BIOSKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

28. Jg. | Nr. 109 | März 2025

BIOSKOP Schwerpunkt Gesundheitspolitik

8 Perspektiven nach der Wahl
9 Große Reform der Pflegeversicherung?
10 Versorgung für alle verbessern!
11 Zivilgesellschaft stärken!

Assistierte Selbsttötung

3 Kaum Daten, keine Transparenz

Künstliche Intelligenz

6 Stellungnahme der Bundesärztekammer
6 Patientenautonomie?

Digitalisierung

7 Elektronische Patientenakte mit technischen Problemen

Ersatzteillager Mensch

13 Nachdenken über »Organspender«

Analyse

14 Selbstbestimmtes Sterben?

Außerdem

5 Suizidprävention gesetzlich verankern
7 Sponsoring von Fortbildungen für Ärzt*innen in Frage gestellt
12 Globaler Zugang zu Medizinprodukten
12 Ärzt*innen-Appell für saubere Luft
12 Mütter-Demo: Care-Arbeit sichtbarer machen
16 Veranstaltungstipps
16 Wunschzettel
2 BioSkop unterstützen!
16 Vorschau auf Juni 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*
BioSkop e.V. im Internet: *www.bioskop-forum.de*
Redaktion: Klaus-Peter Görlitzer (v.i.S.d.P.), Erika Feyerabend

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

Beiträge in dieser Ausgabe:
Ute Bertrand, Martina Keller, Nina Streeck

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

Layout + Satz: *www.angelika-schlueter.de*
Druck: Pohler & Kobler GmbH, Centrumstr. 33, 45307 Essen
ISSN 1436-2368

Möglichkeiten und Wirklichkeiten

Erika Feyerabend

Deutschland bekommt eine neue Bundesregierung, vielleicht noch vor Ostern. Viel war im Wahlkampf die Rede von Demokratie und deren Gefährdung. Diese Staatsform wurde viel gelobt. Auch von der AfD, obwohl sie ja keineswegs demokratisch orientiert ist. Diese Partei schlägt bevorzugt autoritäre Töne an – migrationspolitisch, marktradikal, nationalistisch. Die so genannte Brandmauer zwischen CDU/CSU und AfD hat sich indes schon vor der Bundestagswahl als brüchig erwiesen.

Gleich nach der Wahl haben ausgerechnet Friedrich Merz und die CDU/CSU-Fraktion einen Versuch gestartet, um neue demokratiegefährdende Aktivitäten zu modellieren – mittels 551 Fragen im Bundestag, gekleidet in eine Kleine Anfrage, die offenbar die Glaubwürdigkeit gemeinnütziger Vereine und Organisationen erschüttern soll. Den Tenor hatte Merz schon im Wahlkampf vorgegeben: »Linke« und »grüne Spinner« werden aus Steuergeldern finanziert, agitieren aber gegen die Unionsparteien und gefährden tendenziell die Demokratie. Die Kleine Anfrage zielt ausdrücklich auf Organisationen wie das Netzwerk Recherche, Correctiv, Greenpeace, Umwelthilfe, BUND, Omas gegen Rechts und andere mehr, die als gemeinnützig anerkannt sind und mit diesem Status steuerliche Vergünstigungen erhalten. Als demokratiegefährdend und nicht tolerierbar gilt den Unionsparteien offensichtlich vor allem, was Profitmaximierung und liberale Marktlogiken stört. Ihr Vorstoß erinnert an Störpraktiken zivilgesellschaftlichen Aktiven gegenüber, die die AfD sich schon länger überlegt hat *(→ Seite 11)*.

»Neutral« und »interessenunabhängig« sollen ärztliche Fortbildungen sein. Die marktfreundlichen Strukturen und fehlende gesetzliche Regeln machen die Verwirklichung dieses Ziels schwierig. Der gemeinnützige Ärzt*innenverein Mezis und die gemeinnützige Antikorruptionsorganisation Transparency International machen auf bestehende Interessenkonflikte aufmerksam und unterbreiten Vorschläge, was für Unabhängigkeit und Neutralität von Fortbildungen für Ärzt*innen getan werden kann *(→ Seite 7)*.

Der Tod ist schon lange nicht umsonst. Die Bestattungskosten sind heute schon erheblich. Aber auch das Sterben wird zum Geschäft. Besonders die bezahlungspflichtige Dienstleistung der assistierten Selbsttötung verspricht neue Einnahmeperspektiven. Welche Rolle die gemeinnützige DGHS und andere Akteur*innen spielen – die DGHS steht übrigens nicht in der CDU/CSU-Frageliste zu gemeinnützigen zivilgesellschaftlichen Organisationen – sollte zum öffentlichen Thema werden. Die bisher geübte Praxis ist alles andere als transparent *(→ Seite 3)*.

Bitte auf der nächsten Seite weiterlesen ›

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

politische Versprechen gab es im Wahlkampf reichlich. CDU und CSU verhießen einen »Politikwechsel für Deutschland«, das Wahlprogramm der SPD sollte »mehr für Dich« bringen. Die drei Parteien werden, so sah es beim Abschluss dieser *BIOSKOP*-Ausgabe aus, wohl die neue Bundesregierung bilden. Ziemlich klar war Mitte März nur dieses Vorhaben der künftigen Koalitionäre: Deutschland soll massiv militärisch aufrüsten – und zu diesem Zweck sowie für Investitionen in die Infrastruktur massiv neue Schulden machen, insgesamt rund eine Billion Euro. Ob und wie eine solche politische Marschroute den meisten Menschen im Land, insbesondere den armen, kranken, ausgegrenzten, im täglichen Leben zugute kommen wird, ist bisher nebulös; mit detaillierten Plänen, fixiert in einem Koalitionsvertrag, ist wohl frühestens im April zu rechnen.

Unsere Texte zur Gesundheitspolitik in diesem Heft mahnen eine diskriminierungsfreie gesundheitliche Versorgung für alle an, gute Pflege inklusive. Und wir plädieren, gerade angesichts der sich abzeichnenden »großen Koalition«, für eine – auch finanzielle – Stärkung der zivilgesellschaftlichen Akteur*innen. Deren Positionierungen sind wichtig für das demokratische Gemeinwesen, das gilt auch für sozial- und gesundheitspolitische Themen.

BioSkop e.V. ist anerkannt gemeinnützig und mischt sich immer wieder mit guten Argumenten in die biopolitischen Debatten ein. Getan haben wir das auch mit unserer Stellungnahme »Organentnahme und das Recht auf freie Entscheidung« vom 1. Dezember 2024, die wir an den Bundestag geschickt hatten. Als Erfolg werten wir, dass die im Schnellverfahren angestrebte Änderung des Transplantationsgesetzes nach dem Motto »Wer schweigt, hat einer Organentnahme schon im Voraus zugestimmt«, erneut gescheitert ist.

Wir werden unsere Standpunkte weiter beharrlich einbringen und hintergründig informieren, alles auf Basis seriöser, auch aufwändiger Recherchen. Bitte machen Sie das weiter möglich, mit Ihrer Spende und Ihrem Abo. Für Ihre Unterstützung danken Ihnen

Erika Feyerabend, Klaus-Peter Görlitzer

Fortsetzung von Seite 1 ›

Möglichkeiten und Wirklichkeiten

Sterbe eigenverantwortlich, übe Gesundheitsprävention, lebe nicht allzu lange im Alter, in Demenz, mit chronischer Krankheit. Derartige Aufforderungen, mehr oder weniger offen angesprochen, betonen die individuelle »Würde«, spiegeln aber eine neoliberale Vorstellung von »Würde« und blenden gesellschaftliche Solidarität mit kranken Menschen aus. Hinzu kommt der Verweis auf hohe »Kosten am Lebensende«, verursacht durch medizinische Behandlungen. Sterbehilfepraktiken und Patientenverfügungen können helfen, Kosten im Gesundheitswesen zu senken. Mit solchen (meist) Behandlungsverzichtserklärungen »selbstbestimmt« und »würdig« sterben zu können, ist kollektiv kostensparend – emotional und monetär *(→ Seite 14)*.

> Wem dient wohl diese Entwicklung? Dem individuellen Kranken? Oder den Akteur*innen auf dem lukrativen Gesundheitsmarkt?

Die eigene, als souverän gedachte Entscheidung wird als Verwirklichung von Autonomie gedacht. Andererseits werden Entscheidungen zunehmend an Künstliche Intelligenz (KI) übergeben. Das ist weder »eigen« noch individuell. KI hält immer mehr Einzug auch in Medizin und Gesundheitsversorgung *(→ Seite 6)*. Digitalisierung wird, auch über die elektronische Patientenakte (ePA), als Verbesserung der Versorgung und Erhöhung der individuellen Informations- und Entscheidungsmöglichkeiten beworben *(→ Seite 7)*. Wem dient wohl diese Entwicklung? Dem individuellen Kranken? Oder den Akteur*innen auf dem lukrativen Gesundheitsmarkt?

Andererseits gibt es Versprechen, dass unsere Verfallszeiten mittels Organsplantationen aufgehalten werden können. Sie gelten als medizinisch etabliert und kaum kritisierbar. Doch der Körper toleriert zum Beispiel fremde Herzen oft nicht problemlos. Sich das Herz eines anderen Menschen einzuverleiben ist eine Herausforderung, körperlich und auch emotional. Die erhoffte Möglichkeit, auf jeden Fall weiterleben zu können, stimmt mit der Wirklichkeit nicht reibungslos überein. Darüber wird zu wenig gesprochen *(→ Seite 13)*.

Die so genannte Widerspruchslösung soll alle – zumindest symbolisch – zu Ja-Sager*innen zur »Organspende« machen. Auch so ein Gesetz würde die Lücke zwischen Organmangel und Organangebot in der Praxis nicht schließen können *(→ Seite 13)*. Dass die gewünschte Möglichkeit – mehr verpflanzbare Organe – Wirklichkeit werden kann, wird uns wohl auch in der neuen Legislaturperiode noch weiter begleiten, wird aber nicht gelöst werden können. Möglichkeit wird auch hier nicht mit Wirklichkeit deckungsgleich.

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)

Kaum Daten, keine Transparenz

Erkundungen im unkontrollierten Markt der Suizidassistenz

Seit dem Grundsatzurteil des Bundesverfassungsgerichts vor fünf Jahren steigt die Zahl der Suizidassistenzen stetig an. Neben Ärzten haben Pfleger, Juristen und Bestatter das neue Tätigkeitsfeld entdeckt. Selten gewähren Gerichtsprozesse Einblicke in die Praxis.

Martina Keller, (Hamburg), Journalistin

Christian H. klingt verzweifelt: Die Schmerzen und das Leben seien unerträglich, schreibt er im Mai 2021. Er sei an einem Punkt, an dem er nicht mehr könne. 40 Jahre ist er da alt, seit Kindertagen schwer sehbehindert. Zudem machen ihm die Folgen einer Bauch-Operation zu schaffen. H. beantragt Suizidhilfe beim Verein Dignitas Deutschland, der den Fall an den bundesweit bekannten Sterbehelfer Johann Spittler vermittelt. Zwei Jahre später, der Arzt hat H. zweimal untersucht, ist es so weit: H. stirbt, indem er selbst eine Infusion mit einem tödlichen Mittel in Gang setzt. Spittler hat den Zugang gelegt.

Ende Januar 2025 steht der 82 Jahre alte Neurologe in Essen vor Gericht. Denn Christian H. war nicht nur körperlich schwer beeinträchtigt, er litt auch seit langem unter teils schweren Depressionen. Zwar darf psychisch kranken Menschen Suizidhilfe nicht generell verwehrt werden, doch sie ist nur dann straffrei möglich, wenn der Betroffene den Sterbeentschluss trotz seiner Erkrankung aus freiem Willen fasst. Bei H. war dies nach Überzeugung der Staatsanwaltschaft nicht der Fall. Sie hat Spittler wegen Totschlags »in mittelbarer Täterschaft« angeklagt – er habe getötet, ohne Mörder zu sein. Spittler selbst ist überzeugt, alle rechtlichen Vorgaben beachtet zu haben.

Für Spittler ist es nach 2020 das zweite Mal, dass er sich vor Gericht verantworten muss. Auch im ersten Fall hatte er einem psychisch Kranken beim Suizid geholfen hatte. Vor einem Jahr verurteilte ihn das Essener Landgericht zu drei Jahren Haft *(→ BIOSKOP Nr. 105),* die Verteidigung hat Revision beim Bundesgerichtshof eingelegt.

Prozesse wie die gegen Spittler gewähren seltene Einblicke in eine Praxis, die sonst vor der Öffentlichkeit verborgen bleibt. Die Sterbehilfe ist eine Art Black Box, es fehlt an Daten und Transparenz. Dass die Menge der begleiteten Suizide seit 2020 jedes Jahr gestiegen ist, lässt sich nur Selbstauskünften der Sterbehilfeorganisationen entnehmen. Die unterstützten im Jahr 2020 rund 100 Menschen bei der Selbsttötung, 2024 waren es bereits mehr als 1.000. Hinzu kommt eine unbekannte Zahl von Begleitungen durch Einzelpersonen. 2022 stieg die Zahl aller Suizide zum ersten Mal seit langem auf mehr als 10.000 im Jahr. Das könnte mit den assistierten Suiziden zusammenhängen. Sicher ist das aber nicht.

