

BIOSKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

22. Jg. | Nr. 88 | Dezember 2019

BIOSKOP Schwerpunkt

Gesundheit, Pflege, Digitalisierung

- 8 Digitalisierung und Fürsorge – ein Widerspruch?
- 10 Mächtige Algorithmen
- 11 Digital vernetzen, zentral speichern
- 11 Briefe an den Bundespräsidenten

Ersatzteillager Mensch

- 3 Widerspruch im Parlament?

Reproduktionsmedizin

- 4 Für reproduktive Gerechtigkeit!

Pharmasponsoring

- 6 Chefarzt Thomas Lempert erläutert, warum er sich für industrie-unabhängige Fortbildungen und Leitlinien stark macht
- 7 Praktische Prüfkriterien

Impfungen

- 13 Verfassungsbeschwerden gegen neue Pflicht zur Masernimpfung angekündigt

Geplantes Lebensende

- 14 Wer bestimmt den (Dis)Kurs?

Außerdem

- 12 ÄrztInnen-Organisation warnt vor gesundheitlichen Risiken des Mobilfunks
- 12 Testbiotech warnt vor Lobby-Empfehlungen zur Änderung des Gentechnikrechts
- 16 Veranstaltungstipps
- 16 Wunschzettel
- 2 Jetzt BioSkop unterstützen!
- 16 BIOSKOP im März 2020

Impressum

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

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

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

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

Beiträge in dieser Ausgabe:

Martina Keller, Bettina-Johanna Krings,
Anne Volmering-Dierkes.

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

Layout + Satz: RevierA, 45139 Essen, www.reviera.de
Druck: Zeit-Druck Thäns, Dorfstr. 22, 26759 Hinte
ISSN 1436-2368

Verdoppelte Welt

Erika Feyerabend

Viele reden derzeit von der Industrie 4.0, einer Art »digitalen Revolution«. Nahezu alle gesellschaftlichen Sphären werden davon erfasst. Mehr oder weniger klaglos akzeptiert oder in Kauf genommen werden Erfassungen von Gesundheitsdaten und Gesundheits-Apps. So genannte intelligente Haushaltsgeräte, Smartphones oder Alexa sind für viele selbstverständlich, wenn nicht gar lebensnotwendig geworden. In (un)absehbarer Zukunft sollen selbstfahrende Autos über die Straßen rollen oder elektronisch gesteuerte Drohnen den Luftraum durchqueren. Informations- und Kommunikationstechnologien bestimmen mittlerweile das soziale Miteinander, aber auch die Organisation von Verwaltung und (Wissens)Produktionssystemen. Nun gerät auch die Pflege chronisch kranker und betagter Menschen in den Sog des Digitalen. »Demographischer Wandel«, Pflegenotstand und Kostenersparnis, so die Stimmen aus Politik und Industrie, würden diesen Prozess unvermeidbar machen. Unter dem neu kreierte Begriff der »Geriatronik« werden Roboter entwickelt, die Emotionen imitieren und als lernfähig und kreativ gelten (→ Seite 8).

Für welche Probleme ist die Digitalisierung fast aller Lebensbereiche welche Lösung? Warum haben diese Techniken so erfolgreich und reibungslos das gesellschaftliche Leben durchdrungen? Sicher spielen hier Interessen – von staatlich-öffentlichen und privat-marktförmigen Akteuren – eine Rolle. Attraktiv scheint auch zu sein, etwa Konsum-, Gesundheitsverhalten in ein Regime der Selbstkontrolltechniken und Selbstbeobachtungen zu transferieren. Das nährt die Illusion von Selbstbestimmung und Selbstgestaltung – und weniger die Befürchtungen, von außen kontrolliert, diszipliniert und gesteuert sein Leben zu leben. Das erweist sich nicht nur über die steigende Beliebtheit von gesundheitsbezogenen Selbstbeobachtungen, sondern auch in Programmen und entsprechenden Diskursen über die Gestaltung des Sterbens via formalisiertem, vorab erklärtem Therapieverzicht (→ Seite 14).

Möglicherweise leben wir aber schon länger in einer »digitalen Gesellschaft«. Diese nachdenkenswerteste These wagt der Soziologe Armin Nassehi in seinem neuen Buch *Muster* über die Theorie der digitalen Gesellschaft. Die frühen Formen öffentlicher Sozialstatistik hatten das Verhalten nicht nur von Einzelnen, sondern von Bevölkerungen im Visier. Einer der ersten »Sozialphysiker«, Adolphe Quetelet, erfasste menschliches Verhalten in gezählter Form und wunderte sich darüber, wie regelmäßig sich Menschen verhalten – zum Beispiel, wann und wen sie heiraten. Er war fasziniert vom »Mittelwertmenschen«, den man berechnen konnte. Individuelles Verhalten aufzulisten, das war das Material, um Sozialplanungen zu machen und die Grundlage dafür zu bilden, in welchen Rahmen Menschen als selbstverantwortliche Individuen geformt werden.

Bitte auf der nächsten Seite weiterlesen >

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Jens Spahn (CDU) hat sich mittlerweile den Ruf erarbeitet, ein anpackender, durchsetzungsfähiger Macher zu sein. Das sagt zwar noch nichts über Niveau und Nachhaltigkeit seines Handelns aus. Aber das Tempo, das der junge Bundesminister der Gesundheit bei seinen gesetzgeberischen Vorhaben vorgegeben hat, scheint nicht nur für die mitregierende SPD, sondern auch für manche aus der Opposition einfach zu schnell zu sein.

Wie anders ist es zu erklären, dass Spahn grundrechtlich bedenkliche Gesetze zur Impfpflicht und zur »Digitalen Versorgung« im Schnelldurchgang durch den Bundestag bringen konnte – ohne spürbaren Widerstand? Noch nicht beschlossen, aber fürs Frühjahr 2020 angepeilt ist die vom Gesundheitsminister gewünschte, erneute Reform des Transplantationsgesetzes (→ Seite 3). Grundsätzlichen Gegenwind wird es im Parlament auch bei diesem Thema wohl nicht mehr geben.

Außerparlamentarische Kritik gab und gibt es aber reichlich. Und wie es aussieht, werden GegnerInnen der Spahnschen Gesetze nun auch den aufwändigen Weg zum Bundesverfassungsgericht gehen (→ Seiten 11+13).

Fragwürdigen biopolitischen Vorhaben und Entwicklungen werden wir weiter angemessen begegnen – mit sorgfältiger Recherche und der Kraft von Argumenten und Analysen; gedruckt in unserer Zeitschrift, online auf der BioSkop-Homepage, im direkten Gespräch, auch mit Vorträgen und im Rahmen von Veranstaltungen.

Bitte bleiben Sie uns gewogen und helfen Sie mit, unsere unabhängige Arbeit auch im nächsten Jahr zu stärken – wenn möglich, mit einer großzügigen Spende an den gemeinnützigen BioSkop e.V. Wir danken für Ihre Unterstützung und wünschen Ihnen einen guten Start in 2020!

Erika Feyerabend, Klaus-Peter Görlitzer 

Fortsetzung von Seite 1 ▶

Verdoppelte Welt

Heute werden keine Listen mehr per Hand geführt, sondern Daten in Computern gesammelt, die aus der Kombination sehr vieler, aber dennoch begrenzter Merkmale entstehen. Heraus kommt eine verdoppelte Welt in digitaler Gestalt. Die Daten repräsentieren nicht mehr gesellschaftliche Wirklichkeit, sondern sie sind der Stoff, der erst durch Kombination entstanden ist. Mittels Interpretation lässt sich aus diesem Datenmaterial Kapital schlagen – ökonomisches, politisches, medizinisches, forensisches.

Das betrifft eben bei weitem nicht nur das Alltagsverhalten, sondern auch zum Beispiel Börsenentwicklungen. Oder es entstehen Algorithmen, die dazu genutzt werden, Prognosen über die verbleibende Lebensdauer und -qualität zu generieren (→ Seite 10). Aus Daten können aber auch Gesundheitsprofile von Versicherten entstehen, die Krankenkassen überlassen werden sollen. Oder für Forschungen verfügbar gemacht werden könnten. Oder Firmen über ausgewertete Apps zugänglich werden. Den Weg dafür bahnt das neue Digitale-Versorgung-Gesetz (→ Seite 11).

Auch das Erfassen von Infektionsraten – beispielsweise Masern – ist eines von diesen unspezifischen Anwendungsfeldern. Daraus werden nicht immer plausible Schlüsse gezogen. Aber das bloße Zählen gilt schon als wissenschaftlicher Beweis – in diesem Fall für eine »Bedrohung«, die politisch durch eine Impfpflicht abzuwenden sei (→ Seite 13). An anderer


Stelle werden Daten lieber zurückgehalten, etwa bei Interessenkonflikten im Umfeld gesponserter Fortbildungen für MedizinerInnen (→ Seite 6).

Das Personal der heutigen Gesellschaft ist daran gewöhnt, über sich selbst Auskunft zu geben. Allerdings weniger, um dem »Mittelwertmenschen« zu ähneln. Diese Figur ist ein Schreckensbild. Es ist eher demütigend zu erkennen, wie erwartbar und begrenzt das eigene Verhalten ist. Es geht vielmehr darum, sich von anderen zu unterscheiden. Bei der Gelegenheit – und das war

schon in Ansätzen mit der Sozialstatistik im 19. Jahrhundert der Fall – wissen die Profis der Beobachtung von Individuen scheinbar mehr über sie als die Beobachteten selbst.

Letztlich ist aber nicht die Zufälligkeit des indivi-

duellen Verhaltens der Fokus, sondern es sind die komplexen Regelmäßigkeiten, erwartbaren Entwicklungen der Gesellschaft oder der Märkte oder der Überraschungswert selbst produzierter Daten in den Wissenschaften. Hier bekommen die Daten ihren Eigenwert. Sie repräsentieren nicht mehr die Wirklichkeit. Sie haben sich von konkreten Akten des Begreifens und Wahrnehmens entfernt. Sie haben auch nicht mehr mit einem zu überprüfenden Wahrheitsgehalt zu tun.

Es geht vor allem darum, aus den gewonnenen Daten etwas zu erzeugen – Produkte, Dienstleistungen, politische Kontrolle etc. Bei allem Gerede über eine »digitale Revolution«, die das gesellschaftliche wie private Leben verändern würde, erweist sich diese schöne, neue Welt gleichzeitig als erstaunlich stabil – insbesondere was die Konzentration von Macht und Kapital anbelangt. 

BioSkop unterstützen!

Sie sind herzlich eingeladen, bei BioSkop mitzumachen und unsere Arbeit zu unterstützen! BioSkop ist unabhängig und gemeinnützig.

Wir freuen uns über jede Spende und hoffen, die Zahl der Abonnements spürbar zu steigern. Wollen Sie mithelfen? Fordern Sie einfach Probehefte für FreundInnen und KollegInnen an!

Rufen Sie uns an, Ihre Ansprechpartnerin ist

Erika Feyerabend,
Telefon (0201) 5366706,
info@bioskop-forum.de

BioSkop-Spendenkonto

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

Mittels Interpretation lässt sich aus diesem Datenmaterial Kapital schlagen – ökonomisches, politisches, medizinisches, forensisches.

Widerspruch im Parlament?

Abstimmung über »Organspende«-Gesetzentwürfe steht an

Der Bereitschaft zur »Spende« menschlicher Körperteile wird der Staat wohl bald kräftig nachhelfen. Darauf zielen jedenfalls zwei Gesetzentwürfe, die im Bundestag zur Abstimmung stehen. Eine echte Alternative, die eine höchstpersönliche Zustimmung vor jeder Explantation zwingend voraussetzt, ist bisher nicht in Sicht. Derweil kommen die Bemühungen zur systematischen Erkennung potenzieller OrgangeberInnen offenbar voran.

Der Bundesgesundheitsminister ist weiter auf Werbetour pro Organspende: »Wir müssen und wir dürfen den Menschen abverlangen, dass sie sich mit diesem Thema beschäftigen und dass sie sich entscheiden«, sagte Jens Spahn in einem Interview, publiziert am 7. Dezember im *Hamburger Abendblatt* und auch online auf der Webseite des von ihm geführten Ministeriums. Christdemokrat Spahn propagiert eine so genannte »Widerspruchslösung«, die er und der SPD-Gesundheitspolitiker Karl Lauterbach entworfen haben.

Ihr Papier schafft eine eigenwillige Logik: Wer sich zur Organentnahme nicht äußert, wird grundsätzlich als potenzieller »Spender« angesehen. Tritt der »Hirntod« tatsächlich ein und ist keine Erklärung des Betroffenen registriert, muss der Arzt den mutmaßlichen Willen des »Hirntoten« durch Befragung von Angehörigen erkunden und ausführen (→ *BIOSKOP* Nr. 86+87). Ob der Spahn-Lauterbach-Entwurf im Bundestag eine Mehrheit findet, ist ungewiss. Abgestimmt wird voraussichtlich Mitte Januar 2020, erfuhr das *Deutsche Ärzteblatt*.

