

# BIOSKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

24. Jg. | Nr. 93 | März 2021

## BIOSKOP Schwerpunkt Suizidhilfe? Prävention!

- 8 Gesetzentwurf zur »Regelung der Suizidhilfe«
- 9 Grüne Alternative?
- 9 Theologische Positionen
- 10 Interview zur Suizidprävention mit Psychiaterin Ute Lewitzka

## Corona-Pandemie

- 3 Mächtiges Werkzeug?
- 4 Geschützte Impfdaten?

## Pflegenotstand

- 6 Krankenhäuser unter Druck – Pandemie verdeutlicht schädliche Wirkungen des DRG-Systems

## Reproduktionsmedizin

- 12 FDP will Eizell»Spende« per Gesetz einführen, Fachfrauen warnen
- 12 BioSkop-Stellungnahme zur Anhörung im Bundestag

## Gesundheitspolitik

- 14 Anspruch und Wirklichkeit der Schwangerschaftsvorsorge
- 15 Aus fürs »Babyfernsehen«

## Außerdem

- 5 »Reclaim Your Face« – Petition gegen biometrische Massenüberwachung
- 5 #PersoOhneFinger
- 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](mailto:info@bioskop-forum.de)

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

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

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

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

### Beiträge in dieser Ausgabe:

Dagmar Hertle, Martina Keller, Kalle Kunkel

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

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

**Druck:** Zeit-Druck Thäns, Dorfstr. 22, 26759 Hinte  
ISSN 1436-2368

## Aufgeklärte Illusionslosigkeit

Erika Feyerabend

Im »Superwahljahr« mit sechs Landtagswahlen und der Bundestagswahl am 26. September wird die Frage, ob wir in einer Krise der Demokratie stecken, oft gestellt. Wahlen gelten vielen Menschen als reines Spektakel, und derzeit werden vor allem Stimmungen angeheizt. Das so genannte Corona-Management und die jüngst bekannt gewordenen Geschäfte – wohl zur eigenen Vorteilsnahme – von zwei Unionspolitikern mit Maskenherstellern haben das Vertrauen in die demokratischen Institutionen nicht gerade gestärkt (→ Seite 4). Was immer man nun von der Regierungsform in ihrem derzeitigen Zustand hält: Eine aufgeklärte politische Kultur ist der viel beschworenen Demokratie förderlich. Möglicherweise ist heute noch bedrohlicher, dass wir es wohl mit »einer Erosion der aufgeklärten Kultur« (so der Philosoph Michael Hampe in seinem 2018 publizierten Buch *Die Dritte Aufklärung*) zu tun haben. Was heißt das?

Aufklärung wird in politischen und wissenschaftlichen Gefilden ausschließlich mit Europa in Verbindung gebracht, vor allem dem Europa des 17. und 18. Jahrhunderts mit großen philosophierenden Männern wie Immanuel Kant, René Descartes und anderen – vielleicht auch noch jene mit Sokrates verbundene im Athen des 5. Jahrhunderts vor Christus. Im Rückblick zeitigte die Aufklärung nicht die Ergebnisse, die sich die gebildeten Männer vorstellten. Descartes beispielsweise hing der Illusion an, dass wir uns über rationale Wissenschaft von Krankheit und Alterschwäche befreien könnten. Kant hatte die Idee vom Ewigen Frieden. Offensichtlich hat die Idee davon nicht ausgereicht, um Kolonialismus, Weltkriege, gegenwärtige regionale Kriege zu verhindern; auch der wissenschaftliche und technische Wandel bringt nicht nur positive Ergebnisse. Geblieben ist zudem ein irrationaler Glaube an die Zwangsläufigkeit des Fortschritts (oder des Untergangs) – und ein mangelndes Bewusstsein für die Auswirkungen des technischen und wissenschaftlichen Wandels.

Bestes Beispiel: Etablierte – aus der aufgeklärten Tradition kommende – Wahrheitspraktiken wandeln sich durch die elektronische *Illusionsmaschine*. Was heute für wahr oder gut gehalten wird, hängt maßgeblich von Facebook und Co. ab, von (Hass-)Kommentaren, die in sozialen Medien gepostet werden, weitergeleitet teils von selbstständigen Computerprogrammen. Damit werden Verkaufszahlen von Waren und der Ausgang von Wahlen beeinflusst. Auf Basis der (Computer)Wissenschaften werden die krudesten Unwahrheiten, Gewalt, Aberglauben verbreitet. Und die digitale Informationstechnik macht auch Überwachungen möglich, die den gemeinschaftlichen Boden des Urteilens und Denkens betreffen und mittelfristig das Ende der aufgeklärten Lebensweise bedeuten können. Eine bedenkliche Variante sind biometrische Erfassungen, mit tiefen Eingriffen in demokratische Grundrechte. Glücklicherweise gibt es Menschen, die dagegen aufbegehren (→ Seite 5).

*Bitte auf der nächsten Seite weiterlesen »*

## Liebe Leserinnen, liebe Leser,

soll Hilfe zur Selbsttötung in Deutschland künftig eine normale Option werden, flankiert von einem flächendeckenden Netz staatlich finanzierter Beratungsstellen? Mit ärztlicher Verschreibung tödlich wirkender Präparate für Lebensmüde, die dies wünschen? Alles gesetzlich geregelt und legitimiert? Oder wird, angesichts von über 9.000 Suiziden pro Jahr hierzulande, endlich die Prävention verstärkt gefördert und ausgebaut? Fragen, die im Schwerpunkt dieses Hefts beleuchtet werden.

Wir tun das aus gegebenem Anlass: Karl Lauterbach, einer der am meisten medial präsenten Köpfe während der Corona-Pandemie, hat mit vier weiteren Politiker\*innen einen Gesetzentwurf zur Regulierung der Suizidhilfe entworfen, der womöglich noch vor der Bundestagswahl am 26. September auch im Parlament zur Sprache kommen wird.

Im Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit

stehen weiter die Pandemie und das politische Krisenmanagement, das zunehmend hinterfragt wird. Wir tun das auch und blicken auf den noch spürbarer gewordenen, strukturell bedingten Personalmangel in der Pflege, auch auf soziale Aspekte und die Frage, ob Menschen, die geimpft wurden, im öffentlichen Leben privilegiert werden sollen und dürfen.

Das »Superwahljahr« 2021 hat begonnen, ein Anlass mehr, sich auch außerparlamentarisch und mit guten Argumenten zu engagieren. Zum Beispiel gegen die drohende Normalisierung von Suizidhilfe, überzogene Digitalisierung und Kontrolle im Gesundheitswesen, die biomedizinische Instrumentalisierung des Körpers, etwa bei der sogenannten »Spende« von Eizellen.

Wir betonen es immer wieder gern: Basis unserer unabhängigen Aktivitäten ist Ihre Unterstützung – mit Abonnements, Spenden, Empfehlungen. Bitte helfen Sie weiter mit. Für Ihr Interesse und Ihre Hilfe danken wir herzlich!

Erika Feyerabend, Klaus-Peter Görlitzer

Fortsetzung von Seite 1 >

### 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 Freund\*innen und Kolleg\*innen an! Rufen Sie uns an, Ihre Ansprechpartnerin ist Erika Feyerabend, Telefon (0201) 5366706, info@bioskop-forum.de

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

### Aufgeklärte Illusionslosigkeit

Kapitalismus hat einigen zu Wohlstand verholfen und den Mythos der universalen Konkurrenz hervorgebracht. Aber selbst der Philosoph und Ökonom Adam Smith plädierte nicht dafür, alle Gesellschaftsbereiche marktförmig zu organisieren – das Gesundheitswesen (→ Seite 6) zum Beispiel oder das Bildungswesen oder die Geschlechterbeziehungen.

Der irrationale Konkurrenzglaube kennt heute kaum noch Grenzen. Wer es nicht schafft, in Konkurrenzgesellschaften reich zu werden, wird zum Verlierer, was besonders in der aktuellen Pandemie deutlich wurde und am Geld als Kriterium gemessen wird – nicht etwa am Stolz, einer sinnvollen Tätigkeit nachzugehen. Das Denken in universaler Konkurrenz hat auch dazu geführt, das Corona-Management (→ Seite 3) und die Impfpolitik international zu vergleichen. Für gut befunden werden dabei oft auch individuelle oder nationale Vorteilsnahmen, etwa bei der Verteilung von Impfstoffen – seltener globale Solidaritäten.

Das Hauptthema der aufklärerischen Bewegung des 18. Jahrhunderts war die Balance von Vertrauen und Kritik, was im Idealfall zur Mündigkeit führen sollte. Heute drohen viele Menschen orientierungslos zu werden und im Überangebot an Informationen und Gerüchten auch ungeprüften (Verschwörungs)Theorien anzuhängen oder die Wahl zwischen verschiedenen Produkten oder Dienstleistungen als »Freiheit« zu verstehen.

Dabei sind wir nicht hauptsächlich »autonome«, sondern vor allem abhängige Wesen.

Selbst existentielle Fragen des Lebens und des Sterbens werden in diesem Modus politisch behandelt und öffentlich zur Sprache gebracht. Beihilfe zur Selbsttötung in jeder Lebenslage wird im Namen der »Autonomie« gerechtfertigt und als Wahlfreiheit zwischen verschiedenen neuen Dienstleistungen oder einem sonst qualvollen Tod visioniert und angeboten (→ Seite 8). Suizidprävention mittels zeitaufwändiger Zuwendung für verzweifelte Menschen hat gesellschaftlich offenbar an Bedeutung verloren (→ Seite 10).

Dabei sind wir nicht hauptsächlich »autonome«, sondern vor allem abhängige Wesen. Wir werden hilflos geboren und sind im Fühlen und Denken auf andere Menschen angewiesen. Doch auch der Lebensanfang droht hauptsächlich wissenschaftlich und warenförmig durchdrungen zu werden (→ Seite 12).

Statt irgendwo – eben auch digital – Meinungen aufzuschnappen, ist es nötig, sie zu bilden, mit »Wahrheitspraktiken«, die ursprünglich mit der Aufklärungsbewegung verbunden waren. Was hieße das heute? Bildung zu fördern für alle – aber nicht, um »fit« zu machen für Partizipation an allgemeiner Reichtumssteigerung, Konkurrenzgesellschaft oder sich in jeder Lebenslage als strategischer Nutzenmaximierer erweisen zu können. Sondern zum »Erwerb einer Kreativität«, die dem individuellen wie dem gemeinschaftlichen Leben sinnvoll Gestalt zu geben vermag.

»Ist es ein gutes Leben, oder wollen wir es anders machen?« Das ist die Frage, die in einem argumentativen Streit verfolgt werden kann und politisch handlungsleitend werden sollte.

# Mächtiges Werkzeug?

## Impfungen sollen den Weg aus der Corona-Krise bahnen

**Die Corona-Pandemie dauert schon über ein Jahr – und wie lange Virus und Krisenmanagement den Alltag maßgeblich beeinträchtigen werden, kann derzeit niemand seriös vorhersagen.**

Die Botschaft, die Lothar Wieler am 12. März via Bundespressekonferenz kommunizierte, klingt bedrohlich: »Jetzt stehen wir am Anfang der dritten Welle«, sagte der Präsident des Robert Koch-Instituts (RKI). Laut RKI-Lagebericht sei damit »zu rechnen«, dass die Corona-Fallzahlen hierzulande nach Ostern »über dem Niveau von Weihnachten« liegen werden. Maßgeblich wegen der zuerst in Großbritannien entdeckten, »besorgniserregenden Variante B.1.1.7«, deren Verbreitung in Deutschland exponentiell zunehme.

Ob diese RKI-Prognose zutrifft, wird man bald sehen. Viel länger wird es dauern – wissenschaftlich abgesichert – zu bilanzieren, in welchem Maße diese Darstellung von Professor Wieler tragen wird: Impfungen seien »das mächtigste Werkzeug gegen die Pandemie, das wir haben«.

Bis Ende September 2021, so die Vorhersage von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, soll allen BürgerInnen »ein Impfangebot« gemacht worden sein, zumindest für die erste von zwei Impfungen. Vorausgesetzt, die Hersteller liefern ihren Impfstoff wie vereinbart. Laut RKI-Lagebericht vom 12. März hatten bis dahin 7,2 % der Bevölkerung zumindest die erste Corona-Impfung erhalten. Das Tempo soll ab Mitte April erheblich steigen; dann sollen – neben den Impfzentren – auch hausärztliche Praxen mit den Corona-Impfungen starten.

Dass es noch mehr Unwägbarkeiten als Lieferprobleme und organisatorische Mängel geben kann, zeigen die Vorgänge um den Corona-Impfstoff des Herstellers AstraZeneca. Dessen Präparat wird – Stand 15. März – in mehreren Staaten, darunter Dänemark, Norwegen, Island, Irland und Niederlande, vorsichtshalber für mindestens 14 Tage nicht mehr verimpft. Grund sind schwere Nebenwirkungen, diagnostiziert bei einigen Menschen nach der Impfung. In Norwegen seien bei drei jungen Geimpften gefährliche Blutgerinnsel aufgetreten, auch aus Dänemark und Österreich wurden solche Fälle gemeldet, mehrere Menschen starben.

