

# BIOSKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

21. Jg. | Nr. 84 | Dezember 2018

## Schwerpunkt Geplanter Therapieverzicht

- 8 Heikle Festlegungen
- 9 Auch gesundheitsökonomisch relevant
- 10 »Lassen Sie uns präziser werden«
- 11 Freiwillig! Selbstbestimmt?

## Ersatzteillager Mensch

- 3 Zentrales Organspende-Register?
- 4 Kontrolliert danken
- 5 Noch mehr Lebendspenden?

## Pflegenotstand

- 6 Streik für mehr Personal an Unikliniken  
– eine vorläufige Bilanz

## Pränataldiagnostik

- 13 Evangelische Kirche befürwortet  
solidarische Bezahlung selektiver Tests

## Reproduktionsmedizin

- 14 Mietmutterchaft? Nein danke!

## Außerdem

- 12 »Gesundheit hat Vorrang!«
- 12 Mediziner-Allianz fürs Klima
- 12 wie-dna.de
- 16 Veranstaltungstipps
- 16 Wunschzettel
- 2 Jetzt BioSkop unterstützen!
- 16 BIOSKOP im März 2019

---

## Impressum

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

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

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

**Anschrift:** Erika-Mann-Bogen 18 · 22081 Hamburg  
Tel. (040) 43188396 · Fax (040) 43188397

**E-Mail:** [redaktion@bioskop-forum.de](mailto:redaktion@bioskop-forum.de)

### Beiträge in dieser Ausgabe:

Martina Keller, Renate Klein, Jan von Hagen.

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

**Layout + Satz:** RevierA, 45139 Essen, [www.reviera.de](http://www.reviera.de)

**Druck:** Zeit-Druck-Thäns, 35083 Wetter

ISSN 1436-2368

## Epoche der Überflüssigkeit

Erika Feyerabend

**I**talo Calvino schrieb vor fast einem halben Jahrhundert einen Roman über »Die unsichtbaren Städte«. Eine davon heißt Leonia. Deren EinwohnerInnen widmen sich leidenschaftlich dem »Genuß neuer und andersgearteter Dinge«. Doch die Menschen verweigern sich der Erkenntnis, dass gleichzeitig vor ihren blitzblanken Häusern und modischen Geschäften die Müllberge wachsen. Die sollen weg, irgendwie. Erst der Fremde, Marco Polo, stellt die grundlegende Frage: Was produziert ihr eigentlich? Brandneue Gegenstände – oder wachsende Abfallberge?

Diese kleine Geschichte lässt sofort an die Plastikfluten in den Meeren, Klimawandel infolge ungebremsten Energieverbrauchs oder Müll-Exporte in alle Welt denken. Es gibt aber nicht nur überflüssige Güter, die immer schneller verbraucht, veraltet, vergänglich sind. Der Soziologe Zygmunt Bauman zeigt in seinem Buch *Verworfenes Leben. Die Ausgegrenzten der Moderne*, dass es auch »überschüssige« Menschen gibt, als unvermeidlicher Nebeneffekt der gesellschaftlichen Ordnung und des so genannten wirtschaftlichen und technologischen Fortschritts.

Das lässt sofort an die Geflüchteten denken, insbesondere jene, die ohne Aussicht auf Arbeit und auskömmlichen Verdienst ihr Leben aufs Spiel setzen, um nach Europa zu kommen. Sie gelten auch hier als »überflüssig« – und als stetige Bedrohung, selbst in diese Kategorie geraten zu können. Eine Deponie für die inländischen und geflohenen »Überflüssigen« gibt es nicht. Ganz neu ist dieses Phänomen indes nicht. Nur verliefen die Wanderungsbewegungen lange Zeit in die andere Richtung. Die »überflüssige« Bevölkerung Europas – durch mechanisierte Landwirtschaft, abgeschaffte Handwerkszünfte, unrentabel werdende Energieproduktion – ging, oder sie wurde abgeschoben in die kolonisierten Länder. Dabei kamen bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts etwa achtzig Prozent der dort schon lebenden BewohnerInnen zu Tode.

In einer Gesellschaft, in der Vollbeschäftigung und Konsum als höchster Daseinszweck angesehen wird, sind mit dieser dauerhaften Etikette, »nutzlos« zu sein, nicht nur finanzielle Not, sondern auch verlorenes Selbstwertgefühl und Lebenssinn verbunden. Das Problem, Menschen nicht mehr brauchen zu können, wird in finanziellen Kategorien definiert. Die gängige politische Antwort wird ebenso formuliert: staatlich bereit gestellte, gesetzlich verfügte, gebilligte Almosen nach Kriterien der Bedürftigkeit. Die »Überflüssigen« gelten als »Last«, und sie empfinden sich auch selbst so. Sollten sie am Leben bleiben, heißt das noch lange nicht, dass ihr soziales Überleben gesichert ist. Dieses Urteil, schreibt Zygmunt Bauman, »bewegt sich im gleichen semantischen Umfeld wie ›Ausschussware‹, ›fehlerhaftes Exemplar‹, Müll – wie *Abfall*«.

*Bitte auf der nächsten Seite weiterlesen ▶*

**BioSkop unterstützen!**

Sie sind herzlich eingeladen, bei BioSkop mitzumachen und unsere Arbeit zu unterstützen! Ihre Ansprechpartnerin ist Erika Feyerabend, Telefon (0201) 5366706.

**BioSkop-Spendenkonto**

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

**Fortsetzung von Seite 1**

**Verworfenes Leben**

heißt ein scharfsinniges, 2005 publiziertes Buch von Zygmunt Bauman. Der polnisch-britische Soziologe und Philosoph schaut hinter die Kulissen der globalisierten Gegenwart und beleuchtet die »Ausgegrenzten der Moderne«. Im Klappentext steht eine zentrale These, die Bauman in seinem 196-seitigen Buch begründet: »Ein – wenn nicht sogar das zentrale – Ergebnis von Modernisierungsprozessen besteht in der Exklusion von Menschen aus den sozialen, nationalstaatlichen und kulturellen Zusammenhängen.«

Lesenswert!

Zygmunt Bauman starb 2017 im Alter von 91 Jahren in Leeds.

*Liebe Leserinnen, liebe Leser,*

stellen Sie sich das mal vor: Initiative X, Verein Y oder Partei Z schickt Ihnen unaufgefordert einen Brief – Inhalt: »Bitte teilen Sie uns schriftlich mit, ob Sie zu einer freiwilligen Spende bereit sind oder nicht, oder ob Sie noch unentschieden sind; weitere Infos im beigelegten Flyer. Bitte bedenken Sie: Ihre Antwort wird in einer Datenbank unbegrenzt gespeichert. Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass Sie gesetzlich verpflichtet sind, uns Ihre freiwillige Entscheidung mitzuteilen, spätestens sechs Wochen nach Eingang dieses Schreibens.«

Sie meinen, so eine Aufforderung sei unsehr, absurd? Wir auch! Bei der »Organspende«

geht es zwar nicht um Ihr Geld. Aber: So ähnlich wie eingangs skizziert sieht das alternative Konzept einflussreicher PolitikerInnen aus, die die »Widerspruchslösung« des Gesundheitsministers zu Recht ablehnen, aber dennoch deutlich mehr menschliche Organe für Transplantationen verfügbar machen wollen (→ Seite 3).

Wir appellieren an die Vernunft und werden weiter recherchieren, analysieren, aufklären. Bitte unterstützen Sie unsere gemeinnützigen Aktivitäten, gern auch mit einer großzügigen, wirklich freiwilligen Spende!

Herzlichen Dank, alles Gute und viel Energie für das Neue Jahr!

Erika Feyerabend, Klaus-Peter Görlitzer

**Epochen der Überflüssigkeit**

Wer schon vorgeburtlich als almosenverdächtig gesehen wird, kann und soll von Qualitätsprüfern identifiziert werden – via Gentest in der Frühschwangerschaft, möglicherweise bald finanziert von den Krankenkassen (→ Seite 13). Schon die Aussicht, ein Kind zu bekommen, das womöglich nicht ins Planungsschema passt, ist bedrohlich für werdende Eltern. Außer ihnen scheint niemand Verantwortung zu tragen und zu entscheiden. Niemand gibt Befehle. Die berechtigten privaten Sorgen werden in öffentlich formulierte Rechtsansprüche übersetzt.

Wer sich in seiner »sozialen Heimatlosigkeit« als alter, pflegebedürftiger Mensch, als nicht mehr gewollt und nutzlos empfindet, kann und soll von zertifizierten GesprächsbegleiterInnen lernen, auf sein Weiterleben zu verzichten – auch wenn Therapien zur Verfügung stehen (→ Seite 8). Was in anderen Regionen der Welt als Problem der »Überbevölkerung« globalisiert wird, findet hierzulande in der Sorge vor »Überalterung« seinen populären Ausdruck. Wird es noch genug von uns geben, um den Lebensstil aufrechtzuerhalten, das Konsumniveau zu wahren und sich um den anfallenden Müll zu kümmern?

Mit den biomedizinischen Fortschritten ergeben sich neue Optionen, der drohenden oder schon eingetretenen Nutzlosigkeit zu entgehen. Auch so: Unterprivilegierte Frauen, vor allem aus armen osteuropäischen Ländern wie Moldawien, Ungarn oder Russland, können sich als Mietmütter verding(lich)en. Mietmutterschaft und Eizell»spende« sind zu einer Milliarden-Industrie geworden. Aber soll es wirklich als normale Arbeit gelten, neun Monate für jene, die es sich leisten können, als »Schwangerschaftsgefäß« verfügbar zu sein oder Eizellen herzugeben, um noch ein wenig am Konsum teilhaben zu können? (→ Seite 14)

**Brauchbarkeit betrifft heute auch den Leib und verwandelt ihn in eine rein materielle Substanz.**

Frei gewählt ist die Hergabe einer Niere oder eines Leberstückes von gesunden »LebensspenderInnen« auch nicht. Die persönlichen Motive mögen unterschiedlich sein, gesellschaftliche Wertmaßstäbe spielen hier aber sicher eine Rolle. Der Vorschlag der FDP, unter anderem eine »altruistische Spende« zugunsten Unbekannter einzuführen, ist ein neuer, bedenklicher Vorstoß zur Ausweitung (→ Seite 5).

Brauchbarkeit betrifft heute auch den Leib und verwandelt ihn in eine rein materielle Substanz. Das Gebot der Nützlichkeit wird ausgedehnt, auch aufs Sterben. Das trifft aktuelle besonders die »hirntot« diagnostizierten Menschen. Der Gesetzentwurf des Bundesgesundheitsministers soll es Transplantationsbeauftragten erlauben, Intensivstationen und Krankenakten uneingeschränkt zu inspizieren, welcher »wertbarer Faktor« – transplantierbare Organe also – in ihnen aufzufinden ist (→ Seite 3).

Es ist an der Zeit, sich in der Epoche der Überflüssigkeit nicht allein auf private Rettungsversuche zu beschränken, sei es als KonsumentInnen oder als ArbeitnehmerInnen. Das haben uns vor kurzem die hartnäckigen DemonstrantInnen im Hambacher Forst vorgemacht, die sich nicht mehr mit den Müllhalden und Umweltbelastungen der Energieproduktion abfinden wollen. Das haben uns vor kurzem auch die vielen, streikenden Beschäftigten in einigen Universitätskliniken gezeigt (→ Seite 6).

Sie wollen nicht mehr den gängigen Empfehlungen folgen: Sei doch nicht allzu wählerisch ... Erwarte nicht zu viel vom Job ... Stelle nicht allzu viele Fragen ... Stattdessen haben sie sich kollektiv auf den Weg gemacht – für bessere Arbeitsbedingungen und für bessere Lebensbedingungen. Für sich und für all jene, die zeitweise oder dauerhaft nicht mehr dem Gebot der Produktivität entsprechen.

Solche Bewegungen sind gut – und auch ermutigend.

# Zentrales Organspende-Register?

## Alternative Logik: Erklärungspflicht zur freiwilligen Spende

**2019 soll das Transplantationsgesetz reformiert werden. Gestritten wird vor allem über die »Widerspruchslösung«. Die Alternative, die einflussreiche ParlamentarierInnen vorschlagen, ist aber ebenso bedenklich: Sie würden gern alle BürgerInnen verpflichten, ihre Haltung zur – freiwilligen – »Organspende« speichern zu lassen. Auch brisant: die Befugnisse der Transplantationsbeauftragten.**

Es ist selten, dass im Bundestag fast 40 RednerInnen zu einem Thema sprechen können. Möglich war das am 28. November, geführt wurde eine »Orientierungsdebatte« zur Organspende. Fast alle betonten, dass die Zahl der OrganspenderInnen erhöht werden müsse, heikle Aspekte wie das umstrittene Konzept des »Hirntods« (→ Seite 4) und die strukturell ungerechte Zuteilung menschlicher Körperstücke wurden weitgehend ausgeblendet – vielleicht teils auch, weil jede/r nur vier Minuten reden durfte.

Im Fokus stand der Vorstoß von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU), eine »erweiterte Widerspruchslösung« (→ BIOSKOP Nr. 83) gesetzlich einzuführen. Ein entsprechender Antrag liegt zwar noch gar nicht vor, aber die Richtung ist klar: Jede/r Bürger soll künftig nach Feststellung seines »Hirntods« als potenzieller Organspender gelten – es sei denn, er hat irgendwann ausdrücklich widersprochen. »Sollte jemand nicht zu Lebzeiten reagiert haben«, erläuterte Spahn seinen Willen, »dann sollten die Angehörigen immer noch im Sinne des oder der Verstorbenen entscheiden oder widersprechen können.« Symbolisch würde Organspende so zum gesellschaftlich gewünschten Normalfall. Praktisch wird aber vielfache Fremdbestimmung legitimiert – und im Ergebnis, was in Deutschland längst und meistens praktiziert wird (→ Seite 4).

