

BIOSKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

25. Jg. | Nr. 97 | März 2022

BIOSKOP Schwerpunkt Geregeltes Sterben?

- 8 Neuer Gesetzentwurf zur Suizidhilfe – neue Debatte?
- 9 »Triage«: Heikler Auftrag für den Bundestag
- 10 Suizidassistenten und Biopolitik
- 11 Selbstbestimmung und »soziale Pressionen«

Corona-Pandemie

- 3 Impfpflicht? Ab 18, 50, 60 Jahren – oder besser nicht
- 4 Innehalten in Österreich

Transplantationsmedizin

- 6 Ersatzteillager Schwein?
- 7 Zentrales Register zur »Organspende«

Genomforschung

- 12 genomDE plus Modellvorhaben

Zivilcourage

- 13 »Beschwerden rasch vortragen«
- 13 »Blauer Brief« aus Brüssel

Pharmasponsoring

- 14 Interessenkonflikte diskutieren!
- 15 558 Millionen Euro

Außerdem

- 5 Biometrische Bürger*innen-Pflicht?
- 5 Bündnis für weltweites Klon-Verbot
- 5 »Gewaltige Ungerechtigkeit«
- 16 Veranstaltungstipps
- 16 Schon gelesen?
- 16 Wunschzettel
- 2 25 Jahre BIOSKOP
- 2 Jetzt BioSkop unterstützen!
- 16 Vorschau auf Juni 2022

Impressum

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

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

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

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

E-Mail: redaktion@bioskop-forum.de

Beiträge in dieser Ausgabe:

Martina Keller, Karin Michel

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

Layout + Satz: RevierA GmbH i.L., www.reviera.de

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

Die Welt im Affekt

Erika Feyerabend

Wer glaubt eigentlich noch, dass die Fortschrittsidee – sowohl im politischen Bereich als auch im wissenschaftlichen – mit der gesellschaftlichen Realität übereinstimmt? Spätestens seit der so genannten Finanzkrise, die sich als kein vorübergehendes Problem erwiesen hat? Der Erkenntnis ökologischer Grenzen, die mit dem Wachstumsmodell nicht mehr vereinbar sind? Auch der Corona-Pandemie mit der sehr persönlichen Erfahrung allgegenwärtiger Lebensbedrohung und den recht mäandernden politischen Reaktionen (→ Seite 3) darauf?

Nun mit dem Ukraine-Krieg, den damit einhergehenden ausweitenden Kriegsdrohungen und wirtschaftlichen Folgen, ist der Fortschrittsglaube noch brüchiger geworden. Auch nur den Hauch einer Ahnung, wie man sich politisch und persönlich verhalten kann, gibt es nicht. Das Ende der Fortschrittsillusionen im weitesten Sinne muss nicht zwangsläufig in purem Pessimismus enden. Es kann auch zu einem nüchternen Realismus führen, der zunächst Raum für Analysen ermöglicht. Das ist mehr als nötig. Was wir vor allem sehen, ist aber Pessimismus und ein Debattenklima, das mit seinen klaren Freund-Feind-Unterscheidungen genau das schwierig macht. Populismus – vor allem von rechts – ist weltweit zu beobachten. Subjektiv nehmen Hassreden, Wut, Neid und Aggression zu. Warum ist das so?

Der Soziologe Andreas Reckwitz meint, dies könnte mit einem Kulturkonflikt besonderer Art zu tun haben. Einerseits verspricht uns der moderne Kapitalismus individuelle, marktfähige Dinge, Waren, Karriere, Ereignisse. Der Selbstentfaltungsanspruch ist hoch, besonders bei den neuen Erfolgreichen im Konkurrenzkampf. Andererseits gibt es weltweit islamistische, nationalistische, fundamental-christliche, die eigene Kultur verteidigende Tendenzen. Sie sind weniger individualistische, sondern an Kollektiven orientierte Identitätsgemeinschaften. Eine friedliche Koexistenz ist derzeit nicht zu beobachten, weil die individualistisch, am Markt Orientierten und die eher am Kollektiv Orientierten das jeweils als Angriff auf den eigenen Lebensstil betrachten. Dieser Konflikt ist anstrengend und gefährlich. Auf subjektiver Ebene zeigt sich auch ein Konflikt oder Paradox. Soziologe Reckwitz konstatiert in seinem Buch *Das Ende der Illusionen*: »Die spätmoderne Kultur verspricht dem Individuum subjektive Erfüllung in einer Weise wie keine zuvor und suggeriert ihm, ein Recht auf dessen Realisierung zu besitzen, und lässt doch immer wieder diese subjektive Erfülltheit als ein Phantom scheinen, dem das reale eigene Leben – außer vielleicht in bestimmten herausgehobenen Momenten – kaum je genügt.«

Bitte auf der nächsten Seite weiterlesen ▶

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

der völkerrechtswidrige Krieg in der Ukraine, befohlen von Russlands Präsidenten Wladimir Putin, dominiert seit dem 24. Februar nicht nur die mediale Berichterstattung hierzulande. Putins Überfall, seine Soldaten und Drohgebärden haben deutsche Politiker*innen auch veranlasst, Taten anzukündigen, die bis vor kurzem undenkbar erschienen. Geht es nach Bundeskanzler Olaf Scholz, wird Deutschland in den nächsten Jahren massiv aufrüsten, unter anderem mit einem gewaltigen Sondervermögen von 100 Milliarden Euro für die Bundeswehr.

Ob so eine Politik geeignet ist, die äußere und innere Sicherheit der Bürger*innen zu verbessern, wird die Zivilgesellschaft hoffentlich noch genau hinterfragen. Zumal zig Milliarden, die zusätzlich für Rüstungszwecke ausgegeben werden, sicherlich an anderen Stellen fehlen. Das betrifft

perspektivisch auch den Sozialhaushalt und somit die ärmsten Menschen – und womöglich auch das Gesundheitswesen, dessen (Personal-)Mängel in Pandemie-Zeiten noch deutlicher geworden sind.

Im Schatten der großen Krisen werden weiterhin biopolitische Vorhaben vorangetrieben, die wir bedenklich finden, etwa die Einführung einer allgemeinen Corona-Impfpflicht sowie gesetzliche Verfahrensregeln zwecks Suizidhilfe. Was hingegen immer noch fehlt, sind gesetzliche Regeln zur Transparenz und Begrenzung beim Pharmasponsoring.

Mit diesem Heft startet BIOSKOP in Jahrgang Nr. 25 – ohne Ihr Interesse und Engagement wäre dies nicht möglich geworden. Bitte helfen Sie weiter mit, damit wir unsere unabhängige Arbeit nach Kräften fortsetzen können – der gemeinnützige BioSkop-Verein ist auf großzügige Spenden angewiesen. Herzlichen Dank!

Erika Feyerabend, Klaus-Peter Görlitzer

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

Fortsetzung von Seite 1 >

Lesetipp

Das Ende der Illusionen heißt ein aufschlussreiches Buch des Soziologen Andreas Reckwitz, das 2019 im Suhrkamp Verlag erschien, inzwischen liegt die 8. Auflage vor. Reckwitz, Professor an der Humboldt-Universität in Berlin, nimmt Politik, Ökonomie und Kultur in der Spätmoderne auf 305 Seiten eingehend unter die Lupe. Lesenswert!

Die Welt im Affekt

Das bedeutet: Jeder Einzelne muss authentisch und attraktiv sein. Es besteht aber auch die Gefahr von Frustration, Überforderung, Neid, Wut, Angst, Verzweiflung, wenn Selbstentfaltung nicht in ausreichendem Maße und ein Sozialstatus gesichert ist, der als vorzeigbar gilt. Einerseits erhöht sich zwar das Potential der Glücksmomente, andererseits auch das für Enttäuschungen. Man könnte etwas versäumt haben. Die Lebenschancen sind sehr ungleich verteilt im Kapitalismus.

Was sich der Kontrolle entzieht wie Krankheit, Unglücksfälle, Tod oder ungünstige Familienkonstellationen oder auch der aktuelle Arbeitsmarkt, ist besonders gefürchtet. Und Modelle, damit umzugehen, gibt es kaum. Deswegen gilt eine Lebenssituation mit schwerer Krankheit oder verringerter Leistungsfähigkeit als kaum lebbar und die Beihilfe zum Suizid erscheint einigen Menschen als Lösung, alles unter Kontrolle zu behalten. Dass damit auch bevölkerungspolitische Dimensionen verbunden sind, gerät aus dem Blick (→ Seite 10). Das experimentelle Einpflanzen von tierischen Organen als Ziel der Medizin, wieder eine weitere Unverfügbarkeit auszuschalten, gehört auch zu dieser Kultur der Kontrolle (→ Seite 6). Ebenso wird Genomsequenzierung (→ Seite 12) nicht Gesundheit für alle ermöglichen.

Fragt sich: Welche Wege führen aus der Enttäuschungsspirale? Man versucht, andere Ziele anzustreben oder sie auf anderem Wege doch noch zu erreichen. Eigentlich geht es

aber darum, die Lebensformen und -ziele zu überdenken. Dazu gehört die Revision der Ökonomisierung des Sozialen, die nicht einfach nur Kommerzialisierung bedeutet, sondern die grundsätzliche Umstellung dieses Sektors auf Wettbewerb und Konkurrenz; sichtbar in Form von Rankings von Universitäten, Städten oder auch Likes in »sozial« genannten Medien.

Glücklicherweise gibt es immer noch Initiativen, die in der Medizin, Pflege oder anderen Bereichen Interessenkonflikte anprangern und mindestens Transparenz fordern (→ Seite 14) oder bereit sind, diese öffentlich zu benennen (→

Seite 13). Staatlicherseits sind die schlimmsten Auswirkungen sozialer Ungleichheit zu vermeiden, um das Enttäuschungspotential wenigstens zu reduzieren.

Privat können stabile Freundschaftsnetzwerke gebildet werden, die immerhin helfen, weil man nicht allein ist mit der Enttäuschung,

falls es mit der Partnerschaft oder Familie und Beruf nicht ideal läuft. Auch könnten staatliche Institutionen sich mehr auf die Selbstverwirklichungsansprüche einstellen. Helfen könnte auch, mehr Distanz zu den eigenen Selbstverwirklichungsansprüchen zu schaffen, mehr Widersprüche aushalten als vermeiden und insgesamt die Gefühle, die heute in Form von Glücksgefühlen so dominierend sind, etwas zu entmachten.

Dann wird es auch leichter, den Pfad der Selbstoptimierung zu verlassen. Es gibt ja nicht nur ökologische Grenzen des Wachstums, sondern wohl auch Grenzen bei den Subjekten. Vielleicht eröffnet das auch Kräfte, auf politischer Ebene neue Wege zu finden.

Es gibt ja nicht nur
ökologische Grenzen des
Wachstums, sondern
wohl auch Grenzen
der Selbstoptimierung
der Subjekte.

Ab 18, 50, 60 – oder besser nicht

Bundestag soll im April über Corona-Impfpflicht entscheiden

Voraussichtlich Anfang April soll der Bundestag entscheiden, ob und in welcher Variante hierzulande eine Impfpflicht gegen Covid-19 eingeführt wird – und wie lange sie gelten soll. Zur Auswahl stehen derzeit zwei Gesetzentwürfe und drei Anträge.

Die erste Debatte fand am 17. März statt, angesetzt waren 68 Minuten. Als erste Rednerin trat Heike Baehrens (SPD) auf, sie warb für einen Gesetzentwurf, der eine Impfpflicht für alle Erwachsenen ab 18 Jahren einführen will. Um das Gesundheitswesen vor »Überlastung«

zu schützen, sagte Baehrens zur Begründung, »müssen wir eine hohe Impfquote bis zum Herbst erreicht haben«. Am Tag der Debatte waren laut Daten des Robert Koch-Instituts rund 75 Prozent der Bürger*innen »grundimmunisiert«, also zweimal gegen eine Sars-CoV-2-Infektion geimpft, und mindestens 48 Millionen hatten zusätzlich eine Auffrischungsimpfung erhalten. 19,5 Millionen Menschen galten laut Statistik in Deutschland als ungeimpft, darunter vier Millionen Kinder unter vier Jahren, für die es gar keinen zugelassenen Corona-Impfstoff gibt.