»Es hat sich ein Markt für Suizidassistenz entwickelt, und zwar ein unregulierter, freier Markt«, sagt Oliver Tolmein, Fachanwalt für Medizinrecht aus Hamburg und Honorarprofessor an der Universität Göttingen. Die Sterbehilfeorganisationen haben ihre Aktivitäten intensiviert, und auch Einzelpersonen wie Ärzte, Pfleger oder Juristen, aber auch Bestatter, betätigen sich als Suizidhelfer. Die Gesellschaft müsse sich überlegen, wie sie damit umgehen wolle, sagt Tolmein: »Die Strukturen werden nicht wieder verschwinden, daher müssen wir sie kontrollieren.«

Der neue Markt der Suizidassistenz ist die Folge eines Urteils vor fünf Jahren: Jeder Mensch habe ein verfassungsmäßig geschütztes Recht auf selbstbestimmtes Sterben, entschied das Bundesverfassungsgericht im Februar 2020 *(→ BIOSKOP Nr. 89).* Dieses Recht umfasse die Freiheit, sich selbst zu töten und dabei die Hilfe Dritter in Anspruch zu nehmen. Dabei spielt es keine Rolle, ob man jung oder alt ist, gesund oder krank oder ob man einfach nur das Leben satthat, sofern man sich nur aus freiem Willen für den Suizid entscheidet. Zudem erklärten die Richter das Verbot der »geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung« für nichtig, das seit Dezember 2015 galt. Seit dem Urteil unterstützen Sterbehilfeorganisationen Menschen wieder beim Suizid. Gegen Bezahlung.

Besorgniserregend

Manches von dem Wenigen, was über die Praxis bekannt ist, klingt besorgniserregend. Nach Studien einer Forschergruppe zu assistierten Suiziden in München *(→ BIOSKOP Nr. 104)* waren bei einem Viertel der 77 Fälle zwischen 2020 und 2023 Depressionen, kognitive Einschränkungen oder eine Demenz dokumentiert. Allerdings wurden die Gutachten, die untersuchen sollten, ob der Suizidentschluss aus freiem Willen erfolgte, in der Hälfte dieser Fälle nicht durch dafür qualifizierte Fachärzte wie Psychiater oder Neurologen erstellt. Beunruhigend ist aus Sicht der Münchener Forscher zudem, dass Vorgespräch, Gutachtenerstellung, Durchführung der Assistenz und teilweise auch die Durchführung der Leichenschau oftmals in der Hand ein und desselben Arztes lag. Das in der Medizin wichtige und übliche Vieraugenprinzip werde nicht beachtet. *Fortsetzung nächste Seite ›*

Noch mal von vorn

Das Verfahren gegen Johann Spittler, das Ende Januar vor dem Landgericht Essen begonnen hatte, musste nach wenigen Verhandlungstagen abgebrochen werden, weil ein Schöffe schwer erkrankt ist. Nach Aussage der Pressestelle des Landgerichts wird es voraussichtlich im Herbst 2025 von vorne beginnen. Ein weiteres Verfahren gegen einen Suizidhelfer, den Berliner Internisten Christoph Turowski, beginnt voraussichtlich ebenfalls noch in diesem Jahr am Landgericht Potsdam. Turowski, Hausarzt im Ruhestand, war wie Spittler 2024 bereits wegen Totschlags in mittelbarer Täterschaft zu drei Jahren Haft verurteilt worden. Dieses Urteil ist wie das gegen Spittler nicht rechtskräftig, da Turowskis Verteidigung ebenfalls Revision eingelegt hat. Auch Turowski ist erneut angeklagt, weil er einem psychisch kranken Menschen Suizidhilfe geleistet hatte, der seinen Entschluss, sich das Leben zu nehmen, nach Überzeugung der Staatsanwaltschaft nicht aus freiem Willen gefasst habe. Der Vorsitzende Richter am Landgericht Potsdam will den erneuten Prozess gegen Turowski erst dann terminieren, wenn die Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) über die Revision vorliegt. Beide Revisionsverfahren sind beim BGH eingegangen und haben ein Aktenzeichen. Eine Entscheidung wurde jeweils noch nicht getroffen. In dem Revisionsverfahren ist eine erneute Beweisaufnahme ausgeschlossen. Der BGH prüft lediglich, ob Verfahrensfehler vorliegen. Stellt er diese fest, kann er ein Verfahren an das zuständige Landgericht zurückverweisen.

Fortsetzung von Seite 3

Der größte Akteur der deutschen Suizidhilfe-Szene hat ein spezielles Problem: Die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) versteht sich als Bürgerrechts- und Patientenschutzorganisation. Laut Satzung verfolgt sie ausschließlich gemeinnützige und mildtätige Zwecke, berät etwa zu Patientenverfügungen. Als gemeinnütziger Verein hat sie Steuervergünstigungen und kann Spendenquittungen ausstellen – anders als etwa Dignitas Deutschland und der Verein Sterbehilfe. Würde die DGHS beim Finanzamt beantragen, Suizidbegleitung in ihr Leistungsangebot aufzunehmen, gäbe es wohl ein Problem. Die Finanzbehörde glaubt DGHS-Präsident Robert Roßbruch, würde es vermutlich ablehnen und sagen »Wir zahlen euch doch als Staat nicht die Durchführung von Freitodbegleitungen, und das kann ich sehr gut nachvollziehen«.

Deshalb legt der Verein großen Wert auf die Feststellung, Suizidhilfe nur zu vermitteln, aber nicht selbst zu leisten. 2024 waren es 623 Fälle. Vereinsmitglieder können bei der DGHS einen Antrag auf Suizidhilfe stellen, der in der Geschäftsstelle geprüft wird. Anschließend vermittelt der Zentrale Koordinator, der bis Oktober 2024 Robert Roßbruch selbst war, die Fälle samt Unterlagen an regionale Teams, aus je einem Juristen und einem Arzt. Hier endet die Vermittlungstätigkeit der DGHS, sagt Roßbruch. Der Sterbewillige überweist pauschal 4.000 Euro für die Suizidassistenz nicht an den Verein, sondern auf ein Treuhandkonto, das ein Jurist verwaltet. Von diesem Geld werden die Dienstleistungen und Spesen der Suizidhelfer in den regionalen Teams bezahlt.

So weit die Theorie. Allerdings gibt es Hinweise, dass die DGHS es mit der Trennung von Aufgaben und Strukturen wohl nicht so genau nimmt. »Wir sind laut Satzung keine Freitodgesellschaft, aber de facto sind wir das«, sagt Werner Lehr. Er ist seit mehr als 30 Jahren DGHS-Mitglied. Früher war er Teil der Teams, denen die DGHS Sterbewillige vermittelte. Heute arbeitet er nur noch auf persönliche Anfrage. Bis 2022 war der Diplom-Kaufmann zudem Schatzmeister der DGHS und Präsidiumsmitglied. Seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts erlebe die DGHS einen Boom, sagt Lehr. Die Zahl der Mitglieder stieg von 23.000 auf 39.000 im November 2024. Präsidiumsmitglieder reisen für Vorträge über Suizidassistenz durchs Land.

Und nicht nur das, sagt Lehr im Oktober 2024: »Drei von vier Präsidiumsmitgliedern sind als Freitodbegleiter tätig.« Diese Verquickung passe nicht zum Selbstverständnis. Hat die gemeinnützige DGHS Suizidassistenzen an ihre Präsidiumsmitglieder vermittelt, die damit Geld verdient haben? Auch Präsident Roßbruch soll viele Suizidbegleitungen für die DGHS durchgeführt haben. Er widerspricht: Seit 2020 habe er als Anwalt zwar auch einige Freitode begleitet. »Die haben aber nichts mit der DGHS zu tun gehabt.«

Allerdings geht aus internen DGHS-Unterlagen hervor, dass mehrere Präsidiumsmitglieder in einem einzigen Jahr Dutzende Suizide begleitet und eine niedrige, sechsstellige Summe bekommen haben. »Dazu kann ich nichts sagen«, sagt Roßbruch. Dass Präsidiumsmitglieder mehrere Jahre Suizidhilfe geleistet haben, bestätigt dagegen Dieter Birnbacher, Vizepräsident der DGHS. »Ich muss gestehen, dass das auch für mich immer ein Ärgernis war. Aber wir hatten eben auch sehr deutliche Engpässe in der Rekrutierung von Teams.«

Die Delegiertenversammlung der DGHS fasste im November 2024 den Beschluss, dass »Mitglieder des DGHS-Präsidiums … nur in Ausnahmefällen (z. B. Notfälle, Ausbildungsfälle) an Freitodbegleitungen mitwirken« dürfen.

> Von einem Geschäft mag niemand reden. Das haben die alten Vereine mit dem Newcomer der Szene gemeinsam.

Glaubt man den etablierten Sterbehilfeorganisationen in Deutschland, geht es ihnen vor allem um die Selbstbestimmung am Lebensende. Von einem Geschäft mag niemand reden. Das haben die alten Vereine mit dem Newcomer der Szene gemeinsam, der Linus Sterbehilfe GmbH mit Geschäftsstelle in Stuttgart. »Es ist schon ein gewaltiger Unterschied, ob ich etwas beruflich mache, weil ich das gelernt habe, oder ob ich etwas aus tiefster Überzeugung heraus tue«, sagt deren Gründer und Geschäftsführer Dustin Schubert. Er ist auch Geschäftsführer eines Bestattungsunternehmens. Linus habe er wegen seines Vaters gegründet, sagt er. Der schwer krebskranke Mann habe sich 2022 mit Unterstützung einer Sterbehilfeorganisation das Leben genommen und seinem Sohn auf dem Sterbebett das Versprechen abgenommen, dass er die Suizidhilfe in Deutschland voranbringen werde. Linus sei für ihn kein herkömmliches Projekt, sondern eine Grundüberzeugung.

Die Gründungsgeschichte passt zum Geschäftsmodell. Linus richtet sich in erster Linie an Menschen in ihrer letzten Lebensphase, die einen hohen Leidensdruck spüren. Ihnen verspricht die Firma schnelle Bearbeitung ihrer Sterbeanliegen – ohne »Mitgliedsgebühren oder sonstige versteckte Abo-Modelle«, heißt es auf der Webseite. Die Suizidassistenz kostet laut Schubert pauschal 8.950 Euro.

Sobald eine Anfrage um Suizidassistenz eingehe, beraten mit Linus kooperierende Mediziner darüber. Ende 2024 seien es bundesweit 13 gewesen. Weitere Ärzte würden rekrutiert,

Widersprüchlich

Im Interview für das ARD-Radiofeature »Black Box Sterbehilfe« hatte DGHS-Präsident Robert Roßbruch zu dem Vorwurf Stellung genommen, die gemeinnützige DGHS habe Suizidassistenzen an ihre Präsidiumsmitglieder vermittelt, die damit Geld verdient hätten. Auch er selbst solle eine Vielzahl von Suizidbegleitungen für die DGHS durchgeführt haben. Roßbruch wies dies entschieden zurück. Wörtlich sagte er: »Seit 2020 habe ich als Anwalt auch einige Freitodbegleitungen gemacht, weil ich als Anwalt von meinen Mandanten angesprochen worden bin. Die haben aber nichts mit der DGHS zu tun gehabt.« Und weiter: »Ich habe in den letzten zwei, drei, vier Jahren als Anwalt Freitodbegleitungen seitens meiner Mandanten, die mich angesprochen haben, mit vermittelt und unterstützt. Die haben aber mit der DGHS selbst nichts zu tun gehabt.«
In der schriftlichen Urteilsbegründung des Landgerichts Berlin zum Fall des Sterbehelfers Christoph Turowski *(→ Randbemerkung Seite 3)* liest sich das anders. Roßbruch hatte in dem Verfahren als Zeuge ausgesagt. Unter anderem schilderte er der Kammer das Prozedere, nach dem die DGHS Suizidbegleitungen durchführe. Ferner sagte er aus, Turowski habe seit Anfang 2021 bei der DGHS Suizidbegleitungen durchgeführt und bis Ende 2023 von der DGHS etwa 85 Fälle vermittelt bekommen. Weiter heißt es in der Urteilsbegründung: »In zehn dieser Fälle habe er – Prof. Roß. – selbst mit dem Angeklagten … als Freitodbegleiter zusammengearbeitet.«

Suizidprävention gesetzlich verankern

10.300 Menschen haben sich im Jahr 2023 in Deutschland das Leben genommen, laut Zahlen des Statistischen Bundesamtes waren das »6,6 Prozent mehr als im Durchschnitt der letzten zehn Jahre«. Fachleute des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro) fordern, den Zugang zu möglichen Tötungsmitteln per Gesetz zu beschränken.

Ein »deutlich erhöhtes Suizidrisiko« haben nach Darstellung der AG Methodenrestriktion des NaSPro »insbesondere Menschen, die an einer psychischen Erkrankung leiden, sowie alte oder inhaftierte Menschen«. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen gebe es ein erhöhtes Risiko, eine Selbsttötung zu versuchen. Der Zugang zu tödlich wirkenden Mitteln in Krisensituationen entscheide oft über Leben und Tod.

Vor diesem Hintergrund empfiehlt die Expert*innengruppe um die Psycholog*innen Tobias Teismann (Bochum) und Katharina König (Dresden), die Suizidprävention im öffentlichen Raum zu verbessern. »Häufig genutzte Suizidorte sollten baulich gesichert werden«, heißt es in ihren Anfang März veröffentlichten Empfehlungen für die Politik; notwendig seien Sicherheitsvorkehrungen an bekannten Suizidorten wie Brücken oder Bahngleisen, außerdem verpflichtende Maßnahmen zur Suizidprävention in Kliniken und Gefängnissen, etwa um dort Strangulationsmöglichkeiten und Sturzgefahren gezielt zu vermeiden.

Gesetzlich verankert werden müsse auch eine »systematische Datenerfassung« über Selbsttötungen und Suizidversuche im öffentlichem Raum und in Institutionen wie psychiatrische und somatische Kliniken, Justizvollzugsanstalten, Polizeigewahrsam, Abschiebehaft sowie in Militär- und Sicherheitsbehörden. Zudem verweisen die NaSPro-Fachleute auf Ergebnisse von Studien, laut denen »strengere Waffengesetze sowie eine kontrollierte Abgabe von Medikamenten und Pestiziden das Suizidrisiko deutlich reduzieren können«.

Klaus-Peter Görlitzer

an Bewerbungen von Ärzten mangele es nicht – Linus zahlt ihnen laut Schubert 3.000 Euro pro Begleitung. Wenn seitens der Ärztekonferenz nichts gegen die gewünschte Suizidassistenz spreche, teile man dieses Ergebnis binnen ein bis zwei Tagen mit.