Um Selbstbestimmung zumindest annähernd zu verwirklichen, wäre aber eine Regelung notwendig, die Organentnahmen nur dann erlaubt, wenn eine zustimmende Erklärung des Betroffenen vorliegt und außerdem eine seriöse, unabhängige Aufklärung dokumentiert ist. Eine solche klare Regel, die ja auch stellvertretende Entscheidungen von Angehörigen kategorisch ausschließen würde, fehlt bisher. Keine Alternative in diesem Sinn ist der zweite zur Abstimmung stehende Gesetzentwurf zwecks »Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende«. Auch deren BefürworterInnen um Annalena Baerbock (Grüne) und Katja Kipping (Linke) wollen die Zahl transplantierbarer Organe steigern – vor allem durch Einsatz vielfältiger Informations- und Werbemaßnahmen sowie die Einführung eines zentralen Online-Registers, in dem die Haltung von BürgerInnen zur Organ-

spende gespeichert wird (→ *BIOSKOP* Nr. 86). Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) befürwortet Lauterbachs und Spahns Idee. Die Widerspruchslösung wäre »letztendlich ein Ausdruck einer gesellschaftlich konzentrierten Zustimmung«, meint Juraprofessor Hans Lilie, der stellvertretender Vorsitzender des DSO-Stiftungsrates ist.

Eine Stimme im DSO-Stiftungsrat hat neuerdings auch die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), in der ÄrztInnen, Pflegenden, TherapeutInnen und auch SeelsorgerInnen organisiert sind. Diese Gesellschaft macht ebenfalls Stimmung pro »Widerspruchslösung«. Für eine solche Regelung seien 63,6 Prozent ihrer Mitglieder, dies habe eine DIVI-interne »Blitzumfrage« mit 1.299 Rückmeldungen ergeben. »Das Ergebnis ist repräsentativ und eine solide Entscheidungsgrundlage für das Gesetzgebungsverfahren«, erklärte Professor Klaus Hahnenkamp laut einer DIVI-Pressemitteilung vom 4. Dezember.

»Richtlinie zur Spendererkennung entschieden vorgebracht«

Außerdem teilte die Vereinigung mit, dass DIVI-Experten um den Greifswalder Intensivmediziner Hahnenkamp eine »neue Bundesärztekammer-Richtlinie zur Spendererkennung entschieden vorgebracht« hätten. Den Zweck des Papiers, das die Bundesärztekammer ohne Gegenstimmen verabschiedet habe, kommunizierte DIVI wie folgt: »Damit soll in Zukunft ein proaktives und professionelles Spendermanagement für die Steigerung der Transplantationszahlen geschaffen werden.« Die neuen »Handlungsleitplanken« sollen Transplantationsbeauftragte unterstützen – »bei der Erstellung und Umsetzung von Abläufen zur Diagnostik, Therapie und Logistik«, so DIVI-Präsident Prof. Uwe Janssens.

Eine wichtige Rolle spielt dabei auch die DSO. Anfang November teilte sie mit, ihre Hilfe auch »bei der Analyse der Todesfälle in den Kliniken, als Grundlage für eine Qualitätssicherung beim Erkennen möglicher Spender« anbieten zu können – inklusive des Softwareprogramms »DSO Transplantcheck für Excel«. Mit diesem »Tool« können Patientendaten von Krankenhäusern laut Darstellung der DSO »gefiltert und alle Verstorbenen mit möglicherweise zum irreversiblen Hirnfunktionsausfall führenden akuten schweren Erkrankungen oder Schäden des Gehirns ermittelt werden«.

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

»Hohes Vertrauen«

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und der Deutsche Hausärzterverband geben seit Juli 2019 gemeinsam eine Zeitschrift heraus. *entscheiden. Das Magazin zur Organ- und Gewebespende* heißt die Publikation, deren Gestaltung laut Impressum die Agentur »neues handeln AG« besorgt. Die zweite Ausgabe soll ab Ende Dezember in den Wartezimmern von HausärztInnen liegen, kündigt die BZgA an, ein Schwerpunkt werde das Thema »Organspende und Patientenverfügung« sein. Ihre Botschaft bringt die BZgA so auf den Punkt: »Wer eine Patientenverfügung erstellen möchte, sollte zum Beispiel über seine Organspendebereitschaft nachdenken und seine Entscheidung auch darin dokumentieren.« Den Hintergrund der bemerkenswerten Kooperation erklärt die BZgA in ihrer Pressemitteilung vom 4. Dezember wie folgt: »Hausärztinnen und Hausärzte genießen bei ihren Patientinnen und Patienten ein hohes Vertrauen und sind rund um das Thema Organ- und Gewebespende wichtige Ansprechpersonen für fachliche Informationen.« Die Kooperation wirft Fragen auf, die zu untersuchen wären, zum Beispiel diese: Wie kenntnisreich und ausgewogen klären HausärztInnen in der Praxis über Transplantationen auf?

Für reproduktive Gerechtigkeit!

Feministisches Netzwerk fordert, Verbot von Eizell»spende« und »Leihmutterschaft« ausnahmslos aufrecht zu erhalten

Nach Vorstößen von Lobbyverbänden, unterstützt von der FDP im Bundestag, wird über eine Legalisierung von »Eizellspende« und »Leihmutterschaft« in Deutschland diskutiert. Mit einer kritischen Stellungnahme »Für reproduktive Gerechtigkeit!« geht nun ein feministisches Netzwerk in die Öffentlichkeit (→[Randbemerkung links](#)). Das Papier, an dem auch BioSkoplerin Erika Feyerabend mitgearbeitet hat, problematisiert den grundsätzlich kommerziellen Charakter der reproduktionsmedizinischen Verhältnisse und betont, dass »Eizellspende« und »Leihmutterschaft« auf sozialer Ungleichheit beruhen. Das Netzwerk fordert dazu auf, gegen eine Legalisierung Position zu beziehen. Wir dokumentieren die Stellungnahme leicht gekürzt:

Das Wohlstandsgefälle zwischen Nord- und Südeuropa, zwischen West- und Osteuropa sowie zwischen dem globalen Norden und Süden, aber auch innerhalb der Gesellschaften bildet die Basis für kommerzielle Eizell»spende« und »Leihmutterschaft«. Wie eine Vielzahl von empirischen Studien zeigt, sind materielle Gegenleistungen das entscheidende Motiv für Frauen in sozial prekären Verhältnissen, ihre Körper und Körpersubstanzen trotz vieler Risiken und Ungewissheiten reproduktionstechnisch zu verwerten. Menschen mit Kinderwunsch, die über die entsprechenden finanziellen Mittel verfügen, nehmen das kostengünstige Angebot privater Fortpflanzungszentren in Tschechien, Bulgarien und Polen wahr, oder sie reisen nach Spanien, Griechenland und in die Ukraine, wo Fortpflanzungsindustrie und reproduktive Wertschöpfungsketten durch Wirtschaftskrisen angekurbelt wurden.

Soziale Ungleichheit als Basis

Soziale Ungleichheit bestimmt auch die Nutzungsstrukturen innerhalb einzelner Länder, denn nur Frauen, die in sozial prekären Verhältnissen leben, sind auf den Verdienst angewiesen. Auch in Deutschland wären soziale Unterschiede und das ökonomische Gefälle die Grundlage für funktionierende Eizellabgabe und »Leihmutterschaft«.

Eizell»spende« und »Leihmutterschaft« beruhen darauf, dass die körperliche Integrität und Gesundheit von Frauen zugunsten von anderen Menschen reproduktionsmedizinisch ins-

trumentalisiert werden. Eizellabgabe unterscheidet sich fundamental von der Samenspende, weil die Samenabgabe für den Mann risiko- und belastungsfrei ist, während die Eizellabgabe ein fremdnütziger, medizinisch invasiver Eingriff ist, der mit erheblichen Belastungen und Risiken für die betroffenen Frauen verbunden ist. Die Eizellentnahme wird mit Hormonen vorbereitet, um mehrere Follikel reifen zu lassen, die anschließend unter Vollnarkose punktiert werden. Risiken sind dabei Blutungen und Infektionen, das ovarielle Überstimulationssyndrom und mögliche Folgen für die Fruchtbarkeit infolge der Vernarbung der Eierstöcke.

Fremdnützige Eingriffe

»Leihmütter« treten für neun Monate per Vertrag Selbstbestimmungsrechte und partiell die Verfügung über ihren Körper an die Reproduktionsmediziner*innen ab. Sie verpflichten sich zu einem engen Regime von Medikamenteneinnahme und Kontrollen einschließlich pränataldiagnostischer Untersuchungen. Im Falle eines auffälligen Befundes müssen sie unter Umständen einen Schwangerschaftsabbruch akzeptieren oder die »Reduktion« der nach Hormonbehandlungen relativ häufigen Mehrlingsschwangerschaften – je nach Wunsch der Auftraggeber*innen. Vor allem aber verzichten »Leihmütter« vorab per Vertrag darauf, das Kind, das sie austragen, zu behalten und großzuziehen. Die damit verbundene Notwendigkeit, emotionale Bindungen, die durch die Schwangerschaft möglicherweise aufgebaut werden, mit der Übergabe des Kindes an die Bestelleltern zu beenden, können »Leihmütter« unabhängig von der Bezahlung als schwierig, verdinglichend und entfremdend empfinden.

In jedem Fall schließen »Leihmutterschaft« und Eizellentnahme fremdnützige medizinische Eingriffe ein, die im Rahmen des Medizinrechts zu behandeln sind. Sie stellen eine grundsätzliche Abkehr vom zentralen Prinzip ärztlicher Ethik dar, also dem Grundsatz, den Patient*innen nicht zu schaden. Es ist zu diskutieren, ob diese fremdnützigen Eingriffe durch Ärzt*innen eine Körperverletzung darstellen. Der Hinweis auf die Einwilligung bzw. informierte Zustimmung der betroffenen Frauen reicht hier nicht aus, denn der körperliche Eingriff dient nicht dazu, Leben zu retten oder Krankheiten zu heilen.

Reproduktionsfreiheit ist vor allem ein Abwehrrecht, das gegen staatliche Eingriffe in

Position beziehen

Die kritische Stellungnahme eines feministischen Netzwerks zu »Eizellspende« und »Leihmutterschaft« wird am 10. Januar in Berlin öffentlich vorgestellt. »Wunsch Kinder durch globalisierte Ausbeutung?« heißt der Titel der Veranstaltung, die von 18 bis 21 Uhr im aquarium an der Skalitzer Straße 6 (U-Bahnhof Kottbusser Tor) stattfindet. Willkommen sind alle Interessierten. Zu Beginn gibt es zwei Vorträge: Die Kultur- und Sozialanthropologin Christina Weis spricht über ihre Forschungen zu »Leihmutterschaft in Russland«. Anschließend erläutert die Soziologin Sara Lafuente Funes die Politik des Eizelltransfers in Spanien. Die Veranstalterinnen erwarten eine engagierte Diskussion und plädieren dafür, sich »international, feministisch und ökonomiekritisch« klar zu positionieren: gegen eine Legalisierung von »Eizellspende« und »Leihmutterschaft«. Die neun Autorinnen der kritischen Stellungnahme des feministischen Netzwerks sind: Ulrike Baureithel (Journalistin), Kathrin Braun (Universität Stuttgart), Erika Feyerabend (BioSkop), Sigrid Graumann (Ev. Hochschule Bochum), Sabine Könninger (Philosophisch-Technologische Hochschule Vallerndar), Susanne Lettow (Freie Universität Berlin), Susanne Schultz (Universität Frankfurt a.M.), Uta Wagenmann (Berlin), Christa Wichterich (Publizistin).

► persönliche reproduktive Entscheidungen und gegen eine Diskriminierung auf Grund von sexueller Orientierung und gewählten Lebensformen und Familienmodellen schützt. In der Debatte um Eizellabgabe und »Leihmutter-schaft« muss darüber hinaus die Perspektive der reproduktiven Gerechtigkeit im Vordergrund stehen. Das heißt, es müssen auch die Rechte, Interessen und Lebensbedingungen aller Beteiligten sowie die sozialen Machtverhältnisse, in die sie eingebettet sind, berücksichtigt werden.

Bestehende ökonomische Machtgefälle zum Zweck der eigenen Wunscherfüllung auszunutzen, ist mit der Orientierung an reproduktiver Gerechtigkeit nicht vereinbar. Es kann daher kein einseitiges Recht von Besteller*innen oder Eizellempfänger*innen geben, mit Hilfe von reproduktionstechnischen Verfahren auf die Körper und Körpersubstanzen Dritter zuzugreifen. Die Reproduktionsfreiheit von Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch – gleich welcher sexuellen Orientierung – findet dort ihre Grenze, wo Dritte geschädigt werden. Aus dem Begehren nach einem Kind kann kein Anspruchsrecht auf ein »eigenes« Kind abgeleitet werden.

Türöffner »Altruismus«

Für eine Zulassung in Deutschland würde aus europarechtlichen Gründen nur die nicht-kommerzielle und nicht-anonyme Eizellabgabe in Frage kommen. Von Befürworter*innen der Eizellabgabe wird in der Debatte daher gerne eine altruistische Motivation zur Eizell»spende« behauptet. Das Narrativ des Altruismus verhindert aber keine kommerzielle Reproduktionsmedizin, sondern legitimiert diese eher und dient als deren Türöffner. Denn empirische Studien zeigen, dass in Ländern, in denen lediglich eine altruistische Eizellabgabe zulässig ist, die Anzahl der »Spenderinnen« sehr gering ist, so dass die »Nachfrage« von Seiten der Reproduktionskliniken und Besteller*innen keineswegs gedeckt wird. Ohne wirtschaftliche Anreize finden sich in der Praxis nur wenige Frauen, die zur Eizellabgabe bereit sind.