Der Gesetzentwurf, den laut Baehrens bisher 236 Abgeordnete aus vier Fraktionen unterstützen – darunter Bundeskanzler Olaf Scholz, Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach (beide SPD) und Vizekanzler Robert Habeck (Grüne) – verlangt, dass alle Erwachsenen bis zum 1. Oktober 2022 drei Corona-Impfungen nachweisen können müssen. Vorher, bis zum 15. Mai, sollen sie von den Krankenkassen auf Impf- und Beratungsangebote hingewiesen werden. Wer der neuen Pflicht nicht nachkommt, muss mit einer Geldbuße von bis zu 2.500 Euro rechnen. Allerdings soll diese allgemeine Impfpflicht befristet werden, und zwar bis Ende 2023.

Andrew Ullmann (FDP) machte sich für einen zweiten interfraktionellen Gesetzentwurf stark. Er sieht vor, dass alle Erwachsenen bis zum 15. September nachweisen müssen, dass sie geimpft sind oder zumindest eine ärztliche Impfberatung in Anspruch genommen haben. Nach dem 15. September soll der Bundestag entscheiden, ob er angesichts der dann bestehenden epidemiologischen Lage den nächsten Schritt gehen will oder nicht: die Einführung einer Impfpflicht für alle Bürger*innen, die mindestens 50 Jahre alt sind. Auch diese Regelung soll bis Jahresende 2023 gelten.

»Zum jetzigen Zeitpunkt ist die Impfpflicht tot«, orakelte dagegen Sepp Müller (CDU), der für einen Antrag sprach, den alle 197 Abgeordneten von CDU/CSU eingebracht haben. »Damit wir überhaupt wissen, wer geimpft ist«, so Müller, müsse ein zentrales Impfreister eingeführt werden, das es hierzulande – anders als in Österreich – nicht gibt. Zudem solle die Impfkampagne verstärkt werden und das Bundesgesundheitsministerium alle 14 Tage einen Bericht zur Corona-Lage vorlegen. »Wenn man in einem dieser Papiere zu dem Entschluss kommt«, erklärte Müller, »dass eine tödliche Variante da ist, so tödlich wie Delta und so ansteckend wie Omikron«, müsste gemäß CDU/CSU-Konzept eingegriffen werden. Der Bundestag soll dann entscheiden, ob er eine Impfpflicht für bestimmte Gruppen einführe, etwa ▶

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


»Keine Impfpolizei«

Sollte die Politik eine allgemeine Corona-Impfpflicht in Deutschland einführen, wollen die Krankenkassen keineswegs die Rolle von Aufpassern spielen. In einer gemeinsamen Pressemitteilung, veröffentlicht am 15. Februar, betonten die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung, sie unterstützen »alle Aktivitäten, die Impfquote zu erhöhen«, inklusive der Aufklärung und Beratung ihrer Versicherten. Gleichzeitig stellten die Kassenverbände aber auch klar: »Die für die Durchsetzung einer allgemeinen Impfpflicht geplante Abfrage, Sammlung, Speicherung und gegebenenfalls Weiterleitung des individuellen Impfstatus durch Krankenversicherungen lehnen sie jedoch entschieden ab.« Derartige Kontrollmaßnahmen seien »eindeutig Aufgabe staatlicher Stellen«. Zudem warnen die Kassen davor, das Vertrauen in sie zu gefährden: »Krankenversicherungen dürfen von ihren Versicherten nicht als Impfpolizei wahrgenommen werden.«

Der BSG-Präsident und die »Solidarität«

Wer eine allgemeine Pflicht zur Impfung gegen das Coronavirus durchsetzt, würde mit grundlegenden medizinethischen und juristischen Prinzipien brechen. Zur Disposition stehen die Selbstbestimmung über den eigenen Körper und die freiwillige, aufgeklärte Einwilligung in medizinische Eingriffe (→ BIOSKOP Nr. 96).

Gerüttelt wird in Pandemiezeiten, bislang noch mit Worten, mitunter auch am Solidaritätsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung, das ja im Kern die medizinische Gleichbehandlung aller Erkrankten garantiert – unabhängig von ihren gezahlten Beitragssummen, persönlichen Merkmalen, Lebensstilen, Gesundheitsrisiken, Vorsorgenachweisen.

Ein Experte, der eine – finanzielle – Ungleichbehandlung geimpfter und ungeimpfter Patient*innen gebilligt hat, ist Rainer Schlegel. Der Präsident des Bundessozialgerichts (BSG) sagte am 8. Februar beim BSG-Jahrespressegespräch, er halte es für zulässig, diejenigen Versicherten, die nicht gegen das Coronavirus geimpft sind und schwer an Covid-19 erkranken, an den Kosten ihrer Behandlung zu beteiligen – »maßvoll« und je nach Einkommen und Vermögen. »Ich würde das befürworten«, sagte Professor Schlegel, Solidarität sei »keine Einbahnstraße«. Konkrete Summen für derartige Sonderzahlungen ungeimpfter Patient*innen nannte er nicht. Der BSG-Präsident rechnete aber vor, dass eine Krankenhausbehandlung mit künstlicher Beatmung bis zu 200.000 Euro kosten könne – »noch gar nicht eingerechnet« seien dabei Folgekosten, die für eine anschließende Rehabilitation und Long-Covid-Erkrankung entstehen könnten. 

Fortsetzung von Seite 3 ▶

für Menschen ab 60 oder 50 Jahren oder auch für Beschäftigte in Schulen, Kitas oder Polizei.

Es gibt auch zwei Anträge, die sich klar gegen eine Impfpflicht positionieren. Hinter dem einen steht die AfD-Fraktion. Deren Vorsitzende Alice Weidel sagte, die Impfpflicht verletze zentrale Grundrechte und sei auch nicht geeignet, Lockdowns im Herbst zu verhindern. »Lockdowns verhindert man, indem die Regierung keine verhängt«, erklärte Weidel.

Den zweiten Antrag contra Impfpflicht, formuliert von einer interfraktionellen Gruppe um den FDP-Abgeordneten Wolfgang Kubicki, erläuterte dessen Parteifreund Manuel Höferlin. Er selbst habe sich zwar impfen und boostern lassen. Rechtlich entscheidend sei aber, ob eine verpflichtende Impfung zur Herdenimmunität führen würde und Geimpfte sicher vor Ansteckung schütze – und auch davor schütze, dass Geimpfte andere Menschen mit dem Coronavirus anstecken können. Die Antwort, so Höferlin, laute jeweils: »Nein«. Mittlerweile hätten sich die Infektionszahlen von der Zahl der Krankenhausbehandlungen abgekoppelt. Die Prognosen mancher Politiker*innen und Fachleute, »dass

die Intensivstationen nun volllaufen bzw. dass sie es nicht tun, wenn wir jetzt eine Impfpflicht einführen, entbehren jeder Grundlage«. Den ablehnenden Antrag unterstützt auch die grüne Abgeordnete Tabea Rößner, sie begründete dies unter anderem damit, dass die Omikron-Mutation die Lage »grundlegend verändert« habe. »Wir wissen nicht, welchen Schutz die Impfung bei neuen Varianten bietet«, sagte Rößner; derzeit gehe es bei der Impfung »eher um den Eigen- als um den Fremdschutz«, weshalb eine Impfpflicht »noch schwieriger zu rechtfertigen« sei.

Welche Position sich Anfang April im Bundestag durchsetzen wird, ist schwer abzuschätzen. Sicher erscheint nach der Debatte vom 17. März nur, dass eine allgemeine Impfpflicht für alle Erwachsenen keine Mehrheit im Parlament mit 736 Abgeordneten finden wird. Das bedeutet nicht, dass am Ende der Aushandlungen nicht doch eine Impfpflicht-Variante stehen wird. Womöglich läuft es darauf hinaus, dass sich die Befürworter*innen der Impfpflicht auf eine altersbezogene Regelung einigen. Fraglich ist allerdings, ob Sonderpflichten für ältere Menschen überhaupt verfassungsgemäß wären. ©

Twitter-Botschaften

Professor Karl Lauterbach (SPD), seit Dezember 2021 Bundesgesundheitsminister, verbreitet seine Botschaften nach wie vor permanent in den sogenannten »Sozialen Netzwerken«. Gern auch via Kurznachrichtendienst Twitter, wo der studierte Epidemiologe und Gesundheitsökonom mittlerweile rund 950.000 registrierte Follower hat. Am 16. Mai 2020 verbreitete Lauterbach, damals noch Gesundheitsexperte der SPD im Bundestag, einen Tweet, den wir hier in seiner Original-Rechtschreibung zitieren: »Eine Impfpflicht macht bei SarsCov2 so wenig Sinn wie bei Grippe. Wenn die Impfung gut wirkt wird sie auch freiwillig gemacht. Dann keine Impfpflicht nötig. Wenn sie viele Nebenwirkungen hat oder nicht so gut wirkt verbietet sich Impfpflicht. Daher nie sinnvoll.«

Mittlerweile äußert sich Lauterbach ganz anders. Kurz nachdem das österreichische Parlament als erstes Land in der Europäischen Union eine Allgemeine Corona-Impfpflicht ab 18 Jahren (→ *Kasten*) beschlossen hatte, twitterte Lauterbach am 20. Januar 2022 seine Einschätzung: »Der Beschluss der Impfpflicht in Österreich ist ein Meilenstein. Das Land kann damit die Bevölkerung deutlich besser vor weiteren schweren Wellen von Coronavirus Varianten schützen.«

Impfpflicht in Österreich »vorübergehend ausgesetzt«

Rückzieher im Vorreiter-Land Österreich: Die allgemeine Corona-Impfpflicht wurde dort vorerst gestoppt – wenige Tage, bevor sie im Alltag durchgesetzt werden sollte.

Am 20. Januar 2022 hatte das österreichische Parlament mit großer Mehrheit ein Gesetz beschlossen, das in Europa bisher einmalig ist: Es verpflichtet alle Bürger*innen ab 18 Jahren, sich gegen Covid-19 impfen zu lassen. Ab dem 16. März sollte dies polizeilich kontrolliert werden, Ungeimpften wurden hohe Geldstrafen angedroht, bis zu 3.600 Euro.

So weit kommt es aber erst mal nicht. Denn am 9. März gaben Österreichs Verfassungsministerin Karoline Edtstadler (ÖVP) und Gesundheitsminister Johannes Rauch (Grüne) gemeinsam bekannt, dass die Covid-19-Impfpflicht »vorübergehend ausgesetzt« wird. Zur Begründung erklärte Edtstadler: »Im Moment herrscht eine Virusvariante vor, die eine Impfpflicht nicht verhältnismäßig sein lässt.« Mit der Aussetzung folge man der Empfehlung der Impfpflicht-Expertenkommission, die am 8. März ihren ersten Bericht vorgelegt hatte.

Die vierköpfige Kommission ist beim österreichischen Bundeskanzleramt angesiedelt und besteht aus je zwei unabhängigen Mediziner*innen und Jurist*innen. Die vier Professor*innen betonen, es sei »von entscheidender Bedeutung, zum richtigen Zeitpunkt zu impfen«. Eine sofortige

Umsetzung der »Impfpflicht zur Verhinderung einer Überlastung des Gesundheitssystems sei derzeit noch nicht erforderlich bzw. nicht angemessen«. Ein »Zuwarten mit der Umsetzung der Impfpflicht« eröffne zudem die Option, »dass im Lichte neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse eine Umsetzung der Impfpflicht gar nicht mehr erforderlich wird bzw. noch bessere Impfstoffe vorliegen«. Die Expert*innen erwarten die nächste größere Infektionswelle »erst im Herbst 2022« – wie sie ausfallen werde, lasse sich derzeit aber nicht seriös vorhersagen.

Flexible Verfassungsministerin

Die Kommission wird die Corona-Lage in Österreich laufend beobachten, spätestens Anfang Juni soll sie ihren nächsten Bericht vorlegen. Ob sie dann einen neuen Stichtag für die Umsetzung der Impfpflicht vorschlagen oder weiter die Aussetzung empfehlen wird, ist ungewiss. Verfassungsministerin Edtstadler sagte am 9. März auch: »So wie das Virus flexibel ist und uns immer wieder vor neue Herausforderungen stellt, so müssen wir auch bei der Impfpflicht flexibel und anpassungsfähig sein.«

Klaus-Peter Görlitzer ©

Der 25-seitige Bericht der Expertenkommission ist öffentlich und steht auf der Website des österreichischen Bundeskanzleramts zum Download bereit: www.bundeskanzleramt.gv.at/

Biometrische Bürger-Pflicht rechtmäßig?