Spahns Vorschlag wurde von einigen RednerInnen unterstützt, seit langem von Karl Lauterbach (SPD) und Georg Nüßlein (CSU). Die Mehrheit der RednerInnen lehnte ihn aber ab, am klarsten wohl der FDP-Politiker Wolfgang Kubicki: »Dem deutschen Recht«, so der Jurist, »ist es fremd, Schweigen als Zustimmung zu werten.« Auch habe der Staat gar nicht das Recht, die Menschen zu verpflichten, überhaupt eine Erklärung abzugeben, fügte der Liberale hinzu.

Eine derartige Erklärungspflicht per Gesetz einzuführen, forderte aber ein Großteil der RednerInnen, gedacht als Alternative zu Spahns Regelung. Allen voran die grüne Annalena

Baerbock: »Wir glauben aber, es muss eine verbindliche Abfrage geben.« Wer einen Personalausweis beantrage, solle künftig unabhängige Informationen zur Organspende erhalten, verbunden mit der Aufforderung, bald seine/ihre Bereitschaft für oder gegen eine Organspende zu erklären, wobei auch Enthaltung zu erklären sei. »Wenn man den Ausweis abholt, muss man sich entscheiden, und zwar geheim«, erläuterte Baerbock, »elektronisch ist das alles möglich.« Die Entscheidung müsse zudem in einem »verbindlich einzurichtenden Organspenderegister vermerkt« werden, meint die grüne Parteivorsitzende. KlinikärztInnen sollen online auf das Register zugreifen können, um zu erfragen, »ob eine Organentnahme vom Verunglückten bewilligt ist oder ob die verunglückte Person einer Entnahme vorab widersprochen hat«, schrieb Baerbock in einem Gastbeitrag, den die *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung* wenige Tage vor der Bundestagsdebatte veröffentlichte.

Baerbock hofft, über Parteigrenzen hinweg, Unterstützung für ihre fragwürdige Erfassung aller BürgerInnen zu finden. Tatsächlich haben bereits mehrere Abgeordnete ein zentrales Register befürwortet, darunter Stephan Pilsinger (CSU), Kirsten Kappert-Gonther (Grüne) und Katrin Helling-Plahr (FDP). Entsprechende Anträge gibt es noch nicht, das könnte sich aber Anfang 2019 ändern.

### Fragwürdige Befugnisse

Zu hinterfragen sind aber auch viele Regelungen im Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Reform des Transplantationsgesetzes, der mittels organisatorischer Änderungen und finanzieller Anreize die Beschaffung verfügbarer Organe optimieren soll (→ BIOSKOP Nr. 83). Wenn dazu gesprochen wurde, gab es pauschale Zustimmung, auch zur Stärkung der Transplantationsbeauftragten.

Deren geplante Befugnisse sollten Abgeordnete, die Selbstbestimmung gut finden, sehr genau prüfen. Transplantationsbeauftragte sollen nicht nur ein »uneingeschränktes Zugangsrecht zu den Intensivstationen« erhalten. Spahns Neuregelung sieht obendrein vor, dass sie »uneingeschränkt Einsicht in die Patientenakten zur Auswertung des Spenderpotenzials nehmen können« – und zwar bereits vor der Feststellung des »Hirntods«. Dies sei »nicht zu akzeptieren«, kritisiert Eugen Brysch, Vorstand der Deutschen Stiftung Patientenschutz. Akteneinsicht dürfte es nur geben, wenn die Bevollmächtigten des Betroffenen zustimmten.

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

### »Systematische Unregelmäßigkeiten«?

StaatsanwältInnen prüfen derzeit, ob sie Ermittlungen gegen das Universitätsklinikum in Frankfurt am Main einleiten. Es gehe um mögliche Verstöße gegen das Transplantationsgesetz, aber auch um andere Straftatbestände, sagte eine Sprecherin der Frankfurter Staatsanwaltschaft. Anlass ist der am 6. Dezember offiziell vorgestellte Jahresbericht der Kommissionen zur Prüfung und Überwachung.

»Die meisten« der 46 Transplantationskliniken haben laut KontrolleurrInnen die Organvergabe-Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) im untersuchten Zeitraum 2012-2015 befolgt. Zwar habe man »in einzelnen Zentren« bei Herz-, Lungen- und Lebertransplantationen auch »Fehler« festgestellt, diese ließen aber »keine systematische Vorgehensweise zugunsten von Patienten erkennen«, sagte Anne-Gret Rinder, die Vorsitzende der Prüfungskommission. »Systematische Unregelmäßigkeiten« fanden die PrüferInnen allerdings in zwei Unikliniken: in Frankfurt bei Lebertransplantationen und in Köln bei Herztransplantationen. Die Kommissionen informierten auch Landesbehörden und Staatsanwaltschaften; ihre anonymisierten Prüfberichte stehen auf der BÄK-Homepage: [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de) In ersten, kurzen Stellungnahmen bestritten die Unikliniken Frankfurt und Köln, dass ihre Transplantationszentren geltende BÄK-Richtlinien bewusst missachtet hätten.



Spezielle »Angehörigenbetreuung«

## Kontrolliert danken

**Angehörige »hirntoter« OrganspenderInnen spielen für die Transplantationsmedizin eine wichtige Rolle – auch bei Werbung und Öffentlichkeitsarbeit. Künftig sollen sie noch mehr beitragen, zum Beispiel sorgfältig gecheckte »Dankesbriefe«.**

Organe werden hierzulande meist fremdbestimmt entnommen: Laut Bilanz der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) hatten 2017 nur 161 von 797 »SpenderInnen« schriftlich in die Entnahme ihrer Körperteile eingewilligt, bei rund 80 Prozent der Fälle stimmten Angehörige des »Hirntoten« stellvertretend zu (→ BIOSKOP Nr. 83).

Sie mussten eine »schwierige persönliche Entscheidung« treffen, schreibt die Bundesregierung. Ihr Gesetzentwurf unter Federführung von Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) will nun eine so genannte Angehörigenbetreuung regeln und das Transplantationsgesetz (TPG) mit einem neuen Paragraphen 12a ergänzen. Das vorgesehene »Unterstützungsangebot«, so die Begründung, vermittele »Wertschätzung und Anerkennung« und könne einen »wertvollen Beitrag zur Steigerung der gesellschaftlichen Akzeptanz der Organspende« leisten.

Konkret ermächtigt der entworfenen § 12a TPG die DSO, Treffen von Angehörigen zu organisieren und sie schriftlich dazu einzuladen. Was solche Veranstaltungen unter Regie der DSO bezwecken sollen, steht nicht im Paragraphen, in der Begründung heißt es: »Sie ermöglichen den Austausch mit anderen betroffenen Angehörigen.« Die DSO hat in einzelnen Regionen schon bisher Angehörigentreffen abgehalten; in diesem Rahmen können auch – anonymisierte – »Dankesbriefe« von OrganempfängerInnen verlesen werden, sofern sie ihr Einverständnis erklärt hatten.

Solche Schreiben, die die DSO in ihren Publikationen und künftig auch auf der bereits 2017 eingerichteten Internetseite <https://dankesbriefe.dso.de> veröffentlichen möchte, dürfen bisher nicht an die Familie des Organgebers weitergeleitet werden. Denn im Transplantationsbetrieb gilt grundsätzlich unbedingte Anonymität, und dieses Prinzip soll bestehen bleiben.

Mit dem geplanten § 12a will die Bundesregierung nun aber den Austausch von anonymisierten Schreiben zwischen dem Empfänger und den Angehörigen des Spenders gesetzlich ermöglichen. Die Korrespondenz soll anonym, indirekt und kontrolliert laufen – im Kern sieht das Regierungskonzept so aus: Ein Empfänger, der sich schriftlich für eine Niere, ein Herz oder eine Leber bedanken will, schickt einen an die Angehörigen des Spenders gerichteten Brief an das Transplantationszentrum, in dem ihm das Organ eingepflanzt wurde. Die Verantwortlichen dort müssen das Schreiben sorgfältig lesen – laut Gesetzentwurf, um »sicherzustellen«, dass Rückschlüsse auf die Identität des Organempfängers »ausgeschlossen« sind. Haben sie Bedenken, können die Transplanteure den Verfasser »ggfs. um Überarbeitung des Schreibens« bitten, liest man in der Gesetzesbegründung.

Falls das Transplantationszentrum keine Beanstandungen hat, kann es den Brief an die DSO weiterleiten. Auch die DSO muss den Text lesen, anschließend kann sie den Dankesbrief an die eigentlichen Adressaten, also die Angehörigen des Spenders, schicken. Dazu verpflichtet ist die DSO aber nicht, denn ein Anspruch auf Weiterleitung bestehe nicht, stellt die Begründung zum Paragraphen klar.

Der Weg der Antwortschreiben wird im §12a ebenfalls geregelt. Läuft alles reibungslos, gehen die Briefe zunächst an die DSO, von dort zum Transplantationszentrum, das wiederum die Weiterleitung zum Organempfänger besorgt. Auch bei dieser speziellen Korrespondenz gilt: Zwecks

»Sicherstellung des Anonymitätsgrundsatzes« müssen DSO und Transplantationszentrum die Briefe lesen und checken.

Laut Bundesregierung rechnet die DSO jährlich mit 80 bis 120 Schreiben, deren »etwaige Bearbeitung zur Sicherstellung des Anonymitätsgrundsatzes« durchschnittlich mit einem Zeitaufwand von einer Stunde pro Brief zu kalkulieren sei. Hinzu kämen einmalige Kosten von rund 12.000 Euro zwecks »Aufklärung«, die mittels Informationsbroschüren »mit Angaben zu den Anforderungen an die Inhalte der Schreiben erfolgen«.

Unabhängig vom Austausch der Dankesbriefe beschert der entworfenen Paragraph zur Angehörigenbetreuung der DSO noch eine weitere Aufgabe. Sie »kann« künftig die Angehörigen der Organgeber »über das Ergebnis der Organtransplantation in anonymisierter Form informieren«. Voraussetzung ist eine entsprechende Mitteilung des jeweiligen Transplantationszentrums an die DSO. Diese dürfen sie aber nur verschicken, wenn der Organempfänger zuvor ausdrücklich zugestimmt hat.

Klaus-Peter Görlitzer

### »Menschen als Material«

Das Konzept des »Hirntods« mit dem Tod des Menschen gleichzusetzen, ist seit vielen Jahren wissenschaftlich umstritten (→ BIOSKOP Nr. 51). Doch als der Bundestag am 28. November seine »Orientierungsdebatte« zur »Organspende« führte, kamen solche Zweifel nicht zur Sprache.

Anders die tageszeitung taz: Sie publizierte am 1. Dezember einen Essay der Kulturwissenschaftlerin Anna Bergmann über die »Lüge vom Hirntod«. Die Professorin erklärte unter anderem: »Die Hirntoddefinition hingegen fixiert den Tod eines Menschen auf ein einziges Organ und einen einzigen Zeitpunkt.

Dadurch wird der prozesshafte Charakter des Sterbens im biologischen Sinne, aber auch als ein soziales Ereignis verneint. Das Herz von Hirntoten schlägt, ihre Lungen atmen mit technischer Hilfe, sie verdauen, scheiden aus und wehren Infektionen ab.« Bergmann, die seit langem über die Medizin und den Tod forscht und dazu 2015 das Buch *Der entseelte Patient* in 2. Auflage veröffentlicht hat, beleuchtete in der taz auch »die transplantationsmedizinische Rhetorik« kritisch:

»In der Kommunikation der Transplantationsbeauftragten mit der Stiftung Eurotransplant verwandeln sich die Spender in »Organangebote« und verschwinden in »Effizienzraten« oder einem »Spenderpool«. Diese entmenslichende Sprache offenbart den verwertungsorientierten Blick auf einen den Hirntod erleidenden Patienten ebenso, wenn er als »Herz-Lungenpaket« oder »lebender Zellbestandteil« gekennzeichnet wird. Solche Begriffe erzeugen eine Mentalität, die einen sterbenden Menschen als Material zu verdinglichen erlaubt.« Bergmanns Essay sollte zu denken geben.

Mitte Dezember war er noch online zu lesen: <http://www.taz.de/!5552042/>

# Noch mehr Lebendspenden?

Aufforderung an die Bundesregierung in liberalem Antrag

**Organspenden von gesunden Menschen sind nicht ohne Risiko und hierzulande nur in Ausnahmefällen zulässig. Die FDP will das geändert sehen – und zwar weitgehend.**

Die Liberalen haben die Bundesregierung aufgefordert, einen Gesetzentwurf vorzulegen, der »die Möglichkeiten der Lebendspende rechtlich erleichtert«. Was die FDP-Fraktion genau will, steht in ihrem Antrag vom 9. November. Bisher erlaubt das Transplantationsgesetz (TPG) Lebendspenden von Nieren und Leberstücken nur, wenn sich Spender und Empfänger persönlich besonders nahestehen; in der Regel, aber nicht immer, gilt das für Eheleute, Lebenspartner, Kinder, Eltern, Freunde, Verwandte. Diese Beschränkung, die vor allem Organhandel ausschließen soll, wollen die Liberalen nun abgeschafft sehen.

## Nieren tauschen

Zum einen befürworten sie so genannte Überkreuzspenden zwischen Paaren, die vorher keine Beziehung zueinander hatten. In der Praxis geht das zum Beispiel so: Eine gesunde Frau lässt sich eine Niere entnehmen, um sie einem dialysepflichtigen Mann einpflanzen zu lassen, der ihr zuvor kaum bekannt war, aber dieselbe Blutgruppe hat wie sie. Im Gegenzug spendet die Gattin des Organempfängers eine Niere an den ebenfalls kranken Partner der Spenderin. Möglich wurde der Kontakt, weil systematisch nach OrgangeberInnen mit passender Blutgruppe gesucht wurde.