Meistens gibt es deswegen verdeckte Formen der Kommerzialisierung. Ob sie als »finanzielle Anreize« oder als »Aufwandsentschädigung« bezeichnet werden, ist dabei unerheblich. Dies gilt auch für das sogenannte Egg-Sharing, bei dem die Weitergabe von Eizellen durch das Angebot einer Kostenvergünstigung für die eigene reproduktionsmedizinische Behandlung in der entsprechenden Klinik attraktiv gemacht wird. Bei der »Leihmutter-schaft« wird diese Tendenz noch deutlicher: Ohne wirtschaftliche Not ist dazu offenbar kaum eine Frau bereit.

Zweitens ist – wie ebenfalls durch zahlreiche Untersuchungen belegt – die Zusicherung der Anonymität eine weitere Voraussetzung, Frauen

zur Eizellabgabe zu bewegen. In Spanien, Tschechien und Polen wird Eizellgeberinnen Anonymität zugesichert, in Spanien sogar gesetzlich. Dies widerspricht jedoch dem hierzulande und in vielen europäischen Staaten geltenden Kindesrecht auf Wissen über seine biologische Herkunft.

Vielfältige Interessen

Bei fortpflanzungsmedizinischen Angeboten spielen immer auch biopolitische, bioökonomische und Forschungsinteressen eine Rolle, vielfach legitimiert durch die Sorge um den vermeintlich rückständigen Forschungsstandort Deutschland. Eizellen werden für die Embryonenforschung und die Entwicklung von Keimbahninterventionen benötigt. Dafür ist die Etablierung von Eizellbanken erforderlich, die dazu dienen, Eizellen als Rohstoffe für Forschungszwecke zugänglich zu machen. Diese Form von Fremdnützigkeit ist ethisch ebenso problematisch wie die oben kritisierte Aneignung von Körperstoffen Dritter zur Erfüllung persönlicher Wünsche unter Ausnutzung von sozialen, ökonomischen und geopolitischen Privilegien.

In Deutschland sind Eizell»spende« und »Leihmutter-schaft« durch das Embryonenschutzgesetz von 1990 verboten. Grund dafür war in erster Linie die Verhinderung der »gespaltenen Mutter-schaft« im Namen des Kindeswohls. Damals wie heute lehnen viele Feministinnen diese Begründung ab, weil sie ein rein biologisches Verständnis von Mutter-schaft voraussetzt, das der sozialen Erfahrung von Eltern-schaft nicht gerecht wird.

Wir setzen uns für eine Vielfalt von Modellen des Zusammenlebens mit Kindern ein und wenden uns gegen die Reduktion von Familie auf ein heteronormatives, biologisch-genetisches Ideal. Wir treten dafür ein, dass die vielfältigen Formen des Zusammenlebens mit Kindern, von Eltern-schaft und Familie, rechtlich anerkannt und gesellschaftlich unterstützt werden. Ein Verbot der Eizellabgabe und der »Leihmutter-schaft« sollte also nicht mit der »gespaltenen Mutter-schaft« begründet werden, sondern mit dem Verbot fremdnütziger medizinischer Eingriffe und dem Schutz von Frauen vor Ausbeutung.

Transnationale Angebote des Eizelltransfers und der »Leihmutter-schaft« widersprechen geltendem europäischem Recht, das die Kommerzialisierung von Körperteilen verbietet und Kindern ein Recht auf Kenntnis ihrer biologischen Herkunft zuerkennt. Folglich kann und muss rechtlich dagegen vorgegangen werden, dass Anbieter*innen in Spanien, Tschechien und Polen die europäische Grundrechtecharta und die EU-Geweberichtlinie missachten und durch die anonyme Eizellabgabe das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner biologischen Herkunft verletzen.

Zwei Vorstöße

Anfang Juni präsentierte die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina ihren Wunschkatalog für ein »zeitgemäßes Fortpflanzungs-medizingesetz« (→ BIOSKOP Nr. 86). Anfang September präsentierte die FDP-Fraktion im Bundestag ihren Beschluss, der wesentliche Forderungen der Leopoldina zur Deregulierung der Reproduktionsmedizin übernimmt. Die Liberalen fordern, »Eizellspenden künftig auch in Deutschland zu legalisieren«. Zudem möchte die Oppositionspartei FDP die in Deutschland ebenfalls verbotene »Leihmutter-schaft unter Auflagen ermöglichen«, vorausgesetzt, die »Leihmutter« handle aus »rein altruistischen Motiven«. Außerdem wollen die Liberalen, »dass in einem institutionalisierten Verfahren gespendete Eizellen und Embryonen durch zentrale Einrichtungen aufbewahrt und vermittelt werden können«. Legalisierungen dieser Art sind – angesichts der Mehrheiten – im Bundestag kurzfristig nicht zu erwarten. Auch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) sieht dafür derzeit keinen Anlass. Auf eine Kleine Anfrage der FDP zur »Legalisierung der Eizellspende« antwortete das BMG Mitte August, in der laufenden Legislaturperiode sei eine Änderung des Embryonenschutzgesetzes »nicht vorgesehen«. Hinter den Kulissen wird aber zumindest diskutiert, ob es Reformbedarf gibt. So gab es am 28. August im BMG ein »Fachgespräch Embryonenspende«. Neben Minister Jens Spahn soll dabei auch Jochen Taupitz mitgederert haben. Der Juraprofessor ist Sprecher jener Arbeitsgruppe, die das Positionspapier der Leopoldina zur Repromedizin geschrieben hat.



»Grundwiderspruch ist unauflösbar«

Ärzte-Initiative NeurologyFirst lehnt gesponserte Fortbildungen ab und engagiert sich für industrieunabhängige Kongresse und Leitlinien

BIOSKOP-Interview

Gesetzgeber gefordert

In der Antikorruptions-Organisation Transparency Deutschland gibt es auch eine Arbeitsgruppe Gesundheitswesen. Mitglied dieser AG ist der Allgemeinmediziner Rolf Kühne. Am 5. November verbreitete Transparency eine pointierte Aufforderung Kühnes, adressiert an den Gesetzgeber: »Wir brauchen eine umgehende gesetzliche Regelung einer verpflichtenden Veröffentlichung aller industriellen Zuwendungen an Ärztinnen und Ärzte sowie medizinische Institutionen.

Dabei muss gewährleistet sein, dass die Daten aggregiert für alle Firmen auf einer einzigen Webseite dargestellt werden und die Nichtmeldung mit hohen Strafzahlungen verbunden ist.«

Kühne ist mit dieser Forderung wahrlich nicht allein: Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hatte Anfang 2019 ebenfalls eine »gesetzliche Transparenzpflichtung« angemahnt, um finanzielle Verbindungen von ÄrztInnen mit Pharma- und Medizinprodukteherstellern erkennbar zu machen (→ BIOSKOP Nr. 85). In ihrer Stellungnahme, vorgelegt am 22. Februar und abgestimmt mit der Bundesärztekammer, heißt es zur Begründung: »Insbesondere Patientinnen und Patienten würden durch die Einführung einer gesetzlichen Transparenzpflichtung Gelegenheit bekommen, sich schnell und zuverlässig zu Interessenkonflikten ihrer behandelnden Ärzte zu informieren.«

Man darf gespannt sein, ob und wer im Bundestag den Mut hat, sich endlich um das Thema zu kümmern.

Der Neurologe Thomas Lempert ist Chefarzt an der Schlosspark-Klinik in Berlin und gründete im Herbst 2012 die Medizinerinitiative NeurologyFirst. Ihr Ziel ist es, die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) unabhängiger von Pharmaeinflüssen zu machen. Ob und welche Fortschritte mittlerweile erreicht wurden, erläutert Professor Lempert im Gespräch mit Martina Keller.

BIOSKOP: Eine Hauptforderung von *NeurologyFirst* ist ein sponsoringfreier Jahreskongress der DGN. Ist das machbar bei rund 5.500 Besuchern wie in diesem Jahr?

THOMAS LEMPERT: Andere Berufsgruppen machen es vor und zahlen die Fortbildung aus der eigenen Tasche. Wir Ärzte haben Geldgeber von interessierter Seite und sind an diese großen Zuwendungen gewöhnt. Davon müssen wir wieder wegkommen. Es gibt große Fachgesellschaften, die Kongresse ohne Pharma-Sponsoring organisieren.

BIOSKOP: Welche zum Beispiel?

LEMPERT: Der sehr große Kongress der American Psychiatric Association kommt seit einigen Jahren ohne Pharma-Sponsoring aus.

BIOSKOP: Die Sponsoring-Summe beim diesjährigen DGN-Kongress betrug 3,17 Millionen Euro. Laut DGN-Sprecher Hans-Christoph Diener würde die Teilnehmergebühr exorbitant steigen, wenn das Sponsoring wegfiel.

LEMPERT: Das trifft nicht zu, denn es wird ja mit diesem Kongress ein Überschuss von mehr als einer Million Euro erwirtschaftet. Diese Art Kongresse zu veranstalten ist für die DGN – wie auch für andere Fachgesellschaften – ein Geschäftsmodell. Ohne dieses Geld würden wir die Überschüsse verlieren und müssten vielleicht eine moderate Preiserhöhung akzeptieren. Die kann aber jeder teilnehmende Arzt auch wieder von der Steuer absetzen. Und der Kongress wird nicht an Attraktivität verlieren, wenn er 100 Euro mehr kostet.

BIOSKOP: Für ein sogenanntes Industrie-Symposium im Rahmen des DGN-Kongresses zahlen Hersteller in diesem Jahr 45.000 Euro. Was erhoffen sich die Firmen davon?

LEMPERT: Da zahlt die Industrie nicht einfach die Raummiete, sondern ein Zehn- oder Zwanzigfaches der reinen Unkosten, weil sie dort an die Köpfe der Ärzte herankommt. Nirgendwo sonst finden Sie so viele Ärzte einer Fachrichtung wie auf einem großen nationalen Kongress.

BIOSKOP: Industrie-Symposien werden besonders kritisch gesehen. Warum?

LEMPERT: Industrie-Symposien haben eine Werbebotschaft. Sie kommen in wissenschaftlichem Gewand daher, bieten auch wissenschaftliche Information, sicher auch manche nützliche Information. Am Ende muss aber das Produkt des Sponsors empfohlen werden und gut abschneiden. Diese Veranstaltungsform hat auf einem wissenschaftlichen Kongress nichts zu suchen, denn Wissenschaft ist ergebnisoffen. Eine Studie kann positiv oder negativ ausfallen. Bei einem Industriesymposium gewinnt immer das Produkt des Sponsors.

BIOSKOP: Welche Konsequenzen können solche verzerrten Botschaften für Patienten haben?

LEMPERT: Nehmen wir mal das Beispiel des Antidepressivums Reboxetin, das inzwischen nicht mehr auf dem Markt ist. Jahrelang wurde es auf solchen Veranstaltungen beworben und Ärzte glaubten, ihren depressiven Patienten damit etwas Gutes zu tun. Aber jahrelang hat die Herstellerfirma auch alle relevanten Daten zurückgehalten, so dass ein Resümee gar nicht gezogen werden konnte. Erst jahrelanges Drängen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) führte zur Offenlegung der Daten. Ergebnis: Das Medikament schadet – es hat Nebenwirkungen, aber keinen Nutzen, wirkt nicht antidepressiv. Und alle Ärzte, die dieses Medikament in gutem Glauben ihrem Patienten verordnet haben, handelten falsch, ohne es wissen zu können. Insofern hängt an diesen Informationen tatsächlich Gesundheit, Krankheit und Lebensqualität.

BIOSKOP: Ist das jetzt ein besonders krasses Beispiel? Oder gibt es systematische Erkenntnisse zu Industrie-Symposien?

LEMPERT: NeurologyFirst hat begonnen, solche Symposien zu evaluieren. Wir haben einige vorläufige Daten aus 15 im Vorjahr besuchten Veranstaltungen. Als Fazit kann man sagen: ➤

»Andere Berufsgruppen machen es vor und zahlen die Fortbildung aus der eigenen Tasche.«

► Sehr häufig werden dort die Kriterien guter wissenschaftlicher Fortbildung nicht eingehalten. Beispielsweise werden in Vorträgen oft nur Einzelfälle berichtet, statt die Daten klar offenzulegen. Oder es wird nur ein positiver Ausschnitt der Daten gezeigt. Nebenwirkungen werden nicht ausführlich thematisiert. Insgesamt schneidet das Produkt des Sponsors am Ende immer gut ab, und das kann nicht sein. Die Wirklichkeit ist viel bunter und vielfältiger, und jedes Medikament hat auch kritische Seiten, die man klar ansprechen muss.

BIOSKOP: Ärzte, die sich als Referenten für diese Industrie-Symposien buchen lassen, nehmen für sich in Anspruch, objektiv und neutral zu berichten und sich nicht durch Interessenkonflikte beeinflussen zu lassen.

LEMPERT: Das ist blauäugig. Es gehört zu unserer menschlichen Grundausstattung, dass wir uns demjenigen, der uns etwas gibt, verpflichtet fühlen. Ich werde nicht in die Hand beißen, die mich füttert. Insofern ist es eine Illusion zu glauben, dass man nicht anfällig für Beeinflussung wäre. Jeder von uns ist es. Auch ich.

BIOSKOP: Kann ein einzelner Arzt erkennen, wenn ihm verzerrte Information geboten wird?