Wer hierzulande einen Personalausweis beantragt, muss seit August 2021 zwei Fingerabdrücke abgeben, die auf dem Chip des Plastikdokuments gespeichert werden. Ob diese Praxis überhaupt rechtmäßig ist, wird beizeiten der Europäische Gerichtshof (EuGH) entscheiden.

Die neue, biometrische Bürger*innenpflicht, vorangetrieben von der CDU-CSU-SPD-Bundesregierung mit Verweis auf eine EU-Verordnung, war im Herbst 2020 vom Bundestag beschlossen worden – trotz einer Petition, welche die Parlamentarier*innen zur Ablehnung aufforderte: »Es gibt keinen Grund, alle Bürgerinnen und Bürger präventiv wie Tatverdächtige und Verbrecher zu behandeln.« (→ BIOSKOP Nr. 91)

Die Appell-Initiator*innen von Digitalcourage gaben ihren Widerstand nicht auf; ein Mitglied des Datenschutzvereins aus Bielefeld klagte vor dem Verwaltungsgericht Wiesbaden – und fand dort mehr Verständnis: Auch die Richter*innen zweifelten die Rechtmäßigkeit der Fingerabdruckpflicht an, mit Beschluss vom 13. Januar 2022 leiteten sie den Fall dem EuGH deshalb zur »Vorabentscheidung« weiter. Der Beschluss der ersten Gerichtsinstanz bemängelt auch, dass keine Datenschutz-Folgenabschätzung vorgenommen worden ist.

Warnung vor »Identitätsdiebstahl«

Offiziell wird die Speicherung der Zeigefinger-Abdrücke damit begründet, die Personalausweise fälschungssicher zu machen; erlaubten Zugriff auf die biometrischen Daten im RFID-Chip haben Polizei, Meldebehörden, Zoll und Steuerfahndung. Das Wiesbadener Verwaltungsgericht sieht aber »nicht hinreichend deutlich, ob die Aufnahme von Fingerabdrücken die Sicherheit vor Fälschungen tatsächlich zu fördern vermag«. Zudem verweist es auf eine kritische Stellungnahme des Europäischen Datenschutzbeauftragten, derzufolge im Zeitraum 2013 bis 2017 in der EU »lediglich 38.870 gefälschte Identitätskarten festgestellt worden sein sollen und seit Jahren die Nutzung gefälschter Identitätskarten abnimmt«. Im EU-Europa leben rund 370 Millionen Bürger*innen.

Digitalcourage findet die biometrische Pflicht nicht nur unverhältnismäßig und grundrechtswidrig, Campaigner*innen der Organisation warnen auch vor Missbrauch durch

Bündnis für ein weltweites Klon-Verbot

»Stop Designer Babies« (SDB) heißt die Parole eines neuen internationalen Bündnisses zivilgesellschaftlicher Organisationen. Sie fordern, das Klonen von Menschen und Keimbahnveränderungen weltweit zu verbieten.

Im Bündnis dabei ist auch das Gen-ethische Netzwerk (GeN) aus Berlin, zum Hintergrund erklärt es auf seiner Homepage: »Internationale Wissenschaftsorganisationen drängen auf die Erschaffung genetisch veränderter »Designerbabys«, und im Jahr 2023 wird es voraussichtlich einen Versuch geben, diese in Großbritannien zu legalisieren.«

Das GeN appelliert an soziale Bewegungen, sich mit dem heiklen Thema unbedingt zu beschäftigen – Begründung: Würden Keimbahneingriffe tatsächlich zugelassen, hätte dies »schädliche Auswirkungen auf die Achtung der Menschenrechte und den Grundsatz von menschlicher Gleichheit und Solidarität«.

Ethische und soziale Probleme

Am 9. März veranstaltete das SDB-Bündnis eine Online-Konferenz, beteiligt waren Feminist*innen, Behindertenrechtsaktivist*innen, Umweltschützer*innen sowie kritische Wissenschaftler*innen. Thematisiert wurden auch ethische und soziale Probleme des von Fachleuten sogenannten »Genome Editing«. Gemeint sind molekularbiologische Techniken, mit denen das Erbgut eines Organismus zielgerichtet verändert werden können soll (→ BIOSKOP 76).

Mehr Informationen über Forderungen und Aktivitäten des Bündnisses stehen im Netz: <https://stopdesignerbabies.org>

kriminelle Hacker*innen: »Die Speicherung unserer kompletten Fingerabdrücke vergrößert die Gefahr eines Identitätsdiebstahls, sobald der RFID-Chip geknackt ist«, sagt Konstantin Macher. Und seine Digitalcourage-Kollegin Julia Witte gibt zu Bedenken: »Wenn unsere biometrischen Daten in falsche Hände geraten, können wir dagegen nichts tun. Von einem Datenleck, das biometrische Informationen umfasst, wären wir unser ganzes Leben lang betroffen.«

Weitere Infos zur Kampagne »Perso ohne Finger!«, juristische Verfahren inklusive, gibt es online: <https://digitalcourage.de/keine-fingerabdrucke-personalausweis>

»Gewaltige Ungleichheit«

Mit dem Corona-Virus kann sich im Prinzip jede/r anstecken, schlimmstenfalls auch an Covid-19 sterben. In finanzieller Hinsicht ist das Risiko allerdings sehr unterschiedlich verteilt, es gibt viele Verlierer der Pandemie – und auch einige Gewinner. Alarmierende Einblicke bietet der englischsprachige Bericht »Inequality kills« (»Ungleichheit tötet«) den die Nothilfe- und Entwicklungsorganisation Oxfam Anfang 2022 veröffentlicht hat. »Während der Covid-19-Pandemie konnten die zehn reichsten Milliardäre ihr Gesamtvermögen verdoppeln, auf insgesamt 1,5 Billionen US-Dollar«, bilanziert Oxfam – und fügt hinzu: »Gleichzeitig leben über 160 Millionen Menschen zusätzlich in Armut. Ungleichheit ist zudem eine Frage von Leben und Tod: Jedes Jahr sterben Millionen Menschen, etwa weil sie keine adäquate medizinische Versorgung bekommen.« Um die Folgen der Pandemie zumindest abzumildern, richtet Oxfam diverse Forderungen an die deutsche Bundesregierung. Sie solle »Konzerne und sehr Vermögende stärker in die Verantwortung nehmen«, zum Beispiel durch Wiedereinführen der Vermögenssteuer und eine »einmalige Abgabe auf sehr hohe Vermögen«. Zudem fordert Oxfam, die Marktmacht von Konzernen zu begrenzen und den Patentschutz für Impfstoffe gegen Covid-19 auszusetzen. Nur so, meint Oxfam, könne die Pandemie »weltweit eingedämmt« werden.

Der 60-seitige Report »Inequality kills« sowie eine 16-seitige deutschsprachige Zusammenfassung (Titel »Gewaltige Ungleichheit«) sind online: www.oxfam.de

Herz aus Schwein?

US-amerikanische Transplanteure melden Weltpremiere

**Martina Keller
(Hamburg), Journalistin**

Im Januar 2022 transplantierten Chirurgen in Baltimore erstmals einem herzkranken Mann das Herz eines gentechnisch veränderten Schweins. Der Weltpremiere in den USA könnte in absehbarer Zeit die in Deutschland folgen: 2024 sollen am Klinikum Großhadern erstmals Schweineherzen in acht Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz im Endstadium verpflanzt werden. Dies gab die Ludwig-Maximilians-Universität München im Februar bekannt.

Die erste Xenotransplantation eines Schweineherzens gilt in Fachkreisen als Erfolg. Fünf Wochen nach dem Eingriff, am 13. Februar, veröffentlichte die medizinische Fakultät der Universität von Maryland ein Video des 57-jährigen Patienten David Bennett. Gestützt von einer Physiotherapeutin, einen Schlauch in der Nase, sitzt er im Nachthemd in seinem Krankenzimmer und lauscht dem Song »America the Beautiful«, der vor dem Beginn des Super

Bowls gespielt wurde, des Finals der National Football League. Bennett wirkt zittrig, das Sitzen strengt ihn sichtlich an; als er den Liedtext mitzusingen versucht, kommt kein Laut über seine Lippen. – Bennett starb dreieinhalb Wochen später, am 8. März, nachdem sich sein Zustand in den Tagen zuvor verschlechtert hatte.

Die US-amerikanische Arzneimittelbehörde Food and Drug Administration (FDA) hatte am 31. Dezember 2021 eine Notfall-Erlaubnis für die riskante Operation erteilt, da Bennett zu krank war, um ein menschliches Herz verpflanzt zu bekommen und wegen einer Rhythmusstörung nicht für die Behandlung mit einem Kunstherzen in Frage kam. In dieser Situation war die Schweineherz-Transplantation seine letzte Chance. »Das ist wirklich ein Proof-of-Concept-Experiment«, sagte die Bioethikerin Karen Maschke vom Hastings Center in New York der Fachzeitschrift *The Lancet*. Es handelt sich also um ein Einzelbeispiel, das die prinzipielle Machbarkeit dieser Art Transplantation zeigen soll.

Technisch war der Eingriff nicht sonderlich schwierig. Die Anatomie des Schweineherzens ähnelt der des menschlichen. »Die Geometrie war nicht ganz in der Reihe, so dass wir einige Anpassungen vornehmen mussten, aber nichts, was ein erfahrener Herzchirurg nicht managen könnte«, sagt Bartley Griffith, der die Transplantation durchführte.

Das größte Risiko stellte die Abstoßung des Tierorgans durch den menschlichen Körper dar, die innerhalb weniger Stunden geschehen kann. Um sie zu verhindern, hatten Forscher der Firma Revivicor in Blacksburg ein gentechnisch verändertes Schwein produziert. Sie schalteten drei Gene aus, die Zuckerreste auf der Schweinezelle etablieren können. Zudem fügten sie sechs menschliche Gene ein, um die Gewebeerträglichkeit zu erhöhen. Schließlich legten sie ein Gen still, welches das Schweineherz übermäßig wachsen lassen könnte. Da der Patient außerdem mit einem neuartigen, noch nicht zugelassenen Antikörper gegen die Abstoßung therapiert wurde, handele es sich um einen »doppelten First-in-man-Versuch«, so Clemens Wendtner, Chefarzt der Infektiologie und Tropenmedizin an der München Klinik Schwabing gegenüber dem Science Media Center. Bennett bekommt den Antikörper neben konventionellen Immunsuppressiva.

15,7 Millionen US-Dollar standen der

Universität von Maryland für die vorklinischen Forschungen an Pavianen mit dem Schweineherz der Firma Revivicor zur Verfügung, Markenname Uheart. Im Oktober 2021 hatte die Firma bereits die gentechnisch veränderte

Schweineniere geliefert, die in New York mit Einwilligung der Angehörigen an den Blutkreislauf einer hirntoten Frau angeschlossen wurde. Die Schweineniere reinigte das Blut der Frau und produzierte Urin, bevor das Experiment nach 54 Stunden beendet wurde.

Von einer klinischen Studie mit Uheart-Schweineherzen sind die Forscher und Mediziner in Maryland noch weit entfernt. Dazu müssen mehr Daten über die Sicherheit des Eingriffs geliefert werden. »Wir haben noch einige Arbeit vor uns, bevor wir eine formelle Studie durchführen können«, sagte Muhammad Mohiuddin, Direktor des Herz-Xenotransplantation-Programms an der University of Maryland dem *Lancet*.

