

BIOSKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

23. Jg. | Nr. 89 | März 2020

BIOSKOP Schwerpunkt Euthanasie

- 8 Radikales Urteil
- 9 Schnelle Reaktion von »Sterbehilfe«-Organisationen
- 10 BÄK-BeraterInnen empfehlen geplantes Lebensende mit ACP
- 11 Spanien und Portugal auf den Spuren der Beneluxstaaten

Gesundheitspolitik

- 3 Irrsinn mit den Kräften in der Pflege
- 4 Vergessene Opfer? Coronavirus-Pandemie und globaler Süden

Information und Beteiligung

- 5 Frag die Krankenkasse
- 6 Training für Patientenvertreter

Ersatzteillager Mensch

- 13 Steigender Druck zur »Organspende«

Reproduktionsmedizin

- 14 Vorreiter Spanien

Außerdem

- 12 Gegen den Zwang zur Masernimpfung
- 12 Biopatente auf dem Prüfstand
- 16 Veranstaltungstipps
- 16 Wunschzettel
- 2 Jetzt BioSkop unterstützen!
- 16 BIOSKOP im Juni

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, Sara Lafuente-Funes,
Stefan Sell, Andreas Wulf

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

Virus der Angst

Erika Feyerabend

Viele müssen oder sollen sich die Welt derzeit mit Sicherheitsabstand ansehen. In Italien steht das gesamte Land unter Quarantäne, in China herrscht eine kaum fassbare Totalüberwachung. Eingeebnet ist sie bereits am politischen Abweichler im Innern. Mit dem Coronavirus Covid-19 haben diese staatlichen Übergriffe eine erstaunliche Legitimität erfahren. Daraus könnte sogar so etwas werden wie ein Exportschlager. »Auch in Europa und Amerika ist die liberale Demokratie mittlerweile geschwächt genug, um sich am Virus der Überwachung im Namen einer effizienten Ordnung infizieren zu können«, schrieb Maximilian Probst neulich in der *ZEIT*.

Geisterfußballspiele und abgesagte Kulturveranstaltungen oder Schulen werden hierzulande als Zeichen staatlicher Vorsorgekompetenz präsentiert. Das öffentliche Verkehrswesen bleibt hierzulande bislang verschont, damit alle noch zur Arbeitsstelle kommen. Reisen ohne wirtschaftlichen Mehrwert sind vielerorts mittlerweile verboten. Appelliert wird aktuell laufend an den Gemeinschaftssinn, dem mindestens die Vergnügungen eben geopfert werden müssten. Im Austausch mit Sicherheitsversprechen werden Rechte wie Datenschutz, Bewegungs- und Versammlungsfreiheit punktuell eingeschränkt. Das gesammelte Angstkapital wird – statt unter dem Titel »ökonomischer und individueller Freiheit« – nun im Namen des »Volkes« ausgesprochen.

Es soll schließlich um Menschenleben gehen. In der globalisierten Welt der Migration und vor allem des Warenverkehrs sind sie allerdings nicht gleich viel »wert«. Die Millionen von vergessenen Opfern der Malaria, Cholera oder Tuberkulose im globalen Süden oder an den europäischen Außengrenzen erzeugen weit weniger politische Aktivitäten als aktuell das Coronavirus (→ Seite 4).

Appelliert wird, was die Gefahrenabwehr angeht, vor allem ans Individuum: Händewaschen und zu Hause bleiben. Nur bitte keine Panik. Dass jedes Jahr im Januar und Februar eine Grippewelle sehr vielen Menschen jeweils das Leben kostet, bilanzieren Institutionen des Gesundheitswesens regelmäßig ohne öffentliche Aufregung. Vorbereitet sein durch Personalaufstockung und erweiterte Behandlungskapazitäten? Fehlanzeige. Selbst unter »Normalbedingungen« scheint in zahlreichen Kliniken und Altenheimen eine gute Versorgung von kranken und alten Menschen nicht mehr gewährleistet. Seit Jahren wurde Personal abgebaut und nicht ausgebildet – im Zuge privatisierter und kommerzialisierter Gesundheitssysteme (→ Seite 3). Mit dem neoliberalen Umbau des Sozialstaates ist an Stelle des kollektiven Sicherheitsversprechens die Aufforderung getreten, jede/r solle seines Glückes Schmied werden. Es gäbe eben keine systemische, stets aber eine individuelle »Wahl«.

Bitte auf der nächsten Seite weiterlesen ▶

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

das Corona-Virus ist allgegenwärtig. Beileibe nicht in sämtlichen Körpern, wenngleich täglich wachsende Infektionszahlen veröffentlicht werden. Penetrante Risikokommunikation und politisches Management rund um Covid-19 überlagern alles andere. Vertraut wird der Profession der Virologen, die ihre Hochrechnungen, Prognosen, Szenarien kommunizieren – aber auch einräumen, keine Gewissheiten zu haben. Ihren Empfehlungen folgt die Politik, was im Ergebnis das öffentliche Leben derzeit Stück für Stück lahm legt, nicht nur in Deutschland.

In einigen Wochen, wenn sich die Aufregung hoffentlich gelegt haben wird, muss die minutiöse Aufarbeitung der Corona-Krise beginnen. Eine Konsequenz liegt schon jetzt auf der Hand:

Politik, Lobbyisten, Manager sind gefordert, endlich längst bekannte Mängel spürbar zu beseitigen, die für kranke und hilfebedürftige Menschen dauerhaft bedrohlich sind: Pflge-notstand, überfüllte Krankenhäuser, überlastete GesundheitsberuflerInnen, medizinische Unterversorgung in ländlichen Regionen. BioSkop wird die Aufarbeitung begleiten, mit Recherchen und Analysen. Das gilt auch für andere riskante biopolitische Entwicklungen wie Euthanasie, Reproduktions- und Ersatzteillagermedizin.

Bitte stärken Sie unsere unabhängige Arbeit – 2020 wird nicht nur für die Corona-geplagte Wirtschaft, sondern auch für den gemeinnützigen BioSkop-Verein finanziell sicher nicht einfacher. Wir danken für Ihre Unterstützung!

Erika Feyerabend, Klaus-Peter Görlitzer 

Fortsetzung von Seite 1 >

Virus der Angst


Die Politisierung der Angst geht einher mit ihrer Privatisierung – verkleidet im Gewand eines überzogenen Autonomiebegriffs. Das zeigt sich auch mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Suizidhilfe. Jede/r habe jederzeit das Recht, diese als Dienstleistung von ÄrztInnen oder Sterbehilfeverbänden in Anspruch zu nehmen (→ Seite 8). Wer aber andauernd die Wirklichkeit seiner »grundlosen« Freiheit als Möglichkeit hat, wer ständig zum »Selbstdenken« aufgerufen ist, bekommt es mit Angst vor der eigenen Courage zu tun. Sich von dieser Angstökonomie zu befreien, ist schwer. Besonders wenn Beratungsprogramme zum individuellen Verzicht auf Behandlungen anleiten, die im Prinzip therapeutisch aussichtsreich wären. Dargeboten als »Selbstbestimmung« gegen Übertherapie, die es durchgängig gar nicht gibt (→ Seite 10).

Corona mobilisiert Lebensängste und Überforderungen, in einem Staat, der sich zunehmend nicht mehr als versorgend, sondern präventiv und überwachend charakterisieren lässt. Dass selbst die Überwachung von Infizierten und möglichen Kontaktpersonen per Handy-Tracking in den Bereich des Sagbaren vorgezogen ist, hat auch mit dieser Gewöhnung zu tun.

Die Gefahren sind aber nicht allein im Virus selbst zu verorten, sondern auch in den vorgelegten politischen Strukturen und den Folgen der Versuche, diesen einzudämmen. Mittlerweile reagieren die ohnehin labilen Finanzmärkte. Wer unter den privatisierten Bedingungen dort seine finanzielle Altersvorsorge organisiert hat, wird womöglich zu den Verlierern gehören. Wer in jungen Jahren unter prekären Verhältnissen lebt, wird beispielsweise in Spanien als Frau zur Selbstvermarktung in Form von Eizellabgabe gegen Aufwandsentschädigung animiert – beworben als selbstlose Hilfe für unfruchtbare Paare in aller Welt (→ Seite 14).

Jeder neue virusbedingte »Fall« wird derzeit zum Medienereignis und zum Anlass, Ratschläge fürs Händewaschen und Aufenthaltsregeln zu verbreiten oder PolitikerInnen zu dieser oder jener Handlung aufzufordern. Aufklärung über die Gefährlichkeit und die Ursachen der nunmehr zur »Pandemie« ausgerufenen viralen Krankheitswelle geht anders: Wie verlässlich sind eigentlich die Nachweismethoden? Wodurch unterscheiden sich die neuartigen Coronaviren von denen, die weniger aufregende, aber gar nicht ungefährliche Grippekonjunkturen auslösen? Wo sind die Vergleichsdaten über solche Erkrankungen in Asien, Europa, Deutschland? Noch breiter gedacht: Wie kann Information für PatientInnen aussehen, die frei ist von pharmaindustriellen Interessen und politischen Motiven? (→ Seite 6)

Wer dem Virus der Angst entgehen will, sollte noch andere Fragen stellen und Perspektiven in den Blick nehmen. Denn die Gefährlichkeit und die Bekämpfung eines biologischen Virus hat eben immer auch eine politische Seite. Lässt sich zur Zeit beobachten, wie kaputt gesparte Gesundheitswesen und spekulative Finanzmärkte unter Stress geraten? Ist es nicht der überwachende statt der sozial absichernde Staat, der im Zeichen eines »gefährlichen Virus« als alternativlos inszeniert wird? Und wird nicht auf der Folie einer langen Kulturgeschichte der Seuchen wieder einzuüben versucht, wer die »Gesellschaftsschädlinge« sein sollen? Es waren (und sind?) die »Anderen« – in früheren Zeiten wurden Juden als Pestbringer dargestellt, und die Pestmetapher diente auch als Grundstein für Hitlers Rassenideologie.

Die Geschichte der »Anderen« endet nicht mit 1945. In den 1980er Jahren waren es die Homosexuellen, Prostituierten und sexuell Undisziplinierten, die über den HI-Virus und AIDS zur Gefahr erklärt wurden. Jetzt sehen sich Geflüchtete und MigrantInnen Misstrauen und teils sogar körperlichen Angriffen ausgesetzt. Das ist eine reale Gefahr, die wir nicht hinnehmen dürfen. 

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)

Irrsinn mit den Kräften in der Pflege

Pandemie in Zeiten struktureller Personalknappheit

Das Robert-Koch-Institut (RKI) aktualisiert täglich seine Zahlen zum Coronavirus, bei Redaktionsschluss am 15. März waren in Deutschland 4.838 Covid-19-Fälle bestätigt. Die Experten sprechen mittlerweile von einer Pandemie, die Zahlen werden wohl noch deutlich wachsen. Nicht alle infizierten Menschen brauchen eine medizinische Behandlung. Aber man wird annehmen müssen, dass die Inanspruchnahme der Gesundheitseinrichtungen in den kommenden Wochen und Monaten erheblich ansteigen wird. Und das trifft auf Kliniken, unter denen viele bereits unter der »Normallast« immer öfter in die Knie gehen, vor allem aufgrund des grassierenden Mangels an Pflegekräften.

Ein Baustein, um mittel- und langfristig die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte zu verbessern und das Berufsfeld attraktiver zu machen, ist der Personalschlüssel. Und mit den Pflegepersonaluntergrenzen in ausgewählten Bereichen sollte zumindest ein Einstieg dahingehend erreicht werden, dass nunmehr bestimmte Relationen zwischen PatientInnen und Pflegekräften vorgegeben werden.

Offensichtlich gab es bereits unter »Normalbedingungen« nicht in allen, aber in vielen Kliniken erhebliche Schwierigkeiten bei der Umsetzung dieser – wohlgemerkt – Untergrenzen, mit denen ganz offiziell nicht das Optimum, sondern das Minimum an Versorgungssicherheit für die PatientInnen realisiert werden soll. Und nun verfolgen wir den kontinuierlichen Anstieg der Covid-19-Fälle und ahnen, dass es bald richtig schwierig werden wird, die Erkrankten gut zu versorgen.

Geld in die Hand nehmen

Wir stehen vor einer Situation, in der es bereits in der Prä-Ausnahmezeit überall mangelte, vor allem beim Personal. Und gerade die Pflegekräfte werden gebraucht für die Versorgung der erkrankten Infizierten. Da braucht man jede und jeden und man kann sich auch darauf verlassen, dass gerade die Pflegekräfte übermäßig engagiert ihre qualifizierte Arbeit machen, bis an oder über den Rand der Selbstaubeutung hinaus. Die Politik hat auf höchster Ebene und sehr schnell ein Maßnahmenpaket zur Stützung der Wirtschaft in einer Abend- und Nachtsitzung auf den Weg gebracht. Nun müsste man eigentlich eine Menge Geld in die Hand neh-

men und es denen, die an der Virus-Front die Stellung halten (sollen und müssen), zusätzlich zukommen lassen.