Ob und was die Impfung damit zu tun hat, wird derzeit untersucht. Die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) erklärte, bis zum 10. März seien ihr 30 Fälle von thromboembolischen Ereignissen mitgeteilt worden – wobei zu diesem Zeitpunkt rund fünf Millionen

Menschen in der Europäischen Union mit dem Präparat von AstraZeneca geimpft worden waren. Aus Deutschland habe es bis zum 11. März elf solcher Meldungen gegeben, erklärte das hierzulande für die Impfstoffsicherheit zuständige Paul-Ehrlich-Institut (PEI). Vier der Geimpften seien verstorben; es gebe »derzeit keinen Hinweis, dass die Impfung diese Erkrankungen verursacht hat«. Weiter schrieb das PEI: »In Übereinstimmung mit der EMA überwiegt aus Sicht des Paul-Ehrlich-Instituts der Nutzen der Impfung die bekannten Risiken.«

Derweil wird der Aufbau von Produktionskapazitäten in Deutschland zielstrebig verfolgt. Seit Anfang März gibt es einen Sonderbeauftragten der Bundesregierung für die Impfstoffproduktion. Ernannt wurde, auf Vorschlag von Bundesfinanzminister Olaf Scholz (SPD), der Sozialdemokrat Christoph Krupp. Kurz nach Übernahme dieser Aufgabe skizzierte Krupp seine Pläne in einem Interview mit der Funke-Mediengruppe. »Wir können froh sein«, sagte Krupp, »dass zwei wichtige Impfstoffe in Deutschland entwickelt wurden: von BioNTech in Mainz und CureVac in Tübingen.« Zwar ist das CureVac-Vakzin bisher noch nicht zugelassen. Angestrebt werde gleichwohl, »dass ab 2022 eine sichere Versorgung Deutschlands über eigene Produktionskapazitäten gewährleistet ist«. Notwendig sei zudem, hierzulande ein Netzwerk spezialisierter Unternehmen zu etablieren. »Dabei geht es«, erklärte Krupp, »um die gesamte Wertschöpfungskette: von der Rohstoffbeschaffung über die Abfüllung der Impfstoffe bis zur Lieferung von Nebenprodukten und Impfbühnen.«

Die Corona-Pandemie überdauern wird sicherlich auch ein weiteres, neues Instrument: der digitale Impfnachweis. Ein Firmen-Konsortium, angeführt vom US-Konzern IBM, soll eine solche Smartphone-App im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) bis zum Sommer entwickeln. Laut Ausschreibung soll das digitale Dokument eine »datenschutzkonforme Prüfung des COVID-19 Impfstatus durch Dritte« ermöglichen. Gespeichert werden sollen – fälschungssicher und laut BMG freiwillig – Impfdatum, Impfstoff und Name des Geimpften.

Wer genau die Dritten sein werden, die bei welcher Gelegenheit Anspruch auf Vorlage des digitalen Impfnachweises erhalten sollen, ist bislang nicht geregelt. Unter Jurist\*innen ist umstritten, ob geimpfte Menschen Privilegien erhalten sollen oder nicht (→ Seite 4). Zumal wissenschaftlich nicht geklärt ist, ob Geimpfte, die das Coronavirus aufnehmen, andere Menschen anstecken können oder nicht.

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

### Anspruch auf individuelle Aufklärung

Professor Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, hat eine seriöse Aufklärung auch bei Impfungen gegen das Coronavirus angemahnt. In einem ausführlichen Interview mit der Zeitschrift *Zahnärztliche Mitteilungen* (Heft 04/2021) zur Corona-Pandemie sagte Ludwig unter anderem: »Die Patientenaufklärung ist fester Bestandteil einer ärztlichen Behandlung, also auch einer Impfung. Dazu reichen Videos oder Merkblätter definitiv nicht aus; die gesetzlichen Vorschriften verlangen eine persönliche und individuelle Aufklärung – dieser Anspruch scheint mir bei den Impfzentren nur schwer einlösbar zu sein. Wenn kommende Impfstoffe nicht mehr so komplizierte Lagerbedingungen wie beispielsweise Tiefkühlbehälter benötigen, würde ich es sehr begrüßen, wenn auch Hausärzte impfen könnten, weil hier aus der Kenntnis ihres Patienten und der medizinischen Vorgeschichte eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung getroffen werden kann.«



## Einnahmen ohne Maske

**Interessenkonflikte gibt es im Gesundheitswesen reichlich, mitunter fliegen sogar Korruptionsfälle auf. Konsequenz der aktuellen Masken-Affäre könnte bestenfalls sein, dass fragwürdige Nebenjobs von Parlamentarier\*innen gesetzlich verboten werden. Notwendig ist aber auch, kooperierende Unternehmen und Ärzt\*innen verbindlich zur Transparenz zu verpflichten.**

Seit Ende Februar berichten diverse Medien Erstaunliches: Zwei Unionsabgeordnete sollen während der Pandemie fragwürdige Geschäfte gemacht haben. Nikolas Löbel (CDU) gab zu, seine Projektmanagement-Firma habe Provisionen von rund 250.000 Euro dafür erhalten, dass sie Kaufverträge über Schutz-Masken zwischen einem Lieferanten und zwei Privatunternehmen vermittelt hatte. Gegen Georg Nüßlein (CSU) ermittelt die Münchner Generalstaatsanwaltschaft wegen Korruptionsverdachts; der Gesundheitspolitiker soll bei Masken-Deals über 600.000 Euro eingenommen haben. Nüßlein bestreitet alle Vorwürfe.

Beide Politiker haben ihr Mandat aufgrund des Drucks aus den eigenen Parteireihen inzwischen niedergelegt und sind aus ihren Parteien ausgetreten. Wobei CDU/CSU-Fraktionschef Ralph Brinkhaus nicht ausschloss, dass es noch mehrere Fälle dieser Art geben könnte. Mal sehen.

Die Organisation LobbyControl hat Brinkhaus und die Parteichefs von CDU und CSU, Armin Laschet und Markus Söder, aufgefordert, »Konsequenzen« zu ziehen; ein entsprechender Brief, den man online unterzeichnen kann, wurde am 11. März veröffentlicht. Konkret fordert LobbyControl die Unionsspitzen auf, dafür zu sorgen, dass »bezahlte Lobby-Nebentätigkeiten von Abgeordneten verboten werden«. Einnahmen aus anderen Nebenjobs, inklusive Firmenbeteiligungen und Aktienoptionen, müssten »auf Euro und Cent transparent gemacht werden«. Außerdem fordert LobbyControl die Einführung einer »Veröffentlichungspflicht für Lobbytermine im Gesetzgebungsprozess«.

Solche Vorschläge sind mehr als diskutabel; angesichts der verbreiteten Empörung ist es gut möglich, dass das Parlament noch vor der Bundestagswahl am 26. September über neue, strengere Regeln zumindest laut nachdenkt.

Besser wäre es, schärfere Gesetze zügig zu beschließen. Und dabei nicht nur Abgeordnete und Ministerien in den Blick zu nehmen, sondern auch weit verbreitete Geschäftsbeziehungen zwischen Industrie und Medizin. Die

## Geschützte Impfdaten?

Das Unternehmen CTS Eventim mit Zentrale in Bremen gilt als europäischer Marktführer beim Verkauf von Online-Tickets. Der Vorstandsvorsitzende Klaus-Peter Schulenberg offenbarte der Zeitung *WirtschaftsWoche* Anfang Februar: »Wir haben unsere Systeme so eingerichtet, dass sie auch Impfausweise lesen können.« Außerdem sagte Schulenberg: »Wenn es genug Impfstoff gibt und jeder sich impfen lassen kann, dann sollten privatwirtschaftliche Veranstalter auch die Möglichkeit haben, eine Impfung zur Zugangsvoraussetzung für Veranstaltungen zu machen.«

Derartige Optionen hält wohl auch Bundesjustizministerin Christine Lambrecht (SPD) für möglich. In einem Interview mit dem *Redaktionsnetzwerk Deutschland*, veröffentlicht am 25. Januar, sagte sie auch: »Private dürfen im Grundsatz selbst bestimmen, mit wem sie Geschäfte machen möchten. (...) Wenn zum Beispiel die Restaurants wieder öffnen dürfen und ein Restaurantinhaber dann ein Angebot nur für Geimpfte machen möchte, wird man ihm dies nach geltender Rechtslage schwerlich untersagen können.«

Anders argumentiert Bremens Datenschutzbeauftragte Imke Sommer. »Impfdaten sind als Gesundheitsdaten besonders geschützt und dürfen nur in besonderen Ausnahmefällen von Privaten verarbeitet werden«, erklärte sie in einer Pressemitteilung vom 9. Februar. »Wenn nur diejenigen eine Veranstaltung besuchen dürfen, die einen Scan ihres Impfausweises hochladen, liegt ein Verstoß gegen das Koppelungsverbot vor. Die Verarbeitung von Impfdaten durch private Stellen könnte allenfalls in einem Gesetz erlaubt werden, das den hohen Anforderungen der Datenschutzgrundverordnung genügt.«

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hat bereits im Februar 2019 eine »gesetzliche Transparenzverpflichtung« gefordert, um finanzielle Verbindungen von ÄrztInnen mit Pharma- und Medizinprodukteherstellern verbindlich öffentlich zu machen (→ *BIOSKOP* Nr. 85). Patient\*innen würden so Gelegenheit bekommen, sich »zuverlässig zu Interessenkonflikten ihrer behandelnden Ärzte zu informieren«. Zahlungen müssten gemäß Empfehlung der AkdÄ im Internet verständlich publiziert werden; in den USA sei dies bereits seit 2013 der Fall.

Auch BioSkop hat wiederholt gefordert, ein öffentlich anklickbares Online-Register verbindlich einzuführen sowie Fortbildungsveranstalter und Geldgeber zu verpflichten, Zahlungen und Sponsoringverträge im Wortlaut transparent zu machen.

Klaus-Peter Görlitzer

### »Einfach da«

*Not und Gebot. Grundrechte in Quarantäne* heißt ein spannendes Buch von Heribert Prantl, erschienen im Februar 2021 im Verlag C.H. Beck.

»Es ist eine Stimmung entstanden, die Grundrechte in Krisenzeiten als Gefahr betrachtet«, beobachtet der renommierte Journalist und Jurist. Seine 200 Seiten starke Streitschrift warnt eindringlich davor, Grundrechte unter »Pandemievorbehalt« zu stellen; sie mahnt die politisch Handelnden, stets die Verhältnismäßigkeit der Mittel zu wahren. Ein Thema sind auch »Privilegien für Geimpfte«, die seit Beginn der Corona-Impfungen verstärkt ins Gespräch gebracht werden. Dazu bemerkt Prantl:

»Grundrechte sind keine Privilegien, die man sich erst durch ein bestimmtes Handeln oder durch ein bestimmtes Verhalten verdienen kann oder verdienen muss. Grundrechte sind keine Belohnung, keine Gratifikation, kein Bonus, kein dreizehntes Monatsgehalt. Sie sind einfach da, jeder hat sie, jeder darf sie in Anspruch nehmen.«

## »Reclaim Your Face«

### Europäische Petition gegen biometrische Überwachung

»Reclaim Your Face« – unter diesem Motto fordert eine zivilgesellschaftliche Initiative, biometrische Massenüberwachung in Europa zu verbieten. Ihre Petition, gerichtet an die EU-Kommission, benötigt mindestens eine Million Unterschriften.

Die europäische Bürger\*innen-Initiative startete am 17. Februar, über 40 Organisationen unterstützen sie und rufen die EU-Europäer\*innen zum Mitzeichnen auf. In der Petition heißt es unter anderem: »Insbesondere fordern wir die Kommission auf, die unterschiedslose oder stichprobenartige Verwendung biometrischer Daten, die zu einer unrechtmäßigen Massenüberwachung führen kann, in Gesetz und Praxis zu verbieten.« Solche Systeme, die tief in die Privatsphäre eingreifen, »dürfen weder entwickelt noch eingesetzt oder von öffentlichen oder privaten Stellen genutzt werden«. Die Nutzung von biometrischer Überwachung, Profiling und dazugehörigen Prognosen sei inzwischen weit verbreitet, sie gefährde »die Rechtsstaatlichkeit und unsere wichtigsten Grundfreiheiten«. Praktisch wirkt sich das zum Beispiel so aus, dass Menschen videoüberwachte Orte und Veranstaltungen lieber meiden, Demonstrationen inklusive.

»Sehr fehleranfällig, häufig diskriminierend und ein schwerer Eingriff in unsere Grundrechte.«

Zu den deutschen Organisationen, die zur Mitzeichnung der europäischen Initiative aufrufen, gehört neben Chaos Computer Club, Digitalcourage, Digitale Freiheit und kamerastoppen.org auch die Gesellschaft für Informatik (GI), laut Selbstdarstellung die größte und wichtigste Fachgesellschaft auf diesem Gebiet hierzulande. »Biometrische Daten sind hochsensible persönliche Informationen über körperliche Eigenschaften und Verhaltensweisen wie Gesichtsausdruck und Mimik, Gestik und Bewegungsweisen oder Stimmen«, erklärt die GI. Ihr Präsident, Professor Hannes Federrath, kritisiert, dass staatliche Akteure und private Unternehmen EU-rechtliche Lücken nutzen, »um biometrische Überwachungstechnologien in öffentlichen Räumen zu etablieren«. Dabei sei »die automatische Gesichts- und Verhaltens-

kennung sehr fehleranfällig, häufig diskriminierend und ein schwerer Eingriff in unsere Grundrechte«.