Die FDA gibt auf Anfrage von *BIOSKOP* keine Details zu dem Produkt Uheart der Firma Revivicor heraus, da sie produktbezogene Informationen nicht veröffentlichen darf. Grundsätzlich sieht die Behörde in der Xenotransplantation großes Potential, doch der Gebrauch der entsprechenden Produkte berge auch Risiken für die öffentliche Gesundheit. So könnten Erreger übertragen werden, die für den Menschen ▶

»Historische Rolle«

Am 9. März gab die University of Maryland bekannt, dass ihr schwerkranker Patient David Bennett am Vortag – zwei Monate nach der Transplantation eines genetisch veränderten Schweineherzens – gestorben sei. Beteiligte Mediziner drückten öffentlich ihre Trauer und ihr »aufrichtiges Beileid« für die Familie des Verstorbenen aus. Muhammad Mohiuddin, wissenschaftlicher Direktor des Marylander Programms für Herz-Xenotransplantationen, erklärte zudem:

»Wir sind Herrn Bennett dankbar für seine einzigartige und historische Rolle.« Der 57-jährige Patient habe geholfen, das Wissen auf dem Gebiet der Xenotransplantation erheblich zu erweitern. Das transplantierte Schweineherz habe mehrere Wochen »sehr gut« funktioniert, ohne erkennbare Abstoßungsreaktionen. »Wir bleiben optimistisch und planen, unsere Arbeit mit künftigen klinischen Versuchen fortzusetzen«, kündigte Chirurgieprofessor Mohiuddin an.


Von einer klinischen Studie mit Uheart-Schweineherzen sind die Forscher und Mediziner in Maryland noch weit entfernt.

► gefährlich werden, sich im Tier aber schwer entdecken lassen. Zudem könnten durch Kombination von tierischen Viren mit bislang harmlosen menschlichen Viren neue Krankheitserreger entstehen. Wegen der Komplexität müssten bei klinischen Studien die Risiken gegen den möglichen Nutzen für Patienten sorgfältig abgewogen werden. Die FDA werde Produkte nur zulassen, wenn die Risiken minimiert seien und sorgfältig kontrolliert würden.

Experimente auch in Deutschland

In Deutschland treibt ein Team um den emeritierten Herzchirurgen Bruno Reichart die Xenotransplantation voran. Seit 2015 verpflanzt Reichart Schweineherzen in Paviane, eines der Tiere lebte 2018 fast 200 Tage mit dem neuen Organ. Auch die deutschen Schweineherzen stammen von gentechnisch veränderten Tieren. Die Klontechnik spielt bei der Herstellung eine wichtige Rolle. Zunächst werden an Zellen im Labor die nötigen Veränderungen vorgenommen. »Erst wenn das gelungen ist, nutzt man einmalig das Klonen, um ein Schwein zu erstellen«, sagte Eckhard Wolf, Professor für molekulare Tierzucht und Biotechnologie am Genzentrum der Universität München, dem Deutschlandfunk. Für den klinischen Einsatz werde man die Tiere dann aber über Zucht beschaffen, »weil man dann ausschließen kann, dass es zu Nebenwirkungen kommt, die inhärent in dieser Klontechnik sein können«.

Die Versuche mit Schweineherzen sind nicht die einzigen Experimente mit Xenotransplantationsprodukten in Deutschland. Im Sonderforschungsbereich Transregio 127 der Deutschen Forschungsgemeinschaft arbeiten Wissenschaftler seit 2012 zur xenogenen Zell-, Gewebe- und Organtransplantation. In einem Projekt geht es um Herzklappenersatz, in einem anderen um die Verpflanzung von Zellen der Bauchspeicheldrüse, den sogenannten Inseln, die Insulin produzieren. Damit soll den rund fünf Prozent Patienten geholfen werden, die mit einer medikamentösen Therapie ihres Diabetes nicht zurechtkommen. Eine Dresdener Forschergruppe hat ein Konzept entwickelt, um xenogene Inselzellen zu verkapseln, so dass eine Immunsuppression des Transplantatempfängers nicht nötig ist. Nach umfangreichen präklinischen Studien wird derzeit eine Pilotstudie an Patienten mit Diabetes Mellitus Typ 1 vorbereitet.

Die für 2024 angekündigten Transplantationen von Schweineherzen in acht Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz im Endstadium an der Universitätsklinik München werden mit einer Förderung in Höhe von 400.000 Euro aus der sogenannten Koalitionsreserve der Regierungsfractionen von CSU und Freien Wählern in Bayern unterstützt. 


Zentrales Register

Das deutsche Organspende-Register geht voraussichtlich Ende dieses Jahres online. Die technische Umsetzung ist aufwändig.

Eigentlich sollte es längst so weit sein: Der Start der neuen Datenbank, die Bürger*innen-Erklärungen zur Organ- und Gewebespende zentral speichert, war für den 1. März vorgesehen. Im Februar teilte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) dann aber mit, das Register werde seinen Betrieb »frühestens Ende des Jahres 2022 aufnehmen«. Grund für die Verzögerung sei Rücksichtnahme auf die wegen der Corona-Pandemie gestressten Krankenhäuser – zusätzliche Belastungen »durch notwendige technisch-organisatorische Vorarbeiten, die mit der Anbindung an das Register einhergehen«, sollten derzeit vermieden werden.

Die geplante digitale Vernetzung ist technisch anspruchsvoll: Das Register wird beim Bundesinstitut für Arzneimittel- und Medizinprodukte (BfArM) geführt, angeschlossen werden rund 1.300 Organentnahme-Krankenhäuser. Denn das 2020 beschlossene »Gesetz zur Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende« (→ BIOSKOP Nr. 89) legt fest, dass vor jeder Explantation abgeklärt werden muss, ob im Register eine Erklärung des potenziellen, hirntoten Organgebers gespeichert ist. Welche Ärzt*innen zum Abruf der sensiblen Daten berechtigt sind, müssen die Kliniken dem BfArM mitteilen. Ergibt eine Online-Abfrage, dass keine Erklärung des betroffenen Patienten registriert ist, müssen Angehörige gefragt werden, ob sie dessen Haltung zur Organ- und Gewebespende kennen.

Laut Registerkonzept werden zwei getrennte Online-Portale eingerichtet, neben dem Abruf-Portal für Ärzt*innen ein weiteres, in dem Bürger*innen ihre freiwillige Vorabklärung pro oder contra Organentnahme direkt via Internet hinterlegen. »Das Register kann seinen Zweck nur erfüllen, wenn beide Portale zeitgleich zur Verfügung stehen«, betont das BMG.

Ob und welche Organe man im Falle des Hirntods spenden will oder nicht, ist weiterhin eine formal freiwillige Entscheidung. Allerdings sollen diverse 2020 vom Bundestag beschlossene Maßnahmen den Druck erhöhen, seine persönliche Haltung im neuen Register zu offenbaren. Einbezogen sind sogar die Meldestellen von Bund und Ländern. Wer dort einen Personalausweis oder Reisepass beantragt, erhält gemäß Willen des Gesetzgebers auch Infomaterialien zur Organspende. Das Gesetz, erläutert das BMG, »sieht zudem die Möglichkeit vor, sich vor Ort in das Online-Register einzutragen«. 

Klaus-Peter Görlitzer 

Volksabstimmung

In der Schweiz sind Organentnahmen für Transplantationen im Prinzip nur erlaubt, wenn Betroffene zu Lebzeiten vorab zugestimmt haben. Liegt keine Erklärung vor, sollen Angehörige gemäß bekanntem oder mutmaßlichem Willen des »Hirntoten« entscheiden. Nun steht eine Reform an, die das Schweizer Bundesamt für Gesundheit als »Systemwechsel zur Widerspruchslösung« bezeichnet: Wer Entnahmen von Organen und Gewebe ausschließen will, soll dies künftig ausdrücklich erklären müssen. Wer seine Haltung nicht an ein geplantes Register meldet, gilt als potenzieller »Organspender« – wobei auch nach dieser Regelung die Angehörigen weiterhin in die Entnahme-Entscheidung einbezogen werden sollen. Ob diese »erweiterte Widerspruchslösung«, die ja 2020 (so ähnlich) im Deutschen Bundestag scheiterte, nun im Nachbarland eingeführt wird, können letztlich die Schweizer Bürger*innen entscheiden. Voraussichtlich am 15. Mai wird eine Volksabstimmung über das von Regierung und Parlament befürwortete Gesetzesvorhaben stattfinden. Das Referendum ist notwendig, weil das Komitee »Nein zur Organentnahme ohne Zustimmung« über 64.000 Unterschriften gegen die Widerspruchslösung gesammelt hat. In der Initiative dabei ist auch die Theologin und Ethikerin Ruth Baumann-Hölzle, sie erklärt auf der Komitee-Webseite: »Die geplanten Änderungen bei der Organentnahme stehen im Kontext eines sich zurzeit anbahnenden Paradigmenwechsels bei der Entscheidungsfindung in der Medizin: Ein allfälliger Fremdnutzen soll der Würde des Menschen vorgehen. Dabei werden die individuellen Abwehrrechte des Einzelnen zugunsten des Gesundheitsnutzens von vielen relativiert.«

Neuer Entwurf – neue Debatte?

Abgeordnete legen Verfahrensregeln zwecks Suizidhilfe vor

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

Hilfe zur Selbsttötung kommt wieder auf die politische Agenda. 85 Abgeordnete aller Fraktionen, mit Ausnahme der AfD, haben Anfang März einen Gesetzentwurf mit Verfahrensregeln zur Suizidhilfe in den Bundestag eingebracht. Weitere Gruppenanträge sind angekündigt. Eine »Orientierungsdebatte« noch vor der Sommerpause wird erwogen.

»Kein Leistungsanspruch gegenüber dem Staat«

Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) ist nicht verpflichtet, Sterbewilligen den Erwerb des Betäubungsmittels Natrium-Pentobarbital für den Zweck der Selbsttötung zu erlauben.

Das hat das Oberverwaltungsgericht (OVG) Münster Anfang Februar in drei Verfahren entschieden und somit Urteile des Verwaltungsgerichts Köln bestätigt. Geklagt hatten zwei Männer und eine Frau, die unter anderem an Krebs und Multipler Sklerose erkrankt sind. Die beantragte Nutzung von Betäubungsmitteln zwecks Suizid diene nicht dazu, die notwendige medizinische Versorgung sicherzustellen, erklärte die Vorsitzende Richterin des 9. OVG-Senats, Gudrun Dahme, zur Begründung der Urteile; die Anwendung von Betäubungsmitteln sei nur mit therapeutischer Zielsetzung zulässig, also um Krankheiten oder gesundheitliche Beschwerden zu heilen oder zu lindern. Zudem beinhaltet das Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben »keinen Leistungsanspruch gegenüber dem Staat«. Gemäß geltender Rechtslage bestehe aber ein »zumutbarer Zugang zu freiwillig bereitgestellter Suizidhilfe«.

Das letzte Wort ist hier wohl noch nicht gesprochen. »Wegen grundsätzlicher Bedeutung« hat das OVG Münster die Revision zum Bundesverwaltungsgericht zugelassen.

Federführende Autor*innen des neuen Gesetzentwurfs sind offenbar Lars Castellucci (SPD) und Kirsten Kappert-Gonthier (Grüne), vorn stehen zudem die Abgeordneten Ansgar Heveling (CDU), Stephan Pilsinger (CSU), Benjamin Strasser (FDP) und Kathrin Vogler (Linke). Was er bewirken will, erklärte Castellucci in einem Gastbeitrag für das sozialdemokratische Medium *Vorwärts* unter anderem so: »Mit dem Gesetzesentwurf wird assistierter Suizid ermöglicht, aber nicht gefördert. Sonst würde der äußere Druck, sich auf diese Weise das Leben zu nehmen, zunehmen und dieser Druck würde verletzliche Gruppen besonders treffen.«

Vor zwei Jahren, am 26. Februar 2020, hatte das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) das kategorische Verbot von geschäftsmäßiger, auf Wiederholung angelegter Suizidhilfe aufgehoben und dabei auch ein »Recht auf selbstbestimmtes Sterben« bekräftigt (→ *BIOSKOP* Nr. 89). Der Gesetzentwurf von Castellucci und Kolleg*innen will geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung nun erneut unter Strafe stellen – aber nur für den Fall, dass vor der Suizidhilfe bestimmte Verfahrensregeln nicht eingehalten worden sind.