LEMPERT: Dafür müsste er in Echtzeit alle Quellen überprüfen können und mit dem vergleichen, was gesagt wird. Das ist absolut unmöglich. Wir müssen einem Redner bei einer wissenschaftlichen Fortbildung vertrauen, aber das können wir nur, wenn der Redner finanziell unabhängig ist.

BIOSKOP: Mit NeurologyFirst wollen Sie bei Ihrer Fachgesellschaft Veränderungen anstoßen. Hatten Sie Erfolg?

LEMPERT: Die DGN insgesamt macht einen Kulturwandel durch. Vor sechs Jahren sind wir noch mit Bändern der Pharmaindustrie herumgelaufen, an denen unsere Namensschilder hingen. Das Kongressprogramm steckte in Taschen der Pharmaindustrie. Es gab Mittagessen auf Kosten der Pharmaindustrie. Das hat sich geändert. Die DGN spendierte diesmal tonnenweise Obst, und die Industrie durfte nur Snacks anbieten. Die DGN versucht auch die Qualität der Industriesymposien durch bestimmte Vorgaben anzuheben. Allerdings ist der Grundwiderspruch aus unserer Sicht unauflösbar.

BIOSKOP: Mit Leitlinienwatch wollen Sie den Einfluss der Pharmaindustrie auch bei der Erstellung medizinischer Leitlinien vermindern. Warum?

LEMPERT: Leitlinienwatch ist eine gemeinsame Initiative mit MEZIS und Transparency Deutschland. Wir untersuchen, ob bei der Erstellung von

Leitlinien Vorkehrungen getroffen werden, um Experten mit Interessenkonflikten außen vor zu halten. Denn wir haben beobachtet, dass Leitlinien-Autoren mit Bindungen an die Industrie häufig auch die Produkte dieser Industrie empfehlen. Und das kann nicht im Interesse unserer Patienten sein.

BIOSKOP: Können Sie das verdeutlichen?

LEMPERT: Beispielsweise gab es 2006 eine deutsche Leitlinie zur Behandlung der Schuppenflechte. Dort wurde nachgewiesen, dass der Großteil der Autoren Verbindungen zum Hersteller des Medikaments Efalizumab hatte. Und die Empfehlungen fielen zugunsten von Efalizumab aus. Eine englische Leitlinie mit unabhängigen Autoren kam zu ganz anderen Ergebnissen.

BIOSKOP: Bisher wurden 181 Leitlinien bewertet. Mit welchem Ergebnis?

LEMPERT: Bei den von uns ausgewerteten, überwiegend deutschen, Leitlinien sieht es nicht so gut aus. Es gibt zwar zunehmend mehr Transparenz, aber am Ende hatten doch zu viele Leitlinienautoren finanzielle Verbindungen zur Pharmaindustrie. Der Trend immerhin ist positiv: Vor drei, vier Jahren schnitten nur 10 Prozent der Leitlinien gut ab. Inzwischen sind wir bei 18 Prozent, was auch daran liegt, dass die

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) konsequentere Regeln zum Umgang mit Interessenkonflikten eingeführt hat, beispielsweise die Pflicht, sich bei Abstimmungen zu enthalten, wenn ein Interessenkonflikt vorliegt.

BIOSKOP: Wie macht es Ihre Fachgesellschaft?

LEMPERT: Die DGN ist vorbildlich im Vergleich mit anderen großen Fachgesellschaften: Die Interessenkonflikte der Leitlinien-Autoren werden unabhängig bewertet, und einzelne Experten wurden schon wegen ihrer Interessenkonflikte von der Leitlinien-Arbeit ausgeschlossen. Weiterhin gibt es Empfehlungen, wer sich bei Abstimmungen zu enthalten hat. Kürzlich beschloss der DGN-Vorstand, dass bei künftigen DGN-Leitlinien die Koordinatoren keinen Interessenkonflikt haben sollten. Falls aber doch, darf dieser allenfalls gering sein, und der Koordinator bekommt eine Ko-Koordinatorin zur Seite gestellt. Damit ist die DGN unter den großen, industrienahen Fachgesellschaften Vorreiter geworden.

BIOSKOP: Werden Sie in Ihrer Berufszeit noch einen sponsoringfreien DGN-Kongress erleben?

LEMPERT: Da ich vorhabe, noch etwa zehn Jahre in der Neurologie aktiv zu sein, rechne ich mir gute Chancen aus.

Praktische Prüfkriterien

Im Marburger Bund (MB) haben sich rund 124.000 angestellte und verbeamtete ÄrztInnen organisiert, der Verband versteht sich als »einzige Ärztegewerkschaft« hierzulande. Anfang November hat der MB »Prüfkriterien zur unabhängigen Fortbildung« veröffentlicht. Das 17-seitige Positionspapier soll ÄrztInnen helfen zu erkennen, ob ein Fortbildungsangebot wirklich neutral und qualitativ solide ist. Zu den Prüfkriterien gehört zum Beispiel, ob finanzielle Interessen von ReferentInnen und AutorInnen offen gelegt werden. Und auch, ob die Organisatoren der Fortbildung ein »definiertes, öffentlich zugängliches Regelwerk für den Umgang mit Interessenkonflikten« vorweisen können. Für eilige LeserInnen präsentiert der MB außerdem eine kurze Checkliste »Prüfkriterien to go« auf seiner Homepage www.marburger-bund.de. So können ÄrztInnen auf einer DIN A4-Seite lesen, wie sie eine Fortbildung »besser einordnen können«. Das Positionspapier beleuchtet auch die Entstehung wissenschaftlicher Erkenntnisse. »Aktuell«, schreibt der MB, werde »die klinische Forschung, insbesondere im Bereich neuer Pharmaka, von industriefinanzierten Studien dominiert«. Bei der Entscheidung von Design und Durchführung von Studien sowie bei Datenspeicherung und -verwendung spielten »Ärzte nur eine untergeordnete Rolle«. Verschärft werde dieses Problem noch dadurch, dass »nach wie vor überhaupt nur etwa die Hälfte aller abgeschlossenen klinischen Studien veröffentlicht« werde. Vor diesem Hintergrund und im Interesse unabhängiger Fortbildung fordert der MB »völlige Transparenz aller zu einem klinischen Problem mit wissenschaftlicher Methodik erhobenen Daten«.



Digitalisierung und Fürsorge – ein Widerspruch?

Einige Denkanstöße zum Technikeinsatz in der Pflege

Bettina-Johanna Krings, Leiterin des Forschungsbereichs Wissensgesellschaft und Wissenspolitik am Institut für Technikfolgenabschätzung und Systemanalyse (ITAS) in Karlsruhe

Visionen und Förderprogramme zur Technisierung der geriatrischen Pflege erzeugen seit einigen Jahren eine hohe Resonanz in Wissenschaft und Öffentlichkeit. Notwendig scheint jedoch, diese Entwicklung zu hinterfragen und auch Alternativen in den Blick zu nehmen. Welche Pflege und Fürsorge wünschen wir uns? Welchen Beitrag können hierbei digitale Technologien leisten?

Digitalisierung durchdringt heute alle gesellschaftlichen Bereiche. Informations- und Kommunikationstechnologien (IuK) bestimmen das soziale Miteinander und die Organisation von Verwaltungen und Produktionssystemen. Seit rund zwei Jahrzehnten kommen digitale Techniken auch in medizinischer Diagnostik, Behandlung und Pflegedokumentation zum Einsatz. Dies betrifft insbesondere die akutstationäre Krankenpflege, deren professionelle Ausgestaltung historisch eng an die Fortschritte medizinischer Technisierung gekoppelt war und ist.

In der ambulanten und stationären Pflege alter Menschen sah dies bis vor wenigen Jahren noch anders aus. Vor der Prämisse »ambulant vor stationär« werden jedoch Pflegekonzepte sehr stark an die Dynamik der Digitalisierung gebunden und die digitale Technik wird als ein zentrales Lösungsangebot im Hinblick auf den Pflegenotstand in der Altenpflege verhandelt. Vorrangig werden hier zwei Konzepte diskutiert: zum einen »Ambient Assisted Living« (AAL), das die Wohnung von Pflegebedürftigen durch Technik optimieren soll. Dazu gehören intelligente Notrufleinrichtungen zur Erhöhung der Sicherheit, Sturzmatten und -detektoren sowie IT-gestützte Telemedizin, um Informationen über Diagnostik und Therapie zwischen Arzt und Patient online austauschen zu können.

Zum anderen die Idee der Servicerobotik, bei der mobile Robotersysteme die zu Pflegenden, aber auch die Pflegekräfte unterstützen sollen. Als Beispiel könnte hier CARE-O-BO genannt werden, der mit einem Greifarm Becher mit Wasser auf einem Tablett anreichen kann. Oder CASERO, der sich in stationären Pflegeeinrichtungen in festgelegten Bahnen bewegt und für das Transportieren von Wäsche oder nächtliche Kontrollgänge eingesetzt werden könnte. Allerdings befinden sich diese Konzepte noch in Versuchsstadien.

Forschung und Industrie treiben zudem die Entwicklung von digitalen Systemen zur inter-

aktiven Bestimmung des Gesundheits- und Befindlichkeitsstatus wie beispielsweise Apps zur Messung von Vitaldaten voran. Weitere Innovationen sind Assistenzsysteme zur Optimierung von Pflegeprozessen oder technisch-basierte Monitoring-, Planungs- und Kontrollsysteme. Darüber hinaus wird intensiv am Einsatz von »social robots« und »emotional robots« gearbeitet, die interaktive Formate in therapeutischen Setting unterstützen sollen. Hierzu zählt die Robbe »Paro«, das plüschige Imitat eines Babys einer Sattelrobbe, die auf Stimme und Bewegung »reagiert«. So »antwortet« der Roboter auf Geräusche und kann Namen lernen. Das Ziel dieser Robbe ist, die »emotionale« Arbeit mit den Patienten zu unterstützen.

Vorrangig Technologieförderung

Der Bedarf an vielfältiger Technisierung wird sowohl aus den Prognosen des demographischen Wandels als auch mit dem damit verbundenen Pflegenotstand abgeleitet. Darüber hinaus geht die Politik von hohen finanziellen Engpässen aus, so dass die politischen und sozialen Erwartungen an die Technisierung der Pflege mit der Ergänzung sowie der Substitution der Pflegearbeit verknüpft wird. Weitere, verbreitete Argumente für steigenden Einsatz von Technologien sind die Erhaltung und Erhöhung der Autonomie von kranken und alten Menschen, die Unterstützung und sowie der weitgehende Ersatz körperlich anstrengender Aufgaben.

Was im Rahmen der öffentlichen Debatte auffällt, ist die deutliche Ausrichtung der Perspektiven in Richtung Technology-Push, das heißt, die Hoffnungen der Problemlösungskapazitäten werden an die technischen und kaum an soziale und /oder politische Innovationen geknüpft. Im Fokus steht in der Regel die Frage, wie die Akzeptanz von Technologien erhöht werden kann, ohne dass dabei Vertrauensverluste im Hinblick auf die Qualität der Pflege entstehen. Diese Fragestellung blendet nahezu aus, wie eine pflegerische Versorgung von alten und kranken Menschen bedürfnisgerecht gestaltet werden könnte und sollte, um ein »gutes« Leben, auch in der letzten Phase, führen zu können. Das heißt, Zukunftsvisionen an zukünftige Pflegekonzepte werden rund um technische Phänomene wie neue Apps, digitale Kommunikations- und Unterstützungssysteme und weniger um Themen wie integrierte Pflegemodelle, neue finanzielle

»Geriatronik«

Das Bundesministerium für Forschung hat einen eigenen Internetauftritt, und die Redaktion von www.bmbf.de führt gelegentlich auch Interviews. Zum Beispiel mit Sami Haddadin: Das bmbf.de-Gespräch mit dem Professor für Robotik und Systemintelligenz an der Technischen Universität München datiert vom 16. September 2019 – Überschrift: »Was Robotik in der Pflege leisten kann«. Haddadin, der auch Mitgründer der Robotik-Start-up-Firma Franka Emika ist, erklärte der BMBF-Redaktion unter anderem: »Es geht explizit nicht um Roboter als Pflegeersatz, sondern um Pflegeassistenten. Wir nennen das: Geriatronik. Damit ist der Einsatz von Robotik, Mechatronik und Künstlicher Intelligenz (KI) in der Lebensgestaltung und Versorgung älterer Menschen gemeint.« Zur Frage von bmbf.de, ob Roboter perspektivisch »auch ein emotionaler Beistand sein können«, sagte Haddadin: »Die menschliche Kreativität und emotionale Intelligenz kann nicht durch eine KI ersetzt werden. Das kann ich mir beim besten Willen nicht vorstellen.«

- Umlagesysteme, bessere Vereinbarkeit von Arbeitswelt und Fürsorgetätigkeiten geführt.

Neuere Ausschreibungen zur geriatrischen Versorgung auf Bundes- und europäischer Ebene konzentrieren sich weitgehend auf die Entwicklung von Technikprogrammen. Dieses Vorgehen soll nicht grundsätzlich kritisiert werden, Technologien spielen bei der Ausgestaltung von Lebens- und Handlungsräumen grundsätzlich eine zentrale Rolle. Dennoch werden im Rahmen dieser Technikdiskussionen normative Denkfiguren formuliert, die weitgehend unhinterfragt bleiben. Beispielsweise sollen zeitaufwändige Tätigkeiten durch technische Lösungen ersetzt werden, etwa das Überwachen von Menschen in der ambulanten Pflege. Dies kann von Fall zu Fall notwendig sein, Zeit ist *per se* ein wichtiger Faktor in Pflege- und Fürsorgekonzepten. Dennoch sollte auch hinterfragt werden, ob hier der Zeitfaktor die Qualität der Fürsorge und Sorge um den Patienten verschlechtert und wie die Patienten selbst diese Veränderungen wahrnehmen. Dies geschieht jedoch selten.