Schwerstkranke sind für Sterbehilfeorganisationen vermeintlich unkompliziert, ihr Sterbewunsch erscheint Außenstehenden meist plausibel. Ein psychiatrisches Gutachten zur »Freiverantwortlichkeit« wird in der Regel nicht erstellt. Ärger mit Polizei oder Staatsanwaltschaft ist kaum zu befürchten. Das Unternehmen Linus ist mit seinem speziellen Fokus erfolgreich. 2024 hat es nach eigenen Angaben 241 Suizidbegleitungen durchgeführt, künftig sollen es bis zu 300 pro Jahr werden. Bei einer Pauschale von 8.950 Euro wären das bis zu 2,7 Millionen Euro Umsatz.

In einem Facebook-Forum von Menschen mit Suizidgedanken wird Linus im November 2024 als Geheimtipp gehandelt. »Linus Sterbehilfe hat mich gerade zurückgerufen. Klasse Gespräch. Wenn man bissl GELD hat, DIE Alternative zu den gängigen Vereinen«, schreibt eine Frau: »Der Gründer persönlich hat mich zurückgerufen. Er hat das wie ein Start-up verkauft. (…) Eher so lapidar. Als würde es gar nicht um den TOD gehen. (…) Das klang alles so ›easy peasy‹.« Die Frau scheint begeistert: »Kein Rumgemache. Einfach klare Fakten. Du willst gehen. Wir wollen dir das ganze Gezerre mit den gängigen Vereinen ersparen. Schick deine Unterlagen. Wir prüfen innerhalb von zwei Tagen.«

Bietet Linus Suizidassistenz im Schnellverfahren? Geschäftsführer Schubert widerspricht: Linus sei kein »Express-Anbieter« für Sterbehilfe. Wer nicht körperlich krank sei, müsse mit genauso langen Wartezeiten rechnen wie bei anderen Organisationen.

Suizidassistenz – ein Akt der Hilfe aus Überzeugung? Ein Geschäftsmodell? Oder beides? Eins steht fest: Es braucht dringend mehr Transparenz. »Im Bereich der Suizidassistenz zeichnet sich eine bedrohliche, Leben gefährdende Entwicklung ab, ohne dass das gesellschaftlich registriert, überwacht oder kontrolliert wird«, sagt Oliver Tolmein, der Fachanwalt für Medizinrecht aus Hamburg. Er fordert eine verlässliche Statistik, womöglich ein Register für Suizidhelfer oder zumindest eine öffentliche Berichterstattungspflicht. Zudem müssten riskante Formen der Suizidhilfe und kommerzielle Entwicklungen unterbunden werden, ohne die Begleitung freiverantwortlicher Suizide unmöglich zu machen.

Die Politik allein ist bislang an dieser Aufgabe gescheitert. Zwei erste Gesetzentwürfe zur Regulierung der Suizidassistenz fanden 2023 im Bundestag keine Mehrheit *(→ BIOSKOP Nr. 103)*. Vielleicht, so Tolmein, könnte eine Ad-hoc-Kommission aus Juristen, Palliativmedizinern und Suizidforschern den Parlamentariern bei der schwierigen und dringlichen Aufgabe helfen.

Vorerst zu spät

Später ging es kaum: Am 19. Februar, vier Tage vor der Bundestagswahl, präsentierte Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) endlich den Entwurf eines »Gesetzes zur Stärkung der nationalen Suizidprävention«. Diese Aktion war letztlich aber nicht mehr als politische Symbolik, denn zu diesem Zeitpunkt war ja schon klar, dass der lange erwartete Gesetzentwurf praktisch nicht mehr vom Bundestag beraten und beschlossen werden konnte. Womöglich wird es in der neuen Legislaturperiode einen zweiten Anlauf geben, dann aber unter einer von Friedrich Merz angeführten Bundesregierung. Im Wahlprogramm von CDU/CSU stehen jedenfalls auch diese Sätze: »Die aktive Sterbehilfe lehnen wir ab. Für einen wirksamen Lebensschutz beschließen wir ein umfassendes Suizidpräventionsgesetz.« Die SPD, voraussichtlicher Koalitionspartner der Unionsparteien, hatte zu diesem Themenbereich im Wahlkampf keine Ankündigungen gemacht.

Hörtipp

»Black Box Sterbehilfe – Doku über den assistierten Suizid« heißt ein aktuelles, einstündiges ARD-Radiofeature, in dem Martina Keller weitere Aspekte des Themas beleuchtet. Spannend! Online zu hören: *https://1.ard.de/ard-radiofeature*

Medizin und Künstliche Intelligenz

Papier der Bundesärztekammer sieht »Chancen und Risiken«

Durch vermehrten Einsatz von KI werden sich das Gesundheitswesen und »insbesondere die ärztliche Tätigkeit« verändern. Orakelt der Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) im Vorwort zur Stellungnahme »Künstliche Intelligenz in der Medizin«, die er im Januar beschlossen hat. Das Papier, erarbeitet vom Wissenschaftlichen Beirat der BÄK, gibt einen Überblick über aktuelle KI-Anwendungen, benennt »Chancen und Risiken« und skizziert auch Herausforderungen für Ärzt*innen.

Die Anwendung von KI in Krankenhäusern und Arztpraxen »birgt Möglichkeiten, den Diagnoseprozess für Patienten zu beschleunigen, Schnittstellen zu reduzieren und die Behandlungsqualität zu verbessern«, heißt es in der 14-seitigen Stellungnahme, die am 21. Februar im *Deutschen Ärzteblatt* veröffentlicht wurde. »Gesundheitsdaten, wie z.B. Bildgebungsdaten, Monitoringdaten aus dem klinischen Routinebetrieb oder Genomsequenzen, können mittels KI effizient analysiert und interpretiert werden, was neue Möglichkeiten in der Diagnostik, Therapieentscheidung, Prognose und auch der Entwicklung neuer Therapien eröffnet.«

Neben Unterstützung bei Diagnostik und »Interventionsplanung« werden KI-Systeme in Kliniken auch für organisatorische Zwecke genutzt, laut BÄK-Stellungnahme in Bereichen wie »Dokumentation, Entlassungsmanagement, Dienst- und Versorgungsplanung, Steuerung von klinischen Pfaden und Patientenströmen, Sicherheits- und Qualitätsmanagement sowie Controlling«. So genannte Large Language Models (LLM) wie ChatGPT würden ebenfalls längst eingesetzt, etwa »zur vorbereitenden Patientenaufklärung, zum Entwerfen von Arzt-Entlassungsbriefen oder zur Informationsrecherche«.

»Ethische Anforderungen«

Bei haus- und fachärztlichen Praxen könne KI zur »Arbeitsentlastung« beitragen, die Unterstützung mittels KI bei administrativen Tätigkeiten werde erprobt. Eingesetzt werden könne KI auch für Zwecke wie Monitoring, Beratung, Vorsorge und Einschätzungen von Risiken. Beispielsweise könnten »von Patienten aufgezeichnete und zur Verfügung gestellte Vitalfunktionen und Gesundheitsparameter« KI-gestützt mitgenutzt werden – zum Beispiel »zur Überwachung, Beratung und Therapiesteuerung von häufigen und kostenintensiven Erkrankungen wie Diabetes, Adipositas oder Depression«.

KI könne Ärzt*innen dabei unterstützen, »Informationen zu bündeln, sie von repetitiven Tätigkeiten zu entlasten und so mehr Raum für den Arzt-Patienten-Kontakt zu schaffen«, betonte BÄK-Präsident Klaus Reinhardt, als er die Stellungnahme im Februar bekanntgab. Reinhardt sagte aber auch, dass KI »ethische Anforderungen an die ärztliche Tätigkeit« stelle – etwa die Plausibilität der diagnostischen Vorschläge durch KI sachkundig zu überprüfen. Diese Notwendigkeit steht ausdrücklich auch in der Stellungnahme, die erklärt: »KI kann die ärztliche Tätigkeit unterstützen, aber die Verantwortung für Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie ist stets ärztliche Aufgabe und darf nicht an ein KI-System abgetreten werden.« Ärztliche Behandlung basiere »nicht allein auf Sachwissen, sondern es fließen biographische Aspekte des Patienten sowie emotionale und psychische Faktoren in Diagnose- und Therapieentscheidungen ein«. Bevor ein KI-System im Rahmen einer medizinischen Behandlung genutzt werde, müssten Ärzt*innen sich »mit der Funktionsweise und den rechtlichen Rahmenbedingungen des Einsatzes vertraut machen« – ratsam auch mit Blick auf mögliche Haftungsrisiken.

Diskussion beim Ärztetag?

Von zentraler Bedeutung ist es laut Stellungnahme, dass im Rahmen ärztlicher Aus-, Weiter- und Fortbildung »Kompetenzen zu digitalen Anwendungen und KI« verstärkt vermittelt werden – Begründung unter anderem: »Um fehlerhafte Diagnose- und Therapieempfehlungen zu vermeiden und z.B. ein unreflektiertes, ›blindes‹ Vertrauen in KI-generierte Diagnose- und Therapievorschläge (›Automation Bias‹) zu verhindern, müssen Ärzte über mögliche Fehler und Verzerrungsrisiken informiert sein.« Damit Mediziner*innen die Expertise zur Überprüfung der Plausibilität von KI-generierten Empfehlungen überhaupt haben können, müssten »weiterhin ausreichend KI-unabhängige Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt« werden – dies auch, »um der Gefahr eines schleichenden Verlusts von Erfahrungswissen und entsprechenden Fähigkeiten durch routinemäßigen Einsatz von KI entgegenzuwirken«.

Der BÄK-Vorstand sieht KI in der Medizin als »Schwerpunktthema«, die von ihm beschlossene Stellungnahme soll »zur Stärkung der ärztlichen Perspektive« beitragen – und auch eine Diskussionsgrundlage für den nächsten Deutschen Ärztetag sein, der Ende Mai in Leipzig stattfinden wird. *Klaus-Peter Görlitzer*

Patientenautonomie?

KI-Systeme unterstützen und ersetzen nicht nur Mediziner*innen, sie berühren auch die Selbstbestimmung von Kranken. Ihr klinischer Einsatz könne »eine potenzielle Bedrohung im Hinblick auf die gesetzlich vorgeschriebene Patientenaufklärung und -einwilligung darstellen«, schreibt das Max-Planck-Institut für Sozialrecht und Sozialpolitik. In einer Pressemitteilung vom 19. Februar weist das Institut auf eine Untersuchung des Rechtswissenschaftlers Christian Günther hin. Das Recht spiele »eine zentrale Rolle bei der Steuerung neuer Technologien«, sagt Günther. »Vier spezifische Probleme« hat der Jurist identifiziert. Erstens erzeuge der Einsatz von Künstlicher Intelligenz in der Medizin »ein gewisses Maß an Unsicherheit«, das auch auf den »Schwierigkeiten bei der wissenschaftlichen Überprüfung dieses Wissens« beruhe. Zweitens könnten »ethisch bedeutsame Entscheidungen« von der KI relativ unabhängig getroffen werden, »ohne wesentliche Einbindung der Patient*innen«; deren Fähigkeit, rationale Entscheidungen zu treffen, könne »erheblich beeinträchtigt« werden. Viertes Problem: »Patient*innen könnten Schwierigkeiten haben, angemessen zu reagieren, wenn nicht offensichtlich ist, dass menschliche Expertise durch KI ersetzt wurde.« Wie Politik diesen Herausforderungen begegnen und gesetzliche Regelungen weiterentwickelt werden könnten, »um sowohl den technologischen Fortschritt zu fördern als auch die Rechte von Patient*innen zu wahren«, beschreibt Günther in seiner englischsprachigen, über 430 Seiten dicken Studie. Sie kann online gratis gelesen werden: *https://www.nomos-elibrary.de/de/10.5771/9783748948919/artificial-intelligence-patient-autonomy-and-informed-consent?*

Digitale Patientenakte, technische Probleme

Die elektronische Patientenakte (ePA) sollte Mitte Februar bundesweit starten *(→ BIOSKOP Nr. 108)*. Inzwischen hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) die Einführung auf April verschoben, doch auch daraus wird wohl nichts werden. Denn die ePA-Testphase, die seit Mitte Januar in rund 300 Arztpraxen, Apotheken und Kliniken in Hamburg, Franken und Teilen Nordrhein-Westfalens läuft, war bislang nicht wirklich erfolgreich. Bei einer Befragung von 122 Pilotpraxen in NRW im Zeitraum 26. Februar bis 4. März gaben zwei Drittel der Teilnehmenden an, die ePA sei für sie derzeit gar nicht oder nur teilweise nutzbar. Probleme gebe es beim Übertragen von Daten in die digitale Medikationsliste, auch Zugriffe auf die Aktensysteme funktionierten noch nicht.

Angesichts solcher Erfahrungen hat die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das BMG am 7. März aufgefordert, die Testphase zu verlängern. Die ePA dürfe erst dann bundesweit eingeführt werden, wenn die erkannten technischen Mängel behoben und auch alle Sicherheitsschwachstellen geschlossen seien, auf die der Chaos Computer Club schon Ende Dezember hingewiesen hatte. Gesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) hatte eilig erklärt, die ePA werde bundesweit nur starten, wenn sie vollständig sicher sei. Ob er dann noch im Amt sein wird, ist ungewiss.

Die ePA wird automatisch von den Krankenkassen für alle gesetzlich Versicherten angelegt. Wer das nicht will, muss aktiv werden und Widerspruch einlegen. Tipps und Infos stehen auf der unabhängigen Webseite *https://widerspruch-epa.de*. Dass die verpflichtende Aufklärung seitens der Kassen verbesserungsbedürftig ist, zeigte auch eine stichprobenartige Auswertung des Verbraucherzentrale Bundesverbands *(→ BIOSKOP Nr. 108)*. Die Widerspruchsquoten liegen laut Krankenkassen, Stand Mitte Februar, bei vier bis sieben Prozent.