Eine weitere Option, die nach geltendem Recht unzulässig ist, sieht die FDP in der »altru-

istischen Spende« zugunsten Unbekannter. Dies bedeute, dass sich ein Gesunder »ohne finanziellen Vorteil« zu einer Organspende entschließe, »um unmittelbare Gefahren für das Leben des Empfängers abzuwenden« – motiviert etwa durch Medienberichte über einen schwer Erkrankten. Außerdem, so die dritte Variante, will die FDP die anonyme Lebendspende in einen »Organpool« zulassen; auch in diesem Fall hätten Empfänger und Geber keinerlei Beziehung zueinander.

Für ein zentrales »Problem« halten es die Liberalen, dass Lebendspenden gemäß TPG nur ausnahmsweise zulässig sind, wenn nämlich kein passendes Organ eines »Hirntoten« zur Verfügung steht. Dieses »Subsidiaritätsprinzip« wollen die Liberalen nun »ersatzlos« gestrichen sehen – und damit Organentnahmen bei »Hirntoten« und Gesunden praktisch gleichstellen.

Was die übrigen Fraktionen im Bundestag von solchen rechtlichen Ausweitungen halten, wird sich wohl im kommenden Jahr zeigen. Spontan reagiert hat die Interessengemeinschaft Nierenlebendspende. Der Verein, der – basierend auf Erfahrungen von Mitgliedern – über gesundheitliche Risiken von Lebendspenden informiert, kritisiert besonders diese Darstellung im Antrag: »Bei beiden Organen«, schreibt die FDP-Fraktion, »ist es möglich, dass der Spender auch mit einer Niere bzw. einem Teil seiner Leber beschwerdefrei oder nur mit geringen Einschränkungen weiterlebt.« Das hält der Betroffenenverein für eine Verharmlosung und stellt klar: »Die FDP akzeptiert gesundheitliche Einschränkungen nach Organlebendspende. Wir sagen: Inakzeptabel!« Laut Interessengemeinschaft, deren Vorsitzender einer der beiden Kläger im aktuellen Arzthaftungs-Verfahren beim BGH ist (→ *Randbemerkung*), hätten viele Nierenspenden »Krankheitssymptome wie chronische Müdigkeit, kognitive Einschränkungen und sogar chronisch dauerhafte Erschöpfung«.

## Merkwürdiges Zahlenverhältnis

Genau anschauen sollten sich PolitikerInnen und interessierte Öffentlichkeit auch mal die Zahlen der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO): Im Jahr 2017 entnahmen Transplantateure laut DSO hierzulande 2.594 Organe von 797 »Hirntoten« – und im selben Zeitraum wurden 618 Transplantationen mit Organen lebender SpenderInnen registriert. Also wäre zu hinterfragen und zu prüfen: Wie lässt sich ein so hoher Anteil von Lebendspenden rechtfertigen, die ja eigentlich nur ausnahmsweise vorzunehmen sind?

Klaus-Peter Görlitzer

## Entscheidung im Januar

Müssen ÄrztInnen Schadensersatz leisten, wenn sie einen lebenden Organspender nicht korrekt über mögliche gesundheitliche Risiken aufgeklärt haben? Können Sie sich auf ein juristisches Hintertürchen, genannt »hypothetische Einwilligung«, berufen? Die Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH) über diese heiklen Fragen steht noch aus, am 13. November wurde aber schon mal mündlich in Karlsruhe verhandelt. Es geht um zwei Nierenlebendspenden, ausgeführt am Uniklinikum Essen (→ *BIOSKOP* Nr. 83). Die Gerichte der Vorinstanzen hatten zwar festgestellt, dass beide KlägerInnen vor der Explantation nur mangelhaft aufgeklärt wurden und inzwischen an erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen leiden. Nach Eindruck des Oberlandesgerichts Hamm hätten die KlägerInnen aber auch dann Nieren für ihre Angehörigen gespendet, wenn MedizinerInnen die Risiken korrekt dargestellt hätten. Das Uniklinikum könne somit von einer »hypothetischen Einwilligung« ausgehen, weshalb es weder haftenden noch Schmerzensgeld zahlen müsse. Der Anwalt der Kläger argumentierte beim BGH, dass eine »hypothetische Einwilligung« bei der Lebendorganspende gar nicht zulässig sei. Zumal das Transplantationsgesetz ja gerade verlange, dass Organspender und -empfänger sich emotional nahestehen müssen. Was der VI. Zivilsenat des BGH richtig findet, war am 13. November noch nicht zu erkennen. Seine Entscheidung soll nun am 29. Januar in Karlsruhe verkündet werden. Das Urteil dürfte wegweisend werden für das Vertrauen in Transplantationsmedizin und Lebendorganspenden.

**»Organspende« und Widerspruch** heißt unser Online-Dossier auf [www.bioskop-forum.de](http://www.bioskop-forum.de), das sich mit kritischen Beiträgen und Hintergrundinfos in die Reformdiskussion um das Transplantationsgesetz einmischt. Wir appellieren an die Politik, auf die Agenda zu setzen, was fragwürdig ist: das »Hirntod«-Konzept, die Zuteilung von Organen, fremdbestimmte Organentnahmen, intransparente Strukturen im Transplantationswesen, Probleme bei der »Lebendorganspende«, Aufklärung über Risiken inklusive. Und, nicht zuletzt: Regelverstöße und ihre Ursachen.

Aktuelle Infos verbreiten wir laufend via Twitter. Interesse? Surfen Sie einfach hin: <https://twitter.com/newsbioskop>

# 3:0 für die Beschäftigten!

## Streik für mehr Personal an Unikliniken – vorläufige Bilanz

**Jan von Hagen (Düsseldorf), Gewerkschaftssekretär bei Ver.di in Nordrhein-Westfalen**

**1.500 Beschäftigte der Universitätskliniken in Düsseldorf und Essen haben zwölf Wochen lang für mehr Personal und bessere Arbeitsbedingungen gestreikt. Was haben sie erreicht – und wie geht es nun weiter?**

Der Arbeitskampf war hart, aber erfolgreich: 2016 wurde am Berliner Uniklinikum Charité ein »Tarifvertrag Entlastung« erreicht, der erste überhaupt. Seitdem haben die Arbeitgeber sich geschworen: Diese Tür müssen wir wieder zumachen! Die Entscheidung, wie viel Personal im Krankenhaus wo hinkommt, darf nie wieder in die Mitbestimmung der Beschäftigten kommen. Die gerichtliche Feststellung, dass unternehmerische Freiheit da aufhört, wo der Gesundheitsschutz der Beschäftigten anfängt, ignorieren sie bewusst.

Mittlerweile versuchen die Arbeitgeber weniger, gegen Personalforderungen juristisch vorzugehen. Bei den jüngsten Auseinandersetzungen in den Unikliniken in Düsseldorf und Essen und danach im saarländischen Homburg zogen sie es vor, Druck auf Beschäftigte auszuüben; und sie versuchten, die öffentliche Meinung gegen die Streiks für mehr Personal zu drehen. Ohne Erfolg.

In den beiden NRW-Kliniken beteiligten sich im Sommer über 1.500 Beschäftigte an den 12-wöchigen Streiks, unterstützt auch durch engagierte Bürger\*innen. In der erstreikten Schlichtung wurde ein Ergebnis erzielt, das eine neue Etappe für mehr Personal und Entlastung einleitet: Seit Oktober gelten nun auf allen Stationen der beiden Unikliniken, in den Ambulanzen, Funktionsbereichen und Operationssälen verbindliche Sollbesetzungen. Damit weiß jetzt jede Pflegekraft, wie viele Kolleg\*innen in ihrer Schicht da sein müssen. Diese Sollbesetzungen werden bis zum 31. Oktober 2019 um 140 Stellen angehoben, die als Personalaufbau erkämpft wurden.

Weitere 40 Stellen wurden in nichtpflegerischen Bereichen (Krankentransport, Servicekräfte, Reinigung, Kita) erkämpft. Ein besonderer Erfolg der Streikenden, denn mediale Aufmerksamkeit, politischer Druck und auch die übergeordnete Strategie in Ver.di bezogen sich ausschließlich darauf, Pflegenden zu entlasten.

Außerdem konnte erstmals erreicht werden, dass die Verteilung der neuen Stellen mit dem Personalrat und Ver.di verhandelt werden muss, die Arbeitgeber hier also nicht mehr allein entscheiden. Den erstreikten Stellenaufbau nun nicht einseitig für zusätzliche Leistungen oder zur Stärkung besonders lukrativer Bereiche einsetzen zu können, sondern mit dem Ziel der Entlastung

mit den Arbeitnehmer\*innen verhandeln zu müssen, trifft die Vorstände besonders schwer.

Nach 12 bis 18 Monaten werden die Sollbesetzungen ersetzt durch verbindliche Regelbesetzungen, die den Zusammenhang zwischen Patient\*innenanzahl/Arbeitsaufwand und notwendigem Pflegepersonal realistisch darstellen. Erhoben werden sie durch Personalbedarfsermittlungssysteme wie der »Leistungserfassung in der Pflege«, der alten Pflegepersonalregelung oder der Arbeitsplatzmethode unter Berücksichtigung der Personalstandards medizinischer Fachgesellschaften. Die schichtscharfe Festlegung von Besetzungstärken ist zentral, zumal bei Unterschreitungen verbindliche Konsequenzen drohen: Stellt der Arbeitgeber eine Unterschreitung fest, muss er in der Dienstplanung dafür sorgen, dass genug Personal vorhanden ist. Schafft er dies nicht, müssen Patient\*innen verlegt oder dürfen nicht mehr aufgenommen werden, Betten müssen gesperrt oder OP-Kapazitäten reduziert werden.

### Erfolg auch für Auszubildende

Als weitere Sofortmaßnahme konnte erreicht werden, dass die belastende Alleinarbeit in der Nacht mit Ausnahme von Kleinststationen weitgehend abgeschafft wird und auf fast allen Stationen jetzt mindestens zwei Pflegefachpersonen arbeiten. Die vielen mitstreikenden Auszubildenden konnten durchsetzen, bei Personalausfall nicht mehr als Ersatz missbraucht zu werden. Fehlt Personal, können Azubis nicht mehr in andere Bereiche versetzt werden, und sie dürfen nicht mehr alleine arbeiten. Vor allem aber ist jetzt geregelt, dass in allen Gesundheitsberufen zehn Prozent der praktischen Ausbildungszeit verbindlich als Praxisanleitung im Dienstplan vorgesehen und sowohl die Azubis als auch die Ausbilder\*innen dafür freigestellt werden.

Im Streik der Beschäftigten der Tochtergesellschaften in Düsseldorf wurde zudem erreicht, dass jetzt für 800 tariflose Beschäftigte endlich Verhandlungen für einen Tarifvertrag aufgenommen werden. Seit über zwei Jahren kämpfen die dort Arbeitenden aus den Bereichen Sicherheitsdienst, Reinigung, Service, Sterilisation, Krankentransport etc., die von der Uniklinik outgesourct wurden, für die Anwendung des Tarifvertrages der Länder. Dieser regelt für die anderen Beschäftigten der Uniklinik bei gleicher Tätigkeit bis zu 600 Euro mehr Entgelt, Weihnachtsgeld und eine betriebliche Altersvorsorge – was der Vorstand der Uniklinik Düsseldorf den Beschäftigten der Tochtergesell-

### »Der marktgerechte Patient« ...

... tourt mittlerweile durch die Republik. Die Rede ist vom gleichnamigen, aus Spenden finanzierten Film, der »Ursachen der unhaltbaren Zustände in den deutschen Krankenhäusern« in 82 Minuten anschaulich macht. Auf der Internetseite zum Film wird ein Oberarzt für Anästhesie zitiert, er sagt: »Das Geld ist immer im Hintergrund aller Entscheidungen. Man tut etwas, um die Kosten zu reduzieren oder man tut etwas, um mehr Erlöse, mehr Einnahmen für das Krankenhaus zu generieren. Das Krankenhaus wird geführt wie eine Fabrik.« Die MacherInnen Leslie Franke und Herdolor Lorenz hoffen, dass ihr seit November kursierender Film auf »vielen hundert Veranstaltungen« vorgeführt wird, um so die »Diskussion über die Ausrichtung der Gesundheit am Profit« voranzubringen. Wer mithelfen will, kann das Kampagnen-Team zum Film kontaktieren, telefonisch unter (0179) 4235-302 oder per Mail: [kampagne@der-marktgerechte-patient.org](mailto:kampagne@der-marktgerechte-patient.org). Im Januar läuft »Der marktgerechte Patient« zum Beispiel in Schwäbisch Hall (2.1.), Waldkraiburg (7.1.), Kerpen (15.1.), Bamberg (16.1.) und Bremen (24.1. und 31.1.). Eine – laufend aktualisierte – Übersicht der Veranstaltungen steht auf <http://der-marktgerechte-patient.org>

► schaften aber bewusst vorenthält. Die Landespolitik deckt diese Art von Lohndumping an den sechs Unikliniken in NRW, wo mittlerweile über 3.000 Beschäftigte in fast 30 Tochtergesellschaften ohne Tarifvertrag arbeiten.