Aber die Botschaften, die bei den Pflegekräften ankommen, hören sich ganz anders an. Dass beispielsweise die Quarantäne-Regelungen, die ansonsten Anwendung finden, bei ihnen nicht gelten (dürfen). Infiziert sich ein Klinik-Mitarbeiter mit Corona, müsste gemäß Empfehlungen des RKI eigentlich die ganze Station unter Quarantäne gestellt werden. Das aber passiert in der Praxis nicht immer. *Tagesschau.de* berichtete am 6. März, Stadt und Region Aachen hätten »entschieden, von den RKI-Empfehlungen abzuweichen«. Die Aachener Krisenstäbe hätten das damit begründet, »dass sonst die Gefahr bestehe, dass ganze Stationen oder gar Kliniken den Betrieb einstellen müssten«.

»Ausnahmetatbestände«

Es gab einen weiteren Nackenschlag, jedenfalls in der Wahrnehmung vieler Pflegekräfte: Die sowieso schon als Mindestmaß konzipierten Pflegepersonaluntergrenzen wurden vom Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (VDU) ausgesetzt. In der Pflegepersonaluntergrenzenverordnung (PpUGV) ist übrigens vorgesorgt worden für den Fall der Fälle. Paragraph 8 nennt »Ausnahmetatbestände« und Übergangsregelungen, in Absatz 2 steht: »Die Pflegepersonaluntergrenzen müssen in den folgenden Fällen nicht eingehalten werden: 1. bei kurzfristigen krankheitsbedingten Personalausfällen, die in ihrem Ausmaß über das übliche Maß hinausgehen, und 2. bei starken Erhöhungen der Patientenzahlen, wie beispielsweise bei Epidemien oder bei Großschadensereignissen.«

Man muss hingegen wissen, dass man noch andere Regelungen erlassen hatte, um die Situation der Pflege in den Kliniken zu verbessern: Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz vom 11.12.2018 wurde beschlossen, einen großen Teil der aktuell über Fallpauschalen (DRG) vergüteten Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System herauszulösen und zukünftig gesondert zu vergüten. Die Krankenhausvergütung wird ab 2020 also auf eine Kombination von Fallpauschalen- und Pflegepersonalkostenvergütung umgestellt. Zugleich hat man den Krankenhäusern versprochen, dass jede zusätzliche Pflegekraft auch refinanziert wird. Damit wollte man den Kliniken den Anreiz nehmen, beim Pflegepersonal einzusparen.

Stefan Sell, Professor für Volkswirtschaftslehre, Sozialpolitik und Sozialwissenschaften an der Hochschule Koblenz

»Aktuelle Sozialpolitik«

Professor Stefan Sell ist auch ein engagierter Blogger. <https://aktuelle-sozialpolitik.de> heißt seine Internet-Seite, auf der er regelmäßig spannende Artikel, Interviews und Vortragstermine publiziert. Der nebenstehende Beitrag ist eine gekürzte Version eines Beitrags, den Sell am 10. März auf seinem Blog geschrieben hatte: <https://aktuelle-sozialpolitik.de/2020/03/10/der-durchaus-rationale-irrsinn-in-der-pflege/>

Fortsetzung auf Seite 4/5 >

Vergessene Opfer?

Coronavirus-Pandemie und globaler Süden

Andreas Wulf (Frankfurt am Main), Arzt und Berlin-Repräsentant bei medico international, arbeitet zu Themen globaler Gesundheit

Lokale Strukturen und Selbsthilfe fördern

Medico international mit Sitz in Frankfurt am Main engagiert sich seit 50 Jahren für Menschen in Not. Im Rahmen ihrer Kooperationen mit AkteurInnen in Afrika, Asien und Lateinamerika geht es der Organisation vor allem auch darum, strukturelle Ursachen von Armut und Ausgrenzung zu thematisieren und möglichst zu beseitigen. »Wir handeln nach der Maxime »Hilfe verteidigen, kritisieren und überwinden«, heißt es auf www.medico.de. »Wir exportieren nicht Hilfsgüter oder Projekte, sondern fördern lokale Strukturen und Initiativen vor Ort. Unsere Partnerinnen und Partner sind keine Hilfsempfänger, sondern kompetente Akteure, die im Kampf für bessere Lebensbedingungen selbst Hilfe organisieren und sich für das Menschenrecht auf Gesundheit einsetzen.« Einblicke in die praktische Arbeit gewinnt man auf www.medico.de. Zu lesen sind auf der Webseite interessante Texte auch zum politischen Umgang mit dem Coronavirus, darunter der Artikel »Quarantäne nach Augenmaß?«, veröffentlicht bereits am 26. Februar von Andreas Wulf.

Warum sind Krankheitsausbrüche und Gesundheitsprobleme erst dann von globalem Interesse, wenn sie die weltwirtschaftlich relevanten Länder und Transportrouten erfassen – wie aktuell der Ausbruch des Coronavirus Covid-19? Oder werden sie dort schlichtweg besser wahrgenommen?

Deutlich ist in den letzten Wochen auf jeden Fall geworden: Die oft beschworene »Weltgemeinschaft« ist bereit, viel mehr zur Bekämpfung der Corona-Epidemie zu investieren als bei einem akuten Masernausbruch 2019 mit über 6.000 Toten in der Demokratischen Republik Kongo oder dem dort seit eineinhalb Jahren nicht beendeten Ebola-Ausbruch mit 2.250 Toten.

Nicht zu sprechen von den weiterhin »großen globalen Killern« unter den Infektionskrankheiten: 2019 erkrankten 10 Millionen Menschen neu an Tuberkulose und 1,8 Millionen starben daran; 230 Millionen Menschen erkrankten im vorigen Jahr an Malaria mit nahezu 400.000 Todesopfern, und knapp 800.000 Menschen starben im gleichen Zeitraum an den Folgen von AIDS.

Der allergrößte Teil dieser Opfer leben im »globalen Süden«, und es erstaunt nicht, dass dort die Prioritäten der öffentlichen Gesundheitssysteme zumindest aktuell weniger auf der Erkennung und der Bekämpfung des Coronavirus-Ausbruchs liegen. Zumal diese Erkrankung in den allermeisten Fällen als milde Erkältungskrankheit verläuft und nur selten zu den schweren Lungenentzündungen fortschreitet, die dann auch tödlich verlaufen können.

Es hilft meines Erachtens wenig, darüber


Globale Weltverantwortung muss die Stärkung der Gesundheitssysteme an allen Orten in den Blick nehmen.

zu spekulieren, ob das Virus nun schon in den Millionenstädten Afrikas oder Indiens angekommen ist – bei der starken Zunahme der afrikanisch-chinesischen-indischen Wirtschaftsverbindungen in den letzten 20 Jahren wäre es eher verwunderlich, wenn das nicht der Fall sein sollte. Angesichts der beschriebenen Realitäten und Prioritäten für die Menschen dort, wird das Coronavirus aber wahrscheinlich für sie immer nur eine Nebenrolle spielen und meistens unentdeckt bleiben.

Viel wichtiger ist es, zu betonen, dass eine echte globale Weltverantwortung, von der jetzt mit Blick auf Corona die Rede ist und die von der Weltgesundheitsorganisation eingefordert wird, die Stärkung der Gesundheitssysteme an

allen Orten der globalen Welt in den Blick nehmen muss. Und nicht nur selektiv in dieser und den kommenden Epidemien auf schnelle technische Lösungen wie den nächsten Impfstoff und Quarantänemaßnahmen zu setzen.

Dies erfordert langfristige Finanzierungszusagen und transparente, auch durch die lokalen Zivilgesellschaften überprüfbare Investitionen in die personellen und materiellen Kapazitäten öffentlicher Gesundheitssysteme vor Ort. Denn nur diese sind in der Lage und in der Verantwortung, auch Menschen ohne eigene Finanzmittel Zugang zu qualitativer Gesundheitsversorgung zur Verfügung zu stellen.

Erst mit einer solchen echten »globalen Gesundheitsversicherung« wäre den Menschen mit ihren jeweiligen Gesundheitsproblemen wirksam geholfen. Von solchen Weltgesundheitsverhältnissen sind wir leider immer noch weit entfernt. 

► *Fortsetzung von Seite 3*

Das hört sich doch wirklich gut an – vor allem, wenn man berücksichtigt, dass immer wieder und berechtigterweise kritisiert wurde, dass die Pflege in einem durchschnittskostenkalkulierten System kurz gehalten wurde. In den ersten Jahren des Fallpauschalen-Systems gab es sogar einen massiven Abbau von Pflegekräften in den Kliniken. Und man hat etwas gemacht, was betriebswirtschaftlich naheliegt: man hat versucht, einen Teil der Arbeit der »teureren« Pflegekräfte durch Hilfskräfte zu ersetzen, die man »billiger« bekommen kann.

Der eine oder andere wird sich an dieser Stelle an ein vergleichbares (und hinsichtlich der Zukunftsperspektiven noch weit über das, was in den Kliniken gelaufen ist, hinausreichendes) Vorhaben in der Altenpflege erinnern: Gemeint ist das sogenannte »Rothgang-Gutachten« zu einem einheitlichen Personalbemessungssystem für die stationäre Langzeitpflege. Festgestellt wurden (nicht überraschend) eine erhebliche, heute schon gegebene Personalunterdeckung und ein entsprechender Mehrbedarf an Personal. Zugleich wurde (für viele dann schon eher sehr überraschend) behauptet, eigentlich hätten wir ►

Frag die Krankenkasse

Online-Service unterstützt verbindliche Daten-Abfrage

Wissen Sie, welche Daten Ihre Krankenkasse über Sie gespeichert hat? Ein »Anfrage-Generator« im Internet hilft, verbindliche Auskünfte einzuholen.

Der neue Service, gratis angeboten vom Verein Patientenrechte und Datenschutz, steht auf der Webseite <http://kassenauskunft.de>. Wer den von Softwarespezialisten entwickelten Generator nutzt, stellt mit wenigen Klicks im Internet eine »rechtskonforme Anfrage« an seine Krankenkasse, versichert der Datenschützerverein. Möglich ist es auch, einen Mustertext auszudrucken und die unterschriebene Vorlage per Briefpost an die Kasse zu schicken.

Zu erfahren und zu überprüfen gibt es reichlich, Patientenrechte und Datenschutz schreibt: »Eine Krankenkasse hat mehr kritische Daten über die Bürgerinnen und Bürger als jede andere Institution: Krankheiten, Therapien, Einkommen, Arbeitsplätze, Anschriften.« Seit der Freischaltung des Generators im Januar 2020 haben Versicherte in rund zwei Monaten über 900 Anfragen gestellt.

Die Kassen müssen die Anfragen binnen vier Wochen kostenlos schriftlich beantworten, und mittlerweile gibt es erste Bescheide. Jan Kuhlmann, einer der beiden Vorsitzenden des Datenschützervereins, bilanziert vorläufig: »Die Antworten sind oft unvollständig und enthalten manchmal Fehldiagnosen, von denen die Versicherten nichts ahnten.« Betroffene können gemäß Datenschutzgrundverordnung die Berichtigung (Artikel 16 DSGVO) falscher Daten verlangen und bei unrechtmäßiger Speicherung die Löschung (Artikel 17 DSGVO). Auch zum Nachhaken gibt <http://kassenauskunft.de> Tipps: »Wir haben den ersten Standard-Text für Versicherte veröffentlicht, die nach einer fehlerhaften Antwort am Ball bleiben wollen«, erklärt Jurist

Kuhlmann. Verweigere eine Krankenkasse die (vollständige) Auskunft, könnten Versicherte auch Beschwerde beim zuständigen Bundes- oder Landesdatenschutzbeauftragten einreichen. Wer genau sie zu beaufsichtigen hat, müssten die Kassen auf ihrer Homepage in Hinweisen zum Datenschutz offenlegen.

Abrechnungsdaten für die Forschung

»Besonders kritisch« sieht der Datenschützerverein neue Datentransfers und -nutzungen, die das von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) initiierte, im November 2019 beschlossene »Digitale-Versorgung-Gesetz« (→ BIOSKOP Nr. 88) verlangt. Bei den Krankenkassen vorliegende Abrechnungsdaten aller gesetzlich Versicherten – also Informationen über rund 73 Millionen Menschen – sollen künftig an eine zentrale Forschungsstelle weiter gegeben werden, angesiedelt beim Spitzenverband der Krankenkassen. Dort sollen die Daten »pseudonymisiert zusammengefasst werden und der Forschung auf Antrag anonymisierte Ergebnisse übermittelt werden«, erläutert Spahns Ministerium. Wer welche Forschungsfragen wann zu welchen wissenschaftlichen und politischen Zwecken mit ihren Daten untersucht, erfahren die Kassenmitglieder aber nicht. Merkwürdiger noch: Die Betroffenen werden nicht mal gefragt, ob sie ihre Daten überhaupt für Auswertungen zur Verfügung stellen wollen. Ein Recht, der Datenübermittlung zu widersprechen, räumt das Digitale-Versorgung-Gesetz nicht ein.