Die Freiwilligkeit der ePA-Nutzung könnte beizeiten abgeschafft oder untergraben werden. Eine fragwürdige Rabattidee hatte Friedrich Merz Anfang Februar ins Gespräch gebracht. Dem *Redaktionsnetzwerk Deutschland (RND)* sagte der CDU-Kanzlerkandidat, wer Datenschutzbedenken zurückstelle und die ePA »voll umfänglich« nutze, könnte künftig »zum Beispiel zehn Prozent niedrigere Krankenversicherungsbeiträge zahlen«. »Der Vorteil wäre« für Merz, dass »Datennutzung im Vordergrund stehen würde und wir das System moderner aufstellen könnten«.

Klaus-Peter Görlitzer

Sponsoring in Frage gestellt

Ärzt*innen sind verpflichtet, sich kontinuierlich berufsbegleitend fortzubilden. Finanzielle Hilfe kommt oft von Pharmaunternehmen: Sie sponsern viele der verfügbaren Fortbildungsangebote für Heilberufler*innen mit mehr oder weniger hohen Euro-Beträgen – auch in der Hoffnung, die Teilnehmer*innen für ihre Produkte einnehmen zu können. Im Mai 2024 hat der Deutsche Ärztetag eine reformierte (Muster-) Fortbildungsordnung (MFBO) beschlossen – mit dem Ziel, für Qualität, Neutralität und Transparenz zu sorgen *(→ BIOSKOP Nr. 106)*. Um rechtsverbindlich zu werden, müssen die Vorgaben von den 17 Landesärztekammern jeweils umgesetzt werden.

Transparency International (TI) und die Ärzt*innen-Initiative Mezis haben die verschärften Muster-Regelungen ausdrücklich begrüßt, »da sie einen bedeutenden Schritt hin zu einer Fortbildung darstellen, die frei von kommerziellen Einflüssen ist«. In einer gemeinsamen Stellungnahme vom 8. Januar 2025 bewerten sie die Vorgaben aber als »nicht ausreichend«; die MFBO-Regelung zur Offenlegung von Interessenkonflikten sei »zu ungenau, um den Beteiligten eine klare Einschätzung zu ermöglichen«. TI und Mezis kritisieren zudem grundsätzlich, dass auch nach den reformierten Bedingungen die Möglichkeit bestehen bleibe, »dass Fortbildungsveranstaltungen vollumfänglich oder überwiegend von Sponsoren finanziert werden«. Dies berge das »Risiko«, dass sie »weiterhin als Teil einer umfassenden Marketingstrategie genutzt« werden.

Ärzt*innen, die für ihre notwendigen Fortbildungen auf Sponsoren mit kommerziellen Interessen angewiesen seien, könnten »erfahrungsgemäß kaum unabhängig« sein, meinen TI und Mezis. Sie verweisen zudem darauf, dass die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft seit über zehn Jahren fordere, die Landesärztekammern sollten für gesponserte Fortbildungen »generell keine CME-Punkte« vergeben, mit denen Ärzt*innen die Teilnahme an anerkannten Fortbildungen nachweisen können. Auch regen Fachleute immer mal wieder an, das Sponsern von Fortbildungen für Mediziner*innen per Gesetz zu verbieten.

Trotz der grundsätzlichen Kritik machen TI und Mezis auch diverse Verbesserungsvorschläge, die Landesärztekammern in ihren Ausführungsvorschriften zur Anerkennung von Fortbildungen aufnehmen sollten. Wer diese im Detail nachlesen möchte, kann dies online tun:

https://mezis.de/stellungnahme-mezis-und-ti-transparenzmangel-bei-aerztlicher-fortbildung

»Kritisch hinterfragen«

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertritt die Interessen von 187.000 niedergelassenen Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen. Fortbildungen mit Sponsoring von Pharmafirmen findet die KBV grundsätzlich in Ordnung; sie bittet Teilnehmende aber, »einiges zu beachten«. Tipps stehen auf der KBV-Webseite, Rubrik: »Richtig kooperieren«. Bei gesponserten Fortbildungen sollten Ärzt*innen »unbedingt darauf achten, dass sie dort wirklich neutrale Informationen erhalten und Interessenkonflikte offen gelegt sind«, zitiert die KBV den Justiziar der Ärztekammer Niedersachsen, Karsten Scholz. »Es wäre nicht in Ordnung, wenn der Referent die entsprechende Vortragsfolie mit Hinweisen zum Sponsoring nur für Sekundenbruchteile zeige.« Heikel könne es sein, wenn Teilnehmende nur eine geringe Tagungsgebühr zahlen müssten und sogar diese noch erstattet bekämen. »Dann stellt sich die Frage nach einer versteckten Gegenleistung«, so Scholz zur KBV. Ob etwa eine »unausgesprochene Zusage« vorliege, »bestimmte Pharmaprodukte häufiger zu verordnen«. Krankenkassen, warnt die KBV, »könnten gerade die Verordnung teurer Originalpräparate als Anlass sehen, sich Vielverordner in den Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen genauer anzusehen«. Bei Verdacht auf Korruption drohten Strafverfahren und Praxisdurchsuchungen. Die KBV rät zur Sensibilität: »Nach der Veranstaltung können Ärzte einen Selbstcheck machen und sich fragen, ob sich ihr Verordnungsverhalten verändert hat und worauf sie dies zurückführen. Zugleich sollten sie das Gelernte mit Blick auf ›neutrale‹ Informationen, zum Beispiel der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, kritisch hinterfragen.«

Programme und Ungewissheiten

Gesundheitspolitische Perspektiven nach der Bundestagswahl

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

CDU, CSU und SPD haben am 13. März ihre Koalitionsverhandlungen gestartet, noch vor Ostern wollen sie eine neue Bundesregierung bilden, angeführt von Friedrich Merz (CDU) als Kanzler. Noch gibt es keine konkreten Vereinbarungen zur künftigen Gesundheitspolitik. Wohin hier die politische Reise gehen könnte, deuten mehr oder weniger vage Ankündigungen aus den Wahlprogrammen an. Notwendig sind auch Punkte, die da nicht drin stehen.

Eine zentrale Aufgabe für die Große Koalition, für die nur noch 45 Prozent der Wähler*innen gestimmt haben, wird eine erneute Reform der Pflegeversicherung sein. Inzwischen sind nicht nur viele Pflegebedürftige finanziell überfordert, sondern perspektivisch auch die Pflegekassen. Sowohl Union als auch SPD haben das große Problem zumindest im Blick *(→ Seite 9)*. Streit könnte es darüber geben, wie die von Bundesgesundheitsminister Lauterbach (SPD) durchgesetzte Klinikreform ausgestaltet wird. CDU/CSU schreiben in ihrem Wahlprogramm, »Grundgedanke« einer Klinikreform müsse »eine hochwertige Versorgung in der Stadt und auf dem Land« sein; Ziel müsse es daher sein, einen »kalten Strukturwandel in der Krankenhauslandschaft zu verhindern«. Die Union kündigt an: »Fehlsteuerungen in Folge der Krankenhausreform werden wir korrigieren.« Ob Lauterbach im Amt bleibt oder die Union das Gesundheitsministerium künftig leiten will, war Mitte März noch offen.

Streit dürfte es auch um diese Forderung aus dem Wahlprogramm der SPD geben: »Wir setzen auf ein solidarisches System einer Bürgerversicherung, das allen Menschen gleichen Zugang zu Gesundheitsleistungen in gleicher Qualität ermöglicht. Für Beamtinnen und Beamte des Bundes schaffen wir ein echtes Wahlrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung durch eine pauschale Beihilfe.«

Einig sind die voraussichtlichen Partner*innen im Grundsatz darüber, Digitalisierung und Künstliche Intelligenz voranzutreiben, auch und gerade im Gesundheitswesen. Für die Union ist Digitalisierung »der Schlüssel zu schnellerer und sicherer Versorgung«, sie will die »freiwillige Weitergabe der persönlichen Gesundheitsdaten für klinische Studienzwecke und damit die Bekämpfung von Krankheiten voranbringen«. Die SPD verheißt: »Die elektronische Patientenakte kommt jetzt nach 20 Jahren Stillstand, und die KI-Medizin wird die Behandlung revolutionieren.«

Die einflussreiche Arzneimittelindustrie wird zumindest mit den Ankündigungen beider Partner zufrieden sein. CDU/CSU versprechen, »die Pharma- und Gesundheitswirtschaft zu einer echten Leitökonomie zu machen« *(→ Randbemerkung)*. Die SPD zählt Pharma zu den »Erfolgsbranchen«, für die Deutschland ein »Standort« bleiben müsse, sowohl »für große Konzerne wie auch für den starken Mittelstand«. Kein Wort steht in beiden Programmen zu pharmagesponserten Fortbildungen für Ärzt*innen und Interessenkonflikten, gesetzliche Regelungen werden Akteur*innen aus der Zivilgesellschaft weiter einfordern müssen *(→ Seite 7)*.

Unklar ist, ob es in der nächsten Legislaturperiode neue Vorstöße in den Bereichen Reproduktionsmedizin, Transplantation und Suizidhilfe geben wird. Kein Thema im Wahlkampf war die Legalisierung von »Eizellspende« und »Leihmutterschaft«, die FDP, die solche Praktiken am deutlichsten befürwortet, ist im neuen Bundestag nicht mehr dabei. Zu einer Reform des Transplantationsgesetzes in puncto »Lebendorganspende« und Einwilligungsregeln ist zwar vorerst gescheitert, könnte aber wieder auf die Agenda kommen – auch wenn in den Programmen von CDU/CSU und SPD dazu ebenso wenig steht wie zum Thema assistierter Suizid. Zu erwarten ist ein neuer Anlauf für ein Suizidpräventionsgesetz, einen Gesetzentwurf hatte Lauterbach ganz kurz vor der Wahl vorgelegt *(→ Seite 5)*. In ihrem Wahlprogramm, das nur die »aktive« Sterbehilfe ausdrücklich ausschließt, kündigen CDU/CSU an, was auch die SPD gut finden dürfte: »Für einen wirksamen Lebensschutz beschließen wir ein umfassendes Suizidpräventionsgesetz.«

Aufarbeitung der Corona-Pandemie?

Die Corona-Pandemie und deren politisches Management, inklusive fragwürdiger Grundrechte-Einschränkungen und zeitweiliger Propagierung einer Impfpflicht, hat wohl alle Bürger*innen drei Jahre lang in Atem gehalten. »Wir müssen die Zeit der Pandemie aufarbeiten«, forderte auch Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier am 13. März 2025. Im Unionsprogramm kommt das Wort Corona nicht vor. Die SPD verspricht, sie wolle »das staatliche Krisenmanagement in der Corona-Pandemie u. a. mit einem Bürgerrat umfassend aufarbeiten, um daraus lernen zu können«.

Ein »Bürgerrat« allein wird so eine große Aufgabe nicht seriös leisten können. Sachlich notwendig ist die Einsetzung einer Enquete-Kommission. Im April 2024 hatte ausgerechnet die AfD-Fraktion dies beantragt – vergeblich. Im neuen Bundestag sollten die Fraktionen der demokratischen Parteien einen solchen Antrag selbst stellen und beschließen – und zwar schnell.

»Leitökonomie«

Eine neue Bundesregierung und einen Koalitionsvertrag gab es Mitte März zwar noch nicht. Klar ist aber, dass sich die Wahlsieger*innen von CDU/CSU einen »starken Gesundheits- und Pharmastandort« wünschen. Was sie dafür tun wollen, haben sie in ihrem Wahlkampfprogramm wie folgt skizziert: »Deutschland war einmal die Apotheke der Welt. Es muss daher unser Anspruch sein, die Pharma- und Gesundheitswirtschaft zu einer echten Leitökonomie zu machen. Dazu brauchen wir den regelmäßigen Dialog mit den Herstellern, dem Großhandel und allen weiteren Akteuren. Wir werden die Standort- und Wettbewerbsbedingungen verbessern und die Entwicklung neuer Produkte erleichtern, zum Beispiel durch schnellere Zulassungsverfahren.«

Rufe nach großer Reform

Politik soll Pflegeversicherung solide finanzieren und ausbauen

Die stetig steigenden Kosten für die Pflege überfordern viele Menschen, die darauf angewiesen sind. Auch die Pflegekassen haben inzwischen ein finanzielles Problem. Die Rufe nach einer großen Pflegereform, deren Dringlichkeit wohl auch die künftige Bundesregierung sieht, werden lauter.

Pflege, das hat auch Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (SPD) erkannt, »droht jetzt wieder ein Armutsrisiko zu werden« *(→ Randbemerkung)*. Im ersten Jahr im Pflegeheim müssen Bewohner*innen laut Paritätischem Gesamtverband durchschnittlich 2.970 Euro im Monat selbst zahlen. »Davon entfallen allein auf die pflegerische Versorgung rund 1490 Euro«, erläutert der Paritätische, »der Rest setzt sich zusammen aus Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Investitionskosten.« Mehr als jeder dritte Pflegebedürftige im Heim sei auf Sozialhilfe angewiesen.

Der Paritätische hat sich mit weiteren Sozialverbänden zu einem Bündnis zusammengeschlossen, das für eine »solidarische Pflegevollversicherung« wirbt, mit der alle pflegebedingten Kosten vollständig übernommen würden. Das Bündnis, dem auch der Sozialverband Deutschland (SoVD), der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe, DGB und Ver.di angehören, hat eine Expertise beim Gesundheitsökonomen Heinz Rothgang beauftragt. »Unser Gutachten zeigt«, sagte der Bremer Professor Ende Januar, »dass eine Vollversicherung – auch langfristig – im Rahmen der Sozialversicherung finanzierbar ist, ohne den Beitragssatz wesentlich erhöhen zu müssen.« Voraussetzung sei allerdings, »dass die Pflegeversicherung gleichzeitig zu einer Bürgerversicherung weiterentwickelt wird, in die alle einzahlen und in der alle Einkommensarten beitragspflichtig sind«. Rothgangs 40-seitiges Gutachten, Titel: »Beitragssatzeffekte einer Pflegebürgervollversicherung«, steht gratis zum Download bereit: *www.solidarische-pflegevollversicherung.de*

Mit Verweis auf das Gutachten und seine Berechnungen erklärt der Paritätische: »Weniger als 5 Euro« im Monat würden »Versicherte mit einem Einkommen bis zur derzeitigen Beitragsbemessungsgrenze« aufbringen müssen, um im Pflegefall die Kosten der Pflege vollständig erstattet zu bekommen.