Die Vorstände beider Kliniken, ihre Arbeitgeberverbände und die Landespolitik hatten lange versucht, Verhandlungen mit der Behauptung »Wir dürfen gar keinen Tarifvertrag verhandeln« zu verhindern. Auch in der Schlichtung waren sie nicht bereit einzugestehen, was Ihnen selbst der Schlichter aus der Rechtswissenschaft dargelegt hat: Die Regelung von Entlastungsmaßnahmen und zum Gesundheitsschutz von Beschäftigten zwischen der Gewerkschaft Ver.di und den Klinikvorständen als Arbeitgeber sind, juristisch betrachtet, ein Tarifvertrag! Dennoch beharrten die Arbeitgeber darauf, nur eine »schuldrechtliche Vereinbarung« mit Ver.di abschließen zu wollen. Da die vereinbarten Verfahren für mehr Personal genauso verbindlich sind wie ein Tarifvertrag, haben die Tarifkommissionen und die Mitglieder sich darauf eingelassen, die Regelungen formal als Vereinbarung und nicht als Tarifvertrag abzuschließen. Für weitere Kämpfe in anderen Krankenhäusern und langfristig auch an den Unikliniken bleibt die Forderung aber bestehen: Notwendig ist ein »Tarifvertrag Entlastung«!

Die gewerkschaftliche Bewertung des erzielten Ergebnisses war einhellig: Erreicht wurde ein weiterer Schritt im langen Kampf um Entlastung, der wiederum andere Belegschaften inspirieren kann. In der gemeinsamen Streikversammlung der Düsseldorfer und Essener Streikenden wurde die erzielte Vereinbarung aber sehr kritisch diskutiert. Und die knapp über 70 % Zustimmung in beiden Unikliniken in der Urabstimmung dokumentieren auch, dass gut ein Drittel der Beschäftigten nicht zufrieden ist mit dem Ergebnis und bereit war, für noch mehr Entlastung weiter zu streiken.

## Kritische Bewertungen

Ein großer Teil der Streikenden aus den nichtpflegerischen Bereichen findet die 40 Stellen zurecht absolut unzureichend. Weitere Forderungen wie ein Konsequenzenmanagement auch für z.B. die Radiologie oder die Reinigung konnten nicht durchgesetzt werden. Viele fragten auch kritisch, was sich denn jetzt konkret ändere. Die Festschreibung der Sollbesetzungen führt in vielen Bereichen ja nicht zur direkten Verbesserung der Schichtstärken, sondern definiert zunächst eine untere Haltelinie, auf die langfristig Personal aufgebaut wird. Eine Kollegin brachte es so auf den Punkt: »Ich habe doch nicht zwölf Wochen gestreikt, um ab morgen in der gleichen Notbesetzung weiter zu arbeiten wie vor dem Streik!«

Solche Reaktionen zeigen: Das Vertrauen in langfristige Prozesse und Absichtserklärungen

ist fast restlos verspielt. Zu viele Änderungen von Gesetzen, zu viele Ankündigungen der Klinikvorstände, jetzt etwas für Entlastung zu tun, waren in den letzten zehn Jahren verkündet und direkt wieder gebrochen worden; die Arbeitssituation der allermeisten Beschäftigten hat sich verschlechtert statt verbessert.

Besonders gespannt haben die Beschäftigten der Uniklinik des Saarlands nach NRW geschaut. Denn nach einer Zustimmung von 97,8 % der Ver.di-Mitglieder für einen unbefristeten Streik waren die dortigen Arbeitgeber bereit, über die NRW-Regelungen zu verhandeln und letztendlich ein weitergehendes Zugeständnis zu machen, um den Streik abzuwenden. Neben den oben dargestellten Regelungen ist es in Homburg auch gelungen, einen individuellen Entlastungsausgleich für den einzelnen Beschäftigten durchzusetzen, der zu einer bezahlten Freischicht im Folgedienstplan führt, wenn man acht Tage in unterbesetzten Schichten »gesammelt« hat.

Nun geht es darum, die Vereinbarungen in den Unikliniken durchzusetzen (→ *Randbemerkung*). Die Arbeitgeber versuchten, Ver.di möglichst weit aus Konkretisierung und Kontrolle herauszuhalten und diese Rechte den örtlichen Personalräten zu übertragen – wissend, dass deren Durchsetzungsmöglichkeiten sehr begrenzt sind.

## Weiter für mehr Personal kämpfen

Um so wichtiger wird es sein, die Belegschaft in die Umsetzungskontrolle einzubinden. Wer sollte das besser hinbekommen als diese kämpferischen Belegschaften?! In Essen und Düsseldorf war in Streikzelten, auf Stationen und Demonstrationen zu spüren, dass es der »eigene Streik« der Beschäftigten war – und nicht eine abstrakte Gewerkschaft den Streik für sie führt.

Ver.di bewegt das Thema »Klinikpersonal entlasten« seit drei Jahren und fordert auch, eine gesetzliche Personalbemessung einzuführen. In Betrieben und Öffentlichkeit stößt das auf große Zustimmung. Trotzdem speist die Bundespolitik und allen voran Gesundheitsminister Spahn die Pflegekräfte und die Patient\*innen mit einer Gesetzgebung ab, die sich bei der Versorgung der Patient\*innen an dem schlechtesten Viertel aller deutschen Krankenhäuser orientieren soll. Die nun vorgeschriebenen Personaluntergrenzen gelten nur für vier Bereiche, und sie schreiben – mit einer Ausnahme – in allen Bereichen eine Besetzung vor, die eher zu Verschlechterungen und Personalabbau führt als zu Verbesserungen.

Also müssen die Kämpfe für mehr Klinikpersonal weitergehen, betrieblich und auch mit der Forderung nach Tarifverträgen! Dabei wäre Ver.di gut beraten, die Auseinandersetzungen in den Kliniken zu verknüpfen mit anderen Bereichen, wo ebenfalls mehr Personal gebraucht wird, in Pflegeheimen genauso wie in Kitas.

## Schwierige Umsetzung

Der Vertrag zwischen der Gewerkschaft Ver.di und den Vorständen der Unikliniken Düsseldorf und Essen (→ *Artikel*) gilt seit Oktober. Aktuell geht es darum, die Regeln umzusetzen und einzuhalten. Nach intensiven Verhandlungen wurde in beiden Unikliniken die Verteilung der 40 Stellen auf die nichtpflegerischen Berufe abgeschlossen, dieser Personalaufbau kann jetzt stattfinden. Zusätzliches Pflegepersonal zu gewinnen, ist aber nicht von heute auf morgen möglich. Umso wichtiger ist für die Beschäftigten das »Konsequenzenmanagement«, das regelt, was passiert, wenn nicht genug Personal da ist. Und genau hier setzen die Klinikvorstände die Vereinbarung bisher nicht verbindlich um, sondern versuchen zu begründen, warum in vielen Schichten weder die Sollbesetzung eingehalten wird, noch entsprechend der Vereinbarung für Personalersatz gesorgt wird. An der Uniklinik Essen hat der Vorstand erklärt, dass ein deutlicher Teil der zusätzlichen 140 Pflegestellen zunächst in die aktuell unbesetzten Stellen fließen – und damit keine 140 Stellen für die Pflege geschaffen werden, sondern deutlich weniger. Ver.di hat daher den Schlichtungsrat angerufen, also die höchste Instanz, die in der Vereinbarung vorgesehen ist. Dass sie schon jetzt tagen muss, zeigt, wie schwierig die Umsetzung ist. Gelingt sie nicht, bleiben als Optionen nur noch die Kündigung der Vereinbarungen oder gerichtliche Klärungen. Ob es bald zu wirklichen Entlastungen kommt, wird wohl kaum von Gesprächen im Schlichtungsrat abhängen. Viel wichtiger dürfte werden, dass die Beschäftigten einfordern, wofür sie zwölf Wochen gestreikt haben.



# Heikle Festlegungen

Patientenverfügung soll in Heimen wohl Standard werden

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

## Ausweitung erwünscht?

Die neue »Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase«, die Krankenkassen in Heimen bezahlen müssen, soll perspektivisch allen BürgerInnen nahegebracht werden – dafür plädiert jedenfalls die Gesundheitsministerkonferenz (GMK). Bei ihrem jüngsten Treffen am 20. und 21. Juni in Düsseldorf haben die GesundheitsministerInnen der Bundesländer die Bundesregierung per Beschluss aufgefordert, »zu prüfen, ob und inwieweit das Angebot der gesundheitlichen Versorgungsplanung für Menschen mit lebenslimitierenden Erkrankungen gemäß § 132g SGB V auf alle betroffenen Versicherten auch außerhalb von Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ausgeweitet werden kann«. Die seit 2018 von den Krankenkassen zu bezahlende »Versorgungsplanung« steht zwar noch ganz am Anfang. Doch wird sie von der GMK im Beschluss bereits als »wichtiges und entscheidendes Instrument« bewertet, zu dem »jede Versicherte und jeder Versicherte Zugang haben« sollte. Außerdem halten die GesundheitsministerInnen »eine vertiefte Wertediskussion der ethischen Fragestellungen bei der medizinischen Behandlung lebenslimitierender Erkrankungen sowie der Behandlung am Lebensende für unabdingbar«.

**Speziell ausgebildete BeraterInnen sollen Menschen in Pflege- und Behinderteneinrichtungen motivieren, eine Patientenverfügung zu verfassen. Darauf zielt die »Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase«, ermöglicht mit dem Hospiz- und Palliativgesetz. Einige Heime sind mittlerweile dabei, das »Vorsorge«-Instrument, das BIOSKOP wiederholt kritisch beleuchtet hat, zu etablieren. Eine breite öffentliche Diskussion, auch über Alternativen, steht noch aus.**

Das Angebot ist im Prinzip freiwillig: Stationäre Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe können die Versorgungsplanung gemäß Paragraph 132g SGB V anbieten, sie sind aber nicht dazu verpflichtet. Und auch die HeimbewohnerInnen und ihre rechtlichen VertreterInnen entscheiden formal selbst, ob sie sich auf das von den Krankenkassen zu bezahlende Angebot einlassen oder nicht.

Vorgaben für die Inhalte und Anforderungen der Beratungs- und Planungspraxis hat der GKV-Spitzenverband im Dezember 2017 mit den Verbänden der Heimträger vereinbart. Ziel des neuen Instruments ist es, Therapieentscheidungen für einen hypothetischen Notfall im Voraus mit den BewohnerInnen zu besprechen und das denkbare medizinische Handeln vorab im Detail festzulegen. Diese »Planung« – vereinbart weit weg von der konkreten Behandlungssituation – gilt ausdrücklich auch für den Verzicht auf Therapien, die Leben retten könnten.

Die nach der Beratung erklärten Festlegungen müssen schriftlich dokumentiert werden und jederzeit verfügbar sein; im Notfall sollen sie für alle Beteiligten rechtsverbindlich sein – für den betroffenen Bewohner ebenso wie für Heime, MedizinerInnen, Rettungsdienste, Krankenhäuser. Möchte der oder die Beratene keine schriftlichen Willensäußerungen treffen, ist auch »dies in der Dokumentation festzuhalten«, besagt die Vereinbarung.

Die Krankenkassen erfahren zwar, welche ihrer Versicherten beraten wurden, sie dürfen aber keinen Einblick in die Inhalte der Dokumentationen nehmen. Wie lange ein abrechnungsfähiges Gespräch dauern soll oder darf, ist nicht definiert; die Vereinbarung benennt aber vier Varianten pro Gespräch: 30, 60, 90, 120 Minuten. Mehrere Gespräche sind grundsätzlich möglich in einem »Beratungsprozess«, der grundsätzlich mit der Dokumentation der Ergebnisse abgeschlossen ist.

Erklärt wird die Vereinbarung zum § 132g SGB V in einem Fragen-/Antworten-Katalog, den die GKV veröffentlicht hat. In diesem Papier (Stand: 29. Oktober 2018) liest man auch einiges zur »Qualifikation der Beraterinnen und Berater«. Sie müssen sich in 60 Unterrichtseinheiten in Theorie und Praxis weiterbilden und anschließend, binnen eines Jahres, »mindestens sieben Beratungsprozesse« absolvieren, »die alleinverantwortlich in der Praxis durchgeführt werden und vom Weiterbildungsanbieter begleitet werden«. Wer die Kurse erfolgreich abschließt, erhält ein Zertifikat, das wiederum Voraussetzung dafür ist, dass Heimbetreiber die Versorgungsplanung mit den Krankenkassen abrechnen können. Mit der verlangten Qualifizierung entsteht ein neuer, lukrativer Markt für Weiterbildungsanbieter, die – gemäß Anforderungen der Vereinbarung – eigenverantwortlich Lehrpläne entwerfen können.

## Auch stellvertretend verfügen?

Für die Verbreitung der neuen Versorgungsplanung wirbt insbesondere eine Vereinigung, die ihr Konzept, genannt »Behandlung im Voraus Planen« (BVP), quasi als den richtigen, vorbildlichen Standard propagiert. Schriftführer dieses Vereins ist Professor Jürgen in der Schmitt, der bereits das umstrittene Modellprojekt »beizeiten begleiten« geleitet hatte (→ Seite 9), im Vorstand dabei ist auch Kirsten Wolf vom Frankfurter »Würdezentrum« (→ Seite 11).

Unter der Überschrift »Bis zu Ende denken – Patientenverfügungen in Pflegeeinrichtungen« hat Allgemeinmediziner in der Schmitt im März 2018 im *Deutschen Ärzteblatt (DÄB)* seine Vorstellungen ausgebreitet, gemeinsam mit dem Medizinethiker Georg Marckmann und der Caritas-Ethikexpertin Sabine Petri. Die drei AutorInnen beschreiben, warum sie ihre BVP-Variante empfehlen und ihr Beratungskonzept »eine differenziertere Auswahl lebensverlängernder Maßnahmen« ermögliche.