Gelingt es der Reclaim-Your-Face-Initiative, binnen eines Jahres mindestens eine Million Unterschriften

für die Petition zu sammeln, muss ihr Anliegen auf die EU-Agenda gesetzt werden. Es wird dann eine öffentliche Anhörung im Europäischen Parlament geben, und die EU-Kommission muss offenlegen, ob und wie sie mit der Initiative umzugehen gedenkt.

Auf der Webseite <https://reclaimyourface.eu/de/> gibt es weitere Informationen und auch die Möglichkeit, die europäische Bürger\*innen-Initiative gegen biometrische Massenüberwachung direkt zu unterstützen.

### #PersoOhneFinger

Bald ist es tatsächlich so weit: Wer einen Personalausweis beantragt, wird Abdrücke des linken und rechten Zeigefingers hinterlassen müssen. Die biometrischen Merkmale werden auf dem Chip des Ausweisdokuments gespeichert; die neue, bedenkliche Pflicht gilt ab dem 2. August 2021. Der Verein Digitalcourage, der eine – im Ergebnis erfolglose – Petition gegen das Erfassungsprojekt gestartet hatte (→ BIOSKOP Nr. 91), ruft die Bürger\*innen nun auf, rechtzeitig vor dem 2. August einen neuen Personalausweis noch ohne Fingerabdrücke zu beantragen. Was dabei zu beachten ist, steht im Infoblatt #PersoOhneFinger auf <https://digitalcourage.de>. Erklärt wird dort auch, warum es aus Sicht von Digitalcourage »keinen legitimen Grund für einen anlasslosen und generellen Zwang zur Speicherung von Fingerabdrücken auf Personalausweisen« gibt.

## »Soforthilfen für die Armen – jetzt!«

Die Auswirkungen der Pandemie bekommen alle zu spüren, viele auch die wirtschaftlichen Folgen der politisch verordneten Einschränkungen, besonders hart aber diejenigen Menschen, die mit wenig Geld auskommen müssen. »Soforthilfen für die Armen – Jetzt!« fordert ein Aufruf, den Vertreter\*innen von 36 Verbänden und Gewerkschaften Ende Januar gestartet haben.

Die Regelsätze für Bezieher\*innen von Hartz IV (zurzeit 446 Euro) und Grundsicherung für Alte und Erwerbsgeminderte müssten, so der Appell, bedarfsgerecht auf »mindestens 600 Euro« im Monat angehoben werden; schon vor der Pandemie habe das Geld nicht ausgereicht, um ausgewogene Ernährung und ein Mindestmaß an sozialer, politischer und kultureller Teilhabe zu ermöglichen.

Die Erstunterzeichnenden, darunter Ulrich Schneider (Hauptgeschäftsführer des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes), Verena Bentele (Präsi-

dentin des Sozialverbandes VdK) und Frank Werneke (Vorsitzender der Gewerkschaft Ver.di), fordern zudem »für die Dauer der Krise« einen pauschalen, monatlichen »Mehrbedarfszuschlag von 100 Euro« für Bedürftige. Zusätzliche Kosten gebe es in der Pandemie u. a. durch Mehrausgaben für Schutzmasken und Hygieneartikel, gestiegene Preise bei Obst und Gemüse und den Wegfall des Schulessens. Außerdem appelliert die zivilgesellschaftliche Allianz an die Politik, Zwangsräumungen während der Krise zu verbieten, um Mieter\*innen, die aufgrund der derzeit geltenden Einschränkungen in Zahlungsschwierigkeiten geraten sind, vor dem Verlust ihrer Wohnung zu schützen.

Der Aufruf steht mit weiteren Informationen auf der Website des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes ([www.derparitaetische.de/coronahilfe](http://www.derparitaetische.de/coronahilfe)) und kann dort online mitgezeichnet werden. Bis zum 10. März hatten über 136.000 Menschen den Appell unterstützt.

### Bitte unterschreiben!

Ein Bündnis zivilgesellschaftlicher Organisationen fordert den Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in einem »Offenen Brief« auf, den Beschluss über die Kassenzulassung des ersten vorgeburtlichen Bluttests auf Trisomien zurückzustellen. Der Brief, unterschrieben auch von BioSkop, steht auf der Internetseite des Kölner Vereins mittendrin e.V., der sich für eine »inklusive Gesellschaft« einsetzt, zur Mitzeichnung bereit: [www.mittendrin-koeln.de](http://www.mittendrin-koeln.de) Zum Hintergrund bitte im Newsletter Behindertenpolitik den Artikel auf Seite 4 lesen.

# Krankenhäuser unter Druck

Pandemie verdeutlicht schädliche Wirkungen des DRG-Systems

**Kalle Kunkel (Berlin),  
aktiv in der Kampagne  
»Krankenhaus statt Fabrik«**

**Die Coronakrise verschärft die kritikwürdigen Zustände im kommerzialisierten Krankenhaussystem. Wie Patient:innen gut behandelt werden und Pflegekräfte gut arbeiten können, gehört oben auf die politische Agenda.**

Ende 2020 wurde bekannt, dass der Klinikkonzern Asklepios einer Pflegerin gekündigt hatte, die in der Krankenhausbewegung Hamburg aktiv ist. Sie hatte zuvor öffentlich kritisiert, dass die Arbeitsbelastung für Pflegekräfte in ihrer Klinik während der zweiten Coronawelle immens gestiegen sei und sie sich auf den Intensivstationen um zu viele Patient\*innen gleichzeitig kümmern müssten. Die Pflegerin erhielt bundesweit großen Zuspruch von Kolleg\*innen, die zahlreiche ähnliche Situationen schilderten. Die Solidarität wirkte: Mitte Februar 2021 zog Asklepios die Kündigung zurück.

In diesem Konflikt verdichten sich die aktuellen Probleme in den Krankenhäusern, die sich mit der Coronakrise verschärft haben – deren Ursachen jedoch weiter zurückreichen. So fanden bereits mit der Einführung des Fallpauschalensystems zur Finanzierung der Krankenhäuser (DRG) in den Jahren 2003/04 die Marktorientierung und Kommerzialisierung des deutschen Krankenhaussystems ihren vorläufigen Höhepunkt: Jede Diagnose und die entsprechende Behandlung erhielten damit einen festen Preis, der unabhängig von den realen Kosten der Krankenhäuser bezahlt wird. Einrichtungen, die ihre Kosten unter diesen Preis drücken können – etwa durch Tarifflicht, Personalabbau oder Spezialisierung auf lukrative Behandlungen –, fahren so Gewinne ein. Verluste drohen hingegen allen anderen Krankenhäusern – weil sie sich beispielsweise nicht spezialisieren können und auch Behandlungen anbieten müssen, die nicht lukrativ sind. Damit sind die Krankenhäuser nun auch darauf angewiesen, so viele Patient\*innen wie möglich zu behandeln, da sie nur für jeden einzelnen abgerechneten »Fall« Geld bekommen.

Die Auswirkungen dieses Systems auf die Bettenkapazitäten sind widersprüchlich: Zwar setzt sich mit der Einführung der DRGs der schon zuvor begonnene Bettenabbau fort – um bislang rund 25 Prozent seit 1991. Zugleich hat sich die Zahl der Intensiv- und Intermediate-Care-Betten (IMC) erhöht – ein nicht beabsichtigter Nebeneffekt der Kommerzialisierung: Da das DRG-System in den lukrativen Bereichen zu mehr invasiven Behandlungen führt, wurden auch die Intensivbereiche ausgebaut, in denen

die Patient\*innen nach der Operation versorgt werden müssen. Die im internationalen Vergleich noch immer hohe Bettendichte sowohl von Intensiv- als auch von Normalpflegekapazitäten pro Einwohner\*in ist gesundheitspolitischen Beratern der Bundesregierung jedoch ein Dorn im Auge. In den vergangenen Jahren suggerierten Modellrechnungen von Leopoldina (Nationale Akademie der Wissenschaften) und Bertelsmann-Stiftung, dass mindestens ein Drittel der Betten überflüssig seien. Dem ist aber keineswegs so, wie die Coronapandemie eindrücklich zeigt.

## Pflege zum Kostenfaktor degradiert

Allerdings verstellt der Fokus auf die räumliche und sachliche Infrastruktur (Betten, Beatmungsgeräte etc.) den Blick auf den dramatischsten Effekt der DRG-Einführung: den Personalabbau vor allem in der Pflege. Bereits in den Jahren 1996/97 wurde die letzte Form einer am Bedarf der Patient\*innen orientierten Personalbemessung für die Pflege abgeschafft – mit dem alleinigen Ziel, das Gesundheitswesen marktförmig auszurichten. Der schon damit einsetzende Personalabbau beschleunigte sich mit der Einführung der DRGs, womit die Pflege fast ausschließlich zum Kostenfaktor degradiert wurde, den es zu reduzieren gelte.

Allein bis 2007 fielen daher rund 50.000 Pflegestellen weg. Zwar versucht die Politik seit einigen Jahren mit zahlreichen Reparaturmaßnahmen gegenzusteuern, sie konnte diesen Exodus aber bis heute nicht wettmachen – zumal sich die Arbeitsbedingungen mit dem Personalabbau so verschlechtert haben, dass ausgebildete Pflegekräfte den Beruf nach einigen Jahren entweder aufgeben oder die Arbeitszeit reduzieren. Schon vor der Pandemie konnten deshalb wegen Personal mangels immer wieder Betten auf Normal- und Intensivstationen gar nicht erst belegt werden.

Um in der Coronakrise dennoch über ausreichend Puffer zu verfügen, forderte die Politik die Krankenhäuser Mitte März 2020 auf, planbare – sogenannte elektive – Behandlungen auszusetzen, soweit dies medizinisch vertretbar sei. Eine solche Vorgabe bringt jedoch schon aus medizinischer Perspektive kritische Entscheidungen mit sich: Während bei einigen orthopädischen Eingriffen eine Verschiebung oft besser möglich ist, sind Abweichungen bei onkologischen Eingriffen mit einer deutlichen Risikoabwägung verbunden: Wann ist ein in die Zukunft verlegter Termin noch »vertretbar«, ohne das Risiko für den an Krebs erkrankten Menschen deutlich zu

### Mehr lesen

Eine ausführliche Version der Analyse von Kalle Kunkel erschien im Februar in der Monatszeitschrift *Blätter für deutsche und internationale Politik* (Ausgabe 2/2021). Sein Beitrag unter der Überschrift: »Krankenhäuser: Kollaps mit Ansage« sowie weitere interessante Artikel sind auch online zu lesen: [www.blaetter.de/ausgabe/2021/februar](http://www.blaetter.de/ausgabe/2021/februar)

► erhöhen? Unabhängig von der medizinischen Einschätzung belasten Verschiebungen die betroffenen Patient\*innen emotional.

In der Notsituation offenbart sich die schädliche Wirkung der DRGs in aller Schärfe: Denn durch die Fallpauschalen sind die Krankenhäuser darauf angewiesen, ausreichend planbare »Fälle« zu behandeln, um Einnahmen zu generieren. Für die Vorhaltung von Behandlungskapazitäten bekommen sie hingegen kein Geld.

Da die Krankenhäuser in der Coronakrise aufgefordert wurden, ihr planbares Programm herunterzufahren, mussten sie die erwarteten Einnahmeausfälle kompensieren. Bereits im März und noch einmal im Dezember 2020 forderte die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) die Bundesregierung daher auf, das System der Fallpauschalen für 2020 und 2021 auszusetzen und zu einer kostendeckenden Finanzierung zurückzukehren: Den Krankenhäusern solle das Budget des Vorjahres in monatlichen Abschlägen gezahlt und zum Jahresende die genauen Kosten abgerechnet werden. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) lehnte dies jedoch wiederholt ab und führte stattdessen – bei Beibehaltung der DRG-Finanzierung – eine sogenannte Freihaltepauschale ein: Für jedes freibleibende Bett bekamen die Krankenhäuser zunächst 560 Euro pro Tag.

Diese Regelung führte allerdings dazu, dass insbesondere für die kommunalen Maximalversorger, die eine umfassende Versorgung sicherstellen müssen und die Unikliniken das Geld nicht ausreichte und sie Verluste schrieben. Kleinere Spezialkliniken dagegen – oft in privater Hand – konnten mit der Pauschale sogar mehr Geld einnehmen, als hätten sie die Betten belegt. Obwohl dies dem BMG dank einer in Auftrag gegebenen Begleitstudie bekannt ist, forderte es das Geld nicht zurück, sondern differenzierte ab Juli 2020 die Pauschalzahlungen. Nun orientieren sich diese an der Schwere der Fälle, die in den Krankenhäusern normalerweise behandelt werden. Das Hauptproblem bleibt aber bestehen: der Anreiz, Patient\*innen zu bewerten, ob sie lukrativ sind oder nicht. Und in der Tat berichtete ein Mitarbeiter einer Krankenhausberatungsfirma in der ARD-Reportage »Markt Macht Medizin« über Anfragen von Klinikmanagern, die wissen wollten, in welchen Bereichen sich die Freihaltepauschale lohnt und in welchen nicht.

