgung, perinatale Versorgung von Neugeborenen, endoprothetische Versorgung, kardiale Versorgung) Krankenhäuser entsprechende Leistungsgruppen zurück. Dennoch kommt das Bündnis für ein gemeinwohlorientiertes Gesundheitswesen in NRW zu dem Schluss, dass jetzt zutage tritt, wovor sie immer gewarnt haben: Die Finanzierung bedarfsnotwendiger Krankenhäuser in erreichbarer Nähe ist nach wie vor nicht gesichert. Gerade die Versorgung von Schwangeren und Gebärenden gestaltet sich von Tag zu Tag schwieriger und eine Lösung ist nicht in Sicht. Es fehlt jede Planung von sektorenübergreifenden Strukturen, um die Lücke zwischen fehlenden Krankenhäusern und dem ambulanten Sektor zu schließen.

## Vorschau

### Themen im März 2025

- Schwerpunkt  
Pflege

- Demenz  
Sinnvolle »Früherkennung«?
- Gesundheitspolitik  
Neuer Bundestag, neue  
Perspektiven?

## Veranstaltungstipps

**Fr. 10. Januar 2025, 16.30 – 17.30 Uhr**  
Göttingen (Forum Wissen, Berliner Straße 28)

- Will ich es wissen?  
Kolloquium

Das Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Uni Göttingen untersucht »Ethische Implikationen einer Alzheimer-Früherkennung«. Hintergrund des Projekts seien aktuelle Forschungen zwecks »Nutzung verschiedener Biomarker (z.B. Blutwerte) zur Identifizierung neurologischer Erkrankungen wie der Alzheimer-Krankheit«, erläutern die Göttinger Ethiker\*innen. Neue Diagnosemöglichkeiten könnten auch mit Risiken verbunden sein, daher sei es »wichtig, Chancen und Risiken, die sich aus dem technischen und methodischen Fortschritt ergeben, zu identifizieren und zu bewerten«. Das Projekt, gefördert vom Bundesforschungsministerium, läuft bis Juli 2026, Einblicke geben die Ethiker\*innen Silke Schick Tanz und Julia Perry.

**Mo. 13. Januar, 18 – 20 Uhr**  
Aachen (Uniklinik RWTH, Pauwelsstraße 30)

- KI in der Notfallmedizin  
Vortrag

Der Einsatz Künstlicher Intelligenz (KI) wird auch in der Notfallversorgung vorangetrieben. So hat das Bundesgesundheitsministerium bis Ende 2023 das Forschungsprojekt ENSURE gefördert, in dessen Rahmen »smarte Notfall-Algorithmen durch erklärbare KI-Verfahren« entwickelt werden sollten. Über »Ethik und Akzeptanz« von KI in der Notfallmedizin spricht die Psychologin Nadezhda Durdova vom Institut für Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin am Aachener Universitätsklinikum.

**Fr. 17. Januar, 10 – 16 Uhr**  
Berlin (AOK-Bundesverband, Rosenthaler Str. 31)

- Vorsicht, Fake!  
Tagung

»Angesichts der schieren Masse von gesundheitlichen Informationen im Netz«, meint der AOK-Bundesverband, »sind viele Menschen überfordert, unseriöse Quellen zu erkennen.« Im Internet gebe es »zahlreiche unseriöse Heilsversprechen – ob in sozialen Medien oder auf seriösen Nachrichtenportalen«. Welche Strategien gegen gesundheitliche Desinformation im Internet wirken können, will der AOK-Bundesverband im Rahmen seiner Selbsthilfe-Jahrestagung erörtern lassen. Impulse sollen Fachleute mit Vorträgen geben, zum Abschluss ist eine Paneldiskussion geplant – Leitfragen: »Was können wir tun, um vulnerable Gruppen vor Fake News zu schützen? Wie stärken wir die Gesundheitskompetenz insbesondere in der Selbsthilfe?«  
*Anmeldung beim AOK-Bundesverband, Telefon (030) 34646-0*

**Mi. 12. Februar, 20 – 22 Uhr**  
Lübeck (Übergangshaus, Königstraße 54-56)

- Rassismus und psychische Erkrankungen  
Vortrag

Die Lübecker Universität und weitere Partner\*innen veranstalten in der Innenstadt die öffentliche Vortragsreihe »(Un)Wissen.Schaf(f)t.Rassismus«. In diesem Rahmen spricht am 12. Februar Andreas Heinz, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Berliner Uniklinikum Charité. Professor Heinz wird erläutern, wie sich rassistische Diskriminierung und soziale Ausschließung auf psychische Gesundheit in unterschiedlichen Lebenssituationen auswirken.

**Mo. 17. März – Di. 18. März**  
Berlin (Freie Universität Berlin, Henry-Ford-Bau, Garystraße 35)

- Armut und Gesundheit  
Kongress

»Gesundheit fördern, heißt Demokratie fördern« lautet das Motto des 30. Kongresses über Armut und Gesundheit. In einem »Diskussionspapier«, das auf die Veranstaltung einstimmen soll, steht u.a.: »Um das soziale Miteinander, den gesellschaftlichen Zusammenhalt und die individuelle wie auch kollektive Gesundheit zu stärken, ist die Förderung von Partizipation und Mitbestimmung essenziell. Demokratische Prozesse und Strukturen sind grundlegende Voraussetzungen für eine gesunde Gesellschaft. Die Förderung der Demokratie und die Bekämpfung von Armut sind eng miteinander verknüpft.« Das detaillierte Kongressprogramm ist noch in Vorbereitung.  
*Infos und Anmeldung online:  
<https://www.armut-und-gesundheit.de>*

**Do. 27. März, 19 – 21 Uhr**  
Bocholt (Familienbildungsstätte, Ostwall 39)

- Planungssicherheit am Lebensende?  
Vortrag

»In einer Patientenverfügung«, erklärt das Bundesjustizministerium, »können Sie schriftlich für den Fall Ihrer Entscheidungsunfähigkeit im Voraus festlegen, ob und wie Sie in bestimmten Situationen ärztlich behandelt werden möchten.« Ob solche Papiere in der Praxis halten können was sie versprechen, beleuchtet Inge Kunz von der Hospizvereinigung Omega – und sie fragt: »Was ist »würdiges Sterben«, was »würdiges Leben«?«

## Ja!

Ich abonniere **BIOSKOP** für zwölf Monate. Den Abo-Betrag in Höhe von 25 € für Einzelpersonen/50 € für Institutionen habe ich auf das BioSkope.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., Oberstraße 55, 45134 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 · Oberstraße 55 · 45134 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 .....