Zudem erläutern in der Schmitt und MitarbeiterInnen im *DÄB* auch dies: »Ist der Bewohner nicht (mehr) einwilligungsfähig und auch eine unterstützte Entscheidungsfindung nicht (mehr) möglich, wird seinem Vertreter die Gesprächsbegleitung angeboten. Gemeinsam wird der (mutmaßliche) Wille des Patienten ermittelt und dokumentiert.«

Eine stellvertretende, verbindliche Vorabverfügung des Betreuers oder Bevollmächtigten, anzufertigen bereits kurz nach der Heimaufnahme ▶



## Auch gesundheitsökonomisch relevant

Die »Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase«, international auch Advance Care Planning (ACP) genannt, orientiert sich offensichtlich an einem Modellprojekt mit dem markenrechtlich geschützten Namen »beizeiten begleiten«, durchgeführt von März 2008 bis Dezember 2011 unter Leitung des Allgemeinmediziners Jürgen in der Schmittens – und gefördert mit rund 500.000 Euro vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF). Einbezogen waren vier Altenheime und rund 20 Arztpraxen in Grevenbroich.

Dabei war die Studie keineswegs widerspruchsfrei verlaufen: Eine der vier Seniorenheimen sowie drei HausärztInnen stiegen im April 2010 aus dem Modellprojekt wieder aus, weil sie Zweifel an der Seriosität der Gesprächsführung der geschulten ACP-BeraterInnen hatten und die im Projekt auch eingesetzten »Vertreterverfügungen« für nicht rechtmäßig hielten (→ BIOSKOP Nr. 49+50).

2014 wurde der Abschlussbericht für das BMBF veröffentlicht. Das Dokument zählt 51 Seiten; die Lektüre ist aufschlussreich. Im Kapitel 7.2 geht in der Schmittens auf die »Gesundheitsökonomische Relevanz der Ergebnisse« ein. Der Allgemeinmediziner, mittlerweile Professor an der Universität Düsseldorf, stellt fest: »Vieles spricht dafür, dass auch in Deutschland eine entsprechende Überversorgung in den letzten Lebensjahren erfolgt und dass regionale Advance Care Planning Programme ein Mittel sind, Menschen auch in den letzten Jahren ihres Lebens so zu behandeln, wie sie das wünschen, und zwar im Ergebnis zumindest kostenneutral (unter Berücksichtigung der Kosten solcher Programme) oder sogar mit finanziellen Einsparungen verbunden.«

»Ein weiterer, angesichts der demographischen Entwicklung kaum zu überschätzender Effekt.«

Konkrete Berechnungen benennt in der Schmittens nicht, zumal die finanziellen Auswirkungen nicht Gegenstand seines Forschungsprojekts gewesen seien. Auch habe die Studie »nicht den Anspruch erhoben, die klinische Auswirkung der vermehrt entstehenden Vorausverfügungen nachzuverfolgen«. Gleichwohl verweist der deutsche Projektleiter auf Erfahrungen aus der Region La Crosse im US-Staat Wisconsin, in der rund 200.000 Menschen leben. Unter dem Titel »Respecting Choices« ist dort seit Anfang der 1990er Jahre ein ACP-Programm etabliert worden, das sich in der Schmittens und seine Kolleginnen vor Ort angeschaut und zum Vorbild für »beizeiten begleiten« ausgewählt hatten. Die Zahl der Krankenhaustage »in den letzten zwei Jahren vor dem Tod« liege in La Crosse »mit 13,5 ganz erheblich unter dem nationalen

Durchschnitt von 23,6«, schreibt in der Schmittens mit Verweis auf einen Presseartikel, gedruckt 2009 in der *Washington Post*.

»Als ein weiterer, angesichts der demographischen Entwicklung kaum

zu überschätzender Effekt von Advance Care Planning Programmen«, fügt in der Schmittens hinzu, »erscheint die Entlastung von personellen (Pfleger, Ärzte) und materiellen (Krankenhausbetten, Diagnostikplätze) Ressourcen des Gesundheitssystems selbst in dem Fall, dass sich aufgrund gegenzurechnender Kosten für eine effektive gesundheitliche Vorausplanung sowie für eine angemessene palliativmedizinische Alternativbetreuung keine finanzielle Netto-Einsparung ergibt.«

Klaus-Peter Görlitzer

In der Schmittens Abschlussbericht ist gratis zu lesen auf: [www.forschung-patientenorientierung.de](http://www.forschung-patientenorientierung.de) Der offizielle Titel der »kontrollierten Interventionsstudie« heißt: *Respekt für vorausverfügte Präferenzen und Entscheidungen für den Fall von Krankheit und Tod (RESPEKT)*.

### Aufruf des AOK-Chefs

Was die Behandlung chronisch kranker Menschen kosten darf, wird immer mal wieder öffentlich ins Gespräch gebracht. »Wie lange sollten wir Schwerstkranke am Leben halten?«, titelte am 9. September *Die Welt*. Ausgangspunkt war ein Bericht der Zeitung über die »wachsende Branche der außerklinischen Intensivpflege«. Unter den PatientInnen, die auf Intensivstationen behandelt wurden, seien bis zu 20.000 aus Krankenhäusern entlassen worden, »obwohl sie weiterhin rund um die Uhr beobachtet werden müssen«, berichtete WELT-Wirtschaftsjournalistin Anette Dowideit. 2017 hätten die gesetzlichen Krankenkassen für einen Schwerstkranken bis zu 25.000 Euro pro Monat ausgegeben – für »Patienten, die meistens von Maschinen beatmet werden müssen, die häufig nicht bei Bewusstsein sind und bei denen es vielfach keine Hoffnung auf Besserung gibt«. Im Bericht vom 9. September zitierte Dowideit auch den Vorstandsvorsitzenden des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch. Der Krankenkassen-Funktionär habe dazu aufgerufen, »eine ethische Diskussion über die Sinnhaftigkeit zu führen« und gesagt: »Wir als Gesellschaft sollten uns damit auseinandersetzen, welchen Stellenwert die absolute Machbarkeit der ambulanten Versorgung für uns hat.«

- eines schutzbefohlenen Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung? Fernab einer konkreten Behandlungssituation? Ein solches Vorgehen ist – anders als die 2009 per Gesetz legitimierte Patientenverfügung – in Deutschland so nicht rechtlich abgesichert.

Kritisch zu hinterfragen ist aber nicht nur dieser, besonders heikle Aspekt des BVP-Konzepts, das Begleitung und Versorgung von Menschen in der letzten Lebensphase ja einseitig auf Fragen der medizinischen Behandlung ausrichtet. Zu berücksichtigen und zu verbessern ist auch der Kontext, in dem solche vorab erklärten

Therapieverzichte zur Wahl gestellt werden – hier nur einige Stichwörter: Qualitätsmängel in Heimen, oft zu wenig Pflegepersonal, das für Zuwendung und persönliche Gespräche kaum Zeit hat, der gesundheitsökonomische Rahmen, auch individuelle finanzielle Grenzen, mit denen HeimbewohnerInnen wie Angehörige zurechtkommen müssen.

Kritik und Alternativen zu der kassenfinanzierten Versorgungsplanung sind gefragt. Ideen gibt es wohl, auch in Fachkreisen. Wer bessere Ansätze zu bieten hat, sollte nicht zögern, sie öffentlich zu machen.

## »Lassen Sie uns präziser werden«

Planung für letzte Lebensphase in zwei Frankfurter Heimen

### BIOSKOP-Interview

#### »Leitfaden« im Heim

Die Franziska-Schervier-Altenhilfe ist laut Selbstdarstellung eine »moderne Gesellschaft für Seniorenbetreuung in Trägerschaft der Ordensgemeinschaft der Aachener Franziskanerinnen«. Die katholische GmbH betreibt Einrichtungen in Aachen, Köln, Frechen, Mainz und Frankfurt; 2013 erstellte sie einen »Leitfaden Ethik und Recht: Entscheidungen am Lebensende«. Die 28-seitige Broschüre soll MitarbeiterInnen, BewohnerInnen, BetreuerInnen und HausärztInnen »Orientierungshilfe« geben. »Innerhalb der ersten Tage nach Einzug« hat ein Mitarbeiter der Verwaltung gemäß Leitfaden zu klären und zu dokumentieren, ob eine Patientenverfügung vorliegt. Hat der neue Bewohner keine, soll die Wohnbereichsleitung ihm »Informationen zur Bedeutung und Erstellung einer Patientenverfügung« anbieten; falls jemand nicht mehr einwilligungsfähig ist, könne die Wohnbereichsleitung »nach Abschluss der Eingewöhnungsphase« den Betreuer bzw. Bevollmächtigten »auf die ggf. auftretende Handlungsunsicherheit in Notfällen und auf die Möglichkeit zu einem Gespräch mit dem Ethikkoordinator der Einrichtung« hinweisen. Betont wird dabei auch, dass keineswegs Druck auf Interessenten zur Abfassung einer Patientenverfügung entstehen dürfe. Der Leitfaden spricht viele Aspekte an und bezieht auch Position: Tötung auf Verlangen und Suizidhilfe werden abgelehnt, »Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen« wird »in der Sterbephase« befürwortet.

Die »Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase« ist noch am Anfang. Zu den wenigen Einrichtungen, die sie bereits anbieten, gehören die beiden Häuser der Franziska-Schervier-Altenhilfe in Frankfurt am Main. Dort wohnen rund 170 Menschen. Etwa 90 BewohnerInnen leben mit Demenz – sie gelten rechtlich als nicht einwilligungsfähig, ihre Interessen werden von Betreuern oder Bevollmächtigten vertreten. Leiter der beiden Häuser ist der Diakon *Bernd Trost*. Im Gespräch mit *Martina Keller* erläutert er, warum er das Vorsorgeangebot, orientiert am Modellprojekt »beizeiten begleiten« (→ BIOSKOP Nr. 49+50), bereits 2016 in seinem Verantwortungsbereich eingeführt hat.

**BIOSKOP:** Welche Vorteile der gesundheitlichen Versorgungsplanung sehen Sie gegenüber einer Patientenverfügung?

**BERND TROST:** Viele Patientenverfügungen werden ohne jegliche Beratung verfasst. Bei der gesundheitlichen Versorgungsplanung kommt die Verfügung im Gespräch zustande. Da haben wir eher das Gefühl, der Betroffene weiß, was er verfügt hat, er hat sich intensiv auseinandergesetzt, im Sinne einer informierten Zustimmung. Wenn beispielsweise in einer herkömmlichen Patientenverfügung ganz pauschal steht, jemand will keine intensivmedizinische Versorgung, dann haben wir die Möglichkeit zu sagen: Lassen Sie uns präziser werden, welche Situation meinen Sie genau?

**BIOSKOP:** Wann startet Ihr Angebot?

**TROST:** Das machen wir in der Integrationsphase, also während der ersten sechs Wochen, die ein Bewohner bei uns im Haus ist. Zunächst werden schriftliche Informationen zur Versorgungsplanung ausgehändigt, die sich die Bewohner in Ruhe anschauen können. Später fragt ein Mitarbeiter des Sozialkulturellen Dienstes nach, ob prinzipiell Interesse daran besteht.

**BIOSKOP:** Wie gehen Sie vor, wenn jemand nicht mehr selbst für sich entscheiden kann?

**TROST:** Der Vertreter des Betroffenen und der Arzt sind nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch gehalten zu prüfen, ob es Indizien für den mutmaßlichen Patientenwillen gibt. Das machen wir auch sonst schon, wenn es etwa um die Frage einer Krankenhauseinweisung geht. Nur stehen wir dann meist unter Zeitdruck. Bei der gesundheitlichen Versorgungsplanung können wir uns um so eine Frage kümmern, wenn noch Zeit ist. Für die sogenannte Vertreterdokumentation setzen wir uns dann meist zu einer Fallbesprechung zusammen. Daran nehmen der gesetzliche Vertreter und der Gesprächsbegleiter teil, möglichst auch das Pflorgeteam und der

sozialkulturelle Dienst. Wir versuchen außerdem, unsere Hausärzte einzubeziehen – das allerdings mit unterschiedlichem Erfolg.

**BIOSKOP:** Besteht bei der Vertreterdokumentation die Gefahr, dass man eigene Vorstellungen in den Betroffenen hineinprojiziert, wenn man versucht, seinen mutmaßlichen Willen zu erheben?

**TROST:** Ich kann nur erheben, ob es Indizien für den mutmaßlichen Willen gibt. Wenn die fehlen, muss nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft behandelt werden. Wir sehen das sehr eng und kritisch. Wenn es keine Indizien gibt, dann wird ein Bewohner halt künstlich ernährt, auch wenn er im Koma liegt. Dann kann sich keiner über ihn stellen. Es steht mir nicht zu und auch keinem Angehörigen, zu befinden, der darf noch leben oder nicht. Das wäre fatal.

**BIOSKOP:** Die Gesprächsbegleitung ist kein Rechtsanspruch der Heimbewohner, sondern ein Angebot der Heime. Und die verfolgen vielleicht ihre eigenen Interessen, etwa wenn es um die Behandlungsbegrenzung bei einem sehr pflegeaufwändigen dementen Bewohner geht.

**TROST:** Das Risiko steckt nicht im Modell, sondern im Gesetz zur Patientenverfügung im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), weil das BGB zwingend die Erhebung des Patientenwillen vorsieht – der behandelnde Arzt und der gesetzliche Vertreter müssen sich über den mutmaßlichen Willen verständigen. Das ist der eine Punkt, wo ich sage, da ist nichts Neues dazu gekommen. Der zweite Punkt: Das Heim hat ja nichts zu entscheiden. Wenn jemand verfügt hat, er will in einer bestimmten Situation keine künstliche Ernährung, dann haben wir nicht zu entscheiden, dass wir die Sonde nicht länger versorgen, sondern dann können wir nur auf Anweisung des gesetzlichen Vertreters und des Arztes handeln.