Dieser finanzielle Unterstützungsmechanismus lief zum 30. September aus, als sich die zweite Coronawelle in den Nachbarländern längst andeutete. Erst nachdem diese schon in vollem Gang war, wurde er Ende November wieder aktiviert – mit entscheidenden Änderungen: Durch Einführung zahlreicher Kriterien reduzierte das BMG die Zahl der Krankenhäuser, die den »Schutzschirm« in Anspruch nehmen können, auf rund 25 Prozent. Eindringlich warnte die DKG davor, dass einzelne

Häuser bald keine Gehälter mehr auszahlen könnten. Während die versprochene Coronaprämie bei vielen Pfleger\*innen nicht ankam, sind inzwischen 12-Stunden-Schichten zugelassen, und ausgesetzt wurden die 2019 eingeführten und ohnehin unzureichenden Personaluntergrenzen. Diese geben unter anderem für die Intensivstationen vor, wie viele Patient\*innen eine Pflegekraft maximal versorgen darf. Für die Intensivpflege und die Geriatrie wurden die Untergrenzen ab August wieder reaktiviert. Für allen anderen Bereiche bleiben sie ausgesetzt.

## Ungesund, ineffizient, unzumutbar

Dabei sind Covid-19-Patient\*innen besonders betreuungsintensiv; die höheren hygienischen Anforderungen lassen sich nur mit ausreichend Personal einhalten. Schon während der ersten Coronawelle im Frühjahr 2020 berichteten viele Pflegekräfte von psychischem Stress und zusätzlicher körperlicher Belastung. Da die Zahl an Patient\*innen seinerzeit noch viel geringer war als heute, konnte die Mehrbelastung durch die Einschränkung des regulären Programms noch einigermaßen ausgeglichen werden.

In der zweiten Welle spitzt sich die Arbeitssituation zunehmend zu. Zum einen müssen nun viel mehr Patient\*innen auf den Stationen versorgt werden, zum anderen haben die Krankenhäuser wegen der zögerlichen Politik der Bundesregierung viel zu spät angefangen, den Normalbetrieb herunterzufahren. Immer mehr Hospitäler verordnen jetzt 12-Stunden-Schichten. Damit aber steigt nicht nur die Infektionsgefahr für die Beschäftigten, sondern es drohen regelrechte Belastungsspiralen, wenn sich zunehmend Beschäftigte krank melden.

Die Coronakrise offenbart besonders eindrücklich, dass die marktförmige Steuerung nicht nur schädlich für die Gesundheit der Menschen, sondern auch ineffizient ist. Dessen ungeachtet hält die Bundesregierung am DRG-System fest. Ihre Ablehnung des Finanzierungsvorschlags der DKG ist maßgeblich von der Sorge geprägt, ein vorübergehend ausgesetztes Fallpauschalensystem nicht mehr reaktivieren zu können. Denn immer lauter sind aus den Bundesländern wie auch aus gesundheitspolitischen Organisationen jene Stimmen zu vernehmen, die auch längerfristig eine zumindest teilweise Abkehr vom DRG-System fordern.

So könnte die Frage, wie die gesundheitliche Versorgung künftig kostendeckend sichergestellt werden kann, im Superwahljahr 2021 auf der politischen Agenda ganz weit nach oben rücken. Zumal sich die Beschäftigten in den Krankenhäusern Bereich immer selbstbewusster in die Auseinandersetzung darüber einmischen und nicht länger bereit sind, aufopfernd unzumutbare Belastungen zu ertragen.

## »Ich pflege wieder, wenn ...«

Der chronische Personal-mangel in der Pflege ist seit vielen Jahren bekannt, während der Pandemie wurde dringender Handlungsbedarf besonders spürbar. »Eine Lösung«, meint die Arbeitnehmerkammer Bremen, »könnte sein, Pflegebeschäftigte in Teilzeit oder Ausgestiegene zurückzugewinnen.« Um die Voraussetzungen zu erkunden, haben die Arbeitnehmerkammer und das sozialpolitische Forschungszentrum Socium der Universität Bremen genau 1.032 Pflegekräfte online befragt. Die Studie unter dem Titel »Ich pflege wieder, wenn ...« wurde am 3. Februar vorgestellt, das Kernergebnis: »Mehr als 50 % der Teilzeitkräfte würden ihre Arbeitszeit aufstocken und knapp 60 % der ausgestiegenen Pflegekräfte würde in ihren Beruf zurückkehren – unter den für sie passenden Bedingungen.« Die Studie verdeutlicht, was sich die Befragten wünschen, die Arbeitnehmerkammer bilanziert: »Besonders wichtig ist ihnen mehr Zeit für eine fachlich hochwertige Pflege (87 %) und menschliche Zuwendung (86 %). Auch eine Personalbemessung, die sich am Bedarf der Patientinnen und Patienten orientiert, erfährt starke Zustimmung (86 %).« Von den Vorgesetzten werden »Wertschätzung und Respekt« (92 %) sowie »Sensibilität für die Belastungen in der Pflege« (91 %) erwartet; eine »höhere Bezahlung« halten 84 % für angemessen. Angesichts solcher Ergebnisse fordert der Hauptgeschäftsführer der Bremer Arbeitnehmerkammer, Ingo Schierenbeck: »Die Arbeitsbedingungen und die Bezahlung in der Pflege müssen sich umgehend und spürbar verbessern. Das setzt auch eine grundlegende Veränderung der Finanzierungsgrundlagen voraus.« Die Studie ist online auf [www.arbeitnehmerkammer.de](http://www.arbeitnehmerkammer.de)



# Selbsttötung nach Beratung?

Gesetzentwurf soll Verfahren für Suizidhilfe legitimieren

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

## Kein Anspruch auf tödlichen Wirkstoff

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat eine Verfassungsbeschwerde für unzulässig erklärt, mit der ein Ehepaar den Erwerb eines tödlich wirkenden Medikaments zwecks Suizid erstreiten wollte. Zuvor hatte das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte das Begehren der 1937 und 1944 geborenen Sterbewilligen abgelehnt. Seinen am 5. Februar 2021 veröffentlichten Beschluss, die Verfassungsbeschwerde nicht anzunehmen, begründet der Erste Senat des BVerfG maßgeblich mit dem Grundsatzurteil vom 26. Februar 2020 (→ BIOSKOP Nr. 89). Vor gut einem Jahr hatte der Zweite Senat des BVerfG den Straftatbestand der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung für nichtig erklärt und gleichzeitig ein »Recht auf selbstbestimmtes Sterben« für jede/n anerkannt. »Aufgrund dieser grundlegend veränderten Situation«, so das BVerfG in einer Pressemitteilung, seien die BeschwerdeführerInnen »nunmehr zunächst gehalten, durch aktive Suche nach suizidhilfebereiten Personen im Inland, durch Bemühungen um eine ärztliche Verschreibung des gewünschten Wirkstoffs oder auf anderem geeignetem Weg ihr anerkanntes Recht konkret zu verfolgen.« Das BVerfG betont zudem, es wolle »zum jetzigen Zeitpunkt« nicht den politischen Gestaltungsspielraum für ein zu erarbeitendes »legislatives Schutzkonzept« einschränken, den das Urteil vom 26. Februar 2020 dem Gesetzgeber eröffnet habe.

**Einflussreiche Parlamentarier\*innen schlagen vor, ein »geordnetes Verfahren« zum assistierten Suizid in Deutschland einzuführen und abzusichern. Würde ihr Gesetzentwurf realisiert, dürften Ärzt\*innen künftig unter bestimmten Bedingungen auch Präparate zwecks Selbsttötung verschreiben. Außerdem sollen bundesweit Beratungsstellen für Sterbewillige geschaffen und aus Steuergeldern finanziert werden.**

Ein neues Gesetzgebungsverfahren zur Normierung der Selbsttötung läuft im Bundestag bisher nicht. Aber Stimmung zu diesem heiklen Thema wird bereits außerhalb des Parlaments gemacht und ausgelotet, vor allem von den Abgeordneten Katrin Helling-Plahr (FDP), Karl Lauterbach (SPD) und Petra Sitte (Linke). Am 29. Januar, mitten in der Corona-Krise, präsentierten sie in der Bundespressekonferenz in Berlin ihren »Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe«, den außerdem auch Swen Schulz (SPD) und Otto Fricke (FDP) mitverantworteten. »Das Recht auf einen selbstbestimmten Tod«, das das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 26. Februar 2020 anerkannt hat (→ BIOSKOP Nr. 89), »darf nicht nur auf dem Papier bestehen«, sagte Helling-Plahr. Es brauche endlich »einen klaren Rechtsrahmen«; »wichtig« findet die liberale Gesundheitspolitikerin, »dass Sterbewillige in einem geordneten Verfahren Zugang zu Medikamenten zur Selbsttötung erhalten können«.

Der Gesetzentwurf, für den Helling-Plahr, Lauterbach, Sitte & Co. werben, stellt in § 1 fest: »Jeder, der aus autonom gebildetem, freiem Willen sein Leben beenden möchte, hat das Recht, hierbei Hilfe in Anspruch zu nehmen.« Helfen bei der Selbsttötung darf gemäß § 2 grundsätzlich »jeder«, aber niemand könne dazu verpflichtet werden. Was als ein »autonom gebildeter, freier Wille« gelten soll, legt § 3 fest: Voraussetzung sei, das mensch »seinen Willen frei und unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung bilden und nach dieser Einsicht handeln« könne. Suizidwillige müssten volljährig sein und ihren »Entschluss zur Selbsttötung ohne unzulässige Einflussnahmen oder Druck gebildet« haben; außerdem sei erforderlich, dass dieser Entschluss »von einer gewissen Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit getragen« sei.

»Von wesentlicher Bedeutung« im Gesetzentwurf seien, so Mitautorin Petra Sitte, »staatlich anerkannte und finanzierte Beratungsstellen, die kompetent und ergebnisoffen beraten

können«. Die Einzelheiten zur Beratung, die unentgeltlich sein soll und auf Wunsch des Hilfesuchenden auch anonym erfolgen könne, regelt § 4. Die vermittelten Informationen sollten »den Suizidwilligen befähigen, auf einer hinreichenden Beurteilungsgrundlage realitätsgerecht das Für und Wider der Entscheidung abzuwägen«. Erläutert werden sollen dabei »die Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Suizidhilfe« und auch »Handlungsalternativen zum Suizid«, bei Erkrankten zudem »alternative therapeutische Maßnahmen und pflegerische oder palliativmedizinische Möglichkeiten«.

## Aufbau einer neuen »Infrastruktur«

Für die Beratung soll eine neue »Infrastruktur« überall in der Republik aufgebaut werden; wie sie ausgestaltet werden soll, gibt § 5 vor. »Für die Beratung nach § 4«, so der Gesetzentwurf, »haben die Länder ein ausreichendes plurales Angebot an wohnortnahen Beratungsstellen sicherzustellen.« Die Gesetzesmacher\*innen haben auch speziell an »Suizidwillige mit körperlichen Einschränkungen« gedacht – für sie müsse ein »aufsuchendes Beratungsangebot« bereitgestellt werden, was wohl den Besuch von Suizidhilfeberater\*innen bei Sterbewilligen in Heimen und privaten Wohnungen meint.

Die Beratungsstellen, die auch von Ärzt\*innen und freien Trägern geführt werden können, »bedürfen besonderer staatlicher Anerkennung nach Absatz 2«, verlangt § 5. Voraussetzung für eine solche Anerkennung ist, dass beratungswillige Anbieter »über hinreichend persönlich und fachlich qualifiziertes und der Zahl nach ausreichendes Personal« verfügen und außerdem sicherstellen können, dass zu einer Beratung »erforderlichenfalls kurzfristig eine ärztlich, fachärztlich, psychologisch, sozialpädagogisch, sozialarbeiterisch oder juristisch ausgebildete Fachkraft hinzugezogen werden kann«. Den anerkannten Beratungsstellen wird ein »Anspruch auf eine angemessene öffentliche Förderung der Personal- und Sachkosten« zugesichert. Allerdings dürfen sie laut Gesetzentwurf nicht organisatorisch mit Einrichtungen verbandelt sein, in denen assistierte Selbsttötungen durchgeführt werden; jedenfalls nicht so eng, »dass hiernach ein materielles Interesse der Beratungseinrichtung an der Durchführung von Suizidhilfe nicht auszuschließen ist«.

Beratungsstellen sind verpflichtet, »über jedes Beratungsgespräch eine Aufzeichnung zu fertigen«. Außerdem müssen sie den Beratern eine »mit Namen und Datum versehene ▶

► Bescheinigung« ausstellen, die belegt, dass eine Beratung stattgefunden hat.

Dass diese Bescheinigung ein zentrales Dokument im Suizidhilfe-Verfahren ist, wird in § 6 deutlich, dessen Überschrift lautet: »Verschreibung eines Arzneimittels zum Zwecke der Selbsttötung«. Eine solche Verordnung darf laut Gesetzentwurf nur ein Mediziner vornehmen, Begründung: »Ärzte sind im Hinblick auf die notwendigen Kompetenzen zur Verschreibung von Arzneimitteln zur Selbsttötung exponiert. Darüber hinaus sind sie besser als andere Berufsgruppen in der Lage zu erkennen, ob der Betroffene aus autonom gebildetem, freiem Willen heraus handelt.«

Bevor ein potenziell verschreibungswilliger Arzt beginnt, über den voraussichtlichen Ablauf einer Selbsttötung aufzuklären und – bei Erkrankten – auch auf Behandlungsmöglichkeiten hinweist, muss er sich vergewissern, »dass sich die suizidwillige Person höchstens 8 Wochen zuvor in einer Beratungsstelle hat beraten las-

sen«. Als Nachweis muss besagte Bescheinigung gemäß § 4 vorliegen.