»Mithilfe des Anfrage-Generators«, erläutert Patientenrechte und Datenschutz e.V., »können sich Versicherte nun immerhin schnell und einfach informieren, um welche ihrer Daten es bei den Initiativen von Minister Spahn geht.«


Klaus-Peter Görlitzer 

Patientenrecht auf Auskunft und Kopien

PatientInnen haben das Recht, sich beim Arzt nach ihren Krankenunterlagen zu erkundigen und Einblick in die gedruckte und elektronische Behandlungsdokumentation zu nehmen. Das ist nicht neu. Aber in Arztpraxen und Kliniken ist mitunter umstritten, ob Versicherte die Kopien ihrer persönlichen Behandlungsunterlagen selbst bezahlen müssen oder nicht. Die Datenschutzbehörde des Landes Rheinland-Pfalz hat dazu im Januar hilfreiche Infos veröffentlicht und sich auch klar positioniert. »Zumindest in der ersten Ausfertigung« müssten dem Patienten die Kopien der vollständigen Behandlungsdokumentation »unentgeltlich« zur Verfügung gestellt werden, erklärt die vom Juristen Prof. Dieter Kugelmann geleitete Datenschutzbehörde und begründet dies mit Artikel 15 Absatz 3 der Datenschutzgrundverordnung, die seit Ende Mai 2018 gilt. Der einklagbare Rechtsanspruch auf Einsicht und Auskunft aus sämtlichen sie betreffenden Krankenakten bestehe, »ohne dass dies vor der Behandlung vereinbart werden muss« und gelte »auch nach Abschluss der Behandlung«. Einschränkungen dieser Rechte seien lediglich möglich, wenn »erhebliche Persönlichkeitsrechte Dritter dagegenstehen«. Oder wenn eine Einsichtnahme für den Betroffenen »zu einer erheblichen Gesundheitsgefahr führen würde«, so die Datenschützer. Ihre Informationen zum »Auskunftsanspruch in der Heilbehandlung« sind online: <https://www.datenschutz.rlp.de/de/themenfelder-themen/auskunftsanspruch-in-der-heilbehandlung/>

- genug Pflegefachkräfte in den Pflegeheimen, der zusätzliche Personalbedarf würde sich fast ausschließlich auf die Hilfskräfte fokussieren und man solle die doch bitte rekrutieren – was aber nur geht, wenn man die noch vorgegebene »Fachkraftquote« von 50 Prozent in der stationären Altenpflege abräumt. Von den Befürwortern wird dann immer nett klingend argumentiert: Wenn man mehr Hilfspersonal einstellen würde, dann könnten sich die Pflegefachkräfte endlich auf ihre eigentlichen Aufgaben konzentrieren und müssten sich nicht mehr mit Arbeiten abgeben, für die sie überqualifiziert seien.

Und was wird jetzt aus der klinischen Praxis berichtet? In immer mehr Krankenhäusern werden die Hilfskräfte abgebaut – und deren Arbeit sollen die Pflegefachkräfte einfach »mitmachen«. Kein Witz.

Bleibt die Frage, warum und wie lange noch die Pflegefachpersonen stillhalten und das unsinnige Spiel mitspielen, obgleich sie alle wie die Rohrspatzen schimpfen über solche Entwicklungen. Solange die Pflegekräfte als Spatzen wahrgenommen werden, kann man sie auch so behandeln. 

Training für Patientenvertreter

Bettina Berger vom Lehrstuhl für Integrative Medizin der Uni Witten-Herdecke erläutert Ziele und Anforderungen

BIOSKOP-Interview

Infos vom IQWiG

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) wird aus Beiträgen der gesetzlich Krankenversicherten finanziert. Seine Expertisen erstellt es ausschließlich im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und des Bundesministeriums für Gesundheit. Zu den Aufgaben des Instituts, das »keine Sponsoring- oder Werbeangebote akzeptiert«, gehört es auch, »unabhängige und evidenzbasierte medizinische Informationen« für die Öffentlichkeit bereitzustellen. Das geschieht vor allem im Internet: Auf der Plattform www.themencheck-medicin.iqwig.de können BürgerInnen »Forschungsfragen stellen«, zum Beispiel: »Welche Vor- und Nachteile hat eine bestimmte Behandlungsform?« Den Anspruch, evidenzbasiert und allgemeinverständlich zu informieren, verfolgt auch das IQWiG-Portal www.gesundheitsinformation.de. Die Themenpalette reicht von A wie Allergien bis Z wie Zähne. Dabei sollte man auch diesen Hinweis des IQWiG ernst nehmen: »Gesundheitsinformation.de kann das Gespräch mit Ärzten und anderen Fachleuten unterstützen, aber nicht ersetzen.«

Patientenvertreter reden mit. Sie diskutieren im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem mächtigsten Gremium des deutschen Gesundheitswesens. Sie sitzen in Leitlinienkommissionen, die das Wissen zu einem Krankheitsbild zusammentragen. Sie beraten in Ethikkommissionen und helfen, wissenschaftliche Studien zu planen. Doch wie werden sie auf solche Aufgaben vorbereitet? Die Gesundheitswissenschaftlerin Bettina Berger hat ihre Doktorarbeit über das Training in wissenschaftlicher Kompetenz für Patienten- und Verbrauchervertreter geschrieben. Welche Defizite sie in der Praxis sieht, erläutert sie im Gespräch mit BIOSKOP-Autorin Martina Keller.

BIOSKOP: Warum ist es wichtig, die Patientenperspektive in Gremien des Gesundheitswesens einzubringen?

BETTINA BERGER: Viele Gesunde können in keinster Weise nachvollziehen, was es für Patienten bedeutet, über 5, 10, 20 oder 40 Jahre mit einer bestimmten Erkrankung leben zu müssen. Und viele der Studien, die von Patienten angeregt worden sind, nehmen tatsächlich Patientenbedürfnisse in den Blick. Betroffene stellen andere Fragen als Ärzte.

BIOSKOP: Könnten Sie ein Beispiel nennen?

BERGER: Wir kennen das sehr intensiv aus der Auseinandersetzung um Chemotherapie, wo die Effektivität eines Chemotherapeutikums beispielsweise daran gemessen wird, ob der Patient ein paar Tage länger lebt. Aus Patientenperspektive fragt man sich: Ist es das wert? All die Nebenwirkungen, wozu?

BIOSKOP: Wie sieht es aus, wenn Patienten mitreden?

BERGER: Ich erinnere mich an einen der ersten Cochrane Reviews aus Perspektive von Menschen mit Diabetes. Die Ärzte hatten immer gesagt, Diabetiker müssten ihre Spritzstellen desinfizieren und könnten nicht durch die Kleidung spritzen. Und dann haben die Patienten gesagt: Das wollen wir jetzt aber mal untersucht haben. Und es stellte sich heraus, dass diejenigen, die durch die Kleidung spritzten, nicht mehr Hautverletzungen oder Infektionen hatten als die, die sich die Spritzstellen vorher desinfiziert hatten.

BIOSKOP: Warum ist das für Betroffene so wichtig?

BERGER: Natürlich ist es ein viel größerer Umstand, wenn ein Mensch mit Diabetes sich in einem Kreis von Freunden unterhält und er sich dann wegen des Spritzens zurückziehen muss, womöglich auf eine nicht besonders gut desinfizierte Toilette. Das ist nicht lebenspraktisch. Wenn der Betroffene sich schnell unterm Tisch spritzen kann, ohne die Hosen herunterziehen zu müssen, bedeutet das eine große Erleichterung.

BIOSKOP: Patientenvertreter sitzen in den Gremien oft mit Ärzten an einem Tisch, die ihnen Expertenwissen voraus haben. Können Sie auf Augenhöhe mitreden?

BERGER: Zuerst einmal brauchen sie natürlich des Selbstbewusstsein und den Mut, ihre eigene Wahrnehmung ernst zu nehmen: Wenn Betroffene meinen,

sie nehmen etwas anderes wahr, als der Arzt erzählt, dann müssen sie die Möglichkeit haben, das auszusprechen. Und sie müssen reflektieren, wie bedeutsam ist das denn, was ich da wahrnehme, kann ich dem trauen? Geht es anderen vielleicht auch so?

BIOSKOP: Fachwissen braucht es nicht?

BERGER: Natürlich ist das wichtig. Kann ich zum Beispiel in Datenbanken recherchieren, ob schon andere Menschen genau die gleichen Erfahrungen gemacht haben? Wie ist der Stand der Forschung? Macht es Sinn, zu einem Thema eigene Forschung zu fordern? Da sind grundlegende Kenntnisse in evidenzbasierter Medizin für Patientenvertreter genauso wichtig wie für alle anderen, die im Gesundheitswesen arbeiten.

BIOSKOP: Wissenschaft in der Medizin ist komplex. Bedeutet es nicht eine Überforderung, sich da einarbeiten zu müssen?

»Probleme bei Screening-Untersuchungen sollten Allgemeinwissen sein.«

► **BERGER:** Über gewisse Grundkenntnisse sollte jeder verfügen, etwa verstehen können, was mit »number needed to treat« gemeint ist. Das bedeutet: Wie viele Patienten müssen eine Behandlung nutzen, damit einer davon profitiert? Inzwischen berühmt ist das Mammografie-Screening, das mir eben nicht unbedingt hilft. Laut Statistik sterben ein oder zwei Frauen weniger pro 1.000 Frauen, die sich dieser Diagnostik unterzogen haben. Dafür machen sich etliche Frauen umsonst Sorgen, weil sie ein sogenanntes falsch positives Ergebnis erhalten, also fälschlich bei ihnen Brustkrebs diagnostiziert wird, was weitere Abklärung erfordert. Diese Probleme bei Screeninguntersuchungen sollten Allgemeinwissen sein, eigentlich sogar Lehrstoff in der Schule.

BIOSKOP: Aber wie kommen Patientenvertreter an dieses Wissen?

BERGER: Wir haben ein Training entwickelt, das wir auch bereits sechs Jahre lang angeboten haben – drei Jahre in Hamburg in den Jahren 2002 bis 2005 und drei Jahre in Österreich von 2007 bis 2010. Dort wurden Patienten- und Verbrauchervertreter jeweils 40 Stunden lang geschult – in evidenzbasierter Medizin und in der Entwicklung und dem Überdenken eigener Entscheidungen.

BIOSKOP: Hat dieses Training geleistet, was Sie sich davon versprochen haben?

BERGER: Das Training orientiert sich an Methoden der Erwachsenenpädagogik und den entsprechenden Vorgaben – inklusive Lehrplan-Entwicklung, Lernziel-Formulierung und vor allem an eine Didaktik, die geeignet ist, wirklich etwas zu lernen, also mit interaktiven Modulen, mit Übungen, mit Kleingruppenarbeiten, mit Rollenspielen. Zunächst, in Hamburg, haben wir die Machbarkeit überprüft; und im zweiten Durchgang, in Österreich, ging es wirklich darum, ob die Teilnehmer hinterher über mehr kritische Gesundheitskompetenz verfügen, also in der Lage sind, Informationen zu kritisieren und einzuordnen. Und da konnten wir eine signifikante Verbesserung feststellen.


BIOSKOP: Auch die Europäische Patienten-Akademie Eupati bietet Schulungen an, die Patientenvertreter in ganz Europa erreichen sollen. Unterstützenswert?

BERGER: Ich habe mich bislang nicht getraut, mich da einzubringen. Weil da sehr viel Pharma-Unterstützung hinter steckt. Und ich immer den Verdacht habe – ich weiß es auch von bestimmten Selbsthilfverbänden – dass Patienten vor die Interessen der Pharmaindustrie gespannt werden, um bestimmte Arzneimittelentwicklungen zu pushen – vermeintlich wegen Patientenbedarfs. Und damit ist keine Unabhängigkeit mehr vorhanden.

BIOSKOP: Als einziges Gremium in Deutschland organisiert der G-BA regelmäßig für seine Patientenvertreter unabhängige, eintägige Schulungskurse. Was wurde denn aus Ihrem Angebot?

BERGER: Wir hatten unser Curriculum in einer erneuten Auflage als Onlinetool weiterentwickelt, also eine Mischung aus Multimedia und Webinars – aber leider keine Finanzierung dafür bekommen. Dabei ist die Qualifizierung von Patientenvertretern eigentlich eine öffentliche Aufgabe. Bund, Länder oder die Krankenkassen sollten für unabhängige Schulungen Geld bereitstellen. Sonst ist wirkliche Teilhabe nicht möglich.