»Für die sogenannte Vertreterdokumentation setzen wir uns dann meist zu einer Fallbesprechung zusammen.«

## Freiwillig! Selbstbestimmt?

**P**atientenverfügungen sind rechtsverbindlich – vorausgesetzt, ihr Inhalt genügt den Anforderungen des Bürgerlichen Gesetzbuches. § 1901a BGB gilt seit September 2009 und gibt vor, dass Bevollmächtigte und Betreuer eine Vorabverfügung des nicht mehr einwilligungsfähigen Verfassers durchsetzen müssen, falls die einst erklärten »Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen«. Meist handeln die Verfügungspapiere vom Verzicht auf bestimmte, lebensnotwendige Therapien. Wichtig zur Wahrung der Selbstbestimmung ist aber auch BGB-Paragraf 1901a: »Niemand

kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragsschlusses gemacht werden.«

Wie sieht – neun Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes – die Wirklichkeit aus? Am besten wissen das wohl die Betroffenen: Beschäftigte in Pflegeheimen, PatientInnen, Angehörige, BetreuerInnen. Sie alle bitten wir: Informieren Sie uns, wenn Sie mitbekommen, dass der erklärte Anspruch des Gesetzgebers, Freiwilligkeit bei Patientenverfügungen sicherzustellen, in der Praxis womöglich unterlaufen werden sollte. Hinweise werden wir prüfen – und darüber beizeiten berichten. *Klaus-Peter Görlitzer* ☺

► **BIOSKOP:** Besteht die Gefahr der Manipulation von Heimbewohnern?

**TROST:** Das ist natürlich richtig, dass in solchen Systemen eine Gefahr steckt. Das ist aber die Gefahr des gesamten Versorgungssektors und der gesamten Pflege. Laut Sozialgesetzbuch XI soll zum Beispiel die Tagesgestaltung gemäß den Interessen der Bewohner gemacht werden. Ich bin da gar nicht bei den letzten Fragen, sondern eher bei der Frage: Was will ich essen und will ich von einem Mann gepflegt werden? Da könnte ich auch so beeinflussen, dass jemand zum Beispiel genau nach Essenplan essen will oder zur mir genehmen Zeit schlafen gehen will. Diese Manipulationsmöglichkeit steckt im stationären Versorgungssektor drin. Ich sehe bei der gesundheitlichen Versorgungsplanung aber eher die positiven Aspekte. Wenn wir mit den Bewohnern selbst und ihren Angehörigen reden können, lässt sich transparenter machen, was die verfügen, was die wollen. Die Chance haben wir nicht bei den vielen Patientenverfügungen, die sonst so zustande kommen. Bisher können wir da nur orakeln, wie die zustande gekommen sind. Immer vorausgesetzt, dass wir Beratung als seriöses Angebot sehen, dass die Gesprächsbegleiter gemäß den Vorgaben in der Rahmenvereinbarung ausgebildet werden.

**BIOSKOP:** Die Patientenverfügungen und Vertreterdokumentationen sollen für die gesamte Versorgungskette handlungsleitend sein – vom Heim über den Rettungsdienst bis zum Krankenhaus. Wie wollen Sie das hinkriegen?

**TROST:** Das kann eine einzelne Einrichtung nicht leisten, diesen Part hat hier in Frankfurt das Würdezentrum übernommen. In Frankfurt läuft der Rettungsdienst über die Branddirektion. Das Würdezentrum ist mit der Branddirektion und Krankenhäusern im Gespräch mit dem Ziel, dort auch Fortbildungen anzubieten.

**BIOSKOP:** Noch gibt es kein verbindliches Curriculum für die Ausbildung der Gesprächsbe-

gleiter, die Qualifikation der Ausbilder ist nicht geregelt. Kann gesundheitliche Versorgungsplanung unter den Bedingungen funktionieren?

**TROST:** Das Problem, das ich sehe, ist eher ein anderes. Ich merke auf dem Fortbildungsmarkt, dass die Umsetzung von § 132g SGB V so langsam ins Laufen kommt. Bundesweit ploppen Fortbildungsinstitute hoch, jedes mit eigenem Konzept oder auch nicht. Es ist nicht normiert, welche Formulare verwendet werden. Es gibt nicht ein Modell, sondern ganz viele, das macht es unübersichtlich. Funktionieren wird so etwas nur, wenn es einheitliche Standards gibt. Ein Krankenhausarzt hat keine Lust, sich mit 27 verschiedenen Dokumentationsformen zu beschäftigen. Wir brauchen eine Normierung, die die gesamte Versorgungskette in den Blick nimmt.

**BIOSKOP:** Der Wille eines Menschen hängt stark von seinem Umfeld ab. Wenn jemand gut gepflegt wird, Abwechslung und soziale Kontakte hat, denkt er womöglich anders über sein Lebensende als jemand, der in einem Heim nur mit dem Nötigsten versorgt wird.

**TROST:** Niemand ist dazu verurteilt, in einem schlechten Heim zu leben. Man kauft sich ja nicht eine Immobilie, sondern man zieht irgendwo ein und kann auch wieder ausziehen. Wenn ich also in einem schlechten Heim untergebracht wäre, würde ich sagen, ich fühle mich hier nicht wohl. Mich stört übrigens, dass wir viel zu wenig von den Häusern hören, in denen gute Arbeit geleistet wird. Es gibt eine Menge Einrichtungen, die trotz begrenzter Ressourcen gute Arbeit leisten. Natürlich kann es einem pflegebedürftigen Patienten passieren, dass er in einer schlecht geführten Einrichtung landet. Aber niemand ist dazu verurteilt, da auch zu bleiben. Wir erleben bei der Aufnahme in unser Heim mitunter Angehörige, die gucken sich sechs bis acht Häuser an und entscheiden dann, wo sie sich vorstellen können, ihre Mutter, ihren Ehepartner unterzubringen. ☺

## »Als Entlastung empfinden«

In Frankfurt am Main gibt es ein Netzwerk von HeimleiterInnen, Forum für Altenpflege (AFF) genannt. Im Sommer 2017 wurde ihnen das Programm »Behandlung im Voraus Planen« (BVP → Seite 8) vorgestellt, es referierten zwei MitarbeiterInnen des Frankfurter »Würdezentrums«. Dessen Leiterin Kirsten Wolf erklärte laut Mitteilung des AFF, Kernelemente von BVP seien standardisierte Bögen zur Erstellung von Patienten und Notfallverfügungen sowie die Ausbildung und Akkreditierung von GesprächsbegleiterInnen in den Einrichtungen. Das Würdezentrum, gegründet Mitte 2016, bietet selbst mehrtägige Kurse zur Ausbildung zu BVP-GesprächsbegleiterInnen an. Warum sie BVP empfiehlt, hatte Wolf auch in der *Ludwigshafener Ethischen Rundschau* (3/2016) auf vier Seiten beschrieben. Im Abschnitt »Gesundheitliche Vorausplanung entlastet« führte sie u.a. aus: »Es gilt, ein Bewusstsein und eine entsprechende Haltung zu entwickeln und zu erkennen, dass die gesundheitliche Vorausplanung sich positiv auf die eigene Arbeit auswirken kann. Denn wenn mittels des Dialogs die Wünsche der Bewohner, der eigenen Mutter oder des Vaters bekannt und so dokumentiert sind, dass danach gehandelt werden kann, können es Mitarbeiter und Angehörige gleichermaßen als Entlastung empfinden, wenn sie das Festgelegte respektieren und schließlich stellvertretend entscheiden.« Wolf gehört auch zum Vorstand der Vereinigung DiV-BVP (→ Seite 8), die ihr BVP-Konzept im deutschsprachigen Raum »etablieren« will.

## Allianz fürs Klima

Die »Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit« ist kein klassischer Umweltverband. Initiiert wurde das Netzwerk im Herbst 2017 von MedizinerInnen. »Uns vereint die Sorge um eine lebenswerte, gesunde Zukunft für nachfolgende Generationen. Klimaschutz ist zugleich Gesundheitsschutz«, heißt es in der Gründungserklärung. »Die deutsche Öffentlichkeit und Entscheidungsträger unterschätzen bislang noch die Auswirkungen des Klimawandels auf die (eigene) Gesundheit und den Gesundheitssektor«, sagt der Berliner Arzt Dieter Lehmkühl, 2. Sprecher der Allianz.

Das Netzwerk strebt an, »dass der Gesundheitssektor Führung und Verantwortung übernimmt in der gesamtgesellschaftlichen Transformation zu einer klimaneutralen Gesellschaft«. Dies bedeute auch, in den Gesundheitsberufen die Aus- und Weiterbildung zum Thema Klimawandel zu verbessern. Zudem müssten Forschung und Bildung zu Klimawandel und Gesundheit gefördert werden.

Die Allianz mischt sich öffentlich ein, Anfang November hielten ÄrztInnen und Pflegende vor dem Berliner Uniklinikum eine »Mahnwache« ab, sie warnten: »Der Klimawandel gefährdet die Gesundheit enorm.« In einem Offenen Brief an die Kohlekommission fordert die Allianz den schnellen Ausstieg aus der Kohle, »um Leben, Gesundheit und Klima gleichermaßen zu schützen«. Stellungnahmen und weitere interessante Infos – auch von anderen Ärztenverbänden – findet man auf der Ini-Website [www.klimawandel-gesundheit.de](http://www.klimawandel-gesundheit.de)

*wie-dna.de*

Im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD gibt es auch ein Kapitel zum »handlungsfähigen und starken Staat für eine freie Gesellschaft«. Angekündigt wird hier auch dieses Vorhaben: »Die DNA-Analyse wird im Strafverfahren auf äußerliche Merkmale (Haar, Augen, Hautfarbe) sowie Alter ausgeweitet (§ 81e StPO).« Ob und wann es wirklich zum Einsatz genetischer Phantombilder in Deutschland kommen wird, ist derzeit unklar; noch ist kein entsprechender Gesetzentwurf öffentlich geworden.

Zur Verzögerung beigetragen hat womöglich auch die Kritik einer ungewöhnlichen Initiative: WissenschaftlerInnen unterschiedlicher Fachbereiche – aus Naturwissenschaften, Recht, Soziologie, Mathematik, Kulturanthropologie – hatten sich bereits Ende 2016 vernetzt mit dem Ziel, auch »Risiken«, »Fehleranfälligkeiten« und ethische »Problematiken« der erweiterten DNA-Analyse in die öffentliche Diskussion zu bringen. Wie produktiv ihr Engagement ist, kann man auf der neuen Homepage der Initiative nachlesen: [www.wie-dna.de](http://www.wie-dna.de). Dort stehen Stellungnahmen, Vorträge, Aufsätze und Presseberichte, in denen Mitglieder der WIE-DNA-Initiative ihre Argumente erläutern haben.

Übrigens: Zwei Aktive aus der Initiative haben ihre Bedenken gegen die drastische Ausweitung molekulargenetischer gestützter Forderungen schon mal für BIOSKOP aufgeschrieben: Der Aufsatz der Freiburger Professorinnen Anna und Veronika Lipphardt erschien im Juni 2017 (Heft Nr. 78), Überschrift: »Risiken massiv unterschätzt«.

### Weltweite Bedrohung

Die Warnung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) muss alarmieren: Bedingt durch die Erderwärmung sei ab 2030 jährlich mit rund 250.000 zusätzlichen Todesfällen zu rechnen, in Folge von Unterernährung, Malaria, Durchfall und Hitzestress. Das schlimme Szenario wird auf Seite 1 einer neuen Broschüre der BUKO Pharma-Kampagne zitiert, die Publikation heißt: *Gesundes Klima? Wie der Klimawandel weltweit die Gesundheit bedroht*. Was das konkret für die Betroffenen bedeutet, skizziert BUKO mit Blick auf Staaten wie Angola, Bangladesch, Indien, Kuba, Peru, Somalia. Am Ende schaut die 24-seitige Broschüre auf die Klimakonferenz der Vereinten Nationen, die vom 3. bis 14. Dezember in Katowice in Polen stattfand. »Entscheidend wäre auch«, fordert BUKO, »dass die Bundesregierung ihren Beitrag zur internationalen Klimafinanzierung weiter ausbaut.«

Die gedruckte Broschüre kann man direkt bei der BUKO Pharma-Kampagne in Bielefeld bestellen, gern gegen Spende. Telefon: (0521) 60550, AnsprechpartnerInnen: Claudia Jenkes, Jörg Schaaber [www.bukopharma.de](http://www.bukopharma.de)

## »Gesundheit hat Vorrang!«

**Ende Mai 2019 wählen die EU-BürgerInnen das neue Europäische Parlament. Anlass für 25 Organisationen, ein Manifest zu veröffentlichen: »Gesundheit hat Vorrang: Zugang zu Medikamenten in Europa verbessern!«**

Viele Gesundheitssysteme in der EU, so das 3-seitige Papier, »leiden unter den Folgen einer einseitigen Industriepolitik und Regeln für geistige Eigentumsrechte im pharmazeutischen Sektor«. Diese ziele »fast ausschließlich auf das Wirtschaftswachstum und auf Gewinnmaximierung«. So seien die Preise für neue Arzneimittel »rasant« gestiegen. Eine »steigende Zahl« von Behandlungen für lebensbedrohende Infektionen und Krankheiten wie Krebs oder Hepatitis C drohe gar unbezahlbar zu werden, viele PatientInnen und Gesundheitssysteme seien finanziell überfordert.

25 Organisationen aus zahlreichen EU-Staaten haben das Manifest unterschrieben, aus Deutschland der Verein demokratischer Pharmazeutinnen und Pharmazeuten, Transparency und Buko Pharma-Kampagne. Sie fordern »bessere Regeln« für Forschung und Entwicklung sowie die Abkehr von der herrschenden Politik, die neue Medikamente mit patentgeschützten Monopolen belohne. Die Arzneimittelentwicklung müsse künftig von der Aussicht auf hohe Preise abgekoppelt werden; alternative Instrumente seien Forschungsprämien, sozialverträgliche Lizenzierungen und Open-Source-Forschung. »Solche Modelle sollten mit Pilotprojekten, Machbarkeitsstudien und neuen Finanzierungsprogrammen gefördert werden«, empfiehlt das Papier.