Der Beitrag zur Pflegeversicherung stieg Anfang 2025 um weitere 0,2 Prozentpunkte, die Erhöhung hatten SPD und Grüne kurz nach dem Aus der Ampelregierung im November per Verordnung beschlossen, »um die Zahlungsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung sicherzustellen«. Dennoch rechnet der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV) für dieses Jahr mit einem weiteren Defizit von rund einer halben Milliarde Euro in der Pflegeversicherung, 2024 lag das Minus sogar bei 1,54 Milliarden Euro. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, schlug am 14. März Alarm: »Der Pflege steht das Wasser bis zum Hals.« Zwar sei gegenwärtig noch gesichert, dass Pflegebedürftige ihre Leistungen erhalten und die Arbeit der Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen bezahlt werden. Aber die künftige Bundesregierung sei gefordert, das Finanzierungsproblem »schnell« anzugehen. Zusätzliche Einnahmen von bis zu zehn Milliarden Euro seien noch in 2025 möglich, wenn zwei Forderungen des GKV-Spitzenverbandes realisiert würden: Der Bund müsse über fünf Milliarden Euro, die Pflegekassen zur Finanzierung zahlreicher Corona-Maßnahmen wie Tests und Pflegeboni in Heimen aufgebracht haben, an die Pflegeversicherung zurückzahlen. Zudem müsse der Bund die Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige dauerhaft übernehmen.

Entlastung auch für Angehörige nötig

Richtig findet diese Forderungen auch der Sozialverband VdK. Dessen Vorsitzende Verena Bentele will aber noch mehr, sie sagte am 14. März: »Ohne die pflegenden Angehörigen wäre das System schon längst zusammengebrochen. Diese brauchen endlich Entlastung in Form eines Pflegelohns und eines Ausbaus der Pflege-Infrastruktur.« Bentele appelliert außerdem an die künftige Regierung, eine »einheitliche Pflegeversicherung« zu schaffen, in die alle Bürger*innen einzahlen, »also auch Privatversicherte«.

Die prekäre Lage ist CDU/CSU und SPD wohl bewusst, in ihrem Sondierungspapier vom 8. März steht immerhin dieser Satz: »Wir wollen eine große Pflegereform auf den Weg bringen.« Was sie wann im Detail vorhaben, verraten sie bisher aber nicht. Im Wahlkampf hatte die Union versprochen, die Pflegeversicherung finanziell zu stabilisieren und »ein umfassendes Konzept für eine stabile pflegerische Versorgung in einer alternden Gesellschaft« zu erarbeiten. Konkretere Ankündigungen zu diesem Thema machte die SPD. Sie versprach unter anderem, die hohen Eigenanteile bei den Pflegekosten in der stationären Langzeitpflege auf 1.000 Euro pro Monat zu begrenzen. Außerdem sollen, laut SPD-Wahlprogramm, »die Investitionsaufwendungen der Heime zukünftig nicht mehr vollständig auf die Bewohner umgelegt werden dürfen«.

Klaus-Peter Görlitzer

Lauterbachs Versprechen

Die Pflegeversicherung wurde 1995 in Deutschland eingeführt. Die Eigenanteile, die Bewohner*innen von Pflegeheimen bezahlen müssen, sind seit Jahren so hoch, dass viele Betroffene diese nicht aus eigener finanzieller Kraft aufbringen können. Wer auf stationäre Pflege angewiesen ist und eine Immobilie besitzt, muss diese mitunter verkaufen, damit er oder sie das Geld für die Heimkosten aufbringen kann. Zum Thema hat der Sender *NDR-Info* Anfang 2025 den Bundesgesundheitsminister persönlich interviewt. Bei dieser Gelegenheit wünschte Karl Lauterbach (SPD) der Pflegeversicherung »viel Glück für die nächsten 30 Jahre« und erklärte unter anderem: »Es war nicht so gedacht, dass derjenige, der viel vererben kann, das auch vererbt und die Solidargemeinschaft bezahlt dann die Pflege. Der eigene Anteil für einen Teil der Pflegekosten – die Wohnkosten und die Verpflegung – war von Anfang an so vorgesehen. Man wollte aus der Pflegeversicherung kein Erbenschutzprogramm machen.« Allerdings hat auch Lauterbach erkannt, dass es nicht einfach weitergehen kann wie bisher: »Mittlerweile ist der Eigenanteil allerdings so stark gestiegen, dass es nicht mehr richtig ist«, sagte der Gesundheitsminister. »Pflege droht jetzt wieder ein Armutsrisiko zu werden. Daher müssen wir den Eigenanteil deckeln.« Lauterbach verwies zudem auf ein Wahlkampfversprechen der SPD, das er »selbst mitentwickelt« habe. Demnach will die SPD im Falle einer erneuten Regierungsverantwortung den Eigenanteil an den Pflegekosten auf höchstens 1.000 Euro im Monat beschränken, dies gelte sowohl für die stationäre als auch für die ambulante Pflege.

Versorgung für alle verbessern!

»Gemeinsam gegen Ausgrenzung und für ein gerechtes Gesundheitssystem« – unter dieser Überschrift fordern mehr als 130 Verbände, Organisationen und Initiativen die künftige Bundesregierung auf, den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung für *alle* Menschen in Deutschland zu verbessern.

Der Appell der gemeinsamen Initiative »Gesundheit Unteilbar« war wenige Tage vor der Bundestagswahl am 23. Februar veröffentlicht worden. Unterzeichnet haben ihn unter anderem: Ärzte der Welt, Attac, AWO-Bundesverband, Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen, Bundesverband Wohnungslosenhilfe, Bundesvereinigung Lebenshilfe, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, Deutsche Gesellschaft für Public Health, Deutscher Hebammenverband, Deutscher Pflegerat, DGB-Bundesvorstand, Diakonie Deutschland, Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben, IPPNW, Nationale Armutskonferenz, Sozialverband Deutschland, Sozialverband VdK, Verbraucherzentrale Bundesverband, Verein demokratischer Ärzt*innen sowie die Flüchtlingsräte aus Berlin, Brandenburg, Bremen und Niedersachsen.

Die Unterzeichner*innen seien »besorgt über populistische und menschenverachtende Aussagen bis weit in die politische Mitte hinein«, heißt es in dem Appell. Die »berechtigte Unzufriedenheit mit dem Gesundheitssystem« vieler Menschen werde politisch genutzt, »um gegen Migrant*innen, geflüchtete und armutserfahrene Personen, Menschen mit Behinderungen und andere sozial benachteiligte Gruppen zu hetzen«.

Der Appell benennt »Hindernisse im Zugang zur Gesundheitsversorgung«, die für benachteiligte Gruppen »besonders sichtbar« seien, aber auch die breite Bevölkerung sei betroffen. Als Beispiele »struktureller Diskriminierung« werden benannt: »lange Wartezeiten auf Termine, fehlende Angebote im ländlichen Raum oder in ärmeren Stadtteilen, Ungleichbehandlung zwischen privat und gesetzlich Versicherten, Sprachbarrieren, fehlende Informationen und bürokratische Hürden«. Verstärkt würden diese Barrieren durch »Ausrichtung des Gesundheitswesens auf ökonomischen Gewinn«, was dazu führe, dass der Auf- und Ausbau von Angeboten nicht dem Bedarf entspreche, sondern »auf der Grundlage von Profitchancen« erfolge.

> »Diese Spaltungstendenzen möchten wir nicht länger hinnehmen!«

Zwar seien »erste Ansätze« zum Ausbau eines diversen, inklusiven und barrierefreien Gesundheitswesens in der nun ablaufenden Legislaturperiode intensiv diskutiert worden, strukturelle Verbesserungen seien aber »letztlich nicht auf den Weg gebracht worden«, schreiben die Verbände und schlussfolgern: »Der daraus entstehende Frust bildet einen gefährlichen Nährboden für Ressentiments und Populismus.« Dieser werde genutzt, »um gegen Migrant*innen, geflüchtete und armutserfahrene Personen, Menschen mit Behinderungen und andere sozial benachteiligte Gruppen Stimmung zu machen«.

Die in der Initiative »Gesundheit Unteilbar« vereinten Akteur*innen aus der Zivilgesellschaft betonen: »Diese Spaltungstendenzen möchten wir nicht länger hinnehmen!« Sie fordern, dass sich die politische Debatte wieder darum drehen müsse, »gemeinsame Lösungen für einen diskriminierungsfreien und gerechten Zugang zum Gesundheitswesen« für alle Menschen zu entwickeln.

Der Appell endet mit einer Liste von Forderungen, adressiert vor allem an die Politik. Ganz oben steht: »ein einheitliches Krankenversicherungssystem, das alle in Deutschland lebenden Menschen einschließt, bedarfsgerecht versorgt und das durch alle nach ihren Möglichkeiten sozial gerecht und nachhaltig finanziert wird«. Die Primärversorgung müsse »multiprofessionell« ausgestaltet werden, was bedeute: verschiedene Gesundheitsdienste unter einem Dach versammeln – wohnortnah, niedrigschwellig, bedarfsgerecht. Ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung seien gemeinwohlorientiert miteinander zu verzahnen, unter Einbindung der Notfallversorgung.

Für »marginalisierte Bevölkerungsgruppen mit spezifischen Bedarfen« – gemeint sind zum Beispiel wohnungslose, von Gewalt betroffene und geflüchtete Menschen – müssten gesundheitliche und psychosoziale Versorgungsangebote geschaffen werden, niederschwellig, verstetigt, ausreichend finanziert.

Gefordert werden zudem barrierefreie Arztpraxen und Krankenhäuser, transparente und gerechte Terminvergabesysteme. Außerdem flächendeckend qualifizierte Sprachmittlung in der Gesundheitsversorgung sowie Anti-Diskriminierungstrainings und Entwicklung von diversitätsorientierter Kompetenz in der Aus- und Fortbildung für Gesundheitsberufe. Notwendig sei zudem die Schaffung von »Lob- und Beschwerde-Strukturen«. Hier könnten Diskriminierungsvorfälle aus Versorgungseinrichtungen gemeldet werden – sowohl von Patient*innen als auch vom Gesundheitspersonal.

Klaus-Peter Görlitzer

»Diagnose Diskriminierung«

»Wer im Krankenhaus, einer Arztpraxis oder bei Therapien Diskriminierung erlebt, findet selten eine Anlaufstelle, die auf das Thema vorbereitet ist«, erklärte die Antidiskriminierungsstelle des Bundes bereits im April 2024 bei der Vorstellung einer Studie, die sie beim Institut IGES in Auftrag gegeben hatte. Untersucht wurden Benachteiligungen aufgrund von Alter, Behinderung, Geschlecht, sexueller Identität, Religion und Weltanschauung. Außerdem rassistische und antisemitische Diskriminierung, und einbezogen wurden auch Diskriminierungserfahrungen aufgrund des Körpergewichts und sozialen Status. Im Vorwort der 192 Seiten dicken Studie »Diagnose Diskriminierung« schreibt Ferda Ataman, die Unabhängige Bundesbeauftragte für Antidiskriminierung: »Nur wenige Patient*innen wehren sich gegen Diskriminierung, denn sie sind darauf angewiesen, medizinisch behandelt zu werden. Manche können den Arzt oder die Ärztin nicht wechseln, weil sie in einer Region leben, in der es nur eine einzige Praxis gibt. Oder sie haben monatelang auf den Termin gewartet und wollen nicht von vorne anfangen.« Die Beschwerdemöglichkeiten »müssen professioneller und übersichtlicher werden«, folgerte Ataman aus den Studienergebnissen. Notwendig sei es auch, dass Anlaufstellen »Diskriminierungsfälle künftig systematisch erfassen und auswerten«. Zudem müssten die rechtlichen Möglichkeiten, sich nach einer Diskriminierung zu wehren, verbessert werden – inklusive Ausweitung auf Behandlungsverträge, »damit Betroffene Schadensersatz einklagen können«.

Die Studie Diagnose Diskriminierung steht online zum barrierearmen Download bereit: *www.antidiskriminierungsstelle.de/studie-diagnose-diskriminierung*

Zivilgesellschaft stärken!

Bundesregierung muss Gemeinnützigkeitsrecht verbessern

Eine Kleine Anfrage der CDU/CSU-Fraktion, veröffentlicht am Tag nach der Bundestagswahl, hat für große Aufregung gesorgt. Unter dem Eindruck von Massendemonstrationen gegen Rechts fragten Friedrich Merz und Kolleg*innen, ob sich gemeinnützige Vereine »parteipolitisch betätigen dürfen, ohne ihren Gemeinnützigkeitsstatus zu gefährden«. Ihre Anfrage besteht aus 551 Detailfragen, am 12. März hat die Bundesregierung geantwortet.

Die Antwort des noch SPD-geführten Bundesfinanzministeriums vom 12. März *(BT-Drucksache 20/15101)* sorgt für Klarheit. Das war auch dringend nötig, denn die Union hatte mit ihrem aufgeblähten Fragenkatalog offensichtlich darauf abgezielt, Vereine und Initiativen zu diskreditieren, die sich für Demokratie, Umwelt und soziale Gerechtigkeit sowie gegen Rassismus und Rechtsextremismus stark machen.

Auslöser für die 551 Fragen waren die Massendemonstrationen gegen Rechts vor der Bundestagswahl nach dem kalkulierten Tabubruch von Friedrich Merz, bei Abstimmungen im Bundestag zwecks Begrenzung der Migration auf Stimmen auch der AfD zu setzen. Die Union unterstellte, dass Nicht-Regierungs-Organisationen (NROs), die sie für »politisch links« hält, mit Geldern aus Ministerien auf intransparente Weise die politische Meinungsbildung beeinflussen würden. Die Kleine Anfrage zielt namentlich auf Organisationen wie Omas gegen Rechts, Greenpeace, Umwelthilfe, BUND, Foodwatch und andere mehr.