BIOSKOP: Sie selbst sind Diabetes-Typ-1-Patientin, Ihre Bauchspeicheldrüse produziert kein Insulin, und Sie müssen spritzen. Haben Sie sich mal in eigener Sache engagiert?


BERGER: Ich habe versucht, mein Wissen an evidenzbasierter Medizin im Deutschen Diabetiker Bund einzubringen, der ja von verschiedenen Pharmafirmen unterstützt wird. Aber in dem Moment, als ich mit Patientenvertretern einen Cochrane Review mit kritischen Erkenntnissen zu sogenannten Insulinanaloga lesen und diskutieren wollte, wurde mir das untersagt. Weil der Patientenverband gerade die Ansage bekommen hatte, dass Insulinanaloga zu unterstützen seien. Punkt. 

Petition für besseren Informationszugang

Die Politik muss sich endlich dafür einsetzen, den Zugang zu medizinisch-wissenschaftlichen Veröffentlichungen zu verbessern. Dies fordert eine Petition an den Bundestag, gestartet vom Deutschen Netzwerk Evidenz-basierte Medizin (EbM). »Unabhängige Informationen auf Basis der besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse« müssten kostenfrei verfügbar gemacht werden, fordert das EbM-Netzwerk – »nicht nur für Wissenschaftler*innen, sondern auch für Patient*innen und alle, die in der Gesundheitsversorgung tätig sind«. Solche Informationsfreiheit gebe es hierzulande bisher kaum, bedauert das EbM-Netzwerk; die Folgen seien erheblich, zum Beispiel: »Ärzt*innen in Praxen oder in kleineren Kliniken können wichtige neue Studien nicht im Original lesen. Patient*innen können sich nur eingeschränkt über Behandlungsoptionen informieren.« Die Petition konnte bis zum 10. März unterzeichnet werden. Ob, wann und wie der Bundestag reagiert, bleibt zu beobachten.

35 Prozent Wachstum

Pharmafirmen unterstützen Patienten- und Selbsthilfverbände gern finanziell. Die Großen der Branche veröffentlichten Ende März 2019 zum zehnten Mal ihre Sponsoring-Bilanz: »Im Berichtsjahr 2018 belief sich die Höhe der Zahlungen auf rund 7,2 Millionen Euro«, meldete der Verein Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie (FSA), in dem reichlich Konzerne dabei sind. »Die im Vergleich zum

Vorjahr um 35 Prozent gestiegene Höhe der Zuwendungen«, erklärte FSA-Geschäftsführer Holger Diener, »zeugt von der erheblichen Bedeutung, die pharmazeutische Unternehmen der Arbeit von Patientenorganisationen beimessen.« Gesponsert werden zum Beispiel Veranstaltungen oder Infomaterialien von Selbsthilfverbänden. Ob die Zahlungen weiter wachsen, wird die nächste Bilanz (Stichtag: 1. April 2020) offenbaren. *Klaus-Peter Görlitzer* 

Recht auf Hilfe zur Selbsttötung

Bundesverfassungsgericht betont persönliche Autonomie – und sieht auch sozialpolitische Pflichten des Gesetzgebers

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

»In jeder Phase menschlicher Existenz«

Das Bundesverfassungsgericht hat sein Suizidhilfe-Urteil vom 26. Februar 2020 in einer 4-seitigen Pressemitteilung dargestellt.

Nachfolgend zitieren wir eine Passage, die zeigt, dass die höchsten RichterInnen Suizidhilfe unbedingt billigen – und auch nicht davon abhängig machen, ob der Sterbewillige krank ist oder nicht: »Der Entschluss zur Selbsttötung betrifft Grundfragen menschlichen Daseins und berührt wie keine andere Entscheidung Identität und Individualität des Menschen.

Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasst deshalb nicht nur das Recht, nach freiem Willen lebenserhaltende Maßnahmen abzulehnen. Es erstreckt sich auch auf die Entscheidung des Einzelnen, sein Leben eigenhändig zu beenden. Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben ist nicht auf fremddefinierte Situationen wie schwere oder unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen beschränkt.

Es besteht in jeder Phase menschlicher Existenz. Eine Einengung des Schutzbereichs auf bestimmte Ursachen und Motive liefe auf eine Bewertung der Beweggründe des zur Selbsttötung Entschlossenen und auf eine inhaltliche Vorbestimmung hinaus, die dem Freiheitsgedanken des Grundgesetzes fremd ist.«

Nach langer Debatte entschied der Bundestag im November 2015 endlich: Organisierte Suizidhilfe wird strafrechtlich verboten (→ BIOSKOP Nr. 72). Der entsprechende § 217 StGB, der professionellen SterbehelferInnen die Arbeitsgrundlage entziehen sollte, gilt nun aber nicht mehr. Denn am 26. Februar hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) geurteilt: Das Verbot der sogenannten geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung verstößt gegen das Grundgesetz. Der Bundestag steht vor einer brisanten Frage: Soll er Verfahrens- und Qualitätsregeln für Suizidhilfe aufstellen?

Das Urteil des höchsten deutschen Gerichts dürfte selbst die Erwartungen von Sterbehilfeverbänden (→ *Kasten auf Seite 9*) übertroffen haben, die – neben einigen schwerkranken PatientInnen und suizidhilfewilligen ÄrztInnen – in Karlsruhe Verfassungsbeschwerde gegen § 217 StGB eingelegt hatten. Denn der Zweite Senat des BVerfG bejaht nicht nur, dass das »Recht auf selbstbestimmtes Sterben« auch die »Freiheit« einschließe, »auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen«. Die VerfassungsrichterInnen um Präsident Andreas Voßkuhle betonen auch, dass dieses Recht »in jeder Phase menschlicher Existenz« gelte – egal, ob Sterbewillige krank sind oder gesund (→ *Randbemerkung*).

Das Verbot, Suizidhilfe als Dienstleistung anzubieten, behindere die freie Persönlichkeitsentfaltung. »Ohne geschäftsmäßige Angebote der Suizidhilfe«, erklärt die BVerfG-Pressemitteilung zum Urteil, »ist der Einzelne maßgeblich auf die individuelle Bereitschaft eines Arztes angewiesen, an einer Selbsttötung zumindest durch Verschreiben der benötigten Wirkstoffe assistierend mitzuwirken.« Bislang hätten ÄrztInnen »geringe Bereitschaft« gezeigt, Suizidhilfe zu leisten, und sie können dazu auch künftig »nicht verpflichtet werden«.

Das BVerfG-Urteil mit seiner radikalen Interpretation »autonomer Selbstbestimmung« dürfte die deutsche Gesellschaft verändern. Zunächst wird der Richterspruch das Geschäftsfeld organisierter SterbehelferInnen befördern; diese Branche, der es angeblich nicht um finanzielle Gewinne geht, steht längst in den Startlöchern, einen Vorgeschmack gibt ein sogleich lanciertes Beratungsangebot namens »Schluss.PUNKT« (→ *Seite 9*). Perspektivisch wird die Verfüg-

barkeit von Suizidhilfeangeboten steten Druck ausüben – auf Menschen, die alt, krank, einsam sind und auch auf MedizinerInnen.

In einer Reaktion auf das BVerfG-Urteil bekräftigte Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), zwar die Haltung der Musterberufsordnung von 2011 (→ *BIOSKOP Nr. 54*): »Die Beihilfe zum Suizid gehört grundsätzlich nicht zu den Aufgaben von Ärztinnen und Ärzten.« Aber der BÄK-Chef sagte auch, nun sei »eine innerärztliche Debatte zur Anpassung des ärztlichen Berufsrechts erforderlich«. Die könnte darauf hinaus laufen, dass auch MedizinerInnen künftig die Wahl zugestanden wird, zum Sterben zu assistieren oder nicht – je nach persönlichem Ethos des Arztes. Ob auch außerhalb einer Behandlungsbeziehung und sogar für gesunde Sterbewillige, das wird die Diskussion des Berufsstandes zeigen.

»Instrumentalisierung von Ärzten«

Kämpferischer als der BÄK-Präsident hat sich die DGPPN gegen mögliche Wirkungen des Urteils positioniert. Die Gesellschaft der FachärztInnen für psychische Gesundheit lehnt eine »Instrumentalisierung von Ärzten« entschieden ab. Was auf ihre Mitglieder zukommen kann, bringt die DGPPN so auf den Punkt: »Als Gutachter werden sie absehbar darüber entscheiden müssen, inwieweit die Selbstbestimmungsfähigkeit und der freie, uneingeschränkte Wille eines Menschen in Hinblick auf seinen Sterbewunsch gegeben ist. Diesen Rollenwechsel hält die DGPPN für inakzeptabel.« Solche Szenarien sind aber wahrscheinlich, zumal das BVerfG voraussetzt, dass der Sterbewillige die Reichweite seiner Entscheidung verstehen kann.

Die gelebte Wirklichkeit vor (versuchten) Selbsttötungen sieht nach Darstellung der DGPPN so aus: »Laut aktueller Suizidforschung stehen 90 Prozent aller Suizide in unmittelbarem Zusammenhang mit Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen. Diese können auch die Einsichtsfähigkeit beeinträchtigen.« Und diese Zahlen sollten alarmieren: »Rund 10.000 Menschen sterben jährlich in Deutschland an einem Suizid, weit über 100.000 Suizidversuche werden im gleichen Zeitraum geschätzt.«

Ob und wer in die Rolle des Begutachtens gedrängt wird, könnte demnächst der Bundestag entscheiden. Denn das BVerfG hat erklärt, dass der Gesetzgeber die organisierte Suizidhilfe »regulieren darf«. Dazu habe er ein »Spektrum ▶

► an Möglichkeiten«; laut BVerfG reichen sie von »gesetzlich festgeschriebenen Aufklärungs- und Wartepflichten über Erlaubnisvorbehalte, die die Zuverlässigkeit von Suizidhilfeangeboten sichern, bis zu Verboten besonders gefährlicher Erscheinungsformen der Suizidhilfe«. Also kann der Bundestag durchaus bestimmen, gemäß welcher Kriterien unterstützte Selbsttötungen künftig legitim und somit gesellschaftlich anerkannt sein sollen – nicht nur für Kranke, sondern für alle, die Suizidhilfeangebote annehmen wollen. Der Bundestag kann zum Beispiel festlegen, welche Qualifikation ein zugelassener Sterbehelfer nachzuweisen hat und welche Stelle ihn fachlich anerkennt – und auch, welche tödlichen Wirkstoffe er beschaffen darf und wie er sich verhalten soll, wenn der Suizid ausgeführt wird.

Schnelle Reaktion

Zu den Beschwerdeführern, die beim Bundesverfassungsgericht (BVerfG) gegen das gesetzliche Verbot geschäftsmäßiger Förderung der Selbsttötung geklagt hatten, zählen die Vereine »Sterbehilfe Deutschland« und Dignitas sowie der Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS), Rechtsanwalt Prof. Robert Roßbruch. Auf das für sie erfreuliche BVerfG-Urteil vom 26. Februar 2020 reagierten die Organisationen schnell: Dignitas, die ihren Hauptsitz in der Schweiz hat und dort laut eigener Bilanz im Jahr 2019 insgesamt 256 »Freitodbegleitungen« durchgeführt hat, kündigte an, auch in der Bundesrepublik bald wieder Menschen bei der Selbsttötung helfen zu wollen.

Am 2. März gaben DGHS und Dignitas Deutschland zudem bekannt, sie hätten nun gemeinsam eine »niederschwellige Beratungsstelle« namens Schluss.PUNKT gegründet, die telefonische »Hotline« sei gedacht als kostenlose Dienstleistung für »Menschen, die eine Beendigung des eigenen Lebens in Betracht ziehen«. Ziel dieser Stelle ist es laut Darstellung ihrer MacherInnen, »kurzschlüssige und riskante Suizidversuche zu verringern und wohlwogene Suizide zu ermöglichen«. Die Beratung für AnruferInnen erfolge »ergebnisoffen«, schreibt die DGHS, die seit vielen Jahren Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit zur Ermöglichung ärztlich unterstützter Selbsttötungen betreibt. Das DGHS-Grundsatzprogramm (Stand: März 2016) fordert zudem eine »Anpassung des Betäubungsmittelrechts, die es Ärzten ermöglicht, ggf. zur Selbsttötung geeignete Medikamente mit sicherer Wirkungsweise zu verschreiben«.

Klaus-Peter Görlitzer ☺

Es ist damit zu rechnen, dass Abgeordnete – vom BVerfG allerdings sehr eingegrenzt – Handlungsraum gestalten wollen. Dass sie dazu bereit sei, erklärte Anfang März auch Bundesjustizministerin Christine Lambrecht (SPD): »Ich halte es für machbar, dass wir noch in dieser Wahlperiode über Gruppenanträge im Bundestag Regelungen zum Thema Suizidhilfe schaffen.« Ob es erträglich ist, Vorgaben für eine qualitätsgesicherte Suizidhilfe zu definieren, soll jede/r Abgeordnete nach seinem Gewissen entscheiden dürfen, einen Fraktionszwang soll es bei dieser Frage nicht geben.