Auch für die Verschreibung des tödlichen Präparats sieht der Gesetzentwurf eine Frist vor, der aufgesuchte Arzt darf sie »in der Regel« frühestens machen, wenn seit der bescheinigten Beratung in der Beratungsstelle mindestens zehn Tage vergangen sind. Diese Zeitspanne soll sicherstellen, dass der Arzt von »einer gewissen Dauerhaftigkeit und inneren Festigkeit des Sterbewunsches ausgehen« könne.

Weitere Details, etwa zur fachlichen Qualifikation der verschreibungswilligen Ärzt\*innen, zu Meldepflichten und »Vergütung der Hilfe zur Selbsttötung« soll das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) per Rechtsverordnung regeln.

Karl Lauterbach, selbst ausgebildeter Arzt, hält den interfraktionellen Gesetzentwurf für gelungen, er regele »ein transparentes und ethisch vertretbares Verfahren«. Auch schaffe das Gesetz die Voraussetzung dafür, »dass unethische, weil auf Gewinnabsicht ausgerichtete Sterbehilfeangebote nach dem Aufbau von Alternativen mittelfristig verboten werden könnten«.

Ob und wann dieser Gesetzentwurf im Bundestag beraten wird, ist derzeit ungewiss. Das interfraktionelle Papier wird bisher von keinem Unionspolitiker öffentlich unterstützt, zwei Grüne haben ein eigenes Papier vorgelegt (→ *Kasten*). Das BMG erklärte am 12. Februar auf eine Anfrage der FDP, das Ministerium selbst habe einen »hausinternen Arbeitsentwurf« erstellt und fügte hinzu: »Eine abschließende Positionierung der Bundesregierung über das Ob und Wie einer möglichen Neuregelung der Suizidhilfe liegt jedoch noch nicht vor.«

Die Diskussion, auch gepusht von einigen evangelischen Theolog\*innen (→ *Randbemerkung*), hat indes begonnen. Die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) bewertete die Vorstellungen von Lauterbach und Kolleg\*innen sogleich als einen »im Grundsatz begrüßenswerten Vorschlag«. Allerdings kritisiert die DGHS, dass Suizidwillige einer Pflicht zur Beratung nachkommen müssten.

Dagegen warnten Wissenschaftler\*innen des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro) in einer Pressemitteilung: »Suizidwünsche sind in der Regel ambivalent und kein beständiges Phänomen. Sie werden durch äußere und innere Faktoren stark beeinflusst. Eine Beratungslösung ähnlich einer Schwangerschaftskonfliktberatung wird dem komplexen Erleben von Menschen mit Suizidgedanken nicht gerecht.« Außerdem gibt es laut den NaSPro-Fachleuten »bislang kein wissenschaftlich fundiertes Instrumentarium zur Erfassung der ›Freiverantwortlichkeit‹ und des ›autonom gebildeten Willens‹ eines Menschen« – und auch »keine praktisch umsetzbare Möglichkeit, diese sicher festzustellen«.

## Assistierte Selbsttötung im Heim?

Die evangelische Diakonie ist ein großes Sozialunternehmen. Ein wichtiger Teil des Geschäftsfelds ist die Alten-, Kranken- und Behindertenhilfe, wo laut Selbstdarstellung insgesamt rund 450.000 Plätze zur Verfügung stehen. Präsident der Diakonie ist Pfarrer Ulrich Lilie. Und der macht sich neuerdings dafür stark, professionelle Suizidhilfe in kirchlichen Einrichtungen zu ermöglichen. Lilie begründet dies auch in einem langen Gastbeitrag für die *Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ)* vom 11. Januar, den er gemeinsam mit den evangelischen Theologieprofessor\*innen Isolde Karle und Reiner Anselm geschrieben hat: »Anstatt durch eine Verweigerung Suizidwillige dazu zu zwingen, sich auf die Suche nach – möglicherweise durchaus eigennützig und nicht im Interesse des Lebensschutzes handelnden – Organisationen zu machen«, heißt es in ihrem Text, »dürfte es sehr viel eher Ausdruck verantwortlichen Handelns sein, entsprechende Möglichkeiten durch besonders qualifizierte interdisziplinäre Teams in den Einrichtungen zuzulassen und dabei das familiäre Umfeld einzubeziehen.«

Der via *FAZ* lancierte Vorstoß pro Suizidhilfe stieß innerkirchlich überwiegend auf Kritik. Ein Sprecher der EKD erklärte: »Jede organisierte Hilfe zum Suizid, die dazu beiträgt, dass die Selbsttötung zur Option neben anderen wird, lehnt die Evangelische Kirche in Deutschland ausdrücklich ab.« Ähnlich klar positionierten sich auch Pastor Ulrich Pohl, Chef der von-Bodelschwinghschen-Stiftungen Bethel und Prälat Peter Neher, Präsident des katholischen Caritasverbandes. Bleibt abzuwarten, ob diese Eindeutigkeit Bestand haben wird, wenn kirchliche Repräsentant\*innen gebeten werden, zu Suizidhilfe-Gesetzentwürfen im Bundestag Stellung zu nehmen.

## Grüne Alternative?

Es gibt einen zweiten Vorschlag zur Regelung der Suizidhilfe aus dem Parlament, lanciert von den Juristinnen Renate Künast und Katja Keul. Die beiden Grünen nennen ihr Papier »Diskussionsentwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben«.

Im Ziel unterscheidet sich ihr Papier, publiziert Ende Januar, nicht vom Gesetzentwurf von Helling-Plahr & Kolleg\*innen. Allerdings differenziert ihr Konzept, ob Suizidwillige »ihren Tod wegen einer schweren Krankheit anstreben oder aus anderen Gründen«, erläutern die beiden Grünen. Im ersten Fall soll der behandelnde Arzt prüfen, ob das tödliche Mittel nach Maßgabe bestimmter Kriterien zur Verfügung gestellt werden darf. Zudem muss ein zweiter Arzt diese Einschätzung schriftlich bestätigen. Wünscht dagegen ein Mensch Suizidhilfe, der nicht schwer erkrankt ist, sollen laut Künast und Keul »höhere Anforderungen (Dokumentation der Dauerhaftigkeit eines selbstbestimmten Entschlusses)« gelten, wobei »einer Beratung eine zentrale Rolle zugewiesen« werde. Über den Antrag auf Zugang zu tödlich wirkenden Präparaten soll – anders als bei schwer Erkrankten – eine »nach Landesrecht zuständige Stelle«, also eine Behörde, entscheiden.

Künast und Keul betonen, bevor der Bundestag entscheiden könne, bestehe noch »viel Diskussionsbedarf«. Stichwortartig zählen sie auf, was u. a. zu erörtern sei: »freier Wille/Einsichtsfähigkeit und Dauerhaftigkeit eines Sterbewunsches, Freiheit von Zwang und Druck sowie vergleichbaren Einflüssen, Problematik von psychisch Kranken und Minderjährigen.«

## »Den meisten könnte geholfen werden«

Psychiaterin Ute Lewitzka über Selbsttötungen und Prävention

### BIOSKOP-Interview

**Jeder hat das Recht auf Hilfe beim Suizid – egal ob alt oder jung, krank oder gesund. Das entschied das Bundesverfassungsgericht im Februar 2020 (→ BIOSKOP Nr. 89). Was heißt das für die Bemühungen um Suizidprävention? Sollte Assistenz bei Selbsttötungen reguliert werden? Und wie? BIOSKOP-Autorin Martina Keller im Gespräch mit der Psychiaterin Ute Lewitzka von der Universitätsklinik Dresden, Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention.**

### »Zur Entstigmatisierung beitragen«

[www.suizidpraevention-dresden.de](http://www.suizidpraevention-dresden.de) heißt eine neue, interessante Webseite, aufgebaut vom 2017 gegründeten Netzwerk für Suizidprävention in Dresden (NeSuD). Eine der Projektleiter\*innen ist die Psychiaterin Ute Lewitzka vom Werner-Felber-Institut für Suizidprävention und interdisziplinäre Forschung im Gesundheitswesen. »Wir möchten mit diesem Informationsportal ermöglichen, dass Betroffene schnell die für sie passende Hilfe bekommen«, erklärt Lewitzka. Zudem soll das Projekt »ermutigen, Suizidalität anzusprechen und damit etwas zur Entstigmatisierung beizutragen«. Das Portal stellt (Hilfs-)Angebote in Dresden vor und informiert allgemeinverständlich über Suizidalität und Vorbeugung. Adressat\*innen sind Menschen in einer Krise, Angehörige, Nahestehende und Bekannte, Menschen, die jemanden durch Suizid verloren haben. Auch für Fachleute, Politik und Verwaltung bietet das Portal interessante Informationen, darunter ein ausführliches »Positionspapier«, mit dem das Netzwerk NeSuD die Versorgungssituation suizidaler und suizidgefährdeter Menschen beleuchtet und Vorschläge für Verbesserungen macht.

**BIOSKOP:** Was weiß die Forschung über Menschen, die sich das Leben nehmen?

**UTE LEWITZKA:** Bis zu 90 Prozent der Suizide geschehen vor dem Hintergrund einer psychischen Erkrankung. Das weiß man aus sogenannten psychologischen Autopsiestudien, in denen Forscher rückblickend aus Arztbriefen, Polizeiakten, Aussagen von Angehörigen oder Abschiedsbriefen die Motive von Suizidopfern erkunden. Menschen haben im Rahmen einer psychischen Erkrankung in der Regel für ein sehr begrenztes Zeitfenster das Gefühl: Sie können so nicht mehr leben. Den meisten Betroffenen könnte aber geholfen werden.

**BIOSKOP:** In Ihrer Arbeit sind Sie regelmäßig mit Suizidwünschen konfrontiert. Könnten Sie ein Beispiel berichten?

**LEWITZKA:** Vor vielen Jahren habe ich eine junge Frau verloren. Diese Patientin hatte eine bipolare Störung – eine in den meisten Fällen gut behandelbare Erkrankung. Wir hatten mit der Therapie begonnen, aber sie entließ sich dann selbst aus der Behandlung. Gegen ihren Willen hätten wir sie nur dabehalten können, wenn eine unmittelbare Eigen- oder Fremdgefährdung bestanden hätte. Das ist im Prinzip richtig so, man will die Selbstbestimmung des Patienten schützen. Aber wie frei entscheidet ein psychisch kranker Mensch? Die Patientin reiste dann in die Schweiz und nahm sich dort mit Unterstützung einer Sterbehilfeorganisation das Leben.

**BIOSKOP:** Eine verbreitete Ansicht lautet: Wer sich das Leben nehmen will, der lässt sich davon nicht abbringen. Stimmt das nicht?

**LEWITZKA:** In der Regel besteht diese suizidale Zuspitzung nur für sehr kurze Zeit. In der Klinik sehen wir Menschen, die einen Suizidversuch überlebt haben. Diese Menschen sind meist in der Zeit vor dem Versuch sehr ambivalent. Dann gibt es den Punkt, wo sie zum Beispiel auf dem Hochhaus stehen und entscheiden: Ich mach das jetzt. Nicht selten wird uns aber berichtet, dass diese Menschen schon in dem Moment des Sprungs denken: Oh Gott, was tust du hier? Wenn wir die Überlebenden in der Chirurgie wieder ansprechen können, erleben wir häufig, dass mit jedem Tag, der vergeht, eine

Umkehr stattfindet, die Betroffenen ihre Situation neu bewerten und sich dem Leben wieder zuwenden. Nur zehn Prozent der Menschen, die einen Suizidversuch unternommen haben, sterben in den Folgejahren durch Suizid. Wenn man also Menschen mit Suizidgedanken in dem kurzen Zeitfenster, in dem sie ihren Wunsch in die Tat umsetzen wollen, begleiten und stützen würde, könnte man wirklich Leben retten.

**BIOSKOP:** Befürworter des assistierten Suizids argumentieren, dass allein das Wissen um diese Möglichkeit manchen davon abhält.

**LEWITZKA:** Da muss man differenzieren. Im Fall einer körperlichen Erkrankung würde ich entgegenhalten: Wenn die Menschen wüssten, dass sie eine gute palliative Versorgung bekommen können und nicht dahinsiechen müssen, dann würden sie gar nicht darüber nachdenken, sich das Leben zu nehmen. Bei den psychischen Erkrankungen wissen wir ganz klar, dass ich Leben rette, wenn ich den Zugang zu Suizidmitteln erschwere. Beispiel Golden Gate Bridge, ein sogenannter Suizid-Hotspot. Wenn jemand sich entschlossen hat, von der Brücke zu springen, die aber an dem Tag gesperrt ist, wegen eines Autounfalls, dann springt er nicht etwa am Tag darauf, sondern meist gar nicht. Zahlreiche Einzelstudien und zusammenfassende Analysen zeigen: Das wirksamste Mittel der Vorbeugung ist, den Zugang zu Suizidmethoden zu erschweren.