Das Manifest kann man im Internet herunterladen: [www.bukopharma.de/images/aktuelles/Manifesto-A2M\\_Deutsch.pdf](http://www.bukopharma.de/images/aktuelles/Manifesto-A2M_Deutsch.pdf)

# Fragwürdige »Orientierung«

## EKD befürwortet solidarische Bezahlung selektiver Tests

**Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) wird wohl 2019 entscheiden, ob Krankenkassen den Einsatz einer umstrittenen Innovation künftig bezahlen müssen: molekulargenetische Bluttests, die Chromosomenabweichungen wie Trisomie 21 beim Fötus ab der neunten Schwangerschaftswoche feststellen sollen (→ BIOSKOP Nr. 83, 78). Auch der Bundestag soll noch mal über nicht-invasive, pränatale Tests (NIPD) diskutieren. Führende Kirchenvertreter haben sich bereits positioniert.**

Die Überschrift klingt wegweisend: »Orientierung für eine ethische Urteilsbildung« steht über einer Mitteilung, verbreitet seit Anfang November vom Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD). Im ersten Satz steht der Appell, »Maßnahmen der Nichtinvasiven Pränataldiagnostik bei Risikoschwangerschaften umfassend in die gesellschaftliche Verantwortung einzubetten«. Wie die EKD sich das praktisch vorstellt, liest man im nächsten Satz: »Dazu plädiert sie dafür, diese Form der Pränataldiagnostik künftig in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen und zugleich das Angebot einer umfassenden ethischen und psychosozialen Beratung als Bestandteil der gemeinschaftlich finanzierten Mutterschaftsvorsorge vorzusehen.«

Die Kosten für die Beratung, die auch von kirchlichen Einrichtungen angeboten wird, sollen also ebenfalls von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden. Mit dieser Vorgehensweise soll es Schwangeren laut EKD »ermöglicht werden, eine eigenständige, abgewogene Entscheidung treffen zu können, unabhängig von finanziellen Erwägungen oder medizinischen Risiken«. Ihre Position erläutert die EKD ausführlich in der Stellungnahme »Nichtinvasive Pränataldiagnostik – Ein evangelischer Beitrag zur ethischen Urteilsbildung und zur politischen Gestaltung«, den ihre »Kammer für Öffentliche Verantwortung« geschrieben hat.

Das rund 40-seitige Papier richtet sich vor allem an G-BA und Bundestag, der voraussichtlich Anfang 2019 über vorgeburtliche Diagnostik diskutieren wird. Jedenfalls haben das parteiübergreifend Abgeordnete von CDU, Linken, FDP und Grünen angemahnt, als sie im Juli mit einem nachdenklichen Papier an die Öffentlichkeit gingen, Titel: »Vorgeburtliche Bluttests – wie weit wollen wir gehen?«

Eine der Initiatorinnen ist Corinna Rüffer, behindertenpolitische Sprecherin der grünen

Fraktion. Sie hat die Orientierung der EKD-Führung direkt nach Veröffentlichung vehement kritisiert: »Die Vorstellung der EKD, man könne den behindertenfeindlichen Charakter dieser Tests irgendwie einhegen, wenn man ihn staatlich finanziert und die Frauen zu einer Pflichtberatung schickt, ist naiv«, schrieb Rüffer. »Ich sehe nicht, wie unsere Gesellschaft ein positiveres Bild von Menschen mit Behinderung bekommen soll, wenn wir diesen Test über die Krankenkassen als Regelleistung finanzieren und damit quasi mit einem Gütesiegel versehen.« Von einer Kirche erwarte sie »eine wertschätzende Haltung zu menschlichem Leben in all seinen Ausprägungen«.

### Perspektive erweitern

Die katholische Bischofskonferenz erklärte gleich nach Bekanntwerden des EKD-Papiers, dass sie die Forderung nach Kassenfinanzierung der NIPD weiterhin ablehne. Auch in evangelischen Einrichtungen gibt es kritische Stimmen. Zum Beispiel Claudia Heinkel, Leiterin der PUA-Fachstelle für Information, Aufklärung, Beratung zu Pränataldiagnostik und Reproduktionsmedizin im Diakonischen Werk Württemberg. Von BIOSKOP gefragt, erklärte Heinkel unter anderem, das EKD-Papier sei »eine unglaubliche Selbstentlastung der Kirche als Teil der Gesellschaft«. Die Entscheidungen der Eltern, weiß Beraterin Heinkel aus ihrer Beratungserfahrung, »fallen ja nicht im luftleeren Raum, sie sind ein Spiegelbild unserer Gesellschaft, eben auch mit der Entscheidung gegen ein Kind mit Trisomie 21«.

Ein Test, der Trisomie 21 aufspüren soll, habe keinen medizinischen Nutzen, so Heinkel, »diese Voraussetzung für eine Kassenleistung fehlt« – und das gelte auch für die Fruchtwasseruntersuchung, die von Kassen unter bestimmten Voraussetzungen bezahlt werden muss. »Man könnte nun sagen: Nach 35, 40 Jahren überprüfen wir die Entscheidung über diese Kassenleistung ohne medizinischen Nutzen auf ihre Stimmigkeit, bevor wir das Angebot erweitern.« Diese Herangehensweise sei zumindest denkbar, aber in der bisherigen Debatte um den Bluttest »so gut wie gar nicht im Blick«.

Vielleicht weitet sich die Perspektive im Parlament ja im nächsten Jahr doch noch. Eine grundsätzliche Debatte über Pränataldiagnostik, deren alltägliche Handhabung, individuelle und gesellschaftliche Wirkungen, ist überfällig.

Klaus-Peter Görlitzer

### »Moratorium sinnvoll«

Welche Möglichkeiten hat die Zivilgesellschaft, die Entwicklung und Einführung der nicht-invasiven Pränataldiagnostik (NIPD) mitzugestalten und Einfluss zu nehmen? Diese Frage hat das Berliner Institut für Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW) untersucht, mit finanzieller Förderung vom Bundesforschungsministerium. Ergebnisse des Projekts zur »Partizipation in technisch-gesellschaftlichen Innovationsprozessen« hat das IMEW nun veröffentlicht. Der 15-seitige Kurzbericht, an dem Katrin Grüber, Sabine Könninger, Kathrin Braun, Diana Schneider und Ulrike Baureithel mitgewirkt haben, schließt mit einigen Empfehlungen, zum Beispiel: »Im Hinblick auf die weiteren Entwicklungen im Bereich der NIPD muss schon im Vorfeld eine Diskussion über deren Nutzen und finanzielle Förderung einsetzen, damit die Öffentlichkeit nicht wie im Falle des Pränataltests wieder vor vollendete Tatsachen gestellt ist. Um diesen Prozess zu organisieren, wäre es sinnvoll, ein Moratorium für die weitere Entwicklung und Etablierung der Tests zu setzen. Weiterhin schlagen die Autorinnen die Förderung einer 5-jährigen offenen Diskussionsplattform vor, die ermöglicht, die Entwicklung der Pränataldiagnostik im Allgemeinen und der NIPD im Besonderen zu debattieren. Ein Vorbild wäre etwa die Nationale Plattform Bildung für eine nachhaltige Entwicklung. Eine solche Plattform hätte nicht das Ziel, Konsens herzustellen, sondern müsste sich auf die Aufhellung von Argumentationslinien und die Transparenz von Interessen konzentrieren.« Der Kurzbericht ist online: [www.imew.de](http://www.imew.de)

# Mietmutterschaft? Nein danke!

## Widerstand gegen menschenverachtende Geschäfte wächst

Von Renate Klein, schweiz-australische Biologin und Sozialwissenschaftlerin, langjährige Frauengesundheitsaktivistin und Mitgründerin von FINRRAGE und Stop Surrogacy Now

Der Traumjob ist erreicht, die Traumreise gerade beendet und das Traumhaus wird gebaut. Nur das Wunschkind ist (noch) nicht da, und ohne das gilt eine Frau auch im 21. Jahrhundert immer noch als »unvollständig« – auch wenn das Problem beim Mann liegt. Also geht es los zur »Künstlichen Befruchtung«, im Fachjargon In-vitro-Fertilisation (IVF) genannt. Doch nach Monaten zerstocheener Venen, ständiger Übelkeit und Gewichtszunahme bis hin zum lebensgefährlichen Eierstock-Hyperstimulationssyndrom (OHSS) gibt es immer noch keine »guten« Eizellen, geschweige denn eine Schwangerschaft. Die Bilanz ist negativ, das Selbstwertgefühl der Frau auch: »Versagerin« sagt ihr der Spiegel. Der Traum vom eigenen Kind ist aus.

Die IVF-Klinik bedauert den Misserfolg des Glücks aus der Retorte (und das Ende der regelmäßigen Honorarzählungen der Kundin) und weist darauf hin, wie bedauerlich es doch sei, dass Länder wie Deutschland und Schweiz so rückständig sind, dass der Staat nicht einmal die Eizellen»spende« einer jüngeren Frau erlaube, geschweige denn Mietmutterschaft (auch Leihmutterschaft genannt), bei der eine nette Frau für sie ein Kind austragen könnte – für Geld oder als Liebesdienst.

In meinem Buch *Mietmutterschaft. Eine Menschenrechtsverletzung* (→ *Randbemerkung*) untersuche ich diese neoliberale kapitalistische Mär, laut der in einigen Ländern (darunter Ukraine, Georgien, Russland und zehn Bundesstaaten in den USA) der Storch ein Baby bringt für diejenigen, die es sich leisten können, zwei unterprivilegierte Frauen auszubeuten. Es ist ihnen egal – oder nicht bekannt – dass sowohl Eizellen»spende« wie auch Mietmutter-schwangerschaft oft zu kurz- und langzeitigen physischen und seelischen Beschwerden führt, inklusive der Gefährdung der eigenen Fruchtbarkeit der beiden Frauen aufgrund der gefährlichen Hormonbehandlungen.

Außerdem muss gefragt werden: Was sagt das Kind dazu? Hat es eingewilligt, ein »Take-Away-Baby« zu sein und seiner Geburtmutter – oft nach Kaiserschnitt – weggenommen und den fremden Bestell-Eltern in die Arme gelegt zu werden? Die Antwort ist ein eindeutiges »nein«, und ich behaupte, dass Mietmutterschaft sowohl die Rechte des Kindes verletzt als auch

das Recht der beiden Frauen auf körperliche Unversehrtheit. Vor allem der Mietmütter, die den KinderkäuferInnen in den neun Monaten als lebendiger Brutkasten zur Verfügung stehen: angeordnete Pränataluntersuchungen, selektive Fötenreduktion, sogar eine Abtreibung, wenn das »Produkt«, das sich in ihrem Körper entwickelt, nicht perfekt zu sein scheint.

Damit dies alles leichter geht, suggerieren IVF-Kliniken den Frauen, dass dieses Kind nichts mit ihnen zu tun habe, da dessen Gene von einer Eizellen»spenderin« und einem Samenspender stammen. Der von der IVF-Industrie benutzte englische Ausdruck für eine Mietmutter heißt »gestational carrier« – ein Schwangerschaftsgefäß – zeigt, wie entmenslichend diese Geschäftstransaktion ist.

Die BefürworterInnen von Mietmutterschaft – darunter zunehmend lautstarke Gruppen von gutsituierten schwulen Männern, die darauf pochen, dass sie ein »Recht« auf ein Kind hätten, das zur Hälfte ihre Gene hat – fordern die dringende Legalisierung und Regulierung der Eizellen»spende« und Mietmutterschaft. Und zwar im eigenen Land. Damit, so meinen sie, werden bekannte Probleme von Ausbeutung in sogenannten Drittweltländern wie Thailand,

Nepal oder Indien (die inzwischen Mietmutterschaft verbieten) vermieden, wie zum Beispiel der traurige Fall von Baby Gammy, ein Kind, das mit Down-Syndrom in Thailand geboren und von seinem australischen Bestellvater bei seiner thailändischen

Geburtmutter zurückgelassen wurde, während er nur Gammys »normale« Zwillingsschwester Pippah nach Australien nahm.

Bei einer solchen Argumentation wird vergessen, dass *niemand* ein Recht auf ein Kind hat, unabhängig davon, ob sie hetero- oder homosexuell sind, ein Paar oder alleinstehend, eine Frau oder ein Mann. Ein Kind ist keine Ware, die auf dem Markt gehandelt werden kann. Ein Kind ist ein Lebewesen, das ein Recht darauf hat, seine Geburtse Eltern zu kennen und, wenn möglich, bei ihnen aufzuwachsen.

Doch BefürworterInnen von Mietmutter-schaft, darunter auch liberale Feministinnen, halten an der Illusion von »Regulierung« fest, die, wie sie glauben, zur »Fair Trade Surrogacy« führen würde. Noch besser wäre es, argumentieren einige wie die Ethnologinnen Amrita Pande >

### Mehr erfahren!

*Mietmutterschaft. Eine Menschenrechtsverletzung* heißt das neue Buch von Renate Klein, veröffentlicht im Oktober vom Hamburger Verlag Marta Press. Auf 228 Seiten beleuchtet die langjährige Frauengesundheitsaktivistin die internationale Mietmutter-schafts-Industrie und zeigt, welche schlimmen Folgen die Ausbeutung von unterprivilegierten Frauen als Eizellen-»Spenderinnen« hat. Renate Klein warnt davor, Mietmutter-schaft zu regulieren und fordert, diese unethische Industrie zu stoppen – total und global.

Ich behaupte, dass Mietmutterschaft sowohl die Rechte des Kindes verletzt als auch das Recht der beiden Frauen auf körperliche Unversehrtheit.

► und Sharmila Rudrappa, wenn Mietmutterschaft als »Arbeit« bezeichnet würde, so dass Gewerkschaften auf gute »Arbeits«bedingungen bestehen könnten. Schwangerschaft als Arbeit? Wie kann man einen Frauenkörper regulieren, der es fertig bringt, in neun Monaten, ohne einen einzigen Ferientag, aus einem winzigen Embryo ein lebensfähiges Kind heranwachsen zu lassen?