Das gesetzliche »Schutzkonzept«, das die 85 Abgeordneten in einem neu formulierten § 217 StGB vorschlagen, soll die »Freiverantwortlichkeit der Entscheidung zur Selbsttötung« sicherstellen. Vorgesehen ist dafür ein mehrstufiges Verfahren: Wer Suizidhilfe in Anspruch nehmen will, muss volljährig und einsichtsfähig sein und nachweisen, dass er oder sie sich mindestens zweimal von einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie untersuchen lassen – und zwar in einem »Mindestabstand von drei Monaten«. Zulässig soll Suizidhilfe nur sein, wenn diese Untersuchungen zu dem Ergebnis gekommen sind, »dass keine die autonome Entscheidungsfindung beeinträchtigende psychische Erkrankung vorliegt«; außerdem müssen sie attestieren und dokumentieren, dass »nach fachlicher Überzeugung das Sterbeverlangen freiwilliger, ernsthafter und dauerhafter Natur

ist«. In »begründeten Ausnahmefällen«, etwa bei unheilbar kranken Patient*innen mit begrenzter Lebenserwartung, soll auch nur ein psychiatrischer Untersuchungstermin ausreichend sein.

Zusätzlich muss der Suizidwillige ein »individuell angepasstes, umfassendes und ergebnisoffenes Beratungsgespräch« mit einem weiteren Arzt oder einer psychosozialen Beratungsstelle führen, wobei auch Therapiemöglichkeiten und Alternativen zur Selbsttötung dargelegt werden müssen; zu thematisieren sind hier auch »soziale Folgen einer durchgeführten Selbsttötung«.

Verbindliche Fristen

Werden die verlangten Nachweise erbracht, sind gemäß Gesetzentwurf verbindliche Fristen einzuhalten: Eine assistierte Selbsttötung gilt nur dann als »nicht rechtswidrig«, wenn »mindestens zwei Wochen« seit der zweiten psychiatrischen Untersuchung vergangen sind. Sind seitdem mehr als zwei Monate verstrichen, darf Hilfe zur Selbsttötung nicht mehr straffrei gewährt werden.

Ändern wollen Castellucci und Kolleg*innen zudem das Betäubungsmittelgesetz. Demnach würde die »Anwendung eines Betäubungsmittels zum Zwecke der Lebensbeendigung« dann Rechtens werden, wenn die »freiverantwortliche Selbsttötungsentscheidung« nachgewiesen ist. In solchen Fällen dürften Ärzt*innen künftig eine tödlich wirkende Dosis für lebensmüde Menschen verschreiben.

Werbung für die Hilfe zur Selbsttötung, zum Beispiel mit Broschüren oder im Rahmen von Veranstaltungen, soll hingegen künftig dann strafbar werden, wenn sie eines »Vermögensvorteils wegen oder in grob anstößiger Weise« erfolgt; es droht eine Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren. Erlaubt ist gemäß Gesetzentwurf aber, dass Ärzt*innen und Krankenhäuser öffentlich »auf die Tatsache hinweisen, dass sie Hilfe zur Selbsttötung« unter Einhaltung der regulierten Bedingungen leisten.

Mensch ahnt: Dieser Gesetzentwurf wirft viele Fragen auf. Erörtert werden sie im Bundestag womöglich noch in der ersten Jahreshälfte, erwogen wird eine sogenannte »Orientierungsdebatte« über Hilfe zur Selbsttötung. Vorliegen werden dann wohl auch mindestens zwei weitere Gesetzentwürfe.

Einen Antrag haben die grünen Abgeordneten Renate Künast und Katja Keul angekündigt. Sie hatten 2021 einen »Diskussionsentwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbe-

Heikler Auftrag für den Bundestag

Für den Fall einer pandemiebedingten »Triage« muss der Gesetzgeber »Vorkehrungen« treffen, um behinderte Menschen vor Diskriminierung zu schützen – und zwar »unverzüglich«. Das hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) am 16. Dezember 2021 entschieden. Die politische Umsetzung steht noch aus.

Als »Triage« bezeichnen Fachleute die Zuteilung überlebenswichtiger, intensivmedizinischer Behandlungsressourcen, die in einer Krisensituation nicht für alle bedürftigen Patient*innen ausreichend zur Verfügung stehen. Ein solches Szenario, diskutiert schon zu Beginn der Corona-Pandemie (→ *BIOSKOP* Nr. 90), ist nach offiziellen Darstellungen in deutschen Kliniken hierzulande bisher zwar nicht eingetreten. Überprüfen lässt sich dies für Außenstehende aber kaum. Das BVerfG verweist in der Begründung seines Beschlusses jedenfalls auf Stellungnahmen befragter Facheinrichtungen und Sozialverbände, die »im Einklang mit wissenschaftlichen Studien« dargelegt hätten, »dass ein Risiko besteht, in einer Situation knapper medizinischer Ressourcen aufgrund einer Behinderung benachteiligt zu werden«. Dies fürchten auch neun Menschen mit Behinderung, die Verfassungsbeschwerde in Karlsruhe eingereicht und damit nun Erfolg hatten.

Ein Risiko bergen nach Meinung der Verfassungsrichter*innen auch die Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Deren Ethik-Papier zu intensivmedizinischen Entscheidungen bei pandemiebedingter Knappheit könne nämlich »zu einem Einfallstor für eine Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen werden«. In den DIVI-Empfehlungen, die allerdings rechtlich nicht bindend sind,

wird laut BVerfG »nicht ausgeschlossen, dass eine Behinderung pauschal mit Komorbiditäten in Verbindung gebracht oder stereotyp mit schlechten Genesungsaussichten verbunden wird«. Komorbidität bedeutet, dass bei einem Patienten neben einer Grunderkrankung eine oder mehrere weitere Krankheiten vorliegen.

Um jede Benachteiligung wegen einer Behinderung wirksam zu verhindern, müsse der Gesetzgeber nun handeln. Bei der Ausgestaltung der erforderlichen »Vorkehrungen« gesteht das BVerfG der Politik aber einen »Einschätzungs-, Wertungs- und Gestaltungsspielraum« zu.

Bundesjustizminister Marco Buschmann (FDP) begrüßte spontan die »klaren Worte des Bundesverfassungsgerichts« und stellte fest: »Der Gesetzgeber darf es nicht mehr den medizinischen Fachgesellschaften überlassen, Leitlinien für den Fall einer Triage aufzustellen.« Also werde die Bundesregierung dem Bundestag »zügig« einen Gesetzentwurf vorlegen.

Noch kein Gesetzentwurf zur Triage

Diese Ankündigung wurde bisher nicht realisiert. Allerdings kursiert seit Anfang März eine »Formulierungshilfe«, gedacht für die Fraktionen der Ampelkoalition und verfasst vom Bundesgesundheitsministerium (BMG), das Karl Lauterbach (SPD) führt. Vorgeschlagen wird hier, das Infektionsschutzgesetz zu ergänzen, mit einem Paragraphen 5c, der »Verfahren im Falle pandemiebedingt nicht ausreichender intensivmedizinischer Behandlungskapazitäten« regelt. Dabei schließt dieser Entwurf auch Zuteilungskriterien wie Komorbiditäten und Gebrechlichkeit nicht kategorisch aus. Im Gegenteil: Laut Formulierungshilfe sind bei einer Triage-Entscheidung auch diese umstrittenen Kriterien zu berücksichtigen, »soweit sie aufgrund ihrer Schwere oder Kombination die aktuelle und kurzfristige Überlebenswahrscheinlichkeit erheblich verringern«.

Klaus-Peter Görlitzer

»Stets zu hinterfragen«

Triage-Szenarien wurden hierzulande bereits im Frühjahr 2020 in Fachkreisen und Medien diskutiert, wenige Monate nach Ausbruch der Corona-Pandemie. Im Juni 2020 druckte *BIOSKOP* (Heft Nr. 90) dazu einen kritischen Beitrag der Bochumer Professorin Karin Michel (siehe auch Seite 10), Überschrift: »Eine politische Konstruktion«. Michels Analyse schloss mit einer pointierten Feststellung, die mensch unbeding im Hinterkopf haben sollte – und zwar nicht nur in Corona-Zeiten: »Ressourcenknappheit, die Triage rechtfertigen soll, ist keine Naturgegebenheit. Sie ist eine politische und soziale Konstruktion – und stets zu hinterfragen, wenn über Verteilungsgerechtigkeit von Gesundheitsleistungen verhandelt wird.«

▶ stimmtes Sterben« (→ *BIOSKOP* Nr. 93) vorgelegt, das Papier wurde aber nicht ins Parlament eingebracht. Zurzeit sind sie auf der Suche nach Unterstützer*innen für ihr Gesetzesvorhaben, auch in anderen Fraktionen.

Die Suizidhilfe-Debatte mitprägen will auch wieder Katrin Helling-Plahr. Die FDP-Abgeordnete hat angekündigt, dass sie ihren Anfang 2021 – gemeinsam mit Karl Lauterbach (SPD) und Petra Sitte (Linke) – verfassten Gesetzentwurf zur Suizidhilfe (→ *BIOSKOP* Nr. 93), der vor der Wahl aber nicht mehr abgestimmt wurde, erneut und so ähnlich in den Bundestag einbringen möchte. Lauterbach werde »die Initiative sicherlich auch weiterhin unterstüt-

zen«, meint Helling-Plahr; in seiner neuen Rolle als Bundesminister für Gesundheit könne er »jedoch nicht mehr bei der Ausgestaltung eines Antrages aus der Mitte des Bundestages federführend mitwirken«.

Während der Diskussion im vorigen Jahr meldeten sich auch Wissenschaftler*innen des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro) zu Wort. Sie gaben damals unter anderem zu Bedenken, dass es »bislang kein wissenschaftlich fundiertes Instrumentarium zur Erfassung der ›Freiverantwortlichkeit‹ und des ›autonom gebildeten Willens‹ eines Menschen« gebe – und auch »keine praktisch umsetzbare Möglichkeit, diese sicher festzustellen«.

Suizidassistenten und Biopolitik

Eine Analyse mit Blick auf gesellschaftliche Wirkungen

Karin Michel, Professorin für Ethik im Fachbereich Heilpädagogik und Pflege an der Ev. Hochschule in Bochum, ehrenamtlich aktiv im BioSkop

Suizidhilfe-Befürworter*innen sagen oft: Die Option, sich mit professioneller Unterstützung selbst töten zu können, ermöglicht es Bürger*innen, ihr Leben bis zuletzt zu kontrollieren. Und welche Folgen hat die politische Billigung individueller Suizidhilfe für die gesamte Bevölkerung und die Ausgestaltung von Sozialstaat und Gesundheitswesen?

Seit das Bundesverfassungsgericht das strafrechtliche Verbot geschäftsmäßiger Suizidhilfe mit Urteil vom 26. Februar 2020 gestrichen hat (→ *BIOSKOP* Nr. 89), scheinen solche Dienstleistungen Konjunktur zu haben. Am 21. Februar zogen die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS), Dignitas und der Verein Sterbehilfe gemeinsam Bilanz: Die drei Organisationen gaben vor Medienleuten an, sie hätten im Jahr 2021 insgesamt »346 Suizidbegleitungen« in Deutschland durchgeführt. Auch die Giordano-Bruno-Stiftung (GBS) redete bei der Pressekonferenz mit.

Die DGHS betont, sie verstehe sich als Patientenschutz- und Bürgerrechtsorganisation. Die GBS rügt jegliche gesetzliche Regelung von Suizidassistenten als »besonders barbarische Form des staatlichen Paternalismus«. Sowohl die frei-religiös inspirierte DGHS als auch die Vertreter des materialistisch-naturwissenschaftlich orientierten »Evolutionären Humanismus« der GBS legen menschliche Selbstbestimmung im Sinne eines liberalen Utilitarismus John Stuart Mills aus. Im Vordergrund steht eine Vorstellung der Unabhängigkeit von staatlichen Eingriffen und »Bevormundungen«. Zugleich wird ein Konzept der grundsätzlichen Abwägbarkeit der Wertigkeit menschlichen Lebens vertreten.

Die Notwendigkeit einer »Selbstbestimmung am Lebensende« wird von den Verteidiger*innen der Sterbehilfe begründet durch die Befreiung von weltanschaulichen Suizidverboten einerseits, aber auch dadurch, dass ein Leben nicht mehr lohne, wenn ein »unerträgliches« und »sinnloses« Leiden eintritt. Möglichkeiten etwa der Palliativmedizin werden als unzureichend eingeschätzt und der Suizid als in vielen Fällen einzig gangbarer Ausweg präsentiert. Eine zunehmende Rolle spielen Suizidassistenten auch für psychisch erkrankte wie auch für körperlich gesunde Menschen. Das autonome Sterben wird als Ausweg aus dem Unaushaltbaren verstanden und zugleich als emanzipatorischer Akt präsentiert: als Befreiung von sozialem Lebenszwang und dysfunktionaler Bio-

logie. Positiv erhoben wird die Forderung nach uneingeschränkter Verfügung über das eigene biologische Leben, aber auch nach Organisation dieses Lebens in einem Bereich von Wert und Nutzen.