Viel dringlicher ist es, konkrete Missstände zu beseitigen, die das auf individuelle Autonomie fokussierte BVerfG immerhin auch angesprochen hat. »Nachvollziehbar« finden die höchsten RichterInnen nämlich Bedenken, »dass geschäftsmäßige Suizidhilfe zu einer gesellschaftlichen Normalisierung der Suizidhilfe führen« könne – und auch, dass sich »der assistierte Suizid als normale Form der Lebensbeendigung insbesondere für alte und kranke Menschen etablieren könne«. Der Gesetzgeber, erklärt das BVerfG, »darf einer Entwicklung entgegensteuern, welche die Entstehung sozialer Pressionen befördert, sich unter bestimmten Bedingungen, etwa aus Nützlichkeitsabwägungen, das Leben zu nehmen«.

Welche Phänomene das BVerfG hier im Blick hat, sagt es auch: steigender Kostendruck in den Pflege- und Gesundheitssystemen, »insbesondere vor dem Hintergrund, dass Versorgungslücken in der Medizin und der Pflege geeignet sind, Ängste vor dem Verlust der Selbstbestimmung hervorzurufen und dadurch Suizident-schlüsse zu fördern«. Häufiges Motiv für eine assistierte Selbsttötung sei zudem »der Wunsch, Angehörigen oder Dritten nicht zur Last zu fallen«.

»Gesellschaftliche Normalisierung«?

Solche Ausführungen zeigen: Den VerfassungsrichterInnen ist wohl bewusst, in welchen sozialpolitischen Realitäten sie ihre – radikal liberale – Suizidhilfe-Entscheidung gefällt haben, ausgehend vom theoretischen Ideal des souveränen, aufgeklärten Individuums, das alle Freiheiten zur Auswahl haben soll. Um zu verhindern, dass die höchstrichterlich gebilligte Option der Suizidhilfe künftig übermäßig gewählt wird, ruft das BVerfG den Gesetzgeber nebenbei dazu auf, die realen Verhältnisse zu verbessern: vor allem in Gesundheitswesen und Sozialpolitik.

Diese Gemengelage kann man merkwürdig finden. Entscheidend ist aber: Der Gesetzgeber sollte nun alles tun, um die »gesellschaftliche Normalisierung« der Option »Suizidhilfe«, die er mit dem § 217 StGB ja verhindern wollte, glaubwürdig zu bremsen. Sie zu stoppen, ist nach diesem Urteil wohl nicht mehr möglich. ☺

Durch ärztliche Hand?

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat das Verbot der »geschäftsmäßigen Förderung« der Selbsttötung zwar als verfassungswidrig bewertet. Gleichzeitig erklärte das BVerfG aber, dass der Gesetzgeber befugt sei, Beihilfe zur Selbsttötung im Detail zu regeln. Denkbare Beispiele sind Vorschriften, um die »Zuverlässigkeit von Suizidhilfeangeboten zu sichern«. Eine politisch debattierte Bedingung ist es, dass ausschließlich ÄrztInnen Hilfe zur Selbsttötung leisten dürfen. Angesichts solcher Szenarien empfehlen wir der Politik, die Stellungnahme »Keine geregelten Dienstleistungen für die Selbsttötung!« noch mal zu lesen. BioSkop und die Hospizvereinigung Omega hatten das Papier im Herbst 2015 gemeinsam vorgelegt. Ein Auszug: »Sicher wünscht sich jede/r einen ›guten Tod‹ als Teil der eigenen Biografie. In den öffentlichen Unterhaltungen über Patientenverfügungen und Sterbedienstleistungen wird darunter nicht selten ein sehr einsames Entscheiden für den vermeintlich ›kontrollierten Tod‹ verstanden. Hohes Alter mit Pflegebedürftigkeit wird fast schon als ›vorgezogene Form des Sterbens‹ dargestellt [...] Möglicherweise bieten gesetzliche Regelungen Handlungssicherheit und auch Handlungsanweisungen für einige Ärzte und Sterbehilfeanbieter. Die Abgrenzung zur ›aktiven Sterbehilfe‹ für unheilbar Kranke, aber auch für nicht mehr handlungs- und entscheidungsfähige Menschen in Demenz oder im Koma, wird zukünftig schwerer fallen. Der Ruf nach fachgerechter, aktiver Ausführung der Sterbehilfe durch ärztliche Hand wird nicht lange auf sich warten lassen, wenn erst einmal gesetzlich legitimiert wird, dass Ärzte Beihilfe zur Selbsttötung leisten können.« Die ganze Stellungnahme ist online: www.bioskop-forum.de

BÄK-BeraterInnen empfehlen ACP

BeraterInnen der Bundesärztekammer empfehlen, Konzepte zum sogenannten Advance Care Planning »breit zu unterstützen«. Im Kern zielen sie darauf, Menschen mit Hilfe professioneller Gesprächsführung zu motivieren, frühzeitig ihre Vorstellungen für oder gegen medizinische Behandlungen in Notfällen und während ihrer vermutlich letzten Lebensphase verbindlich zu dokumentieren.

Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), meint: »Wenn Menschen qualifiziert dabei unterstützt werden, sich eine Meinung über mögliche medizinische Maßnahmen an ihrem Lebensende zu bilden, profitieren davon nicht nur die Betroffenen selbst. Auch Angehörige und Ärzte werden in schwierigen Entscheidungssituationen entlastet.« Reinhardts Einschätzung steht in der BÄK-Pressemitteilung »Kontinuierliche Beratung für mehr Autonomie am Lebensende«, veröffentlicht am 13. Dezember 2019. Anlass war eine neue Stellungnahme der bei der BÄK angesiedelten Zentralen Ethikkommission (ZEKO), ihr Thema: »Advance Care Planning (ACP)«.

Rechtliche Grundlage für ACP-orientierte Versorgungsplanungen ist Paragraph 132g SGB V, eingeführt Ende 2015 mit dem Hospiz- und Palliativgesetz. Finanziert wird das Planungsinstrument, das wir wiederholt kritisch beleuchtet und hinterfragt hatten (→ *Randbemerkung*), ausschließlich für ACP-Beratungen, die BewohnerInnen von Pflegeheimen und Behinderteneinrichtungen angeboten werden. Im Sommer 2019 hatte erstmals auch eine WissenschaftlerInnen-Gruppe ein nachdenkliches Memorandum zum Thema veröffentlicht (→ *BIOSKOP* Nr. 87).

Jochen Taupitz, Vorsitzender der ZEKO, befürwortet ACP-Angebote: sinnvoll könnten sie nach Meinung des Juraprofessors zum Beispiel auch für Menschen »mit beginnender Demenz« sein, um »ihnen rechtzeitig vor Eintritt der Einwilligungsunfähigkeit eine noch selbstbestimmte Entscheidung zu ermöglichen«. Die 8-seitige ZEKO-Stellungnahme empfiehlt, ACP-Angebote »möglichst breit zugänglich« zu machen.

Anders als bisher vom Gesetzgeber ermöglicht, müssten ACP-Angebote künftig auch für gesunde Versicherte sowie außerhalb von Pflege- und Behindertenheimen »verfügbar« werden, meinen die BÄK-BeraterInnen. Notwendig sei zudem eine »Vereinheitlichung der Dokumentation«, insbesondere für Notfallanordnungen.

Deren Standardisierung diene dazu, Rettungsdienste und ÄrztInnen in die Lage zu versetzen, den im Zuge einer ACP-Vorausplanung erklärten, verbindlichen Willen eines im Notfall nicht äußerungsfähigen Patienten »in kürzester Zeit« erfassen und befolgen zu können.

Die ZEKO positioniert sich deutlich pro ACP, erklärt aber, sie wolle mit ihrem Papier »eine breite und differenzierte Diskussion innerhalb und außerhalb der Ärzteschaft anstoßen«. Ihre Stellungnahme geht immerhin auch auf einige Argumente von ACP-KritikerInnen ein. Zum Beispiel auf »die Gefahr, dass bei Betroffenen in institutionellen Kontexten der Eindruck eines faktischen Zwangs zur Vorausplanung entstehen könnte« oder auf »mögliche Manipulationsgefahren im ACP-Gesprächsprozess«. Jurist Taupitz erklärt: »Der geeignete Zeitpunkt für ein ACP-Gespräch ist sensibel zu wählen«. Außerdem müsse »kritisch geprüft werden, ob im Einzelfall eine proaktive Thematisierung von ACP zu Belastungen bei Betroffenen führen kann«.

Risiken im Blick?

Der Warnung, dass es bei ACP-Angeboten in Heimen zu Rollen- und Interessenkonflikten von MitarbeiterInnen kommen könne, entgegnet die ZEKO, dass als GesprächsbegleiterInnen ja auch externe Personen einbezogen werden könnten.

Bewusst ist der Kommission, dass ACP-Programme in Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen heikel sein können, da deren BewohnerInnen rechtlich »nicht oder nur eingeschränkt zu einer autonomen Willensbildung« fähig seien. Dabei, so die Stellungnahme, »bedarf es besonderer Vorsichtsmaßnahmen, um einen möglichen Missbrauch des Instruments der Vorsorgeplanung etwa auf ein »gewünschtes« Ergebnis hin zu verhindern«. Was zum Schutz konkret getan werden soll, erläutert die ZEKO nicht, sie hält aber »Forschungsanstrengungen« für notwendig, um »zu ermitteln, welche Instrumente für welchen Personenkreis tatsächlich geeignet erscheinen«.

Auch »systemkritische Bedenken« thematisiert die ZEKO, etwa, dass bei der gesundheitlichen Vorausplanung »umfassende Sorge« verengt zu werden drohe – und zwar allein auf Aspekte medizinischer Behandlung. »Erfahrungen belegen«, schreibt die ZEKO, »dass ACP-Programme dieser umfassenderen, über die Klärung rein medizinischer Aspekte hinausgehenden Anforderung Rechnung tragen können«. Eine Behauptung, die in der gelebten Praxis sowie im Licht der rechtlichen Vorgaben genau zu prüfen wäre. *Klaus-Peter Görlitzer* ☺

Wer die ACP-Stellungnahme im Wortlaut nachlesen möchte, findet sie im Internet: www.zentrale-ethikkommission.de/stellungnahmen/

BioSkop-Dossier zur ultimativen Planung

Wer über Hintergründe der »Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase« laufend 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.

Unbedingt lesenswert ist zudem das Memorandum »Innehalten und Alternativen ermöglichen zu ACP und Versorgungsplanung«, vorgelegt im Juni 2019 von Mitgliedern des Wissenschaftlichen Beirats des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands (→ *BIOSKOP* Nr. 87).

Das Memorandum ist online: www.dhgv.de/tL_files/public/Aktuelles/News/20190611_ACP_Memorandum_EF.pdf

Auf den Spuren der Beneluxstaaten

Spanien und Portugal erwägen, Euthanasie zu legalisieren

»Aktive Sterbehilfe«, ausgeführt von ÄrztInnen mittels tödlich wirkender Präparate, haben in Europa nur die Niederlande, Belgien und Luxemburg per Gesetz erlaubt. Spanien und Portugal könnten bald folgen.

In Spanien amtiert seit Januar eine Minderheitsregierung, formiert aus Sozialisten und der linken Parteienallianz Unidas Podemos. Ein Vorhaben, auf das sich die neuen Partner im Koalitionsvertrag geeinigt haben, ist die Legalisierung von Euthanasie und ärztlich assistierten Selbsttötungen. Ein entsprechender Gesetzentwurf wurde bereits Mitte Februar auf den Weg gebracht, ausdrücklich unterstützt auch von liberalen, linken und separatistischen Oppositionsparteien; dagegen positionieren sich im Parlament bislang nur die konservative Volkspartei sowie die rechtsnationale Fraktion Vox.

Laut geplantem Gesetz hätten in Spanien künftig solche PatientInnen Anspruch auf »aktive Sterbehilfe«, die unheilbar krank sind oder deren Leiden dauerhaft ist und von den Betroffenen als unerträglich wahrgenommen wird. Voraussetzung ist gemäß Entwurf, dass Sterbewillige volljährig und einwilligungsfähig sind und ihren Euthanasie-Wunsch schriftlich dokumentiert haben. Ihren Antrag müssen zwei ÄrztInnen und eine Kommission begutachten, und es soll eine persönliche Bedenkzeit von zwei Wochen gelten, bevor die Euthanasie durchgeführt werden darf – dann zu bezahlen von den Krankenkassen. Wichtig ist den BefürworterInnen aber auch: MedizinerInnen, die es kategorisch ablehnen, PatientInnen zu töten, sollen nicht dazu gezwungen werden und weiterhin ihrem Gewissen folgen können.