Vielfältige Veränderung

Die Debatten über »Technik in der Pflege«, die faktischen Möglichkeiten, die Technologien schaffen, verändern aber auch den Pflegealltag der professionell Pflegenden. Zu hinterfragen ist auch hier, *wie* und *auf welche Weise* technologische Innovationen die die Ausgestaltung des Pflegebereichs beeinflussen und verändern. So führt beispielsweise der Zweck, physisch anspruchsvolle Pflegearbeit technisch zu unterstützen oder zu übernehmen, meist auch zur Veränderung von Arbeitsprozessen, gegebenenfalls auch zu einer Umstrukturierung von Pflege. Mittels technischer und organisationaler Optionen wird es zunehmend möglich, Pflege in verschiedene Tätigkeitsfelder zu splitten und diese unterschiedlichen Personengruppen zuzuweisen. Zudem verändern technische Systeme die Versorgungsorte und die Zeiten von Pflege, was den Alltag sowie die Lebensgewohnheiten der zu Pflegenden stark beeinflussen kann. Auch hier gilt zu untersuchen, wie die Profession der Pflege diese Veränderungen wahrnimmt und vor allem, ob diese Veränderungen einen funktionalen Mehrwert in den täglichen Arbeitsabläufen eröffnen.

Technikinduzierte Veränderungen von Arbeit, hier von Pflegeabläufen, führen immer zu Effizienzsteigerungen und somit zu Kostendämpfungen. Dies kann ein wichtiger Beitrag am Geschäftsmodell der Pflege sein; die Frage bleibt jedoch immer bestehen, inwieweit sich die Qualität der Pflege verändert, also verbessert oder verschlechtert. Ein weiterer Aspekt neuer Geschäftsmodelle ist, dass sich häusliche und stationäre Pflege besser miteinander verbinden lassen. So können bestimmte Koordinations-

strategien durch IT-gestützte Telemedizin online durchgeführt werden. Die hier resultierende Aufhebung der Grenzen zwischen Arztpraxen, Krankenhäusern und mobilen Pflegedienstleistern könnten und sollten dann durch bestimmte Geschäftsmodelle definiert werden. Diese sollte jedoch bedeuten, dass die Entscheidungshoheit und Verantwortlichkeit sowie rechtliche Rahmenbedingungen für Pflegearbeit festzulegen ist. Darüber hinaus sollte auch hier die Qualität der Pflege und Fürsorge immer überprüft werden.

Standardisierung und Formalisierung

Eine Erfahrung der Technik- und Arbeitssoziologie zeigt, dass Technisierung von Handlungsabläufen nur durch Standardisierung und Formalisierung dieser Abläufe gewährleistet werden können. So werden über Technisierungsprozesse Pflegeumgebungen neu konstituiert: Abläufe können definiert und somit rigider werden, Freiräume des interaktiven und spontanen Pflegehandelns haben es schwer, in diese Abläufe integriert zu werden. Diese Erfahrung wurde durch die Entwicklung von »Pflegemärkten« in Deutschland immer und immer wieder von Pflegekräften formuliert. Darüber hinaus können diese Veränderungen zu neuen soziokulturellen Rollen der zu Pflegenden führen, was das gesamte familiäre und ehrenamtliche Umfeld beeinflussen kann.

Da noch immer die Familien einen Großteil der Fürsorge und Pflege übernehmen, sollten auch sie aktiv in diese Pflegekonzepte eingebettet werden. Vor diesem Hintergrund sollten technische »Assistenten« idealiter zeitliche Freiräume zur Erhöhung der Qualität des pflegerischen Handelns schaffen. Allerdings zeigen die Erfahrungen, dass sich das empirisch bisher kaum belegen lässt. Im Gegenteil: Pflege gerät zunehmend unter das Primat von Rationierung und Kosteneffizienz. Seit Beginn der 1990er Jahre kam es mit der Entstehung von Pflegemärkten auf Basis des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1993 und der Pflegeversicherung 1995 zu einem politischen »Paradigmenwechsel«. Was die Systemlogik nachhaltig veränderte, war die Umstellung auf eine wettbewerbszentrierte Gesundheitsversorgung – Wettbewerb gilt seitdem als Strukturprinzip, was Pflegekonzepte strukturell zum Nachteil verändert hat.

Der marktorientierte Umbau des Gesundheitssystems wurde und wird in (sozial)wissenschaftlichen Debatten weitgehend kritisch diskutiert. Unter Ökonomisierung wird hier ein komplexer Prozess verstanden, der eine zunehmende »Überlagerung medizinischer und pflegerischer Werte, Handlungsmaximen und Entscheidungskriterien mit betriebswirtschaftlichen Argumenten« beschreibt, so die Gesundheitswissenschaftlerin Alexandra Manzei.

»Sorgen ernst nehmen«

Roboter im Pflegealltag sind auch ein Thema für den Deutschen Ethikrat. Dessen Jahrestagung am 26. Juni in Berlin beleuchtete »ethische Herausforderungen der Technisierung der Pflege«. Während seiner Begrüßung sprach Peter Dabrock, Vorsitzender des Ethikrats, eine im Mai veröffentlichte Befragung (»TechnikRadar 2019«) zu Auswirkungen der Digitalisierung an, verbreitet von der Deutschen Akademie der Technikwissenschaften und der Körper-Stiftung. »Demnach«, so Theologieprofessor Dabrock, »sehen viele Menschen in Deutschland den Einsatz von Robotern zur Entlastung von Pflegepersonal skeptisch. Mit 80,8 Prozent rechnet eine große Mehrheit damit, dass Pflegebedürftige infolge des Einsatzes von Pflegerobotern weniger menschliche Zuwendung erhalten werden. 52,9 Prozent befürchten gar, dass Pflegeroboter die soziale Ungleichheit verstärken und sich künftig nur noch Wohlhabende die Pflege durch Menschen werden leisten können.« Angesichts solcher Zahlen mahnte Dabrock: »Diese Sorgen müssen ernst genommen und berücksichtigt werden – bei politischen Entscheidungen, in der Entwicklung robotischer Systeme und deren Implementierung in der Praxis.« Während der Jahrestagung sprachen zahlreiche ReferentInnen. Eine Mitschrift (127 Seiten) ist online: <https://www.ethikrat.org/>

Fortsetzung auf Seite 10

Fortsetzung von Seite 9 >

Noch eine Patientenverfügung?

Oliver Bendel ist Dozent am Institut für Wirtschaftsinformatik der Fachhochschule Nordwestschweiz. Im Februar 2019 war Professor Bendel in Berlin eingeladen, als Sachverständiger im Bundestagsausschuss für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung zum

»Fachgespräch Robotik in der Pflege«. Unter anderem erklärte er dort, eine Option für Pflegebedürftige könne künftig eine spezielle »Patientenverfügung« sein, in der Menschen festlegen können, ob und welchen Einsatz von Operations-, Therapie- und Pflegerobotern sie wünschen.

Ein 2-seitiger Vordruck steht auf der Webseite www.informationsethik.net, für die Bendel verantwortlich zeichnet. Zum Hintergrund erfährt man dort auch:

»Oliver Bendel, Informations- und Maschinenethiker, hat eine ergänzende Patientenverfügung entwickelt, die als

Diskussionsbeitrag zu verstehen ist. Er ist der Meinung, dass Operationsroboter gute Dienste leisten und Pflegeroboter, die im Moment als Prototypen vorliegen, Pfleger entlasten und Patienten helfen können. Persönlich lehnt er einen Therapieroboter wie Paro ab, auch wenn dieser positive Effekte hervorbringen kann.« Außerdem erklärt

Bendel: »Zur rechtlichen Verbindlichkeit in diesem Kontext bestehen noch keine Erkenntnisse.«

Pflege nach Fallpauschalen und im Minutentakt, eingebettet in rationale, effiziente betriebswirtschaftliche Vorgaben, ist in der ambulanten und stationären Pflege üblich. Der Einsatz von Technologien ist von diesen Rahmenbedingungen nicht unberührt. Gerade hier sollte reflektiert werden, welche Ziele und Funktionen Technologien im Rahmen pflegerischen Handelns übernehmen sollen.

Gesellschaftliche Fürsorge beginnt nicht bei der Altenpflege, sondern ist wichtiger Bestandteil des gesellschaftlichen Zusammenhalts. Es gibt allerdings eine große Lücke zwischen den Visionen technisch vermittelter »Fürsorge« und den Visionen von Fürsorge in der Gesellschaft als Ganzes. Diese Lücke sollte wieder geschlossen werden. Die Definition von »Care« weist, im Gegensatz zum deutschen Begriff »Pflege«, umfassender auf den Begriff der gesellschaftlichen Fürsorge. Dabei steht Fürsorge einerseits für die (freiwillige) Sorgetätigkeit für andere, die auch die Sorge für sich selbst einschließt. Andererseits steht der Care-Begriff auch für ein soziales Konzept von Fürsorge-empfangen und Fürsorge-spenden – je nach Lebensphase.

Den Blick weiten

Diese umfassende Begriffsbeschreibung weitet den Blick auf die gesellschaftliche Organisation von Sorge- und Pflegearbeit. Öffentliche Diskussionen um zukünftige Pflegenotstände haben diese Debatten enorm aktualisiert. Alle Menschen sind im Laufe ihres Lebens auf Pflege und Fürsorge angewiesen, so dass das Thema sich nicht auf technische Innovationen erschöpfen kann. Es geht eher um gesamtgesellschaftliche Notwendigkeiten und Verantwortungsbereiche, die nicht an eine soziale Gruppe delegiert werden kann. Betroffen sind noch immer weitgehend Frauen in professionellen und familiären Pflegekontexten, die über Gebühr diese Verantwortung übernehmen.

Dennoch zeichnet sich in allen hochindustrialisierten Gesellschaften ab, dass nichtbezahlte Care-Arbeit in den Sektor bezahlter Dienstleistungen verlagert wird, was den Kostendruck auf diese Tätigkeiten erhöht und diese gleichzeitig marktförmig umwidmet. Diese Spannungsfelder spiegeln sich ebenfalls in den aktuellen Debatten um Technologien in der Pflege. Denn einerseits folgen die normativen Anforderungen an Technologien immer noch den marktförmigen Erwartungen wie Steigerungsraten und Effizienz. Gleichzeitig gibt es ethische Anforderungen an eine verlässliche und liebevolle Versorgung im Alter. Hierbei stellt sich dringlich die Frage: Wie können (Pflege-)Bedürfnisse von alten Menschen in die Diskussion von solidarischer Pflege integriert werden? Pflege und Fürsorge kann nicht von Individuen allein geleistet werden,

sondern sollte als eine umfassende Tätigkeit verstanden werden.

In den nächsten Jahrzehnten werden dramatische Engpässe in der geriatrischen Pflege erwartet. Schaut man sich die aktuellen forschungspolitischen Unternehmungen an, so steht die Entwicklung technischer Innovationen im Mittelpunkt. Dass hier unterstützende und innovative Entwicklungen entstehen werden, scheint unbenommen.

Aber es scheint auch dringend notwendig, einen Perspektivenwechsel auf Pflege zu initiieren. Neue Technologien können und werden es nicht »richten«. Es wird, im Gegenteil, zunehmend wichtig, Normen und Werte, die hinter dem technischen Fortschrittsgedanken stehen, zu hinterfragen und soziale Innovationen in neue Pflegemodelle mit einzubeziehen. Nur so können Impulse für neue solidarische Lebenskonzepte entstehen, die innovative und soziale Fürsorge- und Pflegekonzepte entstehen lassen

Zu Beginn sollte freilich die Frage stehen, welche Pflege und Fürsorge wir uns wünschen. Diese offene Fragestellung lässt Raum für weit mehr Möglichkeiten als technisch initiierte Pflege im Rahmen funktionaler Zweck-Mittel-Relationen. Vielleicht braucht es einfach auch neue Visionen – und Mut, sich auf neue Formen der Fürsorge (neu) einzulassen. ☺

Mächtige Algorithmen

An der Universität Köln gibt es das Institut Ceres, das zu Ethik, Recht, Ökonomie der Gesundheit forscht. Im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung hat Ceres einen dicken Bericht zu »Algorithmen in der Gesundheitsversorgung« erstellt. Die Ende 2018 veröffentlichte Analyse gibt einen interessanten Überblick über technologische Entwicklungen und mögliche soziale Konsequenzen. Im Abschnitt »Gesellschaftspolitische Herausforderungen« wird auch gefragt: »Sollen Algorithmen beispielsweise auch dazu genutzt werden, Prognosen über die verbleibende Lebensdauer und -qualität schwer kranker Patienten zu generieren?« Ceres verweist hier auf Aspire Health. Diese von Google mitfinanzierte Firma hatte 2017 Schlagzeilen gemacht – mit der Behauptung, »mittels eines Algorithmus vorhersagen zu können, welche Patienten in einer Woche, in sechs Wochen oder einem Jahr sterben werden«, wie Ceres schreibt. So könnte auch diese von Ceres angesprochene Frage bald kein Tabu mehr sein: »Sollen Algorithmen auch dann zur Unterstützung ärztlicher Entscheidungen in Frage kommen, wenn es darum geht, lebenserhaltende Maßnahmen vorzuenthalten bzw. abzustellen?« Klaus-Peter Görlitzer ☺

Der Algorithmen-Bericht (108 Seiten) ist online: <https://ceres.uni-koeln.de>

Digital vernetzen, zentral speichern

Spahns Gesetz pusht Digitalisierung des Gesundheitswesens

Im Januar 2020 tritt das »Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation« (DVG) in Kraft. Es soll die Online-Vernetzung im Gesundheitswesen systematisch vorantreiben und die Entwicklung digitaler Produkte anreizen. Beschlossen ist außerdem der Aufbau einer zentralen Datenbank, in der Informationen über alle gesetzlich Krankenversicherten gespeichert und für Forschungszwecke bereitgestellt werden.