Im »Koordinatensystem der Biopolitik«, formuliert vom französischen Philosophen Michel Foucault, findet diese Denkfigur ihren Ort im Bereich der »politischen Ökonomie des menschlichen Körpers«. Das selbstbestimmte Sterben mit professioneller Assistenz ermöglicht eine buchstäblich ultimative Kontrolle über die eigenen Lebensprozesse. Es fügt das Lebensende nahtlos in das Konzept des selbstgewählt-planerischen Biografiemanagements und damit der neoliberalen individuellen Selbstverantwortung ein, die heute als eine unausweichliche sozio-ökonomisch-kulturelle Anforderung an jedes Individuum herangetragen wird.

Der andere Bereich in Foucaults Koordinatensystem aber ist die »Biopolitik der Bevölkerung«. In der Gegenwart kommt dies allerdings kaum zur Sprache, es werden vor allem individuelle ethische Debatten um Werte und persönliche Lebens- und Körperverfügbarkeiten geführt. Könnte eine weitgehende Deregulierung professioneller Suizidassistenten für eine »Biopolitik der Bevölkerung« von Bedeutung sein?

Der *Humanistische Pressedienst* behauptete 2020, mit Suizidassistenten könnten gemeinnützige Vereine kein lukratives Geschäft machen. Auch betonen humanistische Verbände, dass eine professionelle Suizidassistenten zu einem selbstbestimmten Schutz vor medizinischer und pflegerischer Überversorgung beitragen kann, die als Gefahr gestiegener Profitorientierung im Gesundheitswesen gesehen wird.

Von einer Entkriminalisierung professioneller Suizidassistenten wird die Vermeidung einer Verschlechterung der Lebensqualität von Menschen durch Überversorgung in der letzten Lebensphase und zugleich eine Einsparung von Kosten im Gesundheitssystem erwartet. Umgekehrt wird suggeriert, dass ein Festhalten an der Suizidhilfe-Kriminalisierung eine Ökonomisierung des Sterbens geradezu befördere. Belegt wird diese These primär durch Publikationen des Arztes Matthias Thöns, der einzelne Fallgeschichten zu medizinischen Überversorgungsszenarien am Lebensende präsentiert, jedoch keine aussagekräftigen Studien oder bezifferbare Angaben zum konkreten Umfang und zur Höhe der Kosten der Übertherapien anführt. Die Begründung des Patientenschutzes mittels professioneller Suizidassistenten angesichts sinn-

»Nicht widerspruchsfrei«

Diese Zahl des Statistischen Bundesamts ist erschreckend: 9.206 Menschen starben hierzulande im Jahr 2020 durch Selbsttötung. »Das sind 165 Fälle mehr als im Vorjahr und bedeutet, dass sich statistisch gesehen alle 57 Minuten ein Mensch in Deutschland das Leben nimmt«, erklärte Hannah Müller-Pein, Kommunikationsbeauftragte des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro) am 30. November 2021. »Nicht nachweisbar« sei bisher, ob die registrierte Zahl durch die Corona-Pandemie und Suizidassistenten-Angebote beeinflusst worden sei. »Wie sich diese beiden Faktoren langfristig auf die Suizidrate auswirken werden, lässt sich aktuell nicht vorhersagen«, heißt es in der NaSPro-Pressemitteilung. Die deutschen Verbände der Suizidprävention empfehlen eine »gesetzliche Regelung zur nachhaltigen Förderung der Suizidprävention«. Ein mögliches Suizidhilfegesetz sieht die NaSPro-Spitze bisher kritisch. In einem 8-seitigen Brief, adressiert im September 2020 (→ *BIOSKOP* Nr. 91) an den damals amtierenden Bundesgesundheitsminister Jens Spahn, steht auch: »Es ist nicht möglich, Empfehlungen zu geben, welche die Suizidprävention und die Möglichkeit des assistierten Suizids widerspruchsfrei regeln.«

► loser, aber profitabler Therapien erscheint daher insgesamt durchaus vage.

Weniger vage präsentieren sich die gesundheitsökonomischen Hochrechnungen, bezogen auf Bevölkerungsentwicklung und künftige Versorgungskosten. Beispielsweise errechnete die Fritz-Beske-Morbiditätsprognose bereits 2009 eine Zunahme altersbedingter Erkrankungen zwischen 50 und 100 Prozent bis zum Jahr 2050. Eine neuere Studie, beschrieben 2019 im britischen Fachblatt *Lancet*, prognostiziert eine weltweit signifikante Zunahme von Demenzerkrankungen.

Als besorgniserregend zeichnet sich der zunehmende Bedarf an ambulanter und stationärer Pflege für Menschen ab 65 Jahren ab: Bis 2050 werden die gesellschaftlichen Pflegekosten weitaus dynamischer ansteigen als die Gesundheitskosten. Fallende Geburtenzahlen korrelieren mit einer steigenden Lebenserwartung und einem signifikanten Rückgang informeller Pflege. Die Langzeitpflege ist personalintensiv und lässt keine Produktivitätssteigerung zu (z.B. eine Erhöhung versorgter Fälle pro Stunde). Eine Ausweitung der Pflege kann sich zwar als solche – durch Beschäftigung, Zulieferung – auch produktiv auswirken, muss aber zugleich dringende Lohnsteigerungen vorsehen, um zu einer Lösung

der Personalknappheit beizutragen. Der AOK-Pflegereport 2021 beziffert die Anzahl fehlender Fachkräfte für das Jahr 2025 auf 200.000. Demographisch betrachtet erscheint die künftige Ausweitung des Pflegesektors unausweichlich.

Dieses mit Prognosen verbundene Wissen um eine sich zunehmend verstärkende »Care-Krise« lässt sich durchaus in das Koordinatensystem einer »Biopolitik der Bevölkerung« einschreiben. In der nach wie vor verfolgten Politik des Sozialabbaus zeichnen sich derzeit kaum entschlossene Bemühungen um eine grundlegende bedarfsorientierte Reorganisation des Pflegebereiches ab. Die demographisch-ökonomisierende Perspektive verweist allerdings auf eine grundsätzliche Unterscheidung: Während gesunde, nicht oder wenig pflegebedürftige ältere Menschen noch als ökonomisch produktives Humankapital gelten können, lässt sich den Menschen, die kostenintensive Langzeitpflege benötigen, nur ein deutlich geringerer volkswirtschaftlicher Ertragswert zuerkennen. Derartige Abwägungen werden tendenziell die höher- bis hochaltrigen Menschen treffen.

Bereits vor und nach dem Ersten Weltkrieg hat sich gezeigt, dass eine »Semantik der Krise« auf Menschenleben bezogene Kosten-Nutzen-Kalkulationen gesellschaftlich akzeptabel

machen und die Bereitschaft fördern konnte, die karitative Fürsorgemoral in der Kranken- und Pflegeversorgung zugunsten der Forderung nach einer Entlastung von »gesellschaftlicher Überbürdung« aufzugeben. Als Akteur einer entsprechenden bevölkerungsbezogenen Biopolitik trat sodann der Staat auf den Plan.

Dies ist heute nicht mehr möglich: Die uneingeschränkte Verfügung über das eigene biologische Leben und auch die Organisation dieses Lebens in einem Bereich von Wert und Nutzen obliegt nicht dem Staat, sondern dem Individuum als Souverän seiner selbst: Krankheit und erhöhter Pflegebedarf werden weniger als gesamtgesellschaftliche Herausforderung betrachtet, sondern eher als persönliche Problematik und als gestaltbarer Faktor verstanden, der zum Gegenstand der Selbstverantwortung wird – zur Frage der Investition von eigenen Ressourcen in die Lebensverlängerung, etwa durch Lebens-, Körper- und Verhaltensführung.

Wer krank und pflegebedürftig wird und dann mit den Auswirkungen der Pflege-Krise konfrontiert ist, wird gemäß dem Leitbild von der Selbstverantwortung keine Fragen nach einer adäquaten Versorgungspolitik stellen, sondern sich die Problematik selbst anlasten: Selber schuld! Man hätte doch in produktiven Zeiten eine private Pflegevorsorge treffen und gesund leben können. Wer das nicht schafft und dennoch im Zeitalter der Pflegekrise für sich selbst noch eine Gestaltungsmöglichkeit in Anspruch nehmen möchte, dem steht jederzeit der scheinbar risikoarme, fachgerecht assistierte Austritt aus dem Leben offen. Der Suizid wird auf diese Weise – wie es der Dignitas-Sterbehelfer Ludwig A. Minelli formuliert – verstehbar als »eine großartige Möglichkeit, die es dem Menschen möglich macht, sich einer ausweglosen Situation zu entziehen«.

In der nüchternen und anonymen Perspektive einer auf die gesamte Bevölkerung bezogenen Humanökonomie erweist sich der Wert eines nicht mehr produktiven Lebens, das über längere Zeit hinweg pflegebedürftig ist, eindeutig als negativ. Diese Einschätzung wird sich angesichts der zu erwartenden Zuspitzung der Versorgungslage für kostenintensive, »gesellschaftlich Überflüssige« auch im persönlichen Erleben der Betroffenen und in ihrer individuellen Lebenswerteinschätzung widerspiegeln. Eine selbstbestimmte Lebensbeendigung als Ausweg, gepaart mit dem All-inclusive-Angebot professioneller Assistenz, käme dann mit einer Biopolitik der optimierten und produktiven Bevölkerung problemlos überein.

Krankheit und erhöhter Pflegebedarf werden weniger als gesamtgesellschaftliche Herausforderung betrachtet, sondern eher als persönliche Problematik verstanden.

Selbstbestimmung und »soziale Pressionen«

Mit seinem Suizidhilfe-Urteil vom 26. Februar 2020 hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) ein »Recht auf selbstbestimmtes Sterben« begründet – und zwar »in jeder Phase menschlicher Existenz«, also unabhängig von Gesundheit, Krankheit, Einschätzungen Dritter. Die, so das BVerfG, »Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen«.

Die Verfassungsrichter*innen haben aber offenbar nicht nur die Selbstbestimmung der Einzelnen, sondern auch die gesellschaftlichen Verhältnisse im Blick. Dass Politik auch hier gefordert ist, skizzieren sie in ihrer langen Urteilsbegründung wie folgt: »Der Gesetzgeber darf aber einer Entwicklung entgegensteuern, welche die Entstehung sozialer Pressionen befördert, sich unter bestimmten Bedingungen, etwa aus Nützlichkeitsabwägungen, das Leben zu nehmen. Der Einzelne darf – auch jenseits konkreter Einflussnahmen durch Dritte – nicht der Gefahr gesellschaftlicher Erwartungshaltungen ausgesetzt sein.« Menschen, die Suizidhilfeangebote ablehnen, dürften nicht den Eindruck bekommen, sich dafür rechtfertigen zu müssen. Der Gesetzgeber könne »Vorkehrungen treffen, dass Personen nicht in schweren Lebenslagen in die Situation gebracht werden, sich mit solchen Angeboten auch nur näher befassen oder sich hierzu explizit verhalten zu müssen«.



genomDE plus Modellvorhaben

In Deutschland wird eine bundesweite Plattform zwecks Genomsequenzierung und Nutzung genetischer Daten aufgebaut. Das Projekt, genannt genomDE, wird vom Bundesgesundheitsministerium (BMG) für mindestens drei Jahre gefördert. Ab 2023 sollen Krankenkassen »Modellvorhaben« bezahlen, an denen Patient*innen mit Krebs oder seltenen erblichen Erkrankungen teilnehmen können.