Einen genauen Zeitplan für das weitere Beratungsverfahren gibt es noch nicht; Spaniens Gesundheitsminister Salvador Illa von der sozialistischen Partei hofft aber, dass das Euthanasiegesetz schon in diesem Juni endgültig beschlossen und so Selbstbestimmung und Würde schwer kranker Menschen unterstützen wird – ungeachtet der Bedenken von RednerInnen aus den Reihen der parlamentarischen Minderheit, die sein Vorhaben als Maßnahme zwecks Kostensenkung scharf kritisieren und fordern, Pflege, Palliativmedizin und Hospize besser auszustatten.

Im portugiesischen Parlament standen am 20. Februar gleich fünf Gesetzentwürfe zur Debatte, die allesamt »aktive Sterbehilfe« erlaubt sehen wollen. Alle Vorschläge, eingebracht von verschiedenen Parteien, wurden von der Mehrheit der Abgeordneten befürwortet, geschlossene Ablehnung kam nur von der konservativen Partei und den Kommunisten. Die meisten Stimmen (128 von 230) erhielt der Entwurf der sozialistischen Partei, die in Portugal mit António Costa seit November 2015 den Chef einer Minderheitsregierung stellt. Alle fünf Varianten werden nun in den nächsten Monaten in den zuständigen Ausschüssen beraten. Sollten sich die PolitikerInnen auch im Detail schnell einigen, könnte der ultimative Euthanasie-Gesetzentwurf schon Mitte dieses Jahres vorliegen. Inhaltlich ähneln die in Portugal geplanten Regeln den in Spanien entworfenen.

Mehr Widerstand in Portugal

Allerdings scheint der außerparlamentarische Widerstand in Portugal deutlich stärker zu sein als im großen Nachbarland. Vor der parlamentarischen Debatte predigten Geistliche in Gottesdiensten dagegen, Tötung auf Verlangen zuzulassen. Euthanasie-GegnerInnen hoffen, eine Volksbefragung zu erreichen, wofür sie Anfang März schon mehr als 40.000 Unterschriften gesammelt hatten. Kommen mindestens 60.000 zusammen, muss das portugiesische Parlament über das Thema noch mal öffentlich nachdenken; es ist aber nicht gezwungen, ein Referendum anzusetzen. Eine Schlüsselrolle obliegt dem Staatspräsidenten Marcelo Rebelo de Sousa, der das Gesetz letztlich unterschreiben muss. Wenn er will, kann er das Verfassungsgericht bitten, das Gesetz zu überprüfen – was zumindest zu deutlichen Verzögerungen führen würde.

GegnerInnen »aktiver Sterbehilfe« führen auch in Portugal an, dass bei der medizinischen Versorgung einiges im Argen liege. Ein skeptischer Hinweis kam zudem aus der Versicherungswirtschaft. Klärungsbedürftig sei, ob Lebensversicherungen auch dann ausbezahlt werden müssten, wenn ein Kunde einvernehmlich mit Hilfe von ÄrztInnen getötet worden sei. Eine pragmatische anmutende Antwort stellte eine sozialistische Abgeordnete in Aussicht: Als Todesursache sollten dann eben nicht tödliche Wirkstoffe, verabreicht mit Infusionen, Spritzen oder Pillen gelten – sondern die jeweilige Erkrankung des Sterbewilligen.

Klaus-Peter Görlitzer

Belgische Bilanz

Tötung auf Verlangen eines Patienten ist in Belgien seit 2002 unter bestimmten Bedingungen legal – und längst alltäglich. 2019 starben 2.655 BelgierInnen durch Euthanasie – 12,5 Prozent mehr als im Vorjahr mit 2.357 registrierten Fällen »aktiver Sterbehilfe«. Die offizielle Statistik für 2019 wurde am 3. März von der belgischen »Kommission zur Kontrolle und Evaluation der Euthanasie« veröffentlicht. 83,1% der getöteten PatientInnen hatten gemäß Einschätzung ihrer ÄrztInnen nur noch eine kurze Lebenserwartung. 1.659 aller Sterbewilligen (62,5%) litten an einer Krebserkrankung, am zweithäufigsten wurde als Grund genannt, dass mehrere schwere Erkrankungen (17,3%) vorlagen. 27 Menschen, die ihren Willen nicht mehr aktuell erklären konnten, hatten »aktive Sterbehilfe« per Patientenverfügung vorab verlangt. In einem Fall beendeten Ärzte das Leben eines Kindes. 28,4% der einvernehmlich getöteten PatientInnen waren zwischen 70 und 79 Jahre alt; 27,8% zwischen 70 und 89 und 20% zwischen 60 und 69. Ort der Euthanasie war am häufigsten die Wohnung der Sterbewilligen (43,8% der Fälle), gefolgt von Krankenhäusern (38,3%) und Alten- und Pflegeheimen (15,9%). Verstöße gegen die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften gab es nach Darstellung der Kommission in keinem der 2.655 Fälle. Kurz nach Veröffentlichung der Bilanz für 2019 hat das belgische Parlament die Euthanasieregeln erneut gelockert. 95 von 135 Abgeordneten stimmten am 5. März dafür, dass Patientenverfügungen, die »aktive Sterbehilfe« vorab einfordern, künftig ohne zeitliche Begrenzung gültig sein werden. Bisher mussten solche Willenserklärungen in Abständen erneuert werden. Die Reform zielt offenbar vor allem auf Menschen, die später die Diagnose »Demenz« erhalten.

► Schon angeklickt?

Tweets von der BIOSKOP-Redaktion:
twitter.com/newsbioskop

Studie offenbart fehlende Transparenz bei Studien

»Studientransparenz Fehlanzeige. Deutsche Unis hängen hinterher« steht über einem aufschlussreichen Artikel, zu lesen im *Rundbrief Nr. 1/2020* der BUKO-Pharma-Kampagne. Autor Jörg Schaaber beschreibt Ergebnisse einer Untersuchung, die BUKO gemeinsam mit der britischen Organisation TranspáriMED veröffentlicht hat. Schaaber bilanziert: »In der europäischen Datenbank EudraCT5 finden sich 477 klinische Studien deutscher Unis, die länger als 12 Monate abgeschlossen sind. Aber nur von gerade einmal 32 Studien sind dort die Ergebnisse tatsächlich hinterlegt, 445 fehlen.« Und Schaaber gibt zu bedenken: »Wenn die Ergebnisse öffentlich geförderter Forschung nicht zeitgerecht oder gar nicht veröffentlicht werden, ist das nicht nur eine Verschwendung von Steuergeldern, es schadet auch PatientInnen, da Gefahren oder fehlende Wirksamkeit nicht bekannt werden. Außerdem kann die Nichtveröffentlichung zur unnötigen Wiederholung von Studien mit den gleichen Wirkstoffen führen.« Die Studie von TranspáriMED und BUKO, die auch online ist (www.bukopharma.de/images/aktuelles/CT_Transparency_German_Uni_2019.pdf) hat etwas bewirkt. Einige Unikliniken rührten sich, meldeten Studiendaten nach oder kündigten an, dies zu tun. Das Paul-Ehrlich-Institut (PEI), zuständig für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel, betonte, eine zeitgerechte Veröffentlichung von Studienergebnissen sei wichtig. Und Professor Jürgen Windeler, Chef des Instituts für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen (IQWiG), forderte laut *tagesschau.de*, öffentliche Fördermittel nur zu gewähren, wenn früher abgeschlossene Projekte vorchriftsmäßig veröffentlicht worden sind.

Gegen den Zwang zur Masernimpfung

Das umstrittene Masernschutzgesetz ist am 1. März in Kraft getreten. Gleichzeitig wurden beim Bundesverfassungsgericht die ersten Verfassungsbeschwerden eingereicht. Die KlägerInnen wehren sich gegen den mit dem Gesetz eingeführten Zwang zum Impfen (→ *BIOSKOP Nr. 88*).

Bisher gibt es sechs BeschwerdeführerInnen, vier Familien sowie zwei MedizinerInnen. Die klagenden Eltern, wohnhaft in Hessen, Sachsen und Schleswig-Holstein, wollen ihre Kinder in die Obhut einer Kita oder einer Tagesmutter geben. Diese dürfen den gewünschten Betreuungsvertrag aber nicht abschließen, weil die Eltern der neuen Pflicht, ihre Kinder vor der Aufnahme gegen Masern impfen zu lassen, nicht folgen wollen. Weitere Verfassungsbeschwerden haben eine Kinderärztin aus Sachsen und ein Kinderarzt aus Baden-Württemberg in Karlsruhe vorgelegt. Sie lehnen »den staatlichen Eingriff in das Arzt-Patientenverhältnis« ab mit der Begründung, dass das von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) initiierte Masernschutzgesetz die Einwilligung der Eltern dadurch entwertet, dass sie diese erzwingt.

Sachgerecht? Unabhängig?

Unterstützt werden die Beschwerden von der Initiative freie Impfentscheidung e.V. sowie vom Verein Ärzte für individuelle Impfentscheidung, der 2019 eine Petition gegen den Impfwang gestartet hatte, die rund 143.000 Menschen unterschrieben (→ *BIOSKOP Nr. 86*). Beide Vereine betonen, dass die Einsprüche beim höchsten deutschen Gericht »nicht gegen Impfungen als solche« gerichtet seien. »Es geht allein darum«, so ihre Pressemitteilung, »klären zu lassen, ob das ›Masernschutzgesetz‹ tatsächlich verfassungskonform bzw. ein Impfwang gegen Masern grundrechtswidrig ist, um eine selbstbestimmte Impfentscheidung auf der Basis sachgerechter, unabhängiger und neutraler Informationen zu erhalten.«

Wann sich das Bundesverfassungsgericht mit diesen Beschwerden beschäftigt, ist noch offen. Derweil werden offenbar weitere vorbereitet. Im Fokus sollen dabei auch Mädchen und Jungen stehen, die nach den Sommerferien eingeschult werden. Zwar gilt die Schulpflicht, weshalb auch keinem ungeimpften Kind die Aufnahme verwehrt werden darf. Eltern, die sich dauerhaft weigern, ihren schulpflichtigen Nachwuchs gegen Masern impfen zu lassen, müssen aber mit Druck vom Gesundheitsamt rechnen, es droht sogar eine Geldbuße von bis zu 2.500 Euro. ©

Patente auf dem Prüfstand

Das Münchner Institut Testbiotech hat zwei juristische Verfahren gegen Patente angestrengt, die von der Biotech-Branche und einigen ForscherInnen aufmerksam beobachtet werden dürften: Auf dem Prüfstand stehen Ansprüche auf kommerzielle Verwertung embryonaler Stammzellen und Eingriffe in die menschliche Keimbahn.

E in Verfahren richtet sich gegen das Patent DE102004062184, erteilt vom Deutschen Patentamt an einen Reproduktionsmediziner aus München. Laut Testbiotech beansprucht dieses Patent die Verwendung menschlicher Embryonen zur Gewinnung von Stammzellen, die »in der Forschung sehr begehrt« seien. Diesen Anspruch müsse das Bundespatentgericht (BPatG) für nichtig erklären, fordern die Kläger von Testbiotech; sie begründen das in ihrer Pressemitteilung vom 20. Februar unter anderem so: »Die Durchführung des patentierten Verfahrens mit menschlichen Embryonen wäre nach dem Embryonenschutzgesetz strafbar, was zeigt, wie wichtig dem Gesetzgeber diese ethische Grenzziehung ist.«

»Eingriffe in die Keimbahn«

Das zweite Verfahren ist beim Europäischen Patentamt (EPA) anhängig, es geht um das Patent EP3401400, das die sogenannte Gen-Schere CRISP/Cas rechtlich schützen soll. Als Erfinderinnen werden unter anderem die bekannten Biochemikerinnen Jennifer Doudna und Emmanuelle Charpentier genannt. Testbiotech legte Einspruch gegen EP3401400 ein, nachdem Anwälte im Auftrag des unabhängigen Instituts festgestellt hatten, dass Ansprüche dieses Patents »auch Eingriffe in die Keimbahn des Menschen sowie die Verwendung menschlicher Embryonen in Form embryonaler Stammzellen betreffen«.

Ungewiss ist, wann die Klage vor dem BPatG und der Einspruch am EPA verhandelt werden. Klar ist aber, dass Testbiotech am 10. Juli mal wieder einen Termin beim EPA in München haben wird. Auf dem Prüfstand stehen dann Patente auf gentechnisch veränderte Tiere, »von denen einige sogar Schimpansen betreffen«. EP3401400, das Testbiotech in Frage stellt, beansprucht auch die Anwendung der »Genschere CRISP/Cas« an Pflanzen und Tieren. ©

Weitere Infos und eine Übersicht über Patentanmeldungen auf menschliche embryonale Stammzellen sowie gentechnisch veränderte Pflanzen und Tiere stehen auf der Homepage des unabhängigen Instituts: <https://www.testbiotech.org>

Steigender Druck zur »Organspende«

Gesetz zur »Stärkung der Entscheidungsbereitschaft« beschlossen

Die sogenannte Widerspruchsregelung kommt in dieser Legislaturperiode nicht, aber die Werbung pro »Organspende« darf noch penetranter werden. Zudem wird ein Online-Register aufgebaut. Auch fremdbestimmte Organentnahmen bleiben weiter möglich.