Initiator des DVG ist Jens Spahn (CDU). Als sein Gesetz am 7. November im Bundestag beschlossen wurde – gegen die Stimmen von Linken und Grünen, bei Enthaltung von FDP und AfD – sagte der Bundesgesundheitsminister: »Wir wollen jetzt Geschwindigkeit machen, Geschwindigkeit, um unser Gesundheitswesen fit zu machen für die digitale Zukunft«.

Die Zukunft, die Spahn mit dem DVG gestalten will, wird auf der Homepage seines Ministeriums skizziert. »Videosprechstunden sollen Alltag werden«, liest man dort und erfährt, dass MedizinerInnen künftig über derartige Angebote auf ihrer Internetseite »informieren« dürfen. Neu ist auch, dass ÄrztInnen ihren PatientInnen künftig digitale »Gesundheits-Apps« verschreiben können, zu bezahlen von ihrer Krankenkasse. Die Kosten-erstattung ist aber zunächst auf zwölf Monate begrenzt. Hintergrund: Erst im ersten Jahr der Anwendung – also nicht etwa vorher – muss der Hersteller gegenüber dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte »nachweisen, dass seine App die Versorgung der Patienten verbessert«. Gelingt dies, kann das App-Produkt als Regelleistung eingeführt werden; den Preis handeln die Hersteller dann mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Kassen aus.

Auch die Krankenkassen selbst können digitale Anwendungen künftig entwickeln lassen. Zu diesem Zweck dürfen sie sich gemäß DVG an »Wagniskapitalfonds« beteiligen, die auf »Gesundheitsinnovationen« spezialisiert sind. Und die Krankenversicherer dürfen ihre Mitglieder, die über ihre Beiträge letztlich die Kosten tragen, auch »über innovative Versorgungsangebote informieren«.

Zentral ist für Spahn und sein Ministerium dieses Vorhaben: »Wir schaffen ein verpflichtendes digitales Netzwerk für den Gesundheitsbereich.« Das bedeutet im Kern, dass nun auch Apotheken und Krankenhäuser verpflichtet

werden, sich an die Telematik-Infrastruktur (TI) anzuschließen. ÄrztInnen, die den TI-Anschluss weiter verweigern, werden ab März 2020 mit einem »erhöhten Honorarabzug von 2,5 Prozent« bestraft. Die digitale Vernetzung, bei der freiwillig auch Pflege- und Rehaeinrichtungen, PhysiotherapeutInnen und Hebammen mitmachen können, soll technisch ermöglichen, dass gesetzlich Versicherte digitale Angebote »bald flächendeckend nutzen können« – vor allem die »elektronische Patientenakte«, die Krankenkassen ab 2021 anbieten müssen.

»Bessere Erkenntnisse in der Gesundheitsforschung« soll Spahns Versorgungsgesetz auch noch bringen. Dafür sollen die bei den Krankenkassen vorliegenden Abrechnungsdaten aller gesetzlich Versicherten – Daten von rund 73 Millionen Menschen – »pseudonymisiert zusammengefasst werden und der Forschung auf Antrag anonymisierte Ergebnisse übermittelt

werden«, erläutert das Gesundheitsministerium. Wer genau welche Forschungsfragen wann zu welchen wissenschaftlichen und politischen Zwecken mit ihren Daten untersucht, erfahren die Versicherten aber nicht. Merkwürdiger noch: Die Versicherten

werden nicht mal gefragt, ob sie ihre Daten für Auswertungen zur Verfügung stellen wollen. Ein individuelles Recht, der Datenübermittlung zu widersprechen, räumt das Gesetz nicht ein.

Zum DVG und seinen, auch für JuristInnen, teils komplizierten Formulierungen gibt es viele kritische Stellungnahmen, insbesondere zu Datensicherheit und Datenschutz (→ *Randbemerkung*). Der Bundesrat, der zwar angehört wurde, das Gesetz aber nicht blockieren kann, sieht jedenfalls »den Schutz der besonders sensiblen Gesundheitsdaten gefährdet«. Ihre Befürchtung begründet die Länderkammer unter anderem so: »die personenbezogene Zusammenführung und Auswertung der Daten ermögliche den Krankenkassen, in großem Umfang individuelle Gesundheitsprofile ihrer Versicherten zu erstellen«. Dies berge die »Gefahr, einzelne oder bestimmte Personengruppen zu diskriminieren«, gibt der Bundesrat zu bedenken.

Also ist es wichtig, genau hinzusehen, wie die fragwürdigen Vorgaben des DVG in die Praxis umgesetzt werden. Und mit Blick auf das Grundrecht auf informationelle Selbstbestimmung ist eine zentrale Frage bei jeder Gelegenheit zu stellen: Wer überhaupt ist in der Lage, die vielfältigen Datenflüsse zu durchschauen, die dieses Gesetz befördert?

Klaus-Peter Görlitzer

Briefe an den Bundespräsidenten

Das Digitale-Versorgungsgesetz (DVG) hat auch den Verein Patientenrechte und Datenschutz alarmiert. Auf seiner Homepage steht ein Musterbrief, der an Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier appelliert: »Ich bitte Sie, verweigern Sie die Unterzeichnung des Gesetzes, weil verfassungsrechtliche Bedenken bestehen.« Begründet wird dies in dem Schreiben unter anderem so: »Die Kommerzialisierung unserer Gesundheitsversorgung unter dem Deckmantel von Digitalisierung und Innovation wird mit dem DVG auf eine neue Stufe gehoben. Die Verhältnismäßigkeit der im Gesetz geplanten Datenverarbeitung und zentralen Massen-Datenspeicherung ist nicht gegeben und verstößt gegen die Datenschutzgrundverordnung. (...) Eine zentrale Datei von Gesundheitsdaten öffnet der Überwachung, der Kontrolle und der Sortierung von Menschen sowie der Diskriminierung bestimmter Risikogruppen Tür und Tor. Der politische und wirtschaftliche Missbrauch solcher Daten muss immer befürchtet und mitbedacht werden.«

Verwiesen wird auch auf einen weiteren, kritischen Offenen Brief von Wolfgang Wodarg. Der erfahrene Gesundheitspolitiker, von 1994 bis 2009 Bundestagsabgeordneter der SPD, hat auch eine »Normenkontrollklage« zum DVG ins Gespräch gebracht. Damit könnten zum Beispiel Parlamentsfraktionen die Überprüfung des Gesetzes durch das Bundesverfassungsgericht veranlassen.

Beide Briefe stehen im Netz: <https://patientenrechte-daten-schutz.de> sowie <https://www.wodarg.com/>

Bundesrat kritisiert: Gesetz gefährdet Schutz sensibler Gesundheitsdaten.

Bedenken gegen 5G-Ausbau

Die Bundesregierung will Deutschland zum »Leitmarkt« für den neuen Mobilfunkstandard 5G entwickeln. Die Ärzteorganisation IPPNW fordert, gesundheitliche und soziale Folgen der neuen Technik akribisch zu untersuchen, bevor sie flächendeckend eingesetzt wird.

»Präzise Technik?«

Die Genome-Editing-Technologie CRISPR-Cas, entdeckt vor rund sieben Jahren, soll gezielte Eingriffe in das Erbgut von Pflanzen, Tieren und Menschen ermöglichen.

BefürworterInnen aus Forschung und Industrie verheißen zum Beispiel gentechnisch manipulierte Pflanzen, die sich gegen Krankheiten und Schädlinge schützen können. Beim Menschen, so die Deutsche Industrievereinigung Biotechnologie, biete Genome Editing »außerordentliche Möglichkeiten, um Krankheiten zu entschärfen sowie die Vorbeugung, Behandlung und Heilung entscheidend zu verbessern oder sie überhaupt erst zu ermöglichen«.

Verheißungen dieser Art hinterfragt fundiert das Genethische Netzwerk (GeN).

»Präzise Technik?« heißt sein 24-seitiges Positionspapier, das im Oktober in aktualisierter Version veröffentlicht wurde. In der Broschüre konzentriert sich das GeN auf das medizinische Forschungsfeld und macht dazu eine klare Ansage: »Wir fordern einen Stopp der Genome-Editing-Forschung an menschlichen Keimzellen und Embryonen und fordern alle Akteur*innen zu einer verantwortungsvolleren Wissenschaftskommunikation auf.«

Die Broschüre ist online: www.gen-ethisches-netzwerk.de und kann auch in gedruckter Version beim GeN angefordert werden – Telefon: (030) 6857073.

Mit einer im September veröffentlichten »Mobilfunkstrategie« will Andreas Scheuer (CSU), Bundesminister für Verkehr und digitale Infrastruktur, den Ausbau von 5G-Netzen beschleunigen und auch Funklücken im 4G-Netz schließen. »Mit der Einführung der 5. Mobilfunkgeneration (5G)«, so verheißt es Scheuers Plan, »wird sich der Siegeszug des Mobilfunks in den Bereichen wie Intelligente Mobilität, Industrie 4.0, Intelligente Versorgungsnetze, Logistik, E-Health oder in der Landwirtschaft weiter fortsetzen.« Etabliert werden soll auch ein ressortübergreifendes Gremium, das sich um »Akzeptanz des Mobilfunkausbaus und Fragen des Strahlenschutzes« kümmern soll.

Das beruhigt die Ärzteorganisation IPPNW nicht; sie fordert, vorsorglich ein »Moratorium« zum Ausbau des 5G-Netzes – Begründung: »Die Mobilfunk-Technologie steht im dringenden Verdacht, unsere Gesundheit zu schädigen. Hochfrequente elektromagnetische Felder werden seit 2011 von der Internationalen Krebsforschungsagentur (IARC) als möglicherweise krebserregend eingestuft.« Im April 2019 hatte eine IARC-Beratergruppe bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nachgelegt und empfohlen, hochfrequente elektromagnetische Felder zwischen 2020 und 2024 neu zu bewerten. Die belgische Hauptstadt Brüssel, die eines der europäischen 5G-Pilotprojekte werden sollte, hat angesichts der ungeklärten Risiken ein 5G-Moratorium beschlossen, ebenso Florenz und Genf.

Das Bundesamt für Strahlenschutz (BfS) schreibt auf seiner Homepage, »nach dem wissenschaftlichen Kenntnisstand« seien keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch hochfrequente Felder, etwa aus dem Mobilfunk, zu erwarten – »wenn die Grenzwerte eingehalten werden«. Bis zur endgültigen Klärung offener Fragen sollten BürgerInnen aber ihre »individuelle Belastung« vorsorglich verringern. Das dürfte schwierig werden – angesichts des angepeilten, flächendeckenden Netzausbaus mit 5G-Sendemasten.

Klaus-Peter Görlitzer ☺

Der IPPNW-Beschluss für ein 5G-Moratorium steht auf <https://www.ippnw.de>, Informationen des Bundesamts für Strahlenschutzes hier: <http://www.bfs.de/>

Testbiotech warnt vor Deregulierung

Gentechnik in der Landwirtschaft, Genomeditierung, Patentierung genmanipulierter Pflanzen und Tiere – alles Themen, zu denen Testbiotech laut Selbstdarstellung »unabhängige Folgenabschätzungen« vornimmt. Nun warnt das Münchner Institut vor einer brisanten Deregulierung.

Anlass ist eine Anfang Dezember veröffentlichte Stellungnahme einflussreicher Wissenschaftsorganisationen, darunter die Nationale Akademie Leopoldina und die Deutsche Forschungsgemeinschaft. Sie fordern gemeinsam, das europäische Gentechnikrecht zu novellieren. Hintergrund ist ein höchstrichterliches Urteil, das der Gentechniklobby missfällt. Im Juli 2018 hatte der Europäische Gerichtshof entschieden, dass alle Organismen, die durch Verfahren der so genannten Genomeditierung wie CRISPR-Cas (→ *Randbemerkung*) verändert wurden, unter die rechtlichen Regelungen für genetisch veränderte Organismen (GVO) fallen. Die Entscheidung der europäischen Richter betreffe »weltweit bereits mehr als 100 bekannte und (potenziell) marktfähige genomeditierte Nutzpflanzensorten«, beklagen Leopoldina & Co. In ihrer Stellungnahme fordern sie nun unter anderem, die GVO-Definition so zu überarbeiten, »dass genomeditierte Pflanzen nicht als GVO gelten, wenn keine artfremde genetische Information enthalten ist«; außerdem müsse Freilandforschung mit gentechnisch veränderten Pflanzen erleichtert werden.