Koordiniert wird genomDE von der TMF. Das Kürzel steht für den Verein »Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte medizinische Forschung«. Anfang Dezember, zwei Monate nach dem offiziellen Start von genomDE, fand in Berlin ein Auftakt-Workshop des Forschungskonsortiums statt. Bei dieser Gelegenheit erklärte TMF-Geschäftsführer Sebastian C. Semler, im Rahmen von genomDE würden die »14 wichtigsten bundesweiten Initiativen zur Datennutzung und Sequenzierung in der Medizin« kooperieren, darunter Genetik- und Pathologie-Institute mehrerer Universitätskliniken, das Deutsche Krebsforschungszentrum, das Fraunhofer-Institut für Angewandte Informationstechnik sowie mehrere Verbände, die Interessen von Patient*innen vertreten.

»Primäres Ziel« von genomDE sei es, zur Verbesserung von Diagnose, Behandlung und Prävention von Erkrankungen beizutragen. »Durch eine zeitnahe Verfügbarmachung der dabei entstehenden, insbesondere genetischen Daten«, schreibt die TMF, »soll genomDE auch die nationale und internationale medizinische Forschung stärken.«

Wobei die Daten grenzüberschreitend verfügbar gemacht werden sollen. Denn die Förderziele des BMG sehen ausdrücklich vor, genomDE mit der 1+Million-Genome-Initiative der Europäischen Union (→ BIOSKOP Nr. 91) zu verknüpfen. Ziel dieses EU-Projekts sei es, »länderübergreifend einen sichereren und geregelten Zugang zu mindestens einer Million kompletter Genomsequenzen und weiterer Gesundheitsdaten zu ermöglichen«, hatte das Bundesforschungsministerium (BMBF) Anfang 2020 angekündigt. Im Rahmen der digitalen europäischen Vernetzung sei geplant, dass »die Daten aus regionalen, nationalen und themenspezifischen internationalen Projekten systematisch zusammengeführt werden.«

Angesichts solcher Perspektiven sollten Proband*innen, die ihre genetischen Proben und gesundheitlichen Daten im Rahmen von genomDE

zur Verfügung stellen, genau hinschauen, bevor sie eine Einwilligungserklärung zur »Spende« von Biomaterialien unterschreiben; zu fragen wäre zum Beispiel: Welche Forschungsprojekte und Verwertungszwecke sind im einzelnen geplant, welche Wissenschaftler*innen genau beteiligt?

»Sensible persönliche Daten«

Das BMG erklärt auf seiner Internetseite zur »Nationalen Strategie für Genommedizin« ausdrücklich, Genomdaten seien »sensible persönliche Daten des Menschen, die u. U. sogar Aussagen über nahe Angehörige treffen können«. Das BMG stellt auch klar, dass genetische Daten »nicht ohne das Wissen und die Zustimmung« der Patient*innen erhoben oder genutzt werden dürfen. Darauf zu achten, ist sicherlich auch eine Aufgabe für Patient*innenverbände, die, wie die TMF schreibt, »in das Projekt eingebunden« sind.

Derzeit ist die klinische Anwendung der Genomsequenzierung »auf seltene erbliche Erkrankungen und Krebs beschränkt«. Dabei werde es aber nicht bleiben, die TMF visioniert: »Prinzipiell scheint die Genommedizin jedoch für eine Vielzahl von Erkrankungen denkbar und verspricht einen wesentlichen Beitrag zur Schaffung eines modernen Gesundheitssystems in Deutschland und weltweit.«

Das von Karl Lauterbach (SPD) geführte BMG strebt perspektivisch an, die Genomsequenzierung von Patient*innen in die Regelversorgung einzuführen (→ *Randbemerkung*). Erste Modellvorhaben, die von gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden, sollen ab Januar 2023 starten. Rechtliche Grundlage ist der Paragraph 64e im SGB V. Die Regelung, geschaffen im Juli 2021 von Lauterbachs Amtsvorgänger Jens Spahn (CDU) im Rahmen des umstrittenen Gesetzes »zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung«, ermöglicht Modellvorhaben »zur umfassenden Diagnostik und Therapiefindung mittels Genomsequenzierung« – und zwar bei Patient*innen mit Krebs oder seltenen Erkrankungen, die als genetisch bedingt gelten.

Die Modellvorhaben werden jeweils »mindestens fünf Jahre« laufen. Teilnehmen dürfen Krankenhäuser, die ein Zentrum für seltene oder onkologische Erkrankungen betreiben und Patient*innen sicherlich gezielt auf die Projekte ansprechen werden. Außerdem dabei: Krebszentren, die in Netzwerken organisiert sind, zum Beispiel das Deutsche Netzwerk für Personalisierte Medizin, das Nationale Netzwerk Genomische Medizin Lungenkrebs, das Deutsche Konsortium Familiärer Brust- und Eierstockkrebs, das Deutsche Konsortium für Translationale Krebsforschung und das Nationale Centrum für Tumorerkrankungen.

Klaus-Peter Görlitzer 

»In die Regelversorgung einführen«

Auf der Homepage www.bundesgesundheitsministerium.de steht auch ein Kapitel namens »Nationale Strategie für Genommedizin«. Welche Perspektive das von Karl Lauterbach geführte Ministerium antreibt, skizziert es wie folgt: »Ziel der Strategie genomDE ist es, die Genomsequenzierung von Patientinnen und Patienten in die Regelversorgung einzuführen, um damit genetisch gesicherte Diagnosen zu etablieren und auf die Patientinnen und Patienten zugeschnittene Präventionsmaßnahmen und Therapien zu ermöglichen.«


»Beschwerden rasch vortragen«

Die Nachricht war schockierend: Anfang Februar berichtete der *Bayerische Rundfunk* über massive Missstände in einem Pflegeheim in Augsburg. Aufgedeckt wurde unter anderem, dass einige Heimbewohner*innen zu wenig Essen und Getränke bekommen hatten, teils sollen die Senior*innen auch falsche Medikamente erhalten haben und Wunden nicht korrekt versorgt worden sein. Die Augsburger Stadtverwaltung reagierte und gab am 19. Februar bekannt, sie habe nun die Schließung der besagten Einrichtung angeordnet.

Auch vor dem Hintergrund dieses Vorfalls hat der Freistaat am 7. März die Anlaufstelle »Pflege-SOS Bayern« gestartet, zu erreichen unter der Rufnummer (09621) 966966-0.

Beschwerden, beispielsweise über Pflegequalität, Hygienemängel, fragwürdige Heimorganisation und -kommunikation oder zu wenig Personal, können außer am Telefon auch online eingereicht werden: www.lfp.bayern.de/sospflege/

Was er auf diese Weise bewirken will, erklärte Gesundheitsminister Klaus Holetschek (CSU) in einer Pressemitteilung: »Missstände in Pflegeheimen müssen schnell erkannt und behoben werden. Deshalb ist es wichtig, dass alle – wie Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte – mögliche Beschwerden rasch vortragen können. Wenn gewünscht, ist das auch anonym möglich.«

Bereits im Oktober 2021 hatte Bayern die digitale Plattform www.bkms-system.com/ZKG für anonyme Hinweisgeber eingeführt (→ *BIO-SKOP* Nr. 96). Das »Pilotprojekt« soll helfen, Korruption und Betrug im Gesundheitsbereich zu enthüllen und zu bekämpfen. 

»Nicht gern gesehen«

Whistleblower-Netzwerk heißt ein gemeinnütziger Verein, der sich seit über 15 Jahren dafür engagiert, »den rechtlichen Schutz und das gesellschaftliche Ansehen« von Hinweisgebern in Deutschland zu verbessern. Neben Unterstützung von Whistleblowern und Öffentlichkeitsarbeit bietet der Verein auch Beratungen für Behörden, Unternehmen und Organisationen an. Zur Tatsache, dass 23 der 27 EU-Staaten es versäumt haben, die EU-Richtlinie zum Whistleblowerschutz pünktlich umzusetzen (→ *Artikel*), bemerkte das Netzwerk unter anderem: »Das zeigt wieder einmal: Whistleblower sind in Wirtschaft, Politik und Verwaltung nicht gern gesehen. Vorstände von Unternehmen und Staaten mögen es nicht, wenn man ihnen auf die Finger schauen darf und sie leichter zur Verantwortung gezogen werden können.« Die Pressemitteilung vom 11. Februar und viele interessante Informationen stehen auf der Homepage des in Berlin ansässigen Vereins: www.whistleblower-net.de

»Blauer Brief« aus Brüssel

Gesetz zum Schutz für Hinweisgeber*innen ist überfällig

»Whistleblower« werden Menschen genannt, die Missstände, Korruption und andere Straftaten öffentlich machen. Für die Hinweisgeber*innen kann das riskant sein – ein umfassender Schutz in einem Gesetz fehlt hierzulande noch immer.

Ende Januar erhielt die Bundesregierung einen »Blauen Brief« aus Brüssel. Die EU-Kommission teilte mit, sie habe nun ein Vertragsverletzungsverfahren eingeleitet, weil Deutschland die Whistleblowing-Richtlinie der EU nicht pünktlich bis zum 17. Dezember 2021 umgesetzt hat. Zweck der Richtlinie aus 2019 ist es, den Schutz von Menschen, die Verstöße gegen das Unionsrecht melden, gesetzlich zu verbessern. Nicht nur Deutschland hinkt hier hinterher, auch 22 weitere der insgesamt 27 EU-Staaten haben die Frist einfach verstreichen lassen.

Das Versäumnis liegt weniger an der Ampel-, als an der Vorgänger-Regierung aus CDU, CSU und SPD. Ein Gesetzentwurf, entwickelt Ende 2020 im damals von Christine Lambrecht (SPD) geleiteten Bundesjustizministerium, war gegen die Koalitionspartner aus der CDU und CSU offensichtlich nicht durchsetzbar. Ob und wann die neue Ampel-Regierung mit Justizminister Marco Buschmann (FDP) endlich aktiv wird, ist noch nicht abzusehen.

Menschen mit Zivilcourage »dürfen nicht diskriminiert, sondern müssen geachtet und geschützt werden«, meint Transparency. Die Antikorruptionsorganisation fordert die politische Ampel auf, »jetzt zügig einen guten, umfassenden

Gesetzentwurf« vorzulegen. Wichtig sei, dass der Gesetzgeber eine »Pflicht zur Entgegennahme und angemessenen Nachverfolgung auch von anonymen Meldungen« schafft. Größere Unternehmen müssten interne anonyme Meldestellen einrichten, zudem sollten externe Meldestellen »anonyme Meldewege für alle Bürger*innen ermöglichen«.

Die Forderungen von Transparency gehen teils erheblich weiter als das Schutz- und Transparenzniveau der europäischen Richtlinie. Etwa bei sogenannten Verschlussachen, die es in Behörden, aber auch in Unternehmen gibt. Solche als geheim eingestufte Dokumente dürften nicht pauschal vom Hinweisgeberschutz ausgenommen werden, findet Transparency – Begründung: »denn sonst können staatliche Stellen, indem sie Rechtsverstöße oder andere Missbräuche als Verschlussachen klassifizieren, den Schutz von Hinweisgeber*innen umgehen«.

Unterstützungsfonds einrichten

Der Antikorruptionsorganisation ist allerdings auch bewusst, dass auch der beste rechtliche Schutz nicht alle Hinweisgeber*innen vor erheblichem Druck bewahren wird; in Einzelfällen drohten auch »Stigmatisierung« und »schwerwiegende finanzielle und psychische Folgen«. Vor diesem Hintergrund plädiert Transparency dafür, einen »Unterstützungsfonds« für Hinweisgeber*innen zu etablieren. Aus diesem Geldtopf sollten Beratung, finanzielle Hilfen und der Ausgleich persönlicher Nachteile bezahlt werden.

Klaus-Peter Görlitzer 

Interessenkonflikte diskutieren!

Initiativen werfen Fachgesellschaften »Verharmlosung« vor

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

Die Ärzt*innen-Initiativen Mezis und Leitlinienwatch sowie die Antikorruptionsorganisation Transparency behaupten gemeinsam: »Deutsche medizinische Fachgesellschaften verharmlosen Interessenkonflikte«. Sie appellieren an die Fachgesellschaften, die Ärzt*innenschaft »für das umfangreiche Beeinflussungs-Repertoire der Pharma-Konzerne zu sensibilisieren«, Sachverständige mit Interessenkonflikten aus Leitliniengremien auszuschließen und Fortbildungen für Mediziner*innen perspektivisch ohne finanzielle Unterstützung der Industrie abzuhalten. Die Adressat*innen meinen, sie täten doch schon viel, um Transparenz und Unabhängigkeit zu gewährleisten.