**BIOSKOP:** Was bedeutet das Urteil des Bundesverfassungsgerichts in diesem Kontext?

**LEWITZKA:** Mit dem verfassungsrechtlich geschützten Anspruch auf Suizidhilfe stelle ich praktisch eine Methode zur Verfügung. Das ist völlig konträr zu dem, was wir aus der Suizidprävention wissen, deswegen sehen wir das auch so kritisch. Es ist zu befürchten, dass die Zahl der Selbsttötungen mit dem wachsenden Angebot von Suizidassistenten steigt.

**BIOSKOP:** Die Verfassungsrichter wollen sicherstellen, dass ein Suizidwunsch nicht auf einer vorübergehenden Lebenskrise beruht. Deshalb soll der Entschluss, aus dem Leben zu scheiden, von einer gewissen »Dauerhaftigkeit« und »inneren Festigkeit« sein.

**LEWITZKA:** Aber wann rede ich von Dauerhaftigkeit? Bei zwei Wochen, zwei Monaten, zwei

► Jahren? In der Klinik haben wir es oft mit Menschen zu tun, die länger andauernde, chronische, schwerwiegende Verläufe haben, wie es das in der Inneren Medizin auch gibt, etwa bei Krebserkrankungen. Wo ziehe ich da die Grenze? Ich finde es extrem problematisch, dass jetzt versucht werden soll, ein Regelwerk aufzustellen, um das irgendwie zu managen.

**BIOSKOP:** Ein interfraktioneller Gesetzentwurf, vorgelegt unter anderem von SPD-Gesundheitspolitiker Karl Lauterbach, sieht die Möglichkeit der Beratung vor. Schützt das vor übereilten Entscheidungen?

**LEWITZKA:** Der Gesetzentwurf ist aus Sicht der Suizidprävention katastrophal. Da heißt es zum Beispiel, psychologisch ausgebildete Fachärzte sollten, »falls erforderlich«, bei der Beratung hinzugezogen werden. Ich will den ärztlichen Kollegen und anderen im Entwurf genannten Disziplinen nicht zu nahe treten, aber wenn der leiseste Verdacht einer psychischen Erkrankung im Raum steht, muss ein Psychiater das beurteilen. Ein Hausarzt, eine

Onkologin, ein Sozialpädagoge können nicht sicher einschätzen, ob die Erkrankung einen Einfluss auf den Suizidwunsch hat. Ein Beispiel aus unserer Klinik: Ich hatte einen Patienten, der in einem anderthalbstündigen Gespräch keinen Anhaltspunkt für eine psychische Auffälligkeit zeigte, und plötzlich, an einem bestimmten Punkt, kam ein Wahnsystem zum Vorschein. Das zu erkennen, ist selbst für eine Psychiaterin eine Herausforderung.

**BIOSKOP:** Der Entwurf schreibt eine Wartefrist von zehn Tagen zwischen Beratung und Suizidassistenten vor.

**LEWITZKA:** Zehn Tage sind insbesondere bei psychischen Erkrankungen viel zu wenig. Egal ob ein Patient eine Psychotherapie bekommt oder medikamentös behandelt wird, bei schwierigen Verläufen brauche ich bis zu zehn Wochen, manchmal länger, um zu sehen, ob die Behandlung hilft. Es gibt zudem psychische Erkrankungen, die rezidivierend verlaufen, wo es also wiederkehrende Episoden gibt. Da kann es sinnvoll sein, den Behandler oder die Klinik zu wechseln. Sinnvoll wäre eine zweimalige Beratung. Im ersten Gespräch könnte es darum gehen, die Motive des Suizidwilligen zu verstehen und ihm Informationen an die Hand zu geben. Dann sollte derselbe Experte den Patienten nach mehreren Wochen noch mal sehen und inzwischen auch Kontakt zu Angehörigen aufnehmen.

**BIOSKOP:** Laut dem Gesetzentwurf sollen Angehörige hinzugezogen werden, falls es erforderlich ist...

**LEWITZKA:** Angehörige sollten, wann immer möglich, einbezogen werden. Wir verlieren oft

aus dem Blick, dass sie bei einem Suizid eine besondere Last zu tragen haben, weil sie, anders als etwa bei einem Unfalltod, stets mit dem Thema Schuld konfrontiert sind. Angehörige fragen sich oft: Habe ich etwas übersehen, hätte ich etwas anders machen müssen? Sie frühzeitig einzubeziehen ist schon aus Gründen der Prävention wichtig. Wir wissen, dass Menschen, die jemanden durch Suizid verloren haben, eine eigene Suizidalität entwickeln können.

**BIOSKOP:** Die Bundesländer werden viel Geld ausgeben müssen, um die im Entwurf vorgesehene flächendeckende Beratung aufzubauen...

**LEWITZKA:** Es soll laut Entwurf sogar eine aufsuchende Beratung für Suizidwillige mit körperlichen Einschränkungen geben. Das zielt auf die Alten in Pflegeheimen. Furchtbar. Für die Suizidhilfe soll möglich werden, was in der Suizidprävention bis heute nicht finanziert wird. Wir wissen doch mittlerweile sehr gut, dass Psychotherapie auch bei älteren Menschen hilfreich ist; aber zeigen Sie mir mal in Deutschland ein

Altenheim, wo es einen Psychologen oder Psychotherapeuten gibt. Warum können wir bei den Älteren nicht eine aufsuchende Psychotherapie etablieren – zum Beispiel zweimal in der Woche eine halbe

Stunde? Dafür müssten Abrechnungsmöglichkeiten auch außerhalb einer Institutsambulanz geschaffen werden.

**BIOSKOP:** Kann die aufsuchende Suizidhilfe-Beratung nicht auch vorbeugend wirken?

**LEWITZKA:** Da reicht doch kein einmaliges Beratungsgespräch. Zum Beispiel das Motiv, anderen nicht zur Last fallen zu wollen. Wie will ich das in einer Stunde erkunden und aufarbeiten? Vertrauen aufzubauen braucht Zeit. Gerade bei den Senioren ist ein therapeutisches Gesprächssetting mit häufigeren Begegnungen erforderlich. Aber das ist im System nicht vorgesehen.

**BIOSKOP:** Suizidprävention ist eine gesellschaftliche Aufgabe. Wie weit sind wir hier?

**LEWITZKA:** Wir haben in Deutschland nicht mal eine einheitliche Telefonnummer für Suizidwillige wie etwa in den Niederlanden. Die Telefonseelsorge leistet hervorragende Arbeit, aber dort sitzen meist Laien am Telefon. Für den Umgang mit Suizidwilligen braucht es speziell geschultes Fachpersonal. Ein anderes Manko: Vor allem in ländlichen Regionen fehlt es an niedrigschwelligem Angeboten. Nicht jeder, der sich mit Suizidgedanken trägt, muss gleich in die Psychiatrie. Es ist schon bitter, dass der Gesetzgeber demnächst womöglich den flächendeckenden Aufbau von Beratungsstellen für Suizidassistenten vorantreibt, während es vielerorts an grundlegenden Angeboten für die Suizidprävention mangelt.

## Suizidprävention im Alter

»Wenn das Alter zur Last wird« heißt eine lesenswerte Broschüre, verfasst von der Arbeitsgruppe Alte Menschen im Nationalen Suizidpräventionsprogramm für Deutschland (NaSPPro). Die Informationsschrift, finanziell gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), »will mit den Entstehungsbedingungen für Suizidalität bei alten Menschen vertraut machen und Möglichkeiten der Suizidprävention und Krisenhilfe aufzeigen«, heißt es in der Einleitung. Im Fokus stehen drei wichtige Fragen: Wie lässt sich Suizidgefährdung bei alten Menschen erkennen? Wie kann man ihr vorbeugen? Welche Hilfsmöglichkeiten gibt es? Die NaSPPro-Broschüre, die Anfang 2019 in 6. Auflage erschien, kann man beim Publikationsversand der Bundesregierung gratis bestellen, Telefon (030) 18 272 272 1. Eine pdf-Version ist online auf der Website des Bundesfamilienministeriums: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/wenn-das-altwerden-zur-last-wird-96012>

»Für die Suizidhilfe soll möglich werden, was in der Suizidprävention bis heute nicht finanziert wird.«



## Liberaler Wunsch

Eizellen »spenden« auch in Deutschland

**Die FDP möchte die sogenannte »Spende« von Eizellen erlaubt sehen. Das gefällt der reproduktionsmedizinischen Branche. Unabhängige Fachfrauen lehnen den Vorstoß entschieden ab.**

Das seit 1990 geltende Embryonenschutzgesetz (ESchG) verbietet »Spenden« dieser Art: In Deutschland ist es nicht zulässig, einer Frau reife Eizellen zu entnehmen, um diese – nach anschließender Reagenz-Befruchtung (IVF) mit Spermien des gewünschten Vaters – einer anderen Frau einzupflanzen, die auf diese Weise schwanger werden will.

Die FDP-Fraktion im Bundestag will das Verbot im ESchG nun kippen, ihr Gesetzentwurf »Kinderwünsche erfüllen, Eizellspenden legalisieren« war am 27. Januar Thema einer Öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss. Die Liberalen begründen ihren Vorstoß unter anderem damit, dass etwa ein bis zwei Prozent aller Frauen unter 40 Jahren keine oder nicht genügend Eizellen hätten, um schwanger werden zu können. Ungezählte Paare würden Eizell»spenden« in anderen Staaten in Anspruch nehmen, wo das Verfahren erlaubt sei – und dafür »mitunter horrende Preise« zahlen und »gesundheitliche Risiken durch teils niedrigere medizinische Standards« in Kauf nehmen.

Der Bundesverband Reproduktionsmedizinischer Zentren begrüßt den FDP-Entwurf, das ESchG entsprechend zu reformieren, sei »längst überfällig«. Die Bundesärztekammer hatte bereits im September 2020 ein »Memorandum« vorgelegt, das die Freigabe der Eizell»spende« und weiterer reproduktionsmedizinischer Praktiken fordert.

Die meisten der angehörten Fachleute positionierten sich klar gegen den FDP-Entwurf. Das Feministische Frauengesundheitszentrum Berlin (FFGZ) verwies auf schwerwiegende Risiken und Nebenwirkungen, die mit der Hormonbehandlung der »Spenderinnen« verbunden seien – schlimmstenfalls das Ovarielle Hyperstimulationssyndrom, das lebensbedrohlich sein könne. Die Soziologin Susanne Schultz von der Universität Frankfurt stellte klar, dass schon der Begriff »Spende« bei diesem Thema »irreführend« sei: »Vielmehr handelt es sich um einen Vorgang, der in einen global expandierenden reproduktionsmedizinischen Markt eingebettet ist – mit vielfältigen damit eingehenden, auch ökonomischen Interessenslagen.« Das Genethische Netzwerk warnte auch vor »gesundheitlicher Gefährdung und Ausbeutung potentieller Eizellgeberinnen«, die sich in prekärer finanzieller Lage befinden – ein zentrales Argument, das in der BioSkop-Stellungnahme (→ *Artikel unten*) ebenfalls ausgeführt wird.

Der Vorstoß der oppositionellen FDP dürfte in dieser Legislaturperiode keine Mehrheit im Parlament finden. Nach der Wahl im September könnte das Thema aber wieder auftauchen – vor allem, wenn die Liberalen es in die künftige Bundesregierung schaffen sollten. 

**Der Gesetzentwurf der FDP** zwecks Legalisierung von Eizell»spenden« sowie die schriftlichen Stellungnahmen von Einzelsachverständigen und Verbänden zur digitalen Anhörung am 27. Januar 2021 sind auf der Internetseite des Bundestages verlinkt, zu finden in der Rubrik »Öffentliche Anhörungen« des Gesundheitsausschusses: [www.bundestag.de/gesundheit](http://www.bundestag.de/gesundheit)

## Eizell»spende« legalisieren?

BioSkop-Stellungnahme zur Anhörung im Bundestag

**Erika Feyerabend (Essen), Journalistin und BioSkoplerin**

Wir beobachten die Entwicklung der Reproduktionsmedizin seit Jahrzehnten. Diese ist eine Geschichte der Ausweitung von Angeboten: Von der klassischen IVF (künstliche Befruchtung) mit begrenzter Indikation, auf das ICSI-Verfahren (Intra Cellular Semen Injection), das die »Therapie« männlicher Unfruchtbarkeit über den Frauenkörper ermöglicht und mittlerweile ein Standardverfahren der hiesigen Reproduktionskliniken und -praxen geworden ist. Die Präimplantationsdiagnostik ermöglicht seit 2011 – zunächst in engen, dann auch erweiterten Grenzen – ein Angebot dieser Kliniken für fruchtbare, aber als genetisch riskant geltende Paare. Das so genannte Social-Freezing-Verfahren, das ursprünglich im medizinischen Kontext entwickelt wurde für Frauen, die möglicherweise eine Keimzellen schädigende Therapie eingehen müssen, ist zu einer Art

»Lifestyle«-Angebot privater Reproduktionspraxen ausgeweitet worden, das im Internet von den Anbietern beworben wird.