Angesichts solcher Töne läuten bei Testbiotech die Alarmglocken. »Würde die EU diesen Empfehlungen folgen«, warnt das unabhängige Institut, »könnte das europäische Gentechnikrecht weitgehend dem US-System angeglichen werden, das keine verpflichtende Risikoprüfung, keine Rückverfolgbarkeit und keine Wahlfreiheit vorsieht. Wie die Situation in den USA zeigt, könnten sich dann u.a. gentechnisch veränderte Organismen unbemerkt in der Umwelt ausbreiten.« Zudem kritisiert Testbiotech die Zusammensetzung der ExpertInnengruppe, die die Stellungnahme verfasst hat: »Ihr gehören mehrere EntwicklerInnen gentechnisch veränderter Organismen an, die Patente auf entsprechende Verfahren und Pflanzen angemeldet haben. Einige von ihnen kooperieren auch mit Unternehmen wie Bayer. Sie haben damit auch ein offensichtliches Interesse an der Anwendung der Gentechnik und ihrer kommerziellen Verwertung.«

Weitere Infos auf der Homepage von Testbiotech: <https://www.testbiotech.org> ☺

Verfassungsbeschwerde angekündigt

Neue Pflicht zur Impfung gegen Masern provoziert Widerstand

Kinder, die in eine Kita oder Schule aufgenommen werden, müssen bald nachweislich gegen Masern geimpft sein. So verlangt es das sogenannte Masernschutzgesetz, das der Bundestag am 14. November auf Initiative von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) beschlossen hat. Passt es unter Fachleuten umstrittene Gesetz am 20. Dezember den Bundesrat, wird es ernst: Die neue Pflicht soll ab März 2020 gelten. Mit Widerstand ist zu rechnen – und mit Verfassungsbeschwerden.

Die Mehrheit im Bundestag war ziemlich groß: 459 Abgeordnete votierten in namentlicher Abstimmung für die Impfpflicht, 89 waren dagegen, 105 enthielten sich. Mit dem Ergebnis war Jens Spahn zufrieden, für sein Gesetzesvorhaben hatte er immer wieder mit Darstellungen wie dieser geworben: »Masern werden viel zu häufig unterschätzt. Sie sind hoch ansteckend und können sogar tödliche Folgen haben.« Die offiziellen Zahlen (→ *Randbemerkung*) sehen weniger dramatisch aus: Zwischen 2001 und 2019 wurden dem Robert-Koch-Institut (RKI) insgesamt acht Todesfälle »aufgrund Masern« gemeldet; in den elf Jahren 2008 bis 2018 registrierte das RKI insgesamt 10.508 Masernerkrankungen in Deutschland, wobei der Anteil von »Komplikationen« laut Statistik pro Jahr zwischen 1,1 und 8,4 Prozent schwankte.

Die neue Impfpflicht richtet sich nicht nur an Eltern, sie gilt auch für alle Menschen, die in Gemeinschaftseinrichtungen arbeiten, zum Beispiel ErzieherInnen, LehrerInnen, TagespflegerInnen. Und auch für das Personal von Kliniken und Arztpraxen.

Wer sein nicht gegen Masern geimpftes Kind in eine Kita oder Schule schickt, begeht laut dem neuen Gesetz eine Ordnungswidrigkeit, für die eine Geldbuße von bis zu 2.500 Euro fällig werden kann. Mit einer solchen Sanktion müssen auch Kita-Leitungen rechnen, falls sie ungeimpfte Kinder dulden. Und auch Beschäftigten von Gemeinschaftseinrichtungen, die keine Impfung gegen Masern vorweisen können, drohen Bußgelder.

Gegen den Impfwang haben in den vergangenen Monaten mehr als 140.000 Menschen mit ihrer Unterschrift protestiert (→ *BIOSKOP Nr. 86*). Initiiert hatte die Petition der Verein Ärzte für individuelle Impfscheidung, der Impfungen nicht grundsätzlich ablehnt, wohl aber Zwangsmaßnahmen. »Unsere differenzierte Kritik an den Inhalten dieses Gesetzes«, erklärt der gemeinnützige Verein auf seiner Homepage,

»bleibt bestehen und wird Grundlage jetzt anlaufender Verfassungsbeschwerden vor dem Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe.« Als Verein könne man zwar nicht selbst klagen. Aber man werde »einige ausgewählte Verfassungsbeschwerden betroffener Eltern unterstützen und begleiten, medizinisch-fachlich, juristisch«, kündigen die Ärzte für individuelle Impfscheidung an. Und unterstützt würden auch Verfassungsbeschwerden betroffener MedizinerInnen.

Argumentationsgrundlage ist ein Rechtsgutachten, das der Bayreuther Juraprofessor Stephan Rixen für den Ärzteverein erstellt hat. Die zentrale Botschaft bringen die Auftraggeber so auf den Punkt: »Das Gutachten kommt unzweideutig zu dem Ergebnis, dass der vorliegende Gesetzentwurf aus den verschiedensten Gründen klar gegen zentrale Grundrechte unserer Verfassung verstößt.« Warum das so sein soll, veranschaulicht eine Tabelle, die Aussagen des Rixen-Gutachtens prägnant zusammenfasst. Verletzt würden durch die Pflicht zur Impfung unter anderem die Grundrechte auf körperliche Unversehrtheit, das Elternrecht, die Berufsfreiheit sowie Gleichheitsrechte von ÄrztInnen.

Auffällige Impfstoff-Lücke

Bedenklich sei auch, dass das Gesetz die Pflicht zwar mit dem Schutz vor Masern begründe, aber überhaupt keine Einzel-Impfstoffe gegen Masern auf dem deutschen Markt seien. Zur Verfügung stehen nur Kombinationsimpfstoffe, die neben Masern zusätzlich auch gegen Mumps, Röteln und zum Teil auch gegen Windpocken wirken sollen. »Daraus ergibt sich eine faktische Impfpflicht gegen andere Erkrankungen als Masern«, bemerkt der kritische Ärzteverein und fügt hinzu: »Die Ausgestaltung dieser Impfpflicht wird somit den Impfstoffherstellern überlassen.«

Bleibt abzuwarten, wie widerständig oder gleichgültig die Betroffenen auf die neue Impfpflicht reagieren werden. Spahns Ministerium gibt zu, dass – auch ohne Zwang – 97,1 Prozent der SchulanfängerInnen die erste der beiden empfohlenen Impfungen gegen Masern bekommen haben. Aber verbessert werden soll die Bilanz bei der zweiten Masernimpfung. »Nach den neuen Daten des RKI«, schreibt das Bundesgesundheitsministerium, »sind gut 93 Prozent der Schulanfänger 2017 zweimal gegen Masern geimpft.« Für einen »Gemeinschaftsschutz« notwendig sei eine Quote von 95 Prozent.

Klaus-Peter Görlitzer

Erkenntnisse des BMG

Am 15.11.2019, einen Tag nach der Entscheidung pro Masernschutzgesetz im Bundestag, übermittelte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) schriftliche Antworten zur Impfung, angefragt von der AfD-Fraktion. Die Bundestagsdrucksache 19/15301 ist bemerkenswert, das BMG schreibt u.a.: »Gemäß übermittelten Daten des Robert Koch-Instituts nach Infektionsschutzgesetz wurden von 2001 bis 2019 acht Todesfälle aufgrund Masern gemeldet.« Weiter erfährt man vom Ministerium, dass zwischen 2008 und 2018 bundesweit insgesamt 10.508 Masernerkrankungen erfasst worden waren, wobei der registrierte Anteil von »Komplikationen« zwischen 1,1 % (2013) und 8,4 % (2009) lag. Gefragt nach Schäden oder Komplikationen in Folge von Impfungen gegen Masern teilt das BMG mit: »Insgesamt wurden dem Paul Ehrlich-Institut (PEI) seit 2008 verteilt über die Jahre 2.951 Meldungen von Verdachtsfällen auf über das übliche Maß hinausgehende Reaktionen nach Impfung mit Masernimpfstoffen gemeldet. Bei den Impfstoffen handelte es sich sowohl um Mono- als auch Kombinationsimpfstoffe.« Ein so gemeldeter Verdacht bedeute aber »nicht ohne weiteres, dass ein ursächlicher Zusammenhang besteht«. Zur Frage, ob mit einer »Dunkelziffer nichtgemeldeter Impfkomplicationen« zu rechnen sei, schreibt das BMG: »Das Spontanerfassungssystem von Nebenwirkungen nach der Marktzulassung von Arzneimitteln ist nicht dazu geeignet, Melderaten zu berechnen. Über den Grad der Untererfassung liegen keine gesicherten Erkenntnisse vor.«

Wer bestimmt den (Dis)Kurs?

Diskursanalyse beleuchtet argumentative Auseinandersetzung um »Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase«

Anne Volmering-Dierkes,
Pflegerwissenschaftlerin

Die Debatte zur »Gesundheitlichen Versorgungsplanung«, in Fachkreisen meist als Advance Care Planning (ACP) bezeichnet, nimmt seit 2011 in Deutschland stetig zu (→ BIOSKOP Nr. 87). Welche Argumente die BefürworterInnen und KritikerInnen vorbringen und wer den Diskurs bestimmt, hat die Pflegerwissenschaftlerin Anne Volmering-Dierkes untersucht. Ihre »Diskursanalyse« erscheint 2020 als Buch (→ Randbemerkung). Ergebnisse schildert sie im Artikel für BIOSKOP.

Der Begriff der »gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase« wurde Ende 2015 mit dem neuen Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) im Paragraphen 132 g SGB V verankert, rund sechs Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes über Patientenverfügungen. Auch in der palliativ-medizinischen Leitlinie ist von einer »vorausschauenden Versorgungsplanung« die Rede. Seit 2015 wird ACP bundesweit auf Kongressen und Tagungen vorgestellt und auch beworben.

Doch wer ist an dem ACP-spezifischen Diskurs beteiligt? Mit Hilfe der Diskursanalyse kann die Frage nach den SprecherInnen und ProfiteurInnen wissenschaftlich nachvollzogen werden – und auch: Wer wird ausgeschlossen oder kommt im Diskurs nicht vor? Berichte, Kommentierungen, Stellungnahmen, Empfehlungen, Kritiken, Redemanuskripte und Artikel aus Fachzeitschriften habe ich dazu untersucht.

Die von Jürgen in der Schmitt und MitarbeiterInnen veröffentlichte Studie zum ersten deutschen ACP-Forschungsprojekt RESPEKT in vier Altenpflegeheimen belegt, dass sich die Zahl von Patientenverfügungen mittels ACP steigern lässt. Diese Studie kann, gemäß den Worten des Philosophen Ludwik Fleck aus seinem Buch *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache*, zwar als »gute, stilvolle Arbeit« bezeichnet werden, und sie erweckt »eine solidarische Stimmung beim Leser«. Doch Methodik und wissenschaftliche Ergebnisse sind zu hinterfragen.

Die Studie sowie die im Herbst 2015 erfolgte Veröffentlichung des ersten deutschsprachigen ACP-Buches, herausgegeben von Jürgen in der Schmitt, Michael Coors und Ralf Jox, beeinflussten entscheidend die Gesundheitspolitik, das Hospiz- und Palliativgesetz und den Diskurs. Die zuvor ausschließlich in Expertenkreisen geführte Debatte findet erst ab Ende 2015 den Weg in ein breiteres Publikum.

Die kritischen Stimmen zu ACP halten eine gesamtgesellschaftliche Auseinandersetzung für notwendig. Eine Beschäftigung mit der grundsätzlichen Frage nach der Sinnhaftigkeit, Alternativen und Gefahren hat nach ihrer Meinung nicht stattgefunden. Eine starre Anwendung des Konzeptes ACP wird nach ihrer Einschätzung keinen Kulturwandel bringen, was BefürworterInnen ja erwarten, sondern das Bürokratisieren der Versorgung befördern.

Der ACP-Diskurs beinhaltet sechs entscheidende Themengebiete: Selbstbestimmung, Verfügung, Kommunikation, Versorgung von alten und behinderten Menschen, Etablierung und Wirtschaftlichkeit.

Grundsätzlich wirft das selbstbestimmte und selbstständige Verfügen durch PatientInnen für die ÄrztInnen mehr Fragen auf als beantwortet werden, und es zwingt sie, sich mit Patientenverfügungen und dem Gesetz auseinanderzusetzen. Das Wissens-Ungleichgewicht zwischen Arzt und Patient kann nur durch Einwilligung nach Aufklärung (Informed Consent) und partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) aufgelöst werden.

Gemäß ACP-Konzept muss der Patient auch die medizinische Versorgung im letzten Lebensabschnitt vorab in einer Patientenverfügung festlegen, um das ärztliche Dilemma der Fürsorge und des Selbstbestimmens bzw. des Wohltuns und des Nichtschadens mit den rechtlichen Konsequenzen aufzulösen. Dieses Auflösen rechtlicher Unsicherheit ihrer Berufsgruppe bezeichnen die BefürworterInnen als »Patientenzentrierung« und ethisch geboten. Die Forderung der KritikerInnen, genau hier einen Perspektivenwechsel vorzunehmen und eine gesellschaftliche Auseinandersetzung zu wagen, wird von den BefürworterInnen nicht unterstützt.