Zudem ist bekannt, dass eine Schwangerschaft mit gespendeten Eizellen ein vergrößertes Risiko für Komplikationen wie Plazenta praevia mit sich bringt. Dabei rutscht die Plazenta nach unten und drückt auf den Gebärmutterhals, was zu Blutungen führt. Das kann lebensgefährlich sein, für Mutter und Kind. Wochenlange Bett-ruhe am Ende der Schwangerschaft ist oft die einzige Lösung. Soll die Mietmutterschafts»arbeiterin« Spesen bezahlt bekommen oder einen extra Bonus, wenn sie ihren Job aufgeben muss, um ihr Leben und das ihres Kindes zu retten?

Schwangerschaftsdiabetes und hoher Blutdruck sind weitere Komplikationen, die ihre Gesundheit gefährden. Es ist völlig absurd, all diese unkontrollierbaren Prozesse als »Arbeit« zu definieren und regulieren zu wollen.

Auch eine weitere Erzählung der BefürworterInnen von Mietmutterschaft, dass es ja die freie Wahl (»choice«) der Frau und ihre reproduktive Autonomie sei, ihren Bauch zu vermieten, hält der Prüfung nicht stand. Bei der kommerziellen Mietmutterschaft handelt es sich ohne Ausnahme um unterprivilegierte Frauen (oft auch von einer ethnischen Minderheit), für die das Geld der ausschlaggebende Faktor war, sich zu verkaufen. Zudem ist es unmöglich, im Vorhinein in den Mietmutterschaftsprozess einzuwilligen, da keine Frau weiß, wie sich die Schwangerschaft entwickeln wird und wie sich ihre Einstellung zum Kind in ihrem Bauch ändert.

Regulierung solcher Geschäfte ist nicht die Lösung, sie macht sie nur noch schlimmer. Zumal für jedes Gesetz eine Ausnahme gesucht und auch gefunden werden dürfte. Diese Ausbeutung von Frauen und Kindern muss gestoppt werden!

Auch die sogenannte »altruistische« Mietmutterschaft, bei der nur »Spesen« (Arzt- und Anwaltsrechnungen, psychologische Beratung, Umstandskleider) vergütet werden, ist voller Probleme. Oft fühlt sich die Bestellmutter zutiefst beleidigt von der Tatsache, dass ihre Schwester oder Cousine in der Lage ist, schwanger zu sein – sie aber nicht. Wie wir in Australien gesehen haben, kann sich das zu bösartigen Hassgefühlen gegen die schwangere Verwandte

entwickeln und zu widerlichen Familienstreitigkeiten führen. Ist das Baby geboren, geht der nächste Schritt oft zum Gericht, das dann entscheiden soll, wer seine rechtlichen Eltern sind. Es ist sicher nicht übertrieben zu sagen, dass dabei alle Beteiligten zutiefst verletzt werden und das Neugeborene zum Spielball ihres Hasses wird.

Mietmutterschaft und Eizellen»spende« sind zu einer globalen Multi-Milliarden-Industrie herangewachsen, aber kein wirklich neues Phänomen. Bereits in den 1980er Jahren versuchte die US-amerikanische Mietmutteragentur von Noel Keane, eine Filiale in Frankfurt am Main zu eröffnen. Dank feministischen Widerstands (einschließlich den Frauen von FINRRAGE, dem Feministischen Internationalen Netzwerk des Widerstandes gegen Gen- und Reproduktionstechnologien) feierten die 2.000 TeilnehmerInnen des zweiten Kongresses gegen Gen- und Reproduktionstechnologien in Frankfurt 1988 das staatliche Verbot von Keanes Agentur und mit ihm aller Mietmuttergeschäfte in Deutschland. Das 1991 in Kraft getretene Embryonenschutzgesetz, das nach wie vor gilt, hat die Eizellen»Spende« verboten.

Doch gerade das wollen die BefürworterInnen dieser frauen- und kinderverachtenden Geschäfte ändern. Trotz des bestehenden Verbots in Deutschland fand 2017 in Berlin eine Publikumsmesse – genannt »Kinderwunschtag« – statt, die 2018 in Berlin und Köln wiederholt wurde und bereits für März 2019 in Berlin angesagt ist. »ExpertInnen« aus Spanien, Tschechien wie auch Bulgarien und Griechenland versprechen Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch das Blaue vom Himmel. Auch im Internet lassen sich Eizellen»spenderinnen« und Mietmütter finden, vor allem aus armen osteuropäischen Ländern wie Moldawien, Ungarn und Russland. Die offenen Grenzen in Europa erleichtern den illegalen Babytransport, und wenn das Kind dann einmal in Deutschland ist, so hoffen die Bestell-Eltern, wird es wohl Wege geben, es zu registrieren.

Trotz all dieser Bedrohungen sollten wir nicht allzu pessimistisch sein, es gibt ja auch vielfältigen, spannenden Widerstand (→ *Randbemerkung*). Aber wir sollten uns auch keine Illusionen machen. Leute, die viel Geld mit dieser internationalen Frauen- und Kinder- ausbeutung verdienen, werden so schnell nicht aufgeben. Es gilt also, wachsam zu sein, sowohl auf nationaler wie internationaler Ebene. Es ist gut zu wissen, dass Widerstand da ist – und dass er zunimmt!

**Regulierung solcher Geschäfte ist nicht die Lösung, sie macht sie nur noch schlimmer. Diese Ausbeutung von Frauen und Kindern muss gestoppt werden!**

## Internationale Initiativen

Seit Mai 2015 gibt es eine starke internationale Organisation namens »Stop Surrogacy Now« (»Stoppt Mietmutterschaft jetzt!«). Deren Erklärung haben bereits über 10.000 Menschen unterschrieben, sie ist auch in deutscher Sprache online: <http://www.stopsurrogacynow.com/the-statement/statement-german/> Mitglieder der Initiative helfen verzweifelten Mietmüttern, die sich an sie wenden; sie sprechen auf Konferenzen, produzieren Filme wie »Eggsploitation«, »Breeders« und »#Big Fertility. It's All About the Money«. Sie mischen sich in (inter)nationale Diskussionen ein, richten Erklärungen an Regierungen, schreiben akademische und populäre Texte. Auch Bücher, zum Beispiel: *Kind auf Bestellung. Ein Plädoyer für klare Grenzen*, publiziert 2015 von Eva Maria Bachinger. Und in 2018: *A Transnational Feminist View of Surrogacy Biomarkets in India*, Autorin Sheela Saravanan. In Österreich und Frankreich gibt es seit 2018 widerständige Organisationen: »Stoppt Leihmutterschaft« (<https://www.stoppt-leihmutterschaft.at/>) und CIAM/ICASM: »Coalition Internationale pour l'Abolition de la Maternité de Substitution« (<http://abolition-ms.org/>). Auch in Spanien und Lateinamerika wehren sich Leute gegen Mietmutterschaft: »For a Global Ban on Womb Rental«, Homepage: <http://abolition-ms.org/en/news/international-statement-for-a-global-ban-on-womb-rental-sept-2018>



## Vorschau

### Themen im März 2019

- **Schwerpunkt Genomforschung**
- **Gesundheitspolitik**  
Das digitale Krankenhaus
- **Pharmasponsoring**  
Transparente Selbsthilfe?

## Veranstaltungstipps

### Mi. 9. Januar 2019, 18 – 19.30 Uhr

Bochum (Ev. Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe, Immanuel-Kant-Straße 18-20)

- **Erschöpfte Sorgearbeitende – Care Revolution als Perspektive**  
Vortrag und Diskussion

Viele Menschen geraten an die Grenzen ihrer Kräfte, wenn sie versuchen, neben den hohen Anforderungen der Erwerbsarbeit gut für sich und andere zu sorgen. Was häufig als individuelles Versagen wahrgenommen wird, ist die Folge politischer und wirtschaftlicher Entscheidungen. Gabriele Winker, Professorin für Arbeitswissenschaft und Gender Studies an der TU Hamburg, stellt die »Care Revolution« vor – ein Konzept, das nicht auf Profitmaximierung setzt, sondern die Sorge umeinander in den Mittelpunkt rückt. Gemeinsame Veranstalter sind BioSkop, Arbeitskreis Frauengesundheit sowie evangelische Hochschule und Stadtakademie in Bochum.

### Do. 10. Januar, 18.30 – 20 Uhr

Hamburg (Medizinhistorisches Museum, Frickestraße/Ecke Schedestraße, Hörsaal)

- **»Erst das Lazarett zeigt, was Krieg ist.«**  
Lesung und Ausstellung

Diese Ausstellung ist beeindruckend und bedrückend: Unter dem Titel »Lebenszeichen« zeigt das Medizinhistorische Museum eine Sammlung von Feldpostkarten aus den Lazaretten des Ersten Weltkriegs, eingerichtet in Krankenhäusern, Theatern, Schulen, Ballsälen. Aufzeichnungen von verwundeten Soldaten, ÄrztInnen und Pflegenden werden am 10.1. mit einer »kommentierten Lesung« zu Gehör gebracht. Am selben Tag sowie am 31.1. gibt es, jeweils ab 18 Uhr, eine Führung durch die Ausstellung.

### Di. 15. Januar, 18 – 19.30 Uhr

Köln (Hauptgebäude der Universität zu Köln, Aula 2, Albertus-Magnus-Platz)

- **Der, die, das Gesundheit. Zur Rolle des Geschlechts für die Gesundheit**  
Vorträge

»Die Gendermedizin ist ein vergleichsweise junges Feld der gegenwärtigen Schulmedizin«, schreibt ceres, das Zentrum für Ethik, Recht und Medizin an der Universität Köln. »Sie bezieht dabei nicht nur biologische Unterschiede, sondern auch geschlechtsspezifische Rollenzuschreibungen in die medizinische Behandlung ein. Diese Unterschiede haben wiederum Einfluss auf die Wahrnehmung von Erkrankungen und deren Verlauf.« Was das in der medizinischen Praxis bedeutet, werden zwei ProfessorInnen erläutern: Sabine Oertelt-Prigione, Lehrstuhlinhaberin für Gendermedizin im niederländischen Nijmegen und Elke Kalbe, Leiterin des Zentrums für Medizinische Psychologie am Univesitätsklinikum Köln.

### Do. 17. Januar, 18 – 19.30 Uhr

Bonn (Unihauptgebäude, Hörsaal I, Theatersaal)

- **Reproduktionsmedizin – neue Formen der Elternschaft**  
Öffentliche Vorlesung

Im Rahmen einer Ringvorlesung namens »Auf Leben und Tod« beleuchten drei Bonner ProfessorInnen rechtliche Entwicklungen in der Reproduktionsmedizin aus ihrer Perspektive. Es sprechen: die Reproduktionsmedizinerin Katrin van der Ven, die Soziologin Doris Mathilde Lucke und der Sozialethiker Hartmut Kreß. Die Veranstaltung richtet sich an Studierende und die »interessierte Öffentlichkeit«, die wachsam sein sollte, wenn von Regulierung reproduktiver Medizintechniken die Rede ist (→Seite 14).

### Mo. 28. Januar, 18.15 – 19.45 Uhr

Berlin (Verbändehaus, Herbert-Lewin-Platz 2)

- **Langwirksame Genterapien**  
Vortrag mit Diskussion

Im Auftrag des Pharmakonzerns Merck hat das Institut IGES eine Prognose zur Entwicklung von Genterapien erarbeitet. Sie basiert auf Auswertungen von Studienregistern und besagt: »Die Anzahl der langwirksamen Genterapien könnte von drei auf 45 steigen.« Autor ist Fabian Berkemeier, Bereichsleiter Value & Access Strategy bei IGES. In den nächsten Jahren, so seine Vorhersage, sei mit »zahlreichen Markteinführungen« von Genterapien zu rechnen – und somit auch mit »signifikanten ökonomischen Herausforderungen für das GKV-System«. Was er erwartet, wird Berkemeier im Rahmen der Reihe »Spreestadt-Forum« darlegen.

### Di. 5. Februar, 19 – 21.30 Uhr

Essen (Kreuzeskirche, Kreuzeskirchstr. 20)

- **Genome Editing: Noch Therapie oder schon Enhancement?**  
Vorträge

»Mit neuen gentechnischen Tools wird es immer besser möglich, zielgenau in das Genom eines Lebewesens einzugreifen und es zu verändern« – schreibt die evangelische Akademie im Rheinland. Und glaubt: »So wird es zukünftig wohl möglich sein, monogenetische Erkrankungen erfolgreich zu therapieren.« Die Veranstaltung mit weiteren Kooperationspartnern erörtert Fragen wie diese: »Was ist krank? Wo hört die Therapie auf? Was ist wünschenswert und wo fängt das Verbessern des Menschen, das Enhancement an?« Es referieren die ProfessorInnen Sigrid Graumann (Medizinethik) und Bernhard Schermer (Nierenheilkunde).

## 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 Bezugszeitraums – also nach Zusendung des vierten Hefts – meinen Abo-Betrag im Voraus auf das oben genannte Konto von BioSkop e.V.

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

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

Name

Straße

PLZ+ Wohnort

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

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

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

Bitte ausschneiden oder kopieren und einsenden an:

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

Ich unterstütze **BIOSKOP** mit einem zwölf Monate laufenden Förderabonnement. Deshalb habe ich heute einen höheren als den regulären Abo-Preis von 25 bzw. 50 € auf das o.g. Konto von BioSkop e.V., überwiesen. Mein persönlicher Abo-Preis beträgt ..... €. Dafür erhalte ich vier **BIOSKOP**-Ausgaben. Rechtzeitig vor Ablauf des 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.

Telefon

E-Mail

Datum Unterschrift