Am Ende fiel das Ergebnis deutlicher aus als erwartet: 432 von 669 anwesenden Bundestagsabgeordneten stimmten am 16. Januar für den Gesetzentwurf zur »Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende«, eingebracht von einer fraktionsübergreifenden Gruppe um Annalena Baerbock (Grüne) und Karin Maag (CDU). Dagegen scheiterte der medial am meisten beachtete Vorstoß von Jens Spahn (CDU) und Karl Lauterbach (SPD). Sie wollten per Gesetz einführen, dass grundsätzlich jeder als potenzieller »Organspender« anzusehen sei, der zu Lebzeiten nicht ausdrücklich widersprochen hat (→ BIOSKOP Nr. 86-88).

Die Neuregelung beansprucht, die Information der BürgerInnen zu verbessern, verbunden mit dem Ziel, die Zahl der Organentnahmen zu steigern. Wer einen Personalausweis oder Reisepass verlängert oder abholt, soll in den Behörden künftig auf die Möglichkeit zur Organ- und Gewebespende gezielt angesprochen werden. Eine Verpflichtung, sich binnen einer Frist zu entscheiden, wurde – anders als ursprünglich geplant – nun doch nicht beschlossen. Baerbock und KollegInnen hoffen aber, dass mehr Menschen als bisher freiwillig dokumentieren, dass sie sich im Fall ihres »Hirntods« Organe entnehmen lassen würden. Solche Willenserklärungen sollen bald auch online möglich sein und in einem digitalen Register gespeichert werden, auf das befugte MedizinerInnen nach festgestelltem »Hirntod« zugreifen können. Wer keine Erklärung abgibt, dessen Körper ist auch weiterhin nicht für Transplanteure tabu: Stimmen Angehörige stellvertretend für den »hirntoten Patienten« zu – was derzeit in rund vier von fünf Fällen passiert – dürfen auch Organe entnommen werden.

Subtilen Druck pro Registrierung könnten künftig auch HausärztInnen ausüben. Denn ihnen wird aufgetragen, ihre PatientInnen regelmäßig auf die Möglichkeit zum Eintrag in die Online-Organspenderdatenbank hinzuweisen, zum Beispiel im Rahmen freiwilliger, ergebnisoffener Beratungsgespräche, die sie alle zwei Jahre mit den Krankenkassen der Versicherten abrechnen können.

Vor dem Aufbau des Registers sind aber noch viele Details zu klären, das kann dauern. Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), die vergeblich für die Widerspruchslösung plädiert und an einer neuen Bundesärztekammer-Richtlinie zur Spendererkennung mitgearbeitet hat (→ BIOSKOP Nr. 88), fordert bereits rechtliche Nachbesserungen: »Die Einsichtnahme in ein zukünftiges Register erst NACH Feststellung eines irreversiblen Hirnfunktionsausfalls (IHA) ist nicht praktikabel und widerspricht der gelebten Praxis der Patientenautonomie«, meint Professor Klaus Hahnenkamp, Sprecher der DIVI-Sektion Organspende und Organtransplantation. Und DIVI-Präsident Prof. Uwe Janssens fügt hinzu: »Sobald der betreffende Patient keine Aussicht mehr auf Heilung hat und der IHA unmittelbar bevorsteht oder vermutet wird, aber noch nicht festgestellt ist, muss eine Einsichtnahme in das Register möglich sein!« Ergebe die Einsichtnahme in das geplante Register, dass der Patient eine Organspende ablehne, »würden die intensivmedizinischen Maßnahmen an diesem Punkt beendet«, sagt Hahnenkamp.

Eine Vorverlegung der Registereinsicht könnte allerdings auch dazu dienen, organisatorische Maßnahmen rund um die Organentnahme zu optimieren – wenn nämlich frühzeitig klar ist, dass der betroffene, noch nicht »hirntote« Patient mit einer Organentnahme einverstanden wäre.

»Druck aus dem Ausland«

Jens Spahn zeigte sich nach der Abstimmungsniederlage im Bundestag recht entspannt. Wichtig war dem Bundesgesundheitsminister, dass durch seinen Vorstoß der Widerspruchsregelung eine intensive Debatte in Gang gekommen war und fast alle sich dazu bekannten, die Zahl verfügbarer Organe steigern zu wollen. Und womöglich kommt die Spahn-Lauterbach-Idee in der nächsten Legislaturperiode wieder auf die Agenda. Offen dafür zeigte sich zum Beispiel die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Claudia Schmidtke (CDU). Warum sie es sinnvoll findet, die gescheiterte Widerspruchsregelung erneut vorzulegen, erklärte sie der *Neuen Osnabrücker Zeitung* in einem Interview: »Wir lehnen die Widerspruchsregelung ab, profitieren aber von den Organen aus den Ländern, die sie eingeführt haben«, sagte Schmidtke. Vor diesem Hintergrund erwartet die Patientenbeauftragte, dass »in ein, zwei Jahren der Druck aus dem Ausland zunimmt.« *Klaus-Peter Görlitzer* 🌐

Was auf die Agenda gehört – und was nicht

Vor der Abstimmung über die Reform des Transplantationsgesetzes hat BioSkop den Bundestag erneut aufgefordert, eine »seriöse Regelung zur Einwilligung« zu schaffen und Probleme im Transplantationswesen endlich anzugehen. In der BioSkop-Pressemitteilung vom 14. Januar 2020 steht u.a.: »Beide Gesetzentwürfe, die zur Abstimmung stehen, zielen im Kern darauf, ein zentrales »Organspende«-Register zu etablieren – und Fremdbestimmung weiter zu legitimieren. BioSkop fordert eine echte, seriöse Alternative. Notwendig ist eine gesetzliche Regelung, die eine persönliche Zustimmung vor jeder Organentnahme zwingend voraussetzt – und zwar ohne jede Ausnahme. Dies würde endlich auch stellvertretende Explantations-Entscheidungen von Angehörigen hirntoter Menschen kategorisch ausschließen, die ja bisher in den meisten Fällen getroffen werden. »So wäre zwar die Transplantationsrate nicht zu erhöhen, aber dem zweckrationalen Umgang mit Sterbenden, der aus allen derzeit politisch verhandelten Vorschlägen spricht, Einhalt geboten«, kommentiert Erika Feyerabend vom BioSkop e.V. die aktuellen politischen Initiativen im Bundestag. Wir meinen: Auf die politische Agenda zur Transplantationsmedizin gehören nicht Werbung, Überredung und die Beschaffung vermeintlicher Akzeptanz, sondern verbindliche Antworten zu den wirklich wichtigen ungeklärten Fragen, Problemen, Missständen. Zum Beispiel: das »Hirntod«-Konzept, die Zuteilung von Organen, fremdbestimmte Organentnahmen, intransparente Strukturen im Transplantationswesen, Probleme bei der »Lebendorganspende«, Aufklärung über Risiken inklusive. Und, nicht zuletzt: Regelverstöße und ihre Ursachen.«

Vorreiterrolle in Europa

Beim Angebot reproduktionsmedizinischer Techniken und gespendeter Eizellen ist Spanien vorn – woran liegt das?

Sara Lafuente-Funes, Soziologin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Schwerpunkt Biotechnologie, Natur und Gesellschaft der Universität Frankfurt am Main

Späte Mutter- und Elternschaft, wachsende Zahl »unfruchtbar« definierter Paare – vor diesem Hintergrund steigt auch das Angebot reproduktionsmedizinischer Techniken und gespendeter Eizellen. Und es etablieren sich Märkte, gestützt auf prekäre Lebenssituationen von Frauen. Spanien spielt eine Vorreiterrolle in Europa – ein Vorbild für andere Staaten?

Methoden der In-Vitro-Fertilisation (IVF = künstliche Befruchtung) machen es möglich, Sex und Reproduktion voneinander zu trennen. Dabei geht es nicht nur darum, den Kinderwunsch medizintechnisch zu realisieren. Konfrontiert werden wir auch mit Instrumenten, die Dritten die Teilnahme an reproduktiven Projekten erlauben, nämlich der Selektion von Keimzellen (Gameten) und Embryonen – eingebunden in ein lukratives, internationales Geschäft. Um zu betonen, dass dieses Geschäft Teil einer globalen ökonomischen Wende ist, die die Biologie selbst kapitalisiert, sprechen wir deshalb von »reproduktiver Bioökonomie«.

Spanien hat die europäische Führerschaft übernommen, sowohl was die Anzahl der Kliniken und IVF-Behandlungen anbelangt, als auch die wichtigsten Zielorte des so genannten reproduktiven Tourismus. Die meisten IVF-Behandlungen (rund 80 Prozent) finden im privaten Sektor statt. Detaillierte Daten sollte ein Eizellspende-Register transparent machen, versprochen wurde das 2006 per Gesetz. Bis 2014 enthielt das Register aber nur Daten der Hälfte aller Kliniken, denn die Teilnahme an der Datenerfassung ist freiwillig.

Bestastend und riskant

Die Gesetzgebung läuft der Expansion der Märkte hinterher. Spanien liegt vorn, sowohl was die Präimplantationsdiagnostik als auch den Zugang zu gespendeten Eizellen betrifft. Die Beschaffung von Eizellen ist aufwändig, belastend, riskant: hormonelle Behandlung und ein chirurgischer Eingriff mit Narkose, um die Eizellen zu entnehmen. Dennoch gibt es viele Spenderinnen im privaten spanischen Sektor. Auch wenn ihre Motivation vielfältig sein mag und der Wille, anderen Frauen helfen zu wollen, eine Rolle spielen kann: Der Kern scheint doch in der finanziellen Entschädigung von rund 1.000 Euro zu liegen und auch in der Anonymität der Spende.

Die Zahlen sprechen für sich: 2017 wurden 140.941 Zyklen mit assistierter Reproduktion durchgeführt, rund 30 % davon mit gespendeten Eizellen. Spanien ist ein bevorzugter Zielort für EuropäerInnen, die Zugang zu Keimzellen Dritter suchen: Nur 17 % jener, die deshalb nach Spanien reisen, nutzen ihre eigenen Eizellen oder Samen für IVF-Behandlungen. Die meisten AusländerInnen, die reproduktionsmedizinische Angebote in Spanien annehmen, kommen aus Frankreich (48 %), gefolgt von Italien (23 %), Großbritannien (5 %) und Deutschland (4 %); 2017 wurden 578 deutsche Frauen oder Paare registriert.

Markt und Selbstlosigkeit

Ein spezieller Markt für die Entnahme von gespendeten Eizellen entwickelte sich insbesondere über das Argument des Altruismus, also der »Selbstlosigkeit«. In ihm kapitalisiert sich aber nicht nur die Kapazität biomedizinischer Intervention oder Assistenz im Problemfeld der Unfruchtbarkeit, sondern auch die reproduktive Kapazität bestimmter Frauen (jüngerer, mit weniger Kaufkraft). Auch wenn die Eizellen nicht direkt bezahlt werden, sondern als eine Aufwandsentschädigung an die Spenderinnen mit einem festen Betrag vergütet werden, wird diese Entschädigung als Zusatznutzen erfahren. Professionelle in den Kliniken berichten im Rahmen qualitativer Interviews, dass sich dieser Markt teilweise über die allgemeine sozioökonomische Situation reguliere. Er scheint sich auch zu verändern, über das Profil der Frauen, die angespornt werden zu »spenden«. Je mehr Frauen sich in prekären Lebenssituationen befinden, je mehr sind bereit, mit einer solchen Aufwandsentschädigung zu »spenden«.

Beworben wird hier einerseits die reproduktive Kapazität der Spenderinnen als Dienstleistung – als Angebot für Frauen und Paare, die eine Schwangerschaft anstreben. Auf der anderen Seite werben aber auch die Fertilitätskliniken für sich. Allgemein wird hervorgehoben, dass die gespendeten Eizellen Frauen helfen würden, die vorwiegend wegen ihres Alters nicht mehr mit den eigenen Eizellen schwanger werden können.

Es ist wichtig, deutlich zu machen, dass diese Eizellen eine viel komplexere Bedeutung in diesen Ökonomien haben. Sie helfen auch Männern, die genetisch eigene Kinder wollen, aber dies nicht mit ihren Partnerinnen können: ▶

»Rein altruistisch«

Im Deutschen Bundestag fordert bislang nur die Oppositionsfraktion FDP, Eizell-»Spenden« und »Leihmutter« zu legalisieren (→ BIOSKOP Nr. 88). Wortführerin der Liberalen in Sachen Reproduktionsmedizin ist die Abgeordnete Katrin Helling-Plahr, im Zivilberuf Fachanwältin für Medizinrecht. In einem Gastbeitrag für die Online-Ausgabe des *Deutschen Ärzteblattes* skizzierte Helling-Plahr im November 2019, welchen rechtlichen Rahmen sie sich wünscht: »Um sicherzustellen, dass Leihmutter rein altruistisch, gleichsam als Spende erfolgt, lässt sich ähnlich wie bei der Lebendorganspende eine offenkundige und besondere persönliche Verbundenheit zwischen Leihmutter und Wunscheltern voraussetzen.