Die Macher und Visionäre einer flächendeckenden Struktur von verlässlichen Patientenverfügungen vermeiden den mühsamen Weg der multidisziplinären, gesellschaftlichen und kritischen Herangehensweise. Die bisher gesetzlich nicht vorgesehene Vertreterverfügung, die aber Bestandteil des ACP-Konzeptes ist, wird von den BefürworterInnen als eine sinnvolle Sammlung von Informationen gesehen. Die KritikerInnen argumentieren, eine solche Verfügung, mit der Bevollmächtigte oder BetreuerInnen stellvertretend für die nichteinwilligungsfähigen HeimbewohnerInnen den Verzicht auf künftige Behandlungen erklären sollen, könne die ständige Erörterung zwischen der VertreterIn der PatientIn ▶

Pflege, Politik, Ethik

»Advance Care Planning in Deutschland« – unter diesem Titel wird der Frankfurter Mabuse-Verlag die kritische Diskursanalyse von Anne Volmering-Dierkes voraussichtlich im ersten Quartal 2020 veröffentlichen. Das Buch basiert auf ihrer Masterarbeit, betreut von der Professorin Helen Kohlen vom Lehrstuhl »Care Policy und Ethik in der Pflege« an der pflegerwissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar (PTHV). Sozial- und Gesundheitswissenschaftlerin Kohlen ist auch Herausgeberin der Schriftenreihe »Ethik – Pflege – Politik«, gestartet 2018 vom Mabuse-Verlag. Volmering-Dierkes promoviert derzeit bei Prof. Kohlen an der PTHV und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) in Köln.

► und dem Behandlungsteam nicht ersetzen. Betrachtet man den ACP-Diskurs zum Thema »Kommunikation«, so sehen die BefürworterInnen die professionelle Gesprächsbegleitung als den Hauptbestandteil von ACP, der über das Informieren, das Befähigen zum schriftlichen Dokument führe, also zum Notfallbogen, zur Patientenverfügung, zur Vertreterverfügung. Die InitiatorInnen setzen auf die ACP-Kommunikationstechnologie und wollen dieses »fertige« Konzept delegieren an Gesundheits- und Pflegeinstitutionen, Kommunen und Gemeinden. Die KritikerInnen streben hingegen eine Kommunikation, eine ethische Argumentation auf allen gesellschaftlichen Ebenen an sowie eine Überprüfung von ACP. Diese Herangehensweise würde aus kritischer Sicht nicht unbedingt einer zügigen Umsetzung von ACP dienen, aber sicherlich Sterben und Tod als individuelles und gesellschaftliches Thema in den Fokus rücken, somit nicht nur Expertengruppen beschäftigen.

Doch dazu braucht es ein »in-Erscheinungtreten« der kritischen Stimmen; durch Mut zum Publizieren von unbequemen Beiträgen sowie ein Zulassen dieser kritischen Beiträge von den dominierenden BefürworterInnen. Beides findet nur gering oder gar nicht statt.

Die FürsprecherInnen konzentrieren sich auf die notfallmedizinische Versorgung bei alten und behinderten Menschen, ohne die Gesamtheit der Betreuung dieser verletzbaren Personengruppen zu betrachten. Wie unterschiedlich die Denkweisen sind, zeigt exemplarisch die kritische Position, die Erika Feyerabend vertritt: Sie bezeichnet das derzeitige ACP-Konzept als »Ressourcen-Planung für die letzte Lebensphase – institutionenkompatibel und ohne Zeitverluste«.

Beide Lager bezeichnen ihre Denkweisen als utopisch. Die InitiatorInnen des deutschen ACP-Konzeptes sehen sich schon nahe an der flächendeckenden Umsetzung, gefördert insbesondere durch die nun gesetzlich festgeschriebene Versorgungsplanung, deren Verankerung sie durch ihr vom Bundesforschungsministerium gefördertes Modellprojekt entscheidend mitbeeinflusst haben. Zudem wurde eine »Taskforce« zur Standardisierung der Fortbildung der nichtmedizinischen GesprächsbegleiterInnen etabliert, mit Unterstützung des Bundesgesundheitsministeriums.

Erste Schriften für die kritiklose Anpassung an das ACP-Konzept verbreiten sich seit 2016. Dagegen stellen ACP-kritische SprecherInnen ihre Vision, Sterben und Tod in die Mitte der Gesellschaft zu holen. Doch sprechen sie auf Symposien mit kleiner Zuhörerschaft, werden nicht

genannt und publizieren mit geringer Auflage unter schwierigen finanziellen Bedingungen.

Wirtschaftliche Denkansätze bestimmen in besonderer Weise den Diskurs zu ACP. Einerseits wird von den FürsprecherInnen des ACP-Konzeptes die Kostensenkung durch eine Minimierung der Überversorgung am Lebensende in Aussicht gestellt. Sie sehen dies als legitimen Diskussionsbeitrag und haben dazu bereits eine systematische Überprüfung veröffentlicht. Andererseits soll dieses aufwändige Beratungskonzept in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern angemessen honoriert werden. Die kritischen Stimmen bedenken, dass finanzielle Anreize für eine Beratung die Versorgung der verletzbaren Personengruppe in eine falsche Richtung leiten könne. Wenn ACP auch aus Kostengründen von der Gesundheitspolitik gewollt ist, so fordern sie dazu eine offene Debatte. Aus ihrer Sicht lanciert ACP eine gesellschaftliche Akzeptanz der Gering-

schätzung von Alter und Behinderung, durch den Verzicht auf Behandlung und die Wertung von Bedürftigkeit als Kostenfaktor.

Die positive Darstellung von ACP wird aus den Reihen der Medizin und Medizinethik geführt und findet durch ein Vernetzungssystem über For-

schungshoheiten und deren Publikationen statt. Diese Mechanismen fördern zugleich den Austausch mit der Gesundheitspolitik und die Einflussnahme auf die Gesetzgebung. KritikerInnen aus Journalismus, Ethik, Pflege- und Sozialwissenschaft finden mit ihren Beiträgen, Denkanstößen und Argumentationen kaum Platz im herrschenden Diskurs.

Nach Meinung der FürsprecherInnen ist die gelungene Umsetzung im Ausland, speziell in den USA, Beweis genug. Sie nutzen ihre Vormachtstellung als Initiatoren des singulären, deutschen ACP-Konzeptes, als Autoren der Studie zum Modellprojekt RESPEKT und als Herausgeber und Autoren des ersten deutschen ACP-Buchs. So werden Zitierweisen dominiert. Mit einer regelmäßigen Beständigkeit wird darin lediglich ein einziges ACP-Konzept erwähnt und beworben, indirekt oder direkt.

Der Vorsorgedialog aus Österreich findet zwar Eingang als ein Beitrag im ACP-Pilot-Buch. Jedoch wird dieser wie auch der kritische Beitrag des Medizinethikers Gerald Neitzke von den Herausgebern nicht als Denkanstoß für eine Umsetzung in Deutschland in Betracht gezogen. Auch der Ansatz, verschiedene Konzepte aus den Einrichtungen für ihre BewohnerInnen zu entwickeln, findet keine Unterstützung im Diskurs und wird durch ein einseitiges Bewerben nur eines Konzeptes unterhöhlt.

Blicken Sie hinter die Kulissen!

Wer über Hintergründe der »Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase« informiert sein will, sollte das gleichnamige Dossier auf www.bioskop-forum.de im Blick behalten. Dort stehen aktuelle Informationen und ausführliche Analysen, darunter der Vortrag »Advance Care Planning: Zwischen Lebensklugheit und Planungszwang«, den Erika Feyerabend beim 11. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin im September 2016 gehalten hat. Online und weiter aktuell ist auch die Dokumentation der Tagung »Zwischen Planungszwang und Sorgegesprächen«, die BioSkop im September 2017 mit Partnern veranstaltet hat. Finden Sie das hilfreich? Bitte sagen Sie es weiter!



Vorschau

Themen im März 2020

- **Schwerpunkt Biomaterialbanken**
- **Wissenschaftskommunikation PR oder Journalismus?**
- **Euthanasie Neue Vorstöße**

Veranstaltungstipps

Mo. 27. Januar 2020, 18.15 Uhr – 20 Uhr
Berlin (Konferenzraum 1+2 der Kassen-
ärztlichen Bundesvereinigung,
Herbert-Lewin-Platz 2)

➤ **Spreestadt-Forum**
Vortrag

Die öffentliche Forumsreihe diskutiert die Gesundheitsversorgung in Europa. Referent am 27. Januar ist Gottfried Ludwig, Leiter der Abteilung »Digitalisierung und Innovation des Gesundheitswesens« im Bundesministerium für Gesundheit. Ludwig spricht über die »elektronische Patientenakte« und das »Digitale-Versorgung-Gesetz« (→ Seite 11). Dabei will er erläutern, welche Aufgaben die Politik hier »für Kassen, Leistungsanbieter und neue Player« vorgegeben hat.

Mi. 29. Januar, 19.30 – 21.45 Uhr
Bocholt (Familienbildungsstätte, Ostwall 39)

➤ **Digitales Panoptikum – Kontrolle aus der Distanz**
Vortrag

Industrie 4.0 dringt in unser aller Leben. Smarte Telefone, Autos, Häuser. Auch das Gesundheitswesen wird davon erfasst. Pflegeroboter, Telemedizin, Gesundheits-Apps halten dort Einzug. Was bewirken solche Digitalisierungen für die PatientInnen und die Beschäftigten? Welche Überwachungs- und Entsolidarisierungspotenziale drohen? Welche sozial- und gesundheitspolitischen Konsequenzen werden möglich oder auch beabsichtigt? Aspekte, die BioSkoplerin Erika Feyerabend in ihrem Vortrag beleuchten wird.

Fr. 31. Januar, 16 Uhr – So. 2. Februar, 15 Uhr
Schwerte (Ev. Tagungsstätte Haus Villigst,
Iserlohner Str. 25)

➤ **Die Begleitung schwerkranker, sterbender Menschen im Diskurs**
Tagung

»Wie begegnen wir schwerkranken Menschen? Welche gesellschaftlichen Bilder und Befunde prägen unsere Sicht auf die letzte Lebensphase?« Fragen, die auf Einladung der Evangelischen Akademie Villigst zur Diskussion stehen. Erörtert wird zudem, wie eine »bedürfnisorientierte« Gesundheits-, Alten- und Hospizpolitik aussehen kann. Und thematisiert wird auch »die aktuelle Debatte um den assistierten Suizid«.
Anmeldung unter Telefon (02304) 755-325

Di. 4. Februar, 18 Uhr
Halle/Saale (Leopoldina-Zentrum für Wissenschaftsforschung, Emil-Abderhalden-Str. 36)

➤ **Kriegsgeschädigte Kinder und die Psychiatrie nach 1945**
Vortrag

Nach dem Zweiten Weltkrieg gab es »einen erheblichen Zustrom von Kindern mit psychischen und neurologischen Leiden in die wenigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie«, weiß die Akademie Leopoldina. Verursacht durch Kriegs- und Fluchterlebnisse, Verfolgung und Ermordung von Angehörigen, Not nach Kriegsende. Anhand von Krankenakten erläutert die Dresdner Historikerin Silke Fehle- mann, wie Institutionen und Medizin kriegsgeschädigte Kinder in der jungen Bundesrepublik behandelten.

Mi. 5. Februar, 18.15 Uhr
Frankfurt a.M. (Universität, Campus Westend,
Norbert-Wollheim-Platz 1, Casino-Gebäude)

➤ **Zwischen Sozialhygiene und Eugenik**
Vortrag

Jens Kolata, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Frankfurter Fritz-Bauer-Institut, zeigt »Entwicklungslinien der Gesundheitsfürsorge in Frankfurt«, von 1920 bis 1960. Zum Hintergrund heißt es in der Einladung zum Vortrag: »Das Stadtgesundheitsamt Frankfurt gehörte im Nationalsozialismus zu den wichtigsten lokalen Akteuren bei Zwangssterilisationen und Eheverboten.« Kolata, der seit dem Frühjahr 2019 an einem Forschungsprojekt zu diesem Thema arbeitet, wird unter anderem »Kontinuitäten und Brüche« in den Blick nehmen.

Mi. 5. Februar, 18.15 – 19.45 Uhr
Heidelberg (Marsilius-Arkaden, Turm-Süd,
Im Neuenheimer Feld 130.2)

➤ **Pflege mit Herz?**
Vortrag

»Welche impliziten sozialen Spielregeln gelten in der Altenpflege, wie entstehen diese Regeln und wie wirken sie sich im beruflichen Handeln aus?« Fragen, die Constanze Eylmann, Professorin für Pflegewissenschaft in Ludwigsburg, in ihrem Vortrag erörtert. Hintergrund ist eine Studie zur »teils prekären Versorgungssituation in der Altenpflege«. Auf Basis der Resultate sollen auch »Eckpunkte einer gesellschaftlichen Pflegeethik« entstehen. Veranstalter ist das Heidelberger Institut für Geschichte und Ethik der Medizin.

Ja!

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

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

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

Name

Straße

PLZ+ Wohnort

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

Dazu genügt eine schriftliche Mitteilung an BioSkop e.V., 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 Förderabonnemement. Deshalb habe ich heute einen höheren als den regulären Abo-Preis von 25 bzw. 50 € auf das o.g. Konto von BioSkop e.V., überwiesen. Mein persönlicher Abo-Preis beträgt €. Dafür erhalte ich vier **BIOSKOP**-Ausgaben. Rechtzeitig vor Ablauf des Bezugszeitraumes werden Sie mich daran erinnern, dass ich erneut mindestens 25 bzw. 50 € im Voraus überweisen muss, wenn ich **BIOSKOP** weiter beziehen will.

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

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

Telefon

E-Mail

Datum Unterschrift