In ihrer Antwort stellt die im März 2025 noch geschäftsführende rot-grüne Bundesregierung klar, sie sehe keinerlei Anhaltspunkte für die in der Kleinen Anfrage enthaltene Unterstellung, NROs bildeten eine »Schattenstruktur, die mit staatlichen Geldern indirekt Politik betreibt«. Zudem habe der Bundesfinanzhof 2019 ausdrücklich die Auffassung der Finanzverwaltung bestätigt, »dass gemeinnützige Organisationen politisch aktiv sein dürfen«. Und sie betont, dass der Verfassungsstaat von »zivilgesellschaftlichem Engagement für ein friedliches und respektvolles Zusammenleben und dem Einsatz gegen menschen- und demokratiefeindliche Phänomene« lebe.

Darüber hinaus geht aus der Antwort hervor, dass die Bundesregierung für viele der gestellten Fragen nicht der richtige Adressat sei. Offenbar zielten die Fragen der Union auch mehr auf die öffentliche Meinung – sie sind geeignet, Zweifel zu säen, Vorurteile zu befeuern und die hohe Glaubwürdigkeit von NROs sowie der in der Anfrage ebenfalls erwähnten Medienmacher*innen wie Netzwerk Recherche und Correctiv zu untergraben.

Gegen dieses populistische Ansinnen gab es breite Proteste aus der Zivilgesellschaft, dennoch bleibt diese Stimmungsmache brandgefährlich. Notwendig ist – insbesondere angesichts des Erstarkens der AfD in Bund und Ländern – ein besserer Schutz und eine Rückenstärkung für alle, die eine lebendige Zivilgesellschaft ausmachen, indem sie sich für Demokratie, soziale Gerechtigkeit und Klimaschutz engagieren.

Ein Hebel dafür ist ein verbessertes Gemeinnützigkeitsrecht. Es sollte das politische Engagement gemeinnütziger Organisationen auf eine verlässlichere Grundlage stellen. Entsprechende Forderungen hat die Allianz »Rechtssicherheit für politische Willensbildung« längst erarbeitet.

Im Sondierungspapier von CDU, CSU und SPD, vorgelegt am 8. März, fehlt dieses wichtige Thema jedoch. Die Allianz vermisst außerdem »eine Aussage zur Bedeutung zivilgesellschaftlicher Organisationen zur Produktion sozialer Sicherheit und für den Erhalt gesellschaftlicher Zusammenhalt, aber auch bei der Bewältigung konkreter Herausforderungen von Armut über Integration bis Altenhilfe«.

CDU/CSU und SPD sollten die Erkenntnis, dass zivilgesellschaftliches Engagement ein Lebenselixier der Demokratie ist, endlich ernst nehmen und es stärken – durch entsprechende Vereinbarungen im Koalitionsvertrag und in der kommenden Legislaturperiode durch eine Reform des Gemeinnützigkeitsrechts und durch die Schaffung größerer Handlungsspielräume für die Zivilgesellschaft.

Ute Bertrand

Wichtige Initiativen

Über 200 Vereine und Stiftungen haben sich in der Allianz »Rechtssicherheit für politische Willensbildung« zusammengeschlossen, um ein verbessertes Gemeinnützigkeitsrecht zu erreichen (Infos unter *https://www.zivilgesellschaft-ist-gemeinnuetzig.de)*

LobbyControl, Transparency und abgeordnetenwatch.de fordern in einem Offenen Brief vom 13. März CDU, CSU und SPD auf, Spenden an Parteien künftig zu deckeln und eine Obergrenze in den Koalitionsvertrag zu schreiben.

»So wichtig wie nie«

Die Meinungsfreiheit ist in Deutschland ein Grundrecht, ebenso die Freiheit der Wissenschaft. Allerdings sehen Hochschulleitungen es nicht immer gern, wenn beamtete Professor*innen oder angestellte Wissenschaftler*innen sich öffentlich positionieren. Bemerkenswert viele haben das nun pointiert getan – Anlass: die Kleine Anfrage zur »politischen Neutralität staatlich geförderter Organisationen«. Ein Offener Brief, unterzeichnet von über 2.000 Wissenschaftler*innen an Friedrich Merz und die CDU/CSU-Fraktion, stellte am 4. März u. a. fest: »Dabei ist im höchsten Maße beunruhigend, dass die Kleine Anfrage das Narrativ eines ›tiefen Staates‹ aufgreift. Damit wird suggeriert, dass die Arbeit der genannten zivilgesellschaftlichen Organisationen nicht nur in unzulässiger Weise die politische Willensbildung in der Bundesrepublik beeinflusse, sondern dieser Arbeit auch ein grundsätzlicher Makel anhafte oder eine schädliche Wirkung zu attestieren sei.« Angesichts »globaler Verwerfungen und verstärktem Misstrauen gegenüber der Demokratie« sei die demokratische Zivilgesellschaft »so wichtig wie nie«, meinen die Briefunterzeichner*innen. Im Abschnitt »Neutralitätsgebot als Instrument der Disziplinierung der Zivilgesellschaft?« bemerken sie: »Zivilgesellschaftliche Organisationen dürfen im Sinne des Gemeinnützigkeitsrechts nicht parteiähnlich sein, müssen aber auch nicht politisch neutral sein – dies würde ihre gesellschaftliche, historische und demokratische Funktion ad absurdum führen. Die Auslegung des Neutralitätsgebots, wie wir sie in Ihrer Anfrage zur Kenntnis nehmen, kannten wir bisher von rechts-extremen Akteuren wie der AfD.«

Der Offene Brief ist online: *https://verfassungsblog.de/offener-brief-kleine-anfrage-union/*

Globaler Zugang zu Medizinprodukten

Die Welt steckt in einer globalen Gesundheitskrise: wachsende Ungleichheiten innerhalb und zwischen Nationen; Millionen vermeidbarer Todesfälle, insbesondere unter den armen Menschen. Das liegt vor allem an ungerechten Wirtschaftsstrukturen.

Wie der Zugang zu bezahlbaren Medizinprodukten im Globalen Süden verbessert werden kann, ist Thema einer Sommerschule für Multiplikator*innen, veranstaltet vom People's Health Movement Deutschland (PHM). Tagungsort ist vom 6. bis 8. Juni das CVJM-Lebenshaus im Schloss Unteröwisheim in Kraichtal, interessierte Menschen aus Initiativen und Verbänden sind willkommen! In diesem Rahmen sollen Forderungen und Empfehlungen entwickelt werden, zu adressieren an Politik, Gesundheitsfachkräfte und Öffentlichkeit.

Zahlreiche Referent*innen aus dem Aus- und Inland wirken mit, darunter Andy Gray (Südafrika), Katrina Perehudoff (Amsterdam), Mira Shiva (Indien), Jan Salzmann (Eine Welt Forum Aachen) sowie Christiane Fischer (PHM Deutschland). Vor und nach der Sommerschule stehen im Juni weitere Vorträge zum globalen Gerechtigkeitsthema an, so in Heidelberg (Institut für Global Health der Uni Heidelberg), Frankfurt am Main (medico international), Aachen (Eine Welt Forum) und Mannheim (mit der von Pharmafirmen unabhängigen Selbsthilfegruppe Multiple Sklerose Kranker, MSK e.V.).

Das PHM mit Gruppen in 70 Ländern ist ein globales Netzwerk von Gesundheitsaktivist*innen, Organisationen der Zivilgesellschaft und akademischen Institutionen.

Weitere Infos zu Programm und Anmeldung bei Christiane Fischer, Telefon (0157) 35469070, Mail *jano.fischer@posteo.de*

»Wir haben es satt, länger zu warten!«

Einhunderttausend Menschen sollen am 10. Mai mit einer Demonstration am Brandenburger Tor in Berlin dafür sorgen, »Mütter sichtbarer zu machen« – vor allem mit Blick auf Überlastungen und strukturelle Ungleichheiten. Das ist das Ziel der »Kampagne 100.000 Mütter«, gemeinsam initiiert vom Evangelischen Fachverband für Frauengesundheit, dem Arbeitskreis Frauengesundheit, Müttergenesungswerk und der Initiative #MütterMachtPolitik.

Zu den »täglichen Herausforderungen« für Mütter gehören »fehlende Unterstützungsangebote, Überlastung und ungleiche Verteilung der unbezahlten Care-Arbeit sowie gesellschaftliche Erwartungen, die oft in gesundheitlichen Problemen münden«. Um das zu ändern, haben die Initiatorinnen einen Katalog mit Forderungen erarbeitet, den sie der neuen Bundesregierung am 10. Mai übergeben wollen. Angemahnt werden die Umsetzung der Frauenrechtskonvention sowie die »konsequente Berücksichtigung geschlechter- und familienspezifischer Auswirkungen bei politischen Entscheidungen«. Notwendig sei ein »geschlechtersensibles Gesundheitssystem«, das die spezifischen Bedürfnisse von Müttern berücksichtigen müsse, »einschließlich besserer Vorsorgeangebote und Schutz vor Gewalt«. Um Frauen »gleiche Chancen in der Arbeitswelt zu bieten«, müssten Bildungs- und Betreuungsinfrastrukturen ausgebaut und Sorgearbeit gerecht verteilt werden.

»Essenziell« seien zudem »die Förderung feministischer Initiativen und die langfristige Finanzierung von Demokratieprogrammen«. Mehr Forderungen und Infos stehen auf der Webseite der Kampagne, die betont: »Wir haben es satt, länger zu warten!«

https://hunderttausendmuetter.de/die-kampagne

»Schluck & weg«

»Wie kann man komplexe entwicklungs- und gesundheitspolitische Themen wirksam unters Volk bringen?« fragten sich Aktivist*innen der BUKO Pharma-Kampagne im Herbst 1983. Zum Beispiel per Straßentheater, dachten sie sich, und diese Idee setzten sie im Frühjahr 1984 auch erstmals um. Seitdem gehen die Amateurschauspielenden, die ihr Aktionstheater »Schluck & weg« nennen, fast jedes Jahr ehrenamtlich auf Tournee. Die nächste ist für den September 2025 geplant, vorgesehen sind Auftritte vor allem in Nordrhein-Westfalen. Im Fokus stehen dabei »nicht-übertragbare Krankheiten« wie Diabetes oder Herz-Kreislauf-Leiden. »Behandlungsmöglichkeiten und der Zugang zu Medikamenten«, schreibt die BUKO Pharma-Kampagne zum Hintergrund, sind in Staaten des globalen Südens »oft deutlich schlechter als in Industrieländern«. Vorbereitet wird die Straßentheater-Tournee mit vier Wochenend-Workshops in Bielefeld, der erste läuft vom 25.- 27. April. »Unter Anleitung einer Theaterpädagogin und Regisseurin erlernt ihr Schauspieltechniken und entwickelt gemeinsam ein rund 20-minütiges Theaterstück«, stellt BUKO in Aussicht. Mitmachen können Menschen, die sich »für eine global gerechte Gesundheitsversorgung stark machen« wollen; Theatererfahrung werde hingegen nicht vorausgesetzt.

Information und Anmeldung telefonisch (0521-60550) und online: *https://bukopharma.de/tournee-2025-schauspielende-gesucht/*

Ärzt*innen-Appell für saubere Luft

Über 800 Ärzt*innen aus mehreren europäischen Ländern fordern EU-Kommissionspräsidentin Ursula von der Leyen auf, im Interesse der Gesundheit der EU-Bürger*innen an dem für 2035 geplanten Ausstieg aus KfZ-Verbrennungsmotoren festzuhalten. »Luftverschmutzung ist das größte umweltbedingte Gesundheitsrisiko und verursacht jährlich über 300.000 Todesfälle in Europa«, betont der Ende Februar lancierte Offene Brief, den auch einige deutsche Ärzt*innenverbände aus Kinder- und Lungenheilkunde unterstützen. »Besonders in Städten sind Abgase durch Autoverkehr eine maßgebliche Quelle von Luftschadstoffen wie Feinstaub und Stickoxiden. Diese Stoffe erhöhen das Risiko von Allergien, Asthma, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und Schlaganfällen.«

Anlass für den Appell sind aktuelle Bemühungen der Automobilindustrie, die per Lobbyarbeit in Brüssel eine Abschwächung des Verbrenner-Ausstiegs und der CO2-Flottengrenzwerte erreichen wollen. Die Grenzwerte schreiben den Produzenten vor, wie viel CO2 sie jährlich mit von ihnen verkauften Autos durchschnittlich in die Luft blasen dürfen. »Der Straßenverkehr verursacht etwa ein Fünftel der europäischen CO2-Emissionen, 60 % davon sind auf Autos zurückzuführen«, steht im Offenen Brief der Ärzt*innen. Zwischen 1990 und 2022 seien die Emissionen um fast 25 % gestiegen.

Nachdenken über »Organspender«

Forscher*innen befragten herztransplantierte Patient*innen

2024 wurden laut Statistik der Deutschen Stiftung Organtransplantation hierzulande 3.013 Organe »hirntoter« Menschen auf 2.902 Patient*innen übertragen; 350 Schwerkranke erhielten ein fremdes Herz. Forscher*innen untersuchen mit finanzieller Unterstützung der Deutschen Herzstiftung, was transplantierte Patienten*innen über Menschen denken, deren Herz in ihrem Körper weiterschlägt.

Die gemeinnützige Deutsche Herzstiftung (DHS) vergibt, gemeinsam mit der Stiftung für Herzforschung, jährlich 6,1 Millionen Euro für die Förderung »patientennaher« Projekte, die dazu beitragen sollen, Diagnose, Behandlung und Nachsorge von Herzerkrankungen zu verbessern.