Auch sollte festgehalten werden, dass die Leihmutter bereits selbst ein Kind zur Welt gebracht hat und somit um die Belastungen weiß, die eine Schwangerschaft mit sich bringt.« Dem widersprach Kirsten Kappert-Gonther, Bundestagsabgeordnete der Grünen und Fachärztin für Psychiatrie in ihrem »Contra«-Text: »Der Kinderwunsch wird auf Kosten einer Dritten realisiert, das ist eine Instrumentalisierung der austragenden Frau.«

- Sie garantieren, dass ein heterosexuelles Paar die genetisch maskuline genetische Linie aufrecht erhalten kann, wenn es Probleme mit den Eizellen gibt. Die »biologische Uhr« kann auch den Samen betreffen. Die Fragmentierung der DNA in den Spermien, die mit dem Alter der Männer ansteigen kann, kann über junge Eizellen in manchen Fällen repariert werden.

Die Eizellen junger Frauen ermöglichen es nicht nur Frauen oder Paaren, an Befruchtungsprogrammen teilzunehmen. Sie bewirken auch steigende Erfolgsgebühren der Kliniken, da bessere Befruchtungsquoten erzielt werden können: zwischen 21 und 28 % mit eigenen Eizellen, 37 bis 51 % mit gespendeten Eizellen (ausgenommen sind hier eingefrorene Gameten). Ohne dieses biologische Material junger Frauen würden die Erfolgsquoten kontinuierlich sinken. In solchen Fällen ist der Erfolg eher der reproduktiven Kapazität der Spenderinnen geschuldet als den Techniken.

Um die Zukunft der assistierten Reproduktion in Europa zu denken, scheint es fundamental zu sein, Techniken wie die künstliche Insemination und Befruchtung von den Sozio-Techniken zu unterscheiden, die sich um den Transfer der reproduktiven Kapazität gruppieren – also zwischen jenen, die das Spenden der Keimzellen betreffen und anderen Praktiken wie der Leihmutterchaft, die gerade auch in Ländern wie Deutschland debattiert werden.

Das ist nicht nur eine technische Frage. Betrachtet man diese Praktiken als soziale und ökonomische, seien sie vom Typ her altruistisch, Arbeit oder kommerziell, liegt der Fokus bei den Spenderinnen, den potenziellen Spenderinnen und dem sozialen und ökonomischen Format, das aus diesen Praktiken hervorgeht. Es geht also um die Merkantilisierung dieser Prozesse oder des biologischen Materials, die biomedizinischen Interventionen und die reproduktiven Schichten, die damit verbunden sind.

Obwohl die Idee der »Spende« Bezug hat zur Art und Weise der Übertragung (ihrem Charakter nach unentgeltlich oder altruistisch), wird dieser Begriff weithin genutzt, um den Transfer von Eizellen international zu definieren, unabhängig von ökonomischen oder sozialen Konditionen unter denen er stattfindet: unberücksichtigt bleibt dabei, ob die ökonomische Entschädigung klein, mittel, hoch oder gar nicht vorhanden ist. Also sprechen wir von »Eizellspende« in Frankreich, USA oder Spanien, obwohl die Systeme sehr unterschiedlich sind.

Das spanische Recht etabliert die »Spende von Keimzellen und Präembryos als einen kostenlosen Vertrag, formal und vertraulich geregelt zwischen der Spenderin und dem autorisierten reproduktionsmedizinischen Zentrum. Es gibt eine »ökonomische Kompensation«, die, im Prinzip, bestimmt ist, »strikt die physischen

»Für reproduktive Gerechtigkeit!«

– unter dieser Überschrift dokumentierten wir im Dezember (→ BIOSKOP Nr. 88) Auszüge einer Stellungnahme, die ein feministisches Netzwerk vorgelegt hat. Die Autorinnen, darunter BioSkoplerin Erika Feyerabend, fordern im Kern, das in Deutschland geltende Verbot von »Eizellspende« und »Leihmutterchaft« ausnahmslos aufrecht zu erhalten. Das Positionspapier wurde am 10. Januar im Rahmen der Veranstaltung »Wunschkind durch globalisierte Ausbeutung?« in Berlin vorgestellt, eingeladen hatten das Gen-ethische Netzwerk und BioSkop. Die Resonanz war beachtlich, auch in den Medien (→ *Randbemerkung*). Die Verfasserinnen wünschen sich eine weite Verbreitung der Stellungnahme, zu lesen auch auf www.bioskop-forum.de



Belastungen zu kompensieren und die Kosten des Ortswechsels und der Arbeit, die sich aus der Spende ableiten lassen und sich nicht als ökonomischer Anreiz für die Spende deuten lässt«. In der Praxis werden Beträge zwischen 800 und 1.300 Euro gezahlt. Laut Zahlen des spanischen Statistikinstituts lag das durchschnittliche Einkommen von Frauen unter 25 Jahren im Jahr 2016 bei 645 Euro im Monat.

Technik auch der Selektion

Unsere Untersuchung (*Siehe Randbemerkung*) zeigt, dass die reproduktionsmedizinische Behandlung auch als Technik der Selektion funktioniert. Im Rahmen der Eizellspende wurden die Spenderinnen nach phänotypischen Merkmalen, aber auch psychologischen und verhaltensbezogenen Faktoren erfasst und untersucht. Diese Selektion von Spenderinnen dient dem Ziel der Kliniken, das eher als »Suche nach gesunden Babys für eine bestimmte, dieses Ziel befürwortende Familie« beschrieben werden kann, als das »Erreichen einer Schwangerschaft«. Das heißt: In diesen Kliniken, und besonders in solchen, die junge, gespendete Eizellen oder Samen nutzen, wird aktiv nach potentiellen Krankheiten bei den Nachkommen gefahndet, um diese zu vermeiden.

Die Spenderinnen werden einer Serie medizinischer Prüfungen unterzogen. 70 % der spendenden Frauen werden laut Aussage der Professionellen abgelehnt, entweder weil ihr Phänotypus nicht zu einer aktuellen oder zukünftigen Empfängerin als passend angesehen wird, oder weil selektive Kriterien (Gesundheit, genetische und psychologische Tests) nicht erfüllt werden.

Angesichts dieser Praxis der Selektion von Spenderinnen bedarf es einer wirklich sozialen Debatte darüber, wie priorisiert und reproduziert wird. Welcher Nachwuchs wird so gefördert? In wessen Interesse?



Medienresonanz

Die feministische Stellungnahme »Für reproduktive Gerechtigkeit!« haben offensichtlich auch JournalistInnen gelesen. Berichtet haben seit Mitte Januar unter anderem das *RBB-Kulturradio*, die Tageszeitungen *taz*, *Ärztezeitung* und *Neues Deutschland*, die Zeitschriften *Emma* und *Blätter für deutsche und internationale Politik*. In englischer und spanischer Sprache informierte die *Deutsche Welle* über das Positionspapier.

Vorschau

Themen im Juni

- **Schwerpunkt Präventionspolitik und Überwachung**

- **Biomaterialbanken Stetiges Wachstum**
- **Pharmasponsoring Transparente Selbsthilfe?**

Veranstaltungstipps

Do. 23. April, 19 Uhr

Frankfurt a.M. (Osthafenforum im medico-Haus, Lindleystraße 15)

- **Selbstoptimierung – die Zukunft einer Illusion**
Vorträge und Gespräch

»Inspirationen für emanzipatorisches Denken und Handeln« will die Stiftung medico international mit ihrer Vortragsreihe »Der utopische Raum« geben. Am 23. April reden die SoziologieprofessorInnen Vera King (Frankfurt a.M.) und Hartmut Rosa (Jena) über »permanente Selbstoptimierung«. Dabei geht es auch um diese Frage: »Wie aber sieht gelingendes Leben aus, das nicht auf das bloße Verfügbarmachen von Ressourcen und auf Optimierung setzt, sondern auf Sorge, Resonanz und die Anerkennung von Begrenztheit?«

Do. 30. April, 17 Uhr

München (Gesundheitsladen, Astallerstr. 14)

- **Gesetzlich versichert – privat bezahlen**
Vortrag

Viele KassenärztInnen lieben IGeL. Das Kürzel steht für »individuelle Gesundheitsleistungen«, die Versicherte selbst bezahlen müssen, zum Beispiel kosmetische Eingriffe oder bestimmte Früherkennungsuntersuchungen. Gibt es sinnvolle IGeL-Angebote? Oder geht es nur ums Geld?

Unabhängige Informationen gibt Peter Friemelt, Patientenberater im Münchner Gesundheitsladen, in seinem Vortrag.

Mi. 6. Mai, 18 Uhr – Fr. 8. Mai, 16 Uhr

Düsseldorf (Haus der Ärzteschaft, Tersteegenstr. 9 und Haus der Universität, Schadowplatz 14)

- **Geschichte, Theorie und Ethik der Humangenetik**
Vortrag und Tagung

Das von der Nationalakademie Leopoldina geförderte Symposium erörtert, welche Forschungsfragen im Umfeld von Humangenetik und molekular-genetischer Verfahren derzeit dringlich sind. In der Ankündigung steht: »Aktiv sollen dabei auch Perspektiven von Betroffenen, Patient/-innen und Angehörigen einbezogen werden.« Die Themenpalette reicht von der Praxis genetischer Beratung über pränatale Bluttests bis zur »Ethik der Keimbahnmodifikation«.

Mo. 11. Mai, 18 Uhr

Aachen (Universitätsklinik, Hörsaal 1, Pauwelsstraße 30)

- **Ethische Aspekte der Forschung an Menschen mit geistiger Behinderung**
Vortrag

Arzneimitteltests mit Menschen, die persönlich nicht (mehr) einwilligen können, sind brisant. Dennoch hat der Bundestag solche fremdnützigen Eingriffe nach kontroverser Debatte im November 2016 gesetzlich legitimiert, sofern eine so genannte Forschungsvorausverfügung des Probanden vorliegt (→ *BIOSKOP* Nr. 76). »Ethische Aspekte« solcher Studienprojekte beleuchtet Markus Dederich, Professor für Heilpädagogik an der Uni Köln.

Fr. 15. Mai, 13 Uhr – Sa. 16. Mai, 16 Uhr

Freiburg (Aula der Universität, Platz der Universität)

- **Vertrauen in der Medizin**
Kongress

Fachleute aus Medizin, Geistes-, Sozial- und Rechtswissenschaften denken öffentlich über das »Vertrauen in der Medizin« nach. Die Einladung benennt viele Fragen, die es zu behandeln gilt: »Worin liegt die Bedeutung des Vertrauens für das Gesundheitswesen und für die Gesellschaft? Wo hat es seinen Platz? Ist es heute gefährdet? Wenn ja, aus welchen Gründen? Was kann zur Ermöglichung von Vertrauen getan werden?« Anmeldung beim Freiburger Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Tel. (0761) 2035033.

Do. 25. Juni, 18.30 Uhr

Hamburg (Universitätsklinikum, Gebäude N30b, Martinstraße 52)

- **Die Genshere CRISPR/Cas**
Vortrag

Technikfolgenabschätzung des CRISPR/Cas-Systems heißt ein 2019 veröffentlichtes Buch von Annika Hardt, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Bereich »Ethik in der Informationstechnologie« der Uni Hamburg. Im Rahmen der Vortragsreihe »Körper formen«, organisiert vom Medizinhistorischen Museum und vom Interdisziplinären Ethikseminar, spricht Hardt über »Chancen und Risiken« des Einsatzes der sogenannten Genshere in der menschlichen Keimbahn.

Wunschzettel

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 **BioSkope.V.** mit einer regelmäßigen Spende fördern. Bitte rufen Sie mich mal an. Meine Telefonnummer:

Name

Straße

PLZ + Wohnort

Ich unterstütze **BIOSKOP** mit einem zwölf Monate laufenden Förderabonnement. Deshalb habe ich heute einen höheren als den regulären Abo-Preis von 25 bzw. 50 € auf das o.g. Konto von **BioSkope.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 **BioSkope.V.** mit einer Spende von € (Konto siehe oben). Weil **BioSkope.V.** vom Finanzamt Essen als gemeinnützig anerkannt worden ist, bekomme ich eine abzugsfähige Spendenquittung.

Telefon

E-Mail

Datum Unterschrift

Nur für Abonnentinnen und Abonnenten: Ich kann meine Abo-Bestellung innerhalb von zehn Tagen widerrufen. Dazu genügt eine schriftliche Mitteilung an **BioSkope.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