Es soll nicht in Abrede gestellt werden, dass Frauen/ Paare diese Angebote zum Teil wollen und auch aktiv nachfragen. Aber: Erst dem Angebot folgt die Nachfrage, und die – auch ökonomischen – Interessen dieser weitgehend privaten Kliniken/Praxen sollten nicht ausgeblendet werden. So berichtet die spanische Soziologin Sara Lafuente-Funes über die dort unter anderem durch reproduktives Reisen entstandene »Bioökonomie«: »Beworben wird hier nicht nur die reproduktive Kapazität der »Spenderinnen« als Dienstleistung. Die Kliniken werben auch für sich, für ihre Institution, mit der Praxis Eizellspende und höheren Erfolgsraten bei der Fruchtbarkeitsbehandlung.« (siehe auch ihren Artikel in *BIOSKOP* Nr. 89, März 2020) 

► Erfahrungen aus dem Ausland zeigen: Ohne Kommerzialisierung ist die Spendebereitschaft von Frauen gering. In Großbritannien wird sie auch im Rahmen von so genannten Egg-Sharing-Programmen praktiziert, die die Kosten für eine eigene IVF-Behandlung verringern. Frauen, das zeigen u.a. die Studien von Sara Lafuente-Funes und anderen, erleben auch diese Aufwandsentschädigung (in Spanien zwischen 800 bis 1.300 Euro) als Zusatznutzen. Das Statistik-Institut in Spanien taxiert das Durchschnittseinkommen von Frauen unter 25 Jahren im Übrigen auf 645 Euro monatlich.

Diese vergleichsweise neuen Ausbeutungsverhältnisse würden sich auch hierzulande nicht vermeiden lassen. Auch Großbritannien und Spanien, die Vorreiterstaaten bzgl. Eizell»spende« (neben einigen osteuropäischen Ländern) geworden sind, haben die entsprechenden europäischen Verbotsregeln anerkannt: Der Körper als solcher darf nicht zur Quelle von finanziellen Gewinnen gemacht werden (so auch die Menschenrechtskonvention zur Biomedizin, Artikel 21 – Verbot finanziellen Gewinns).

Wird ein Gesetz gemacht oder verändert, ist die Perspektive allein auf die – in diesem Fall – Empfängerin zu kurz gegriffen. Abgesehen davon, dass die Behauptung, ihr »Leid« könne vor allem durch Legalisierung der Eizell»spende« hierzulande gelindert werden, auch einer genaueren Betrachtung bedarf und in Frage gestellt werden kann: Schwangerschaftsinduzierter Bluthochdruck und Präeklampsie (Schwangerschaftsvergiftung) wurden bei Schwangerschaften mit Eizell»spende« häufiger beobachtet.

Die Praxis der Eizell»spende« bringt kulturelle und gesellschaftliche Wirkungen mit sich, die als nicht wünschenswert angesehen werden können. Der schlichte Verweis darauf, dass neue reproduktionsmedizinische und technologische »Fortschritte« eine Anpassung von Gesetzen an den Stand der Forschungen nötig machen würden, kann grundsätzliche Überlegungen zu Schutzfunktionen des Rechts, zum Umgang mit dem menschlichen Körper und den damit verbundenen gesellschaftlichen Erwartungen – in diesem Fall an Frauen – nicht überflüssig machen.

Die Gedanken des Philosophen Immanuel Kant (1724 -1804) sind auch heute noch ein wichtiger, gemeinsamer Bezug im kulturellen Leben, im kollektiven Bewusstsein. Kant schrieb in *Die Metaphysik der Sitten*, dass »ein Mensch sein eigener Herr, aber nicht Eigentümer von sich selbst (sui dominus) (über sich nach Belieben disponieren zu können) geschweige denn von anderen Menschen sein kann, weil er der

Menschheit in seiner eigenen Person verantwortlich ist...« Er hat das in seiner »Vorlesung über Ethik« sehr lebensnah beschrieben: »Sich eines integrierenden Teils als Organs berauben (verstümmeln), z.B. einen Zahn zu verschenken, oder zu verkaufen, um ihn in die Kinnlade eines anderen zu pflanzen, oder die Kastration mit sich vornehmen zu lassen, um als Sänger bequemer leben zu können u. dgl. gehört zum partialen Selbstmorde.« Mit anderen Worten: Das Verhältnis zum eigenen Leib wie auch zu dem eines anderen ist keines zu einer »Sache«, über die man beliebig verfügen kann.

Eizell»spende« – ob gegen eine Aufwandsentschädigung, zum Gelderwerb von Reproduktionskliniken im Rahmen von Fremdvermarktung wie beschrieben, und auch aus so genannt altruistischen Erwägungen – wäre im Sinne Immanuel Kants nicht erlaubt und ein Verstoß gegen die Menschheit. Dieser Auffassung waren auch Rechtswissenschaftler\*innen bis in die 1960er Jahre. Der menschliche Körper galt ihnen als eigentumsunfähig. Auch die kontinentale Rechtstradition unterscheidet zwischen Sache und menschlichem Körper.

So soll es unserer Auffassung bleiben: Der Leib sollte weder biomedizinisch noch rechtlich für mich oder andere in eine »frei« disponible »Sache« verwandelt werden. Die Legalisierung der Eizell»spende« aber wäre – neben anderen Entwicklungen in der modernen Biomedizin – ein weiterer Schritt in diese Richtung, die für Frauen und allgemein

für ein gutes, gemeinschaftliches Zusammenleben nicht wünschenswert ist. Befürworter\*innen der Liberalisierungen verweisen darauf, dass eine Liberalisierung auch in Deutschland den Tourismus eindämmen würde. Die Praxis hierzulande könnte medizinisch besser und ethisch akzeptabler durchgeführt werden.

Das ist sicher kein erfolgversprechender Versuch, die Sonderstellung des menschlichen Körpers zu bewahren und arme, prekär lebende Frauen vor Ausbeutung zu schützen. Die internationale Erfahrung zeigt: Ohne attraktive Bezahlung/Aufwandsentschädigung unter zugesicherter Anonymität sind Frauen nicht bereit, diese gesundheitlichen Risiken einzugehen. Der reproduktive Tourismus lässt sich so nicht eindämmen.

Um Fortpflanzungsmedizintourismus wirkungsvoll zu verhindern, wären politische Bemühungen sinnvoller, die auf Durchsetzung ethischer Standards und noch geltender europäischer Regeln wie das Kommerzialisierungsverbot (und das Verbot anonymer Eizell»spenden«) innerhalb Europas ausgerichtet sind. 

**Der Leib sollte weder biomedizinisch noch rechtlich in eine »frei« disponible »Sache« verwandelt werden.**

### »Neue Ausbeutungsverhältnisse«

Über die öffentliche Anhörung vom 27. Januar zum FDP-Gesetzentwurf namens »Kinderwünsche erfüllen, Eizellspende legalisieren« informierte auch der Parlamentsnachrichtendienst *heute im bundestag (hib)*. Unter der Überschrift »Expertinnen sehen Eizellspenden kritisch« erwähnte *hib* mehrere Stellungnahmen. Die Position von BioSkoop brachte *hib* wie folgt auf den Punkt: »Auf die Kommerzialisierung der Eizellspende ging auch das Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften (Bioskoop) ein. Erfahrungen aus dem Ausland zeigten, dass ohne finanzielle Anreize die Spendenbereitschaft der Frauen gering ausfalle. Diese neuen Ausbeutungsverhältnisse würden sich auch in Deutschland nicht vermeiden lassen. Der Körper dürfe nicht zur Quelle finanzieller Gewinne gemacht werden. Bei Schwangerschaften mit Eizellspende würden außerdem häufiger Komplikationen beobachtet.«

# Beschränkte Wahlfreiheit

## Anspruch und Wirklichkeit der Schwangerschaftsvorsorge

**Dagmar Hertle (Wuppertal), Ärztin, arbeitet beim Institut für Gesundheits-systemforschung der Krankenkasse Barmer, aktiv auch im Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF)**

**Frauen können selbst entscheiden, wem sie sich während der Schwangerschaft anvertrauen: Ärzt\*innen, Hebammen oder beiden Professionen. In der Praxis ist die Wahlfreiheit aber eingeschränkt – Schwangerschaftsvorsorge ist zur Kampfzone der Berufsgruppen geworden.**

Schwangerschaft und Geburt kann man aus zwei Blickwinkeln betrachten: Schwangerschaft als potenziell gefährlicher Ausnahmezustand, bei dem es gilt, durch Überwachung und frühzeitiges Eingreifen Fehlentwicklungen zu verhindern, bis hin zu Behinderung und Tod. Oder Schwangerschaft als natürliche Lebensphase von überwiegend gesunden Frauen, die vorrangig der Begleitung, nicht der Behandlung bedarf.

Ärzt\*innen setzen von ihrer Ausbildung her den Fokus auf Risiken und pathologische Veränderungen. Sie sehen sich in der Pflicht, zu überwachen, zu kontrollieren, Gefahren zu bannen. Ausbildung und Blick der Hebamme sind auf physiologische und gesundheitsförderliche Aspekte gerichtet. Sie begleitet die Schwangere und hilft ihr, sich möglichst wohlfühlen. Sie achtet dabei auf mögliche Abweichungen und schaltet ärztliche Expertise ein, wenn sie einen pathologischen Verlauf feststellt.

Jede(r) kennt Fälle schwieriger und komplikationsbehafteter Schwangerschaften, bei denen die Errungenschaften der modernen Medizin lebensrettend waren. Diese – seltenen – Fälle werden angeführt, um die herrschende Deutungsweise der Ärzt\*innenschaft zu begründen und zu festigen.

Aktuell dominiert die ärztliche Vorsorge. Dazu passt die Sicht der Ärzt\*innen, dass sie als einzige zu einer angemessenen Einschätzung von Risiken in der Lage seien. Die Schwangere selbst könne nicht wissen, was für sie gut ist, deshalb soll sie sich in ärztliche Überwachung und Kontrolle begeben. Hebammen werden als Gehilfinnen gesehen, die ebenfalls ärztlich überwacht werden müssen. Daraus folgt, dass die Schwangerschaftsvorsorge durch Ärzt\*in und Hebamme nicht gleichwertig sein könne: Ärzt\*innen sind oft überzeugt, qualifizierter zu sein, die Endverantwortung zu tragen und damit die Haftung für die Fehler von Hebammen, wenn sie diesen zu viel Spielraum gelassen haben.

In den Mutterschafts-Richtlinien, in denen die ärztliche Schwangerschaftsvorsorge geregelt ist, ist dies dementsprechend festgehalten. Dort ist ein sogenannter Delegationsvorbehalt verankert: Hebammen dürfen nur dann Vorsorgen

durchführen, »wenn der Arzt dies im Einzelfall angeordnet hat oder wenn der Arzt einen normalen Schwangerschaftsverlauf festgestellt hat und daher seinerseits keine Bedenken gegenüber weiteren Vorsorgeuntersuchungen durch die Hebamme bestehen«. Auch die ärztlichen Vergütungsmodalitäten stützen vermeintlich das Narrativ von der ärztlichen Oberhoheit: Die Abrechnung der Vorsorgepauschale erfordert zwingend, dass sämtliche Vorsorgen von Ärzt\*innen erbracht werden. Dies werde – so die Behauptung – von den Krankenkassen geprüft und mit »Regress« belegt.

### Narrativ des Risikos

Diese »Argumente« für den Vorrang der ärztlichen Schwangerschaftsvorsorge werden durch Institutionen wie die Kassenärztlichen Vereinigungen und den Berufsverband der Frauenärzte in Mitgliederinformationen und Bekanntgaben strukturell zementiert und verbreitet. So wird das Narrativ des Risikos und der Gefahr, aus dem heraus Komplikationen, Haftung und finanzielle Einbußen drohen, an die behandelnden Gynäkolog\*innen transportiert, die dieses an die Schwangeren weitergeben. Das Resultat ist im Extremfall, dass die Schwangeren bei Frauenärzt\*innen eine »Erklärung« unterschreiben müssen, »im gleichen Quartal keine Vorsorgeuntersuchung bei einer Hebamme in Anspruch genommen zu haben«, da sie ansonsten nicht behandelt werden könnten. Die befürchteten finanziellen Einbußen werden ebenfalls direkt weitergegeben: Mit der Unterschrift sollen sich die Schwangeren »ausdrücklich damit einverstanden« erklären, »im Falle einer Verweigerung der Krankenkasse zur Übernahme der entstehenden Kosten«, »die Kosten [...] zu begleichen«. Schwangere Frauen geraten so zwischen die Fronten der Berufsgruppen, wenn sie ihr Recht auf Hebammenbegleitung wahrnehmen möchten.

Würden die oben genannten, als Tatsachen dargestellten Sachverhalte zutreffen, so wäre eine Zusammenarbeit von Gynäkolog\*innen und Hebammen auf Augenhöhe in der Tat nicht möglich: Die Behandlung wäre schlechter, die Frauen würden einem unnötigen Risiko ausgesetzt, eine Hebammenbetreuung wäre ohne vorherigen Ärzt\*innenkontakt gar nicht zulässig und würde – sollte sie dennoch in ärztlich ausgewählten, unproblematischen Fällen medizinisch akzeptabel sein – zwangsläufig zum Abrechnungsbetrug führen, der von Kassen

### Gesetzlich verankert

Schwangere Frauen haben in Deutschland einen uneingeschränkten Anspruch auf eine Versorgung durch Ärzt\*innen und Hebammen. So steht es jedenfalls im Sozialgesetzbuch, § 24d des SGB V: »Die Versicherte hat während der Schwangerschaft, bei und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung sowie (Hervorhebung durch die Redaktion) auf Hebammenhilfe einschließlich der Untersuchung zur Feststellung der Schwangerschaft und zur Schwangerschaftsvorsorge.«

► aufgedeckt und zu finanziellen Einbußen der Gynäkolog\*innen führen würde. Alle Wege, die zur Hebamme führen, sind damit nicht gangbar.