Am 20. Januar machte die DHS per Pressemitteilung auf die Studie »Spendergedanken und Herztransplantation« (SpHer) aufmerksam, die sie mit 47.600 Euro gefördert hat. Zunächst zitierte die DHS den Oeynhausener Herzchirurgen und Transplantationsmediziner Jan Gummert, der seit 2010 auch ehrenamtliches Vorstandsmitglied der DHS ist. Professor Gummert wies darauf hin, dass transplantierte Patient*innen »nach überstandenem Eingriff vor einer Reihe möglicher Probleme« stehen könnten. »Neben ersten Schwierigkeiten mit der Akzeptanz der medikamentösen Therapie durch Immunsuppressiva gegen Abstoßungsreaktionen des Körpers auf das Spenderorgan«, erklärte Gummert, »können auch andere körperliche wie auch psychische Leiden hinzukommen, die medizinische Hilfe erfordern.«

Mit welchen körperlichen und psychischen Stressfaktoren ist zu rechnen? Was trägt dazu bei, dass Patient*innen ein fremdes Organ akzeptieren? Im Rahmen des von der DHS geförderten »Spendergedanken«-Forschungsprojekts suchen Mediziner*innen des von Gummert geleiteten Herz- und Diabeteszentrum (HDZ NRW) Bad Oeynhausen und der Ruhr-Universität Bochum nach Antworten. »Organabstoßungsangst, Depression, posttraumatische Belastungsstörung, die psychischen Leiden bei herztransplantierten Patienten können sehr verschieden sein«, steht in der DHS-Mitteilung. Zudem könne das »Nachdenken über den Organspender«, zum Beispiel über sein Alter, die Umstände seines Todes, dessen Persönlichkeit, Familiengeschichte oder Beruf, ein belastender »emotionaler Spagat« sein, sowohl bei Patient*innen auf der Herz-Warteliste als auch nach überstandener Transplantation – »schlimmstenfalls lehnen Empfänger das übertragene Organ sogar ab«.

Zum »Phänomen der Spenderperson- und Organgedanken« gebe es bislang »sehr wenig Studien«, weiß Psychologin Katharina Tigges-Limmer, die beim SpHer-Forschungsprojekt mitwirkt. Anonym befragt wurden in diesem Rahmen 407 herztransplantierte Patient*innen am HDZ NRW in Bad Oeynhausen. »Wir waren sehr überrascht, wie viele Menschen diese Gedanken überhaupt haben«, berichtet die Public Health-Expertin Nora Laskowski in einem DHS-Video. »Vor der Transplantation waren es etwa 40 Prozent der Befragten. Danach aber 91 Prozent. Also fast jeder hat diese Gedanken nach der Transplantation.«

Viele der anonym antwortenden Organempfänger*innen hätten große Erleichterung über die geschaffte Operation ausgedrückt und angegeben, dem »Spender« gegenüber eine große Dankbarkeit zu spüren. »Gleichzeitig ist für einige Patienten ein diffuses Schuldgefühl dabei, nämlich: ›Ich darf leben, während jemand anders sterben musste‹«, erklärt Psychologin Tigges-Limmer. »Gleichzeitig heißt es aber auch, es stirbt niemand für mich, aber mein neues Glück fußt auf dem Tod, so könnte man es sagen.«

> »Wir waren sehr überrascht, wie viele Menschen diese Gedanken überhaupt haben.«

Die DHS schreibt in ihrer Pressemitteilung, dass es in allen deutschen Transplantationszentren psychologische und psychosomatische Dienste gebe, die Patient*innen »im schwierigen Prozess der Transplantation begleiten«. Allerdings würden nicht alle Betroffenen die angebotene Hilfe auch in Anspruch nehmen. Tigges-Limmer plädiert dafür, »die Schwelle der Inanspruchnahme niedrig zu halten«. Psychotherapeutische Unterstützung für Menschen vor, während und nach einer Transplantation sei »kein Luxus«, sondern eine »Notwendigkeit, die als selbstverständlich anzusehen ist«.

Über ihr Forschungsprojekt haben Tigges-Limmer, Laskowski sowie der leitende Arzt Prof. Georgios Paslakis gemeinsam den Aufsatz »In Gedanken beim Herzspender« geschrieben, publiziert in der Zeitschrift *HERZ heute* (Ausgabe 4/2024), die von der DHS herausgegeben wird und Herz-Kreislauf-Patient*innen und deren Angehörige erreichen will. Das Heft ist online, aber nur für DHS-Mitglieder gratis zu lesen.

Klaus-Peter Görlitzer

Ins Leere gelaufen

»Organspenden« und die Bereitschaft dazu werden vorerst nicht zum neuen Normalfall in Deutschland erklärt. Zwei Gesetzentwürfe, die genau dies tun sollten und gleichzeitig alle Bürger*innen zu potenziellen Organgeber*innen erklärten, solange sie dem nicht ausdrücklich widersprechen *(→ BIOSKOP Nr. 108)*, sind im Bundestag vor der Wahl nicht mehr abgestimmt worden. Zwar gab es am 29. Januar noch eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen im Gesundheitsausschuss, die die Gesetzesvorhaben kontrovers bewerteten. Mehr ist seitdem aber nicht passiert, das geplante gesetzgeberische Schnellverfahren ist somit ins Leere gelaufen. Ob in der neuen Legislaturperiode noch ein Anlauf pro Widerspruchsregelung droht, ist ungewiss; in den Wahlprogrammen der voraussichtlichen Koalitionspartner CDU/CSU und SPD stehen die Begriffe »Organspende« und Transplantation aber nicht drin. BioSkop hatte am 1. Dezember 2024 eine 4-seitige Stellungnahme »Organentnahme und das Recht auf freie Entscheidung« vorgelegt und auch an die Parlamentarier*innen geschickt – zentrale Forderung: »Fremdbestimmte Explantationen darf es nicht mehr geben! § 4 des Transplantationsgesetzes (TPG), der die Organentnahme ›mit Zustimmung anderer Personen‹ regelt, muss ersatzlos gestrichen werden.« Das BioSkop-Papier ist – wie die Stellungnahmen der zur Anhörung geladenen Sachverständigen – auf der Webseite des Bundestages im Wortlaut dokumentiert: *https://www.bundestag.de/ausschuesse/a14_gesundheit/oeffentliche_anhoerungen/1034812-1034812*

Selbstbestimmtes Sterben?

Eine philosophisch-essayistische Spurensuche in der Schweiz

Nina Streeck, Philosophin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialethik der Universität Zürich

Authentizität als ethisches Ideal am Lebensende heißt ein spannendes Buch von Nina Streeck, erschienen 2020 im Campus Verlag. Der nebenstehende Artikel ist eine stark gekürzte Version ihres Essays »Wer die Selbstbestimmung als höchste Errungenschaft der Gegenwart feiert, dürfte gegen die Suizidkapsel Sarco nichts einzuwenden haben«, veröffentlicht am 31. Oktober 2024 in der Zürcher Wochenzeitung *WOZ*.

»Nicht totmachen«

Wie Menschen über Suizidhilfe denken, kann sich ändern, je nach Lebenssituation. Etwa die von Walter Jens, dem berühmten Intellektuellen. Jens machte sich in den 1990er Jahren dafür stark, dass aktive Sterbehilfe in Deutschland legalisiert wird, nicht zuletzt getrieben von der Furcht, entmenschlicht als »zuckendes« Muskelpaket zu enden, wie er sagte, und seine Angehörigen nicht mehr zu erkennen. Wenige Jahre später erkrankte er an Alzheimer. Sein Arzt versprach ihm Sterbehilfe, Ehefrau und Sohn waren einverstanden. Als seine Urteilsfähigkeit schwand, erinnerten sie ihn, dass er bald handeln müsse, aber Jens winkte ab: Es sei noch nicht so weit. Schließlich war es zu spät. Eine Betreuerin kam ins Haus, die Jens auf Spaziergänge zu einem Bauernhof in der Nähe mitnahm. Er streichelte Ziegen, blätterte in der Bauernstube in Kinderbüchern und wirkte zufrieden. »Nicht totmachen«, sagte er immer wieder zu seiner Frau. Er starb 2013.

Gibt es das wirklich, ein selbstbestimmtes Sterben? Eine Spurensuche auf dem Balkon einer Sterbenden, bei Exit und im Gesundheitssystem der Schweiz.

»Der Tod ist nicht selbstbestimmt, nie.« Vor Jahren hat mir eine Frau in ihren Fünfzigern, unheilbar krebskrank, diesen Satz gesagt. Sechs Monate später war sie tot. Wir sind uns begegnet, weil ich über die Schweizer Suizidhilfeorganisation Exit geschrieben hatte. Sie fühlte sich davon angesprochen, schickte mir einen Brief, ich rief sie an, sie lud mich ein. Es war Sommer, wir saßen auf ihrem Balkon in Zürich, mehrere Vormittage lang. Sie erzählte, ich hatte unzählige Fragen. Seither denke ich über wenig so intensiv nach wie über das Sterben – und habe noch mehr Fragen. Nicht verlassen hat mich vor allem eine: Sterben wir jemals selbstbestimmt?

Meine Gesprächspartnerin, nennen wir sie Frau Weber, bestätigte meine Zweifel. Bisweilen sann sie über einen assistierten Suizid nach, zugleich nannte sie Exit einen Fluch: Nur weil es die Organisation gebe, komme man auf den Gedanken, sich selbst zu töten. Sie trauerte, litt, verzweifelte, stets mit der Möglichkeit vor Augen, ihr Leiden umstandslos zu beenden – und fühlte sich schrecklich allein. Bisweilen meinte sie zu spüren, was ihr Umfeld dachte: dass sie all den Schmerz doch freiwillig ertrage, sie müsste schließlich nicht, Exit böte einen Ausweg. Selbst schuld, wenn du leidest. Wie selbstbestimmt wäre in dieser Situation ein assistierter Suizid? Gerät unter Druck, sich selbst das Leben zu nehmen, wer unter einer unheilbaren Krankheit leidet? Wer dement ist, gebrechlich, pflegebedürftig?

Es fällt nicht schwer, sich ein qualvolles Sterben auszumalen. Die größtmögliche Angst dürften Fantasien über ein Lebensende mit Demenz verströmen. Ich verlöre meine Persönlichkeit, wäre nicht mehr Herrin meiner selbst und erinnerte mich an niemanden, nicht einmal an meine Allerliebsten. Eines Tages schöbe man mich ins Pflegeheim ab, wo ich mich bestenfalls peinlich verhielte, mich vielleicht auf dem Gang entblößte. Oder es käme schlimmer, ich kämpfte mit Hand und Fuß dagegen an, mich waschen zu lassen, weshalb zwei Pflegepersonen mich gewaltsam festhielten und eine dritte mich pflegte.

Dass ihr das bevorstünde, befürchtete Frau Weber, als sie die Diagnose erhielt: ein unwürdiges Leben. Als wir uns einige Jahre später kennenlernten, zweifelte sie, ob es würdelos sei, sediert durch Morphium nur noch im Bett zu liegen, denn wer entschiede darüber? Was macht die Würde eines Menschen aus? Wann ist es besser, tot zu sein? In einer Studie aus den USA antworteten mehr als die Hälfte der Befragten, sie stürben lieber, als inkontinent zu sein. Nichts sei schlimmer, nicht Bettlägerigkeit, nicht eine künstliche Beatmung, nicht dauerhafte Verwirrtheit.

Im Mitgliedermagazin von Exit erzählen Hinterbliebene schöne Geschichten über das Sterben. Wie der letzte Abend zelebriert wird, alles ist haarklein geplant. Bevor der Sterbehelfer am nächsten Vormittag eintrifft, schlüpft die Mutter in ihre hübscheste Bluse, die Kinder betten sie aufs Sofa in der Stube, neben ihr stehen ein Röschen in einer Vase und Apfelsaft, um später das Sterbemittel hineinzurühren. Ist der Suizidbegleiter da, versammelt sich die Familie am Sofa, und die Tochter ergreift die Hand ihrer Mutter. Es ist so weit, der Mann von Exit reicht das Mittel, die Mutter setzt den Becher an die Lippen und schluckt tapfer das bittere Getränk. Nach kurzen Abschiedsworten tut sie ihren letzten Atemzug und schläft mit entspanntem Gesichtsausdruck ein.

Sehr anders als die blumigen Worte in den Werbeprospekten für die umstrittene Sterbekapsel Sarco *(→ Randbemerkung S. 15)* klingt das nicht. Warum wird die Suggestion eines schönen Sterbens vor spektakulärer Alpenkulisse als Ästhetisierung des Sterbens missbilligt, die tröstlichen Bilder, die Exit heraufbeschwört, jedoch nicht? Der Sarco-Erfinder erschafft ein Gerät, das einzig dazu dient, den Tod herbeizuführen. Im Jahr 1980 kam die pensionierte Lehrerin Hedwig Zürcher auf die Idee, eine Organisation mit dem Zweck zu gründen, Menschen dabei zu helfen, sich den Tod zu geben: Exit. Worin liegt der große Unterschied? Was soll es überhaupt, dafür zu werben, einen bestimmten Weg zu wählen, um aus dem Leben zu gehen? Weshalb hängt Exit Papptafeln in Trams, auf denen es heißt: Mit Würde zum »Schluss«? Oder: »Selbstbestimmt am Ende«?

Niemand entzieht sich diesen Narrativen – was unsere Autonomie nicht zerstört, aber gefährdet. Exit danken können diejenigen, die sich wegen hoher Gesundheitskosten oder der Rentenversicherung AHV sorgen und hoffen, dass die rührseligen Sterbegeschichten und die Werbeaktionen verfangen. Im Jahr 2022 verursachten Personen ab 61 Jahren mehr als die Hälfte der Gesundheitskosten. Vor allem das letzte Lebensjahr schlägt zu Buche: So kurz vor dem Tod kostet die Versorgung zehnmal mehr als im Durchschnitt aller vorausgehenden Jahre. Menschen mit Demenz kommen besonders teuer. Sich um sie zu kümmern, belastet das Gesundheitswesen mit 6,3 Milliarden Schweizer Franken ›

jährlich. Weitere 5,5 Milliarden tragen die Angehörigen, die ihre kranken Familienmitglieder unbezahlt pflegen. Der so genannte Freitod gehorcht einer neoliberalen Logik. Selbst wenn hierzulande niemand fürchten muss, unerträgliche Schmerzen zu leiden, weil sich die Krankenkasse weigert, eine Behandlung zu finanzieren, folgt er dem selben, ökonomischen Kalkül wie in Kanada *(→ BIOSKOP Nr. 108)*.