Ist es also nachvollziehbar, dass die besorgten Ärzt\*innen in bestem Wissen und Gewissen die unangemessene Hebammenversorgung zu unterbinden versuchen und sich nicht auf Kooperationen einlassen? Nein, denn alle Argumente sind unzutreffend: Das Hebammengesetz und die Berufsordnungen regeln klar die Befähigung der Hebammen zur eigenverantwortlichen Tätigkeit. Diese umfasst auch das Erkennen von Regelwidrigkeiten, die eine ärztliche Behandlung erforderlich machen. Die Hebamme gilt hier als Primärversorgende, die Frauen zur Ärzt\*in schickt, wenn dies erforderlich ist – nicht umgekehrt.

Die Vergütungsvereinbarung für Hebammen bezieht sich ausdrücklich auf die medizinischen Inhalte der Mutterschafts-Richtlinien, eine Gleichwertigkeit der Vorsorgeleistungen von Ärzt\*innen und Hebammen ist damit sowohl inhaltlich als auch von der Eigenverantwortlichkeit her vollumfänglich gegeben. Dies wird unterstrichen durch das Verbot der doppelten Leistungserbringung und der doppelten Abrechnung: Wenn eine anstehende Vorsorge – egal ob bei einer Hebamme oder bei Ärzt\*innen – bereits stattgefunden hat, darf sie nicht erneut erbracht und abgerechnet werden.

Auch die Abrechnung der ärztlichen Vorsorgepauschale ist kein Problem: Die Angaben zu den erforderlichen Leistungsinhalten im Abrechnungskatalog der niedergelassenen Ärzt\*innen (EBM-Katalog) verbieten eine Abrechnung nicht, wenn einzelne Vorsorgeleistungen nicht von Ärzt\*innen, sondern von einer Hebamme erbracht wurden oder die Schwangere darauf verzichtet hat. Auch die Abrechnung einzelner Ultraschalluntersuchungen ist möglich, wenn eine Frau alle Vorsorgen bei der Hebamme in Anspruch nehmen möchte und nur zum Ultraschall zum Arzt kommt. Da alle Leistungen im Mutterpass dokumentiert werden, ist für den jeweiligen Erbringer ersichtlich, welche Untersuchungen bereits stattgefunden haben.

### Mutterschafts-Richtlinien korrigieren

Bleibt noch der Delegationsvorbehalt. Dieser steht zwar in den Mutterschafts-Richtlinien; er dürfte dort aber nicht stehen, wenn die Gesetzeslage gemäß SGB V §24d (→ *Randbemerkung links*) und Hebammengesetz richtig umgesetzt wäre. Hier hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine falsche Passage in die Richtlinie eingebracht, und das für die Kontrolle zuständige Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat dies nicht beanstandet.

Es wäre also dringlich, die Mutterschafts-Richtlinien zu korrigieren. Dazu gibt es bereits

einen Antrag beim G-BA, vorgelegt Anfang 2020 durch die Elternorganisation Greenbirth. Bisher erfolgte keinerlei Reaktion des G-BA. Die Sorge vor Abrechnungsbetrug wäre den Ärzt\*innen leicht durch eine ergänzende Anmerkung im EBM-Katalog zu nehmen.

Es gibt keine medizinischen Gründe für das »Ausbremsen« der Hebammenvorsorge. Im Gegenteil. Die Mehrzahl der Frauen ist gesund und erlebt eine normale Schwangerschaft. Eine überbordende Risikofokussierung, wie sie das mittlerweile hochtechnisierte Medizinsystem vertritt, führt zu vermehrten, oft nicht indizierten Eingriffen, erkennbar auch an den hohen Kaiserschnittraten, die mit Nachteilen für Mutter und Kind verbunden sind. Niemand bestreitet die lebensrettenden Fortschritte der modernen Gynäkologie, wenn pathologische Verläufe vorliegen. Gesunde Frauen mit normaler Schwangerschaft aber brauchen unterstützende Begleitung.

Sehr viel spricht für eine kooperative Versorgung durch beide Berufsgruppen mit dem jeweiligen Schwerpunkt auf der einen oder anderen, je nachdem, ob und welche Probleme vorliegen und was die Schwangere wünscht.

### Drängende Fragen

Dem trägt das nationale Gesundheitsziel »Gesundheit rund um die Geburt«, 2017 vom BMG veröffentlicht, Rechnung. Betont wird dabei insbesondere der präventive Ansatz der Hebammenbetreuung, die laut Studien zu geringeren Interventionsraten bei der Geburt, zur Vermeidung von Frühgeburten, zu einer höheren Stillrate und zu mehr Zufriedenheit bei den Frauen beiträgt. Im Teilziel 1.7 werden, auf wissenschaftlicher Grundlage, ausdrücklich angestrebt: Stärkung einer multiprofessionellen Schwangerenvorsorge/-betreuung und Geburtsvorbereitung sowie die Entwicklung von Kooperationsmodellen für die Zusammenarbeit zwischen Frauenärzt\*innen und Hebammen.

Warum bewegt sich dennoch nichts? Viele Fragen drängen sich auf, zum Beispiel: Warum wird die Evidenz, die ja für eine verstärkte Beteiligung von Hebammen spricht, ignoriert? Warum werden Ängste geschürt, wenn doch klar ist, dass Hebammen in der Risikoerkennung geschult sind und gar kein Interesse daran haben, Frauen mit problematischer Schwangerschaft nicht zum Arzt zu schicken, zumal sie selber haften für das, was sie tun? Warum wird den Frauen nicht zugetraut zu wählen, welche Versorgung sie wünschen und brauchen? Geht es um die Kontrolle über Frauen und ihre Gebärfähigkeit, genau wie bei den Paragraphen 218 und 219a?

Es ist ja vielleicht keine(r) der Beteiligten Schuld daran, dass das alles so ist. Aber schon daran, dass es so bleibt...

### Aus fürs »Babyfernsehen«

Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft, die nicht medizinisch begründet sind, dürfen seit Anfang 2021 nicht mehr stattfinden. Das Verbot steht in der neu gefassten »Verordnung zum Schutz vor schädlichen Wirkungen nichtionisierender Strahlung bei der Anwendung am Menschen«. Untersagt sind »Doppler-, Duplex-, 3D- oder 4D-Verfahren, die landläufig »Babyfernsehen«, »Babykino« oder »Babyviewing« genannt werden«, erläutert der Medizinische Dienst des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen (MDS). Derartige Verfahren wurden schon bisher nicht von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet. Viele Arztpraxen haben sie aber als sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) vermarktet, die Frauen aus eigener Tasche bezahlt haben. Das nun geltende Verbot wird laut MDS damit begründet, »dass es sich bei dem Fötus um eine schutzbefohlene Person handele, die der Untersuchung und den damit verbundenen möglichen Nebenwirkungen nicht zustimmen kann und selber keinen Nutzen aus der Untersuchung zieht«. Die für die Bildgebung notwendigen, hohen Ultraschallintensitäten seien »mit einem potenziellen Risiko für das Ungeborene verbunden, insbesondere, da mit Beginn der Knochenbildung wesentlich mehr Schallenergie am Knochen absorbiert wird«. Der Berufsverband der Frauenärzte (BVF) hatte im Januar 2019 klargestellt: »Das sogenannte Babyfernsehen wird auch in den medizinischen Fachkreisen abgelehnt.« Medizinisch korrekt ausgeführte Ultraschalldiagnostik sei aber »nach herrschender wissenschaftlicher Meinung für die Feten ungefährlich«, betonte der BVF.

## Vorschau

### Themen im Juni

► **Schwerpunkt**

»Künstliche Intelligenz«  
in der Medizin

► **Analyse**

Gesundheit und Autonomie

► **Digitalisierung**

Elektronische Patientenakte

## Veranstaltungstipps

### Das politische Corona-Krisenmanagement

bringt Kulturevents, Tagungen und Kongresse hierzulande seit Monaten weitgehend zum Erliegen. Als »Ersatz« wurde VeranstalterInnen empfohlen, doch bitte digitale Formate wie Webinare, Videokonferenzen, Internetübertragungen anzubieten – was manche tun, aber diejenigen Menschen von der Teilnahme ausschließt, die derartige Techniken nicht nutzen können oder wollen. Verbindlich zu planen, ist derzeit allerdings schwierig: Die Organisation größerer Veranstaltungen, mit Einladung von Referent\*innen und Buchung von Tagungsräumen, setzt Verlässlichkeit voraus und beginnt in der Regel viele Monate vor dem eigentlichen Ereignis.

Wann es im Kultur- und Veranstaltungsbereich wieder losgehen darf, ist weiter ungewiss.

Das spiegelt sich auch in unserem Kalender: Gerade mal zwei interessante Präsenz-Termine, der früheste im Juni, waren bei Redaktionsschluss vorgesehen. Wer leibhaftig teilnehmen möchte, sollte vorsichtshalber bei den Gastgeber\*innen nachfragen, ob stattfinden wird was angekündigt ist. Wer sich – nicht nur in Corona-Zeiten – auf dem Laufenden halten will, sollte außerdem die Tipps für interessante Termine auf der BioSkop-Homepage anschauen, online regelmäßig aktualisiert auf

[www.bioskop-forum.de](http://www.bioskop-forum.de)

### Di. 23. März, 19 Uhr

Live-Übertragung im Internet

► **Rassenforschung und -Anthropologie im Nationalsozialismus**  
Vortrag

Paul Weindling, Medizinhistoriker in Oxford, beschreibt, wie Rassenforscher den Rahmen der NS-Diktatur nutzten und gezielt gefördert wurden. Er analysiert zudem das »Geflecht aus entgrenzter Wissenschaft und der Radikalisierung der Verfolgungsmaßnahmen«, kündigen die Veranstalter\*innen der »Stiftung Topographie des Terrors« an. Die persönliche Teilnahme in Berlin ist nicht möglich, Weindlings Vortrag wird aber online gezeigt:

<https://www.topographie.de/livestream>

### Mi. 24. März, 18 Uhr

Live-Übertragung im Internet

► **Triage – Priorisierung intensivmedizinischer Ressourcen**  
Forum

Angesichts der Corona-Pandemie veranstaltet der Deutsche Ethikrat ein öffentliches Forum zu »Priorisierungsszenarien«. Mehrere Fachleute sollen sich zu ethischen und rechtlichen Grundlagen für Verfahren äußern, die eine Zuteilung knapper Ressourcen managen sollen. Auch sollen sie sagen, welche Strategien in der klinischen Praxis zur Vermeidung und Bewältigung von Triage-Situationen eingesetzt werden – und was von zu diesen halten ist. Die Veranstaltung wird im Internet übertragen:

<https://www.ethikrat.org>

### Sa. 12. Juni, 9 - 18 Uhr

Dresden (Deutsches Hygiene-Museum, Lingnerplatz 1)

► **FemHealth2021**  
Fachtag

Wie beeinflusst Digitalisierung den Umgang von Frauen mit Gesundheit und Krankheit? Welche Chancen bringt Digitalisierung in der Medizin, wo liegen Risiken und Nachteile? Welche Geschlechterstereotype finden sich in Algorithmen und frauenspezifischen Apps? Fragen, die der Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF) auf dem Fachtag diskutiert. Unter den Referentinnen ist auch Erika Feyerabend, ihr Thema: »Gesundheitliche und genetische Daten – ein Mehr an Sicherheit oder an Überwachung mit Diskriminierungspotential?«

Infos beim AKF, Telefon (030) 86393316

### Fr. 18. Juni, 20 Uhr - So. 20. Juni, 12.15 Uhr

Landsberg am Lech (Historischer Rathaussaal, Rathaus)

► **40 Jahre IPPNW**  
Kongress

IPPNW steht für Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges/Ärzte in sozialer Verantwortung. Der Verein, 1985 mit dem Friedensnobelpreis ausgezeichnet, feiert sein 40-jähriges Bestehen mit einem Kongress. Unter der Überschrift »Ärztliche Verantwortung für eine Welt in Frieden« geht es in Vorträgen und Workshops um Themen wie Klimawandel, Atomenergie, Rüstungswettlauf.

Anmeldung unter Telefon (030) 6980740

## Ja!

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

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

Ich möchte BioSkop e.V. mit einer regelmäßigen Spende fördern.

Bitte rufen Sie mich mal an. Meine Telefonnummer: .....

Name

Straße

PLZ+ Wohnort

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

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

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

Bitte ausschneiden oder kopieren und einsenden an:

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

Ich unterstütze **BIOSKOP** mit einem zwölf Monate laufenden Förderabonnement. Deshalb habe ich heute einen höheren als den regulären Abo-Preis von 25 bzw. 50 € auf das o.g. Konto von BioSkop e.V., überwiesen. Mein persönlicher Abo-Preis beträgt ..... €. Dafür erhalte ich vier **BIOSKOP**-Ausgaben. Rechtzeitig vor Ablauf des Bezugszeitraums werden Sie mich daran erinnern, dass ich erneut mindestens 25 bzw. 50 € im Voraus überweisen muss, wenn ich **BIOSKOP** weiter beziehen will.

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

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

Telefon

E-Mail

Datum Unterschrift