Wir reden vom selbstbestimmten Sterben, vor allem ist es ein eigenverantwortliches Sterben. Finde ich keinen Weg mehr, ein Leben zu führen, das mir lebenswert erscheint? Es gibt Exit. Glaube ich, meiner Familie zur Last zu fallen, weil sie fürs Pflegeheim aufkommt? Dito. Sehe ich nichts, was mein Leiden so lindern könnte, dass mein Lebensmut zurückkehrt? Warum dann kein assistierter Suizid? Es ist eine Abwägung von Nutzen und Kosten. Die Inkontinenz, die schlimmer ist als der Tod. Die Geschichten eines schönen Sterbens. Die Horrorstorys über Demenz. Der Fluch, von dem Frau Weber gesprochen hat. Den Staatsfinanzen kommt zugute, dass es Sterbehilfeorganisationen gibt. Warum spricht niemand darüber?

Wer zu Corona-Zeiten im Pflegeheim lebte, bekam die Fragen gestellt: »Haben Sie eine Patientenverfügung? Wollen Sie eine abfassen?« Jede:r wusste aus den Medien um die Risiken einer Covid-Infektion. Die Angst ging um, bei einer Erkrankung auf der Intensivstation zu landen und künstlich beatmet zu werden, weshalb es nicht schwierig war, überzeugende Gründe zu nennen, sich um eine Patient:innenverfügung zu kümmern. Niemand hält in einem solchen Schriftstück fest, dass er oder sie das volle Programm zur Lebenserhaltung will. Patientenverfügungen dienen der Abwehr medizinischer Maßnahmen. Auch sie lassen die Gesundheitskosten sinken. Das Bundesamt für Gesundheit hat 2021 die Arbeitsgruppe »Gesundheitliche Vorausplanung« ins Leben gerufen, um Vorschläge zu erarbeiten, wie sich mehr Menschen motivieren lassen, eine Vorausverfügung zu erstellen.

Wer eine Patientinnenverfügung verfasst, zeichnet das Lebensende zwangsläufig in schwarzen Farben. Wenn ich zu Papier bringen will, ob ich lebenserhaltende Maßnahmen wünsche, falls sich erwarten lässt, dass ich nie wieder reden kann, komme ich nicht umhin, albtraumhafte Szenarien zu entwerfen: Den Körper voller Schläuche, liege ich komatös in einem kalten Raum mit vielen piepsenden Geräten, und sollte ich ihn je wieder verlassen, verbringe ich den Rest meines Lebens im Bett, brauche Hilfe beim Essen, und mir fehlt die Sprache. Ich stelle mir vor, was geschehen könnte, aber nicht geschehen soll. Imaginiere eine katastrophische Zukunft – und beuge mit der Patientenverfügung vor, damit sie sich nie verwirklicht: eine Präventionsmaßnahme.

Auch über Patientinnenverfügungen kursieren Geschichten. Im Nachbarland wirbt der Verein Advance Care Planning Deutschland damit, sich beim Verfassen einer Vorausverfügung beraten zu lassen. Verschiedene Personen schildern in Kurzfilmen, was sie keinesfalls erleben möchten, etwa ein bärtiger Mann in Motorradkluft, der nicht »perspektivlos an Schläuchen hängen« will. Die Patientenverfügung verspricht Abhilfe. Eine rechtzeitige Selbsttötung auch.

Viele Präventionskampagnen zielen darauf, die Gesundheit zu erhalten und Erkrankungen zu verhindern. Wir sollen nicht rauchen, wir sollen Kondome benutzen. Vorbeugen ist billiger. Prävention kommt meist in Form von Appellen daher: Übernehmt Verantwortung für eure Gesundheit! Nicht Zwang steuert das Handeln, sondern moralisches Pflichtgefühl und die vernünftige Einsicht, dass es uns ohne einen präventiven Lebenswandel eines Tages schlecht erginge. Wir müssen keine fürchterliche Zukunft ertragen, sondern tun es freiwillig, wenn wir keine Vorkehrungen treffen.

> Den Staatsfinanzen kommt zugute, dass es Sterbehilfeorganisationen gibt. Warum spricht niemand darüber?

Der Tod von eigener Hand schließt sich dem konsequent an: Altersbedingte Krankheiten sollen nicht existieren, das Dasein mit gesundheitlichen Gebrechen nur eine kurze Weile dauern, denn einzig ein gesundes Leben ist ein gutes Leben. Geht es verlustig, tritt man besser ab. Selbst schuld, wenn du leidest. Der Zwang ist zwanglos.

Niemandem dürfte missfallen, eigenständig darüber zu entscheiden, wie er sein Leben gestalten möchte. Indem sich Exit und die anderen Organisationen auf ein unstrittiges individualistisches Ideal berufen, wissen sie ihr Anliegen als weithin anerkannt und befürwortet. Nur zeigt sich derweil eine widersprüchliche Entwicklung: Im Namen der Selbstbestimmung wird dieselbe gerade verhindert.

Als die Sterbehilfebewegung antrat, kämpfte sie für Freiheit im Sterben. Sie setzte sich durch, wuchs und wuchs, etablierte sich, normalisierte den assistierten Suizid als eine Sterbeoption unter anderen – und verkaufte ihr eigenes Ideal. »Sei selbstbestimmt!« lautet das paradoxe Gebot, das auf den Papptafeln in den Trams prangt, und es entfaltet seine selbstdestruktive Dynamik. Das Phänomen lässt sich nicht bloß bei der Sterbehilfe beobachten. Wer auf dem Arbeitsmarkt hervorstechen will, stellt sein einzigartiges Selbst zur Schau und unterwirft sich einem Ideal der Authentizität. Hier wie dort fügt sich der Imperativ in eine neoliberale Logik: Übernimm Verantwortung für dein Leben, stirb eigenverantwortlich!

»Sterbekapsel Sarco«

Sarco sorgt für Aufregung. Die Rede ist von einer sogenannten Sterbekapsel, in der sich im September 2024 erstmals ein Mensch in der Schweiz das Leben nahm. Wer von eigener Hand aus dem Leben scheiden will, verfügt somit über eine neue Methode. Nicht betreut von einer Sterbehelferin, die bis zum letzten Atemzug am Bett des Sterbenden ausharrt, sondern allein in einer Kapsel, platziert im Wald oder am Strand, ganz nach Belieben. Stickstoff strömt in das Gehäuse und bringt den Tod angeblich sanft wie Natriumpentobarbital, das Mittel, das ein Sterbewilliger schluckt, wenn er sich von Exit oder einer anderen Organisation helfen lässt. Nicht brutal wie durch einen Sprung vor den Zug oder einen Schuss in den Kopf. Bedenken gegen Sarco gibt es viele: Dass ein Knopfdruck das Leben beende, banalisiere das Sterben. Indem die Macher:innen ihre Kapsel mit Bildern einer schneebedeckten Bergkette im Sonnenuntergang bewerben, ästhetisierten sie den Tod. Sie versprächen einen schönen Abschied, dabei sei es alles andere als schön, die Welt zu verlassen. Vor allem könne nicht die Hände seiner Liebsten halten, wer in der verschlossenen Kapsel ersticke. Und bei Exit heißt es: Wir brauchen Sarco in der Schweiz nicht, die Sterbehilfevereine sind etabliert, es drohen Regularien, wo wir bisher doch gut ohne auskamen. Wer die Selbstbestimmung als höchste Errungenschaft der Gegenwart feiert, dürfte gegen diese neue Option des Suizids nichts einzuwenden haben. Im Gegenteil, denn der Tod in der Kapsel entspricht weitaus mehr dem Ideal eines selbstbestimmten Sterbens als ein assistierter Suizid. Die sterbewillige Person kauft sich Stickstoff zum Preis einer Zugfahrt von Zürich nach Basel mit Halbtax – das wars.

BioSkop e.V. · Oberstraße 55 · 45134 Essen
Tel. (0201) 53 66 706 · Postvertriebsstück · Entgelt bezahlt · K 49355

Vorschau

Themen im Juni 2025

- Schwerpunkt
  Genomforschung
- Advance Care Planning
  Nützlich für Patient*innen?
- Gesundheitsdaten
  Grenzenloser Austausch

Veranstaltungstipps

Mi. 2. April, 19 – 21 Uhr
Braunschweig (Franziskussaal, Alter Zeughof 1)

Wenn die Zeit verrinnt
Vortrag und Diskussion

Die Ev. Akademie Braunschweig lädt zum Nachdenken über das Altern ein, über gesellschaftliche wie individuelle Vorstellungen und Erfahrungen. Dabei geht es auch um diese Frage: »Was heißt es aber, das Alter(n) als Leben in der Zeit nicht nur von seinem Ende, sondern auch von seinem Ziel her zu betrachten?« Antworten von Geistes-, Kultur- und Naturwissenschaften sind Thema des Vortrags von Stefan Heuser, Professor am Institut für Ev. Theologie und Religionspädagogik der TU Braunschweig.

Di. 15. April, 19 – 21 Uhr
Essen (Kulturwissenschaftliches Institut, Gartensaal, Goethestraße 31)

Eine Polin für Herrn Kögel
Buchpräsentation und Diskussion

Was bedeutet es, sein Land zu verlassen, um in einem fremden Haushalt für einen Menschen mit Demenz zu sorgen? Einblicke gibt der Roman »Eine Polin für Herrn Kögel«, der Erfahrungen der polnischen Betreuungshelferin Theresa erzählt. Autorin Barbara Städler-Mach, Ex-Professorin für Anthropologie und Ethik im Gesundheitswesen, liest aus ihrem Roman – auf Einladung des DFG-Forschungsprojekts »Osteuropäische Live-in-Hilfen in häuslichen Versorgungstriaden bei Demenz«. Beim anschließenden Gesprächsforum können die Zuhörer*innen mitreden. Diskutiert werden gesellschaftliche, ethische und praktische Aspekte der »osteuropäischen Live-In-Hilfen«.

Mo. 28. April, 18 – 21 Uhr
Frankfurt a.M. (Ev. Akademie, Römerberg 9)

Corona-Effekt: Fokus Psyche
Impulse und Gespräch

Die Corona-Pandemie und deren politisches Management war eine kollektive Erfahrung, die ungezählte Menschen überfordert hat. »Von Jung bis Alt sahen sich viele mit Unsicherheiten, Ängsten oder Einsamkeit konfrontiert«, schreibt die Evangelische Akademie Frankfurt, »eine Folge war ein dramatischer Anstieg psychischer Erkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen.« Im Rahmen ihrer Veranstaltung beleuchten Fachleute »individuelle Belastungen, die durch die Pandemie verstärkt wurden«. Und sie sprechen über die »Auswirkungen dieser Erfahrungen auf das gesellschaftliche Miteinander«. *Anmeldung bei der Akademie, Tel. (069) 1741526-13*

Sa. 10. Mai, 9.30 – 18 Uhr
Berlin (Familienplanungszentrum Balance, Konrad-Wolf-Straße 12/12A)

Gynäkologie und Antifeminismus
Fachtag

»Mit dem Thema«, schreibt der Arbeitskreis Frauengesundheit, »liegen wir angesichts des aktuell bedrohlichen Rechtsrucks in Politik und Gesellschaft leider genau richtig.« Mit Hilfe zahlreicher Referentinnen werden Fragen wie diese erörtert: »Was bedeutet zunehmender Antifeminismus, Queerfeindlichkeit und Rassismus für Frauengesundheit und -politik? Welche Ideen und Visionen haben wir? Wie gut positionieren und vernetzen wir uns mit unseren Forderungen und wie können wir diese noch gezielter durchsetzen?« *Anmeldung per E-Mail an: dr.ulrike.schreiber@gmail.com*

Fr. 16. Mai, 10 – 16 Uhr
Berlin (Centre Monbijou, Oranienburger Straße 13-14)

Hospiz für Vielfalt
Tagung

Zehntausende Menschen engagieren sich seit Anfang der 1980er Jahre ehrenamtlich in der Hospizbewegung, sie begleiten schwerkranke Patient*innen in ihrer letzten Lebensphase – erklärtermaßen unabhängig von Nationalität, Religion, Einkommen oder sexueller Orientierung. Die Tagung, ausgerichtet vom Deutschen Hospiz- und PalliativVerband (DHPV), nimmt die Vielfalt in den Blick, sie fragt: »Wie divers müssen wir sein oder werden – sowohl mit Blick auf die Menschen, für die wir da sein wollen als auch mit Blick auf die in der Hospizarbeit und Palliativversorgung Engagierten?« Antworten und Ideen sollen im Gespräch mit Fachleuten erörtert werden.
Anmeldung beim DHPV, Tel. (030) 8200758-0

Di. 3. Juni, 18 – 20 Uhr
Halle an der Saale (Leopoldina, Lesesaal, Emil-Abderhalden-Str. 36)

Zur Wissensgeschichte der Schwangerschaft 1850 – 2010
Vortrag

»Wie formierte sich das Wissen um einen Nestbauinstinkt in der Schwangerschaft?« Eine der Fragen, über die Lisa Malich in ihrem Vortrag auf Einladung der Leopoldina (Nationale Akademie der Wissenschaften) spricht. Die Professorin für Wissensgeschichte der Psychologie an der Universität Lübeck nimmt dabei auch »akademische und außer-akademische Felder der Wissensproduktion« unter die Lupe.

Ja!

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

○ 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 Bezugszeitraums 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.

Name ..... Telefon .....

Straße ..... E-Mail .....

PLZ + Wohnort ..... Datum Unterschrift .....

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