Die pointierte Stellungnahme der Initiativen, veröffentlicht am 2. März, reagiert auf zwei aktuelle Positionspapiere der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) zur Kooperation mit Pharmaunternehmen. Die AWMF mit 180 Mitgliedsorganisationen wendet sich gegen eine »pauschale Kriminalisierung der Zusammenarbeit« mit Pharmafirmen, drittmittelgeförderte Forschungsprojekte setzten eben die Kooperation von Wissenschaften und Industrie »regelmäßig voraus«. Forderungen, Kongresse und Fortbildungen ohne finanzielle Unterstützung der Industrie durchzuführen, lehnt die AWMF ab, da diese andernfalls »nicht in dem notwendigen Maße umsetzbar wären«. Die Unabhängigkeit der wissenschaftlichen Programm-Gestaltung sei gewährleistet, auch weil Referent*innen mögliche finanzielle Zuwendungen bereits bei der Vortragsanmeldung offenlegen müssten. Und die AWMF verteidigt auch die mit hohen Summen gesponserten Industrieausstellungen im Rahmen wissenschaftlicher Kongresse (→ *Randbemerkung Seite 15*).

Mezis, Leitlinienwatch und Transparency halten dagegen, Industriesymposien seien ein beliebtes »Geschäftsmodell«. Für Pharmafirmen attraktiv, weil sie dort ihre Produkte mit Hilfe gut bezahlter Redner*innen vor Ärzt*innen präsentieren können, »die nirgendwo so konzentriert versammelt sind wie beim Jahreskongress«. Den medizinischen Fachgesellschaften werde die Überlassung von Räumlichkeiten »teuer vergütet, mit bis zu 40.000 € für zwei Stunden – bei Selbstkosten für Saal und Technik von maximal 4.000 €«. Die Überschüsse, die auf diese Weise erzielt würden, »übersteigen bisweilen die jährli-

chen Mitgliedsbeiträge der Fachgesellschaften«, schreiben die drei Organisationen und kritisieren, dass die AWMF »kein Problembewusstsein« dafür zeige, »wie weit schon jetzt viele dieser Fachgesellschaften abhängig von Geldern der Industrie sind«.

Zur Argumentation der AWMF, dass Kongresse und Fortbildungen ohne Industriegelder nicht machbar wären, schreiben Mezis, Transparency und Leitlinienwatch: »Wir widersprechen: Die Weitergabe von Wissen ist im Informationszeitalter zu immer geringeren Kosten zu haben, wie es insbesondere die Coronazeit mit ihren Zoom- und Hybridkongressen gezeigt hat.« Zudem sei auch Ärzt*innen finanziell zuzumuten, was in anderen Berufsgruppen üblich ist: »Krankengymnast*innen, Psycholog*innen und Jurist*innen bilden sich seit jeher aus eigener Tasche fort.«

Verbreitete Beraterverträge

Ähnlich wie die AWMF sehen auch ihre Kritiker*innen, dass eine wissenschaftliche Beratung durch spezialisierte Ärzt*innen für die Industrie wichtig sei. Während die AWMF betont, dass die Kooperation den medizinischen Fortschritt fördere und dabei stets das Wohl der Patient*innen im Vordergrund stehe, geben Mezis, Leitlinienwatch und Transparency zu Bedenken: »Die Industrie nutzt Beraterverträge jedoch oft, um meinungsbildende Ärzt*innen (>key opinion leaders<) zu binden und auf die eigenen Interessen zu verpflichten. Bisweilen sind fast alle prominenten Vertreter*innen medizinischer Fachgesellschaften durch Beraterverträge mit Arzneimittelfirmen liiert.« Die Industrie erwarte als Gegenleistung, dass bezahlte ärztliche Meinungsführer*innen als Multiplikator*innen im Sinne ihrer Produkte wirken – etwa über Vorträge, Artikel und Mitarbeit in Leitliniengremien.

Mit Blick auf die Erstellung medizinischer Leitlinien habe sie, betont die AWMF, »bereits 2017 umfangreiche, verbindliche Regelungen etabliert«. Fachleute mit Interessenkonflikten müssen diese angeben, und bei Abstimmungen wird ihnen nahegelegt, sich zu enthalten. Die Transparenz einfordern Organisationen begrüßen dies als »ein positives Beispiel für einen aktiven Umgang mit Interessenkonflikten«, verlangen aber noch mehr: »Die Nicht-Beteiligung befangener Autor*innen an einer Leitlinie wäre jedoch der konsequentere Weg.« Dabei müsse man sich vergegenwärtigen, dass

»Mehr Transparenz« per Gesetz?

Interessenkonflikte sind im Gesundheitswesen nicht selten. Der Begriff steht auch im Koalitionsvertrag der regierenden Ampel – SPD, Grüne und FDP kündigen darin kurz und knapp an: »Um Interessenkonflikte zu vermeiden, schaffen wir mehr Transparenz über finanzielle Zuwendungen an Leistungs- und Hilfsmittelerbringer.« Was die Koalitionär*innen genau tun wollen, lässt ihr Vertrag allerdings offen. Gesetzentwürfe für verbindliche Transparenz beim Pharmasponsoring liegen im Bundestag bisher nicht vor, auch aus den Reihen der Opposition hat sich dazu in der neuen Legislaturperiode noch nichts getan.

► bei vielen AWMF-Leitlinien die »Mehrzahl der Leitlinienautor*innen finanzielle Unterstützung von der Arzneimittelindustrie erhalten« habe – »oft von den Herstellern der zu bewertenden Produkte«.

Die Stellungnahme thematisiert auch die Zusammenarbeit von Ärzt*innen und Pharmafirmen bei klinischen Studien, die als Auftragsforschung bezahlt wird. Auch solche Kooperationen seien »nicht unproblematisch«, meinen Mezis, Leitlinienwatch und Transparency – Begründung: »Nach wie vor entwerfen die Fir-

sind ihr aber durchaus bewusst, sie stellt fest: »Die vielfach monierte Tatsache der industriedominierten Studienprotokolle und Datenverwertungen wird auch von der AWMF kritisiert.« Korrigieren ließe sich dies aber nur langfristig – und zwar »durch einen niederschwelligeren Zugang zu öffentlicher Finanzierung von klinischer Forschung«. Derzeit, so die AWMF, helfe nur »ein transparenter Umgang mit den Interessenkonflikten«, zumal diese sich »angesichts der aktuellen Förderlandschaft mittelfristig kaum vermeiden lassen« würden.

558 Millionen Euro

Im Jahr 2020 zahlten umsatzstarke Pharmafirmen rund 558 Millionen Euro an kooperierende Ärzt*innen, Apotheker*innen, weitere Fachberufler*innen und medizinische Institutionen. So bilanziert es »Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e.V.« (FSA), ein Verein von 55 großen Unternehmen, die rund 75 Prozent des deutschen Pharmamarktes repräsentieren, darunter Hersteller wie AbbVie, AstraZeneca, Bayer, GlaxoSmithKline, Grünenthal, Merck, Novartis, Pfizer, Roche, Sanofi-Aventis, Takeda.

Laut FSA flossen 408,2 Millionen Euro für klinische Studien und Anwendungsbeobachtungen zugelassener Medikamente; 55,8 Millionen Euro gingen an Personen für Fortbildungen und Vorträge, und 93,7 Millionen Euro gaben die Pharmafirmen aus, um Veranstaltungen und Kongresse sowie die Arbeit medizinischer Institutionen finanziell zu unterstützen.

Im Prinzip veröffentlichen die Unternehmen seit 2015 auch die Namen der von ihnen bezahlten Ärzt*innen – unter www.fsa-pharma.de gibt es eine »Transparenzliste« mit FSA-Mitgliedsfirmen; klickt man auf die Namen der Unternehmen, erreicht man direkt deren Seiten mit Offenlegungen finanzieller Zuwendungen.

Anspruch auf Vollständigkeit erhebt der FSA aber nicht. Denn genannt werden nur Namen

derjenigen Geldnehmer*innen, die einer Veröffentlichung freiwillig zugestimmt haben. Das passiert eher selten: 2020 erklärten sich laut FSA »rund 20 Prozent« mit der »individualisierten Nennung von Leistungsbezügen« einverstanden, 2019 waren es 19 Prozent.

Transparenzmuster ohne Wert

Die mangelnde persönliche Transparenz ihrer ärztlichen Kooperationspartner*innen findet die Pharmaselbstkontrolle offenbar auch nicht gut. Jedenfalls versicherte der Verein im Juli 2021 einmal mehr: »Der FSA und seine Mitgliedsunternehmen werden sich weiterhin dafür einsetzen, Ärztinnen und Ärzte zu überzeugen, einer individualisierten Veröffentlichung zuzustimmen.« Das klingt redlich bemüht, blendet jedoch denkbare Alternativen einfach aus: Jedem Arzneimittelhersteller steht es ja frei, Mediziner*innen und Professor*innen nur dann für Studien, Vorträge, Gutachten etc. zu bezahlen, wenn diese sich bereit erklären, dass ihr Name sowie Honorar und Angaben zu Inhalten ihrer Dienstleistung später publiziert werden.

So lange dies nicht regelmäßig geschieht, ist die Selbstverpflichtung der FSA-Firmen ein Muster, das in der Praxis ganz überwiegend ohne Transparenzwert ist. *Klaus-Peter Görlitzer* ☺

men selbst die Studienpläne für ihre Produkte, verantworten die statistische Auswertung und den Publikationsprozess und können dadurch die Ergebnisse und deren Kommunikation beeinflussen. Die beteiligten Ärzt*innen haben dagegen auf das Studiendesign in aller Regel keinen Einfluss.« Hilfreich wäre es, zumindest das »Trennungsprinzip« zu respektieren, was in der Praxis bedeute: »Wer an Therapiestudien mitgewirkt hat, sollte nicht später an der Medikamentenbewertung beteiligt sein.« Die Kritiker*innen fordern zudem, dass sich »alle, auch die AWMF«, für öffentlich geförderte Arzneimittelforschung stark machen sollten.

Die AWMF befürwortet die Forschungsk Kooperationen, die angesprochenen Probleme

Mit ihrer Stellungnahme wollen Mezis, Leitlinienwatch und Transparency eine »öffentliche Debatte« anregen, die endlich auch Politiker*innen aufnehmen sollten. »Die medizinischen Fachgesellschaften, ähnlich wie andere Großorganisationen, werden sich nicht mit eigener Kraft aus ihren Verstrickungen lösen können«, orakeln die AWMF-Kritiker*innen. Erforderlich sei auch die Einführung gesetzlicher Regelungen. Ein Vorbild für Transparenz könne der »Physician Payments Sunshine Act« in den USA sein (→ BIOSKOP Nr. 59). Der verlangt im Kern, dass alle Geldflüsse von Pharmaunternehmen an alle Akteur*innen im Gesundheitswesen offengelegt werden müssen. ☺

»Bedeutung von Industrieausstellungen und Sponsoring«

Im Februar 2022 veröffentlichte die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) ein 4-seitiges »Positionspapier«. Es geht, so die lange Überschrift, um »Qualitätssicherung wissenschaftlich basierter Fortbildungen und Transparenz möglicher Interessenkonflikte sowie um Sicherung einer von Sponsoren unabhängigen Durchführung von Kongressen«. Auf Seite 2 beschreibt die AWMF die »Bedeutung von Industrieausstellungen und Sponsoring« im Rahmen wissenschaftlicher Fachkongresse. Wir zitieren den ersten Absatz: »Umfassende Ausstellungen im Rahmen von wissenschaftlichen Kongressen bieten den Teilnehmenden die Möglichkeit, sich direkt über aktuelle Entwicklungen von Medizinprodukten oder Arzneimitteln der forschenden Industrie zu informieren. Sie liefern dadurch wertvolle Ergänzungen zum wissenschaftlichen Vortragsangebot, indem sie Diskussionsmöglichkeiten zwischen Medizinern und Herstellern bieten, die der Exploration von Kooperationen, der Entwicklung von innovativen Produkten oder der Anbahnung von wissenschaftlichen Studien dienen können. Darüber hinaus sind in diesen Ausstellungen meist auch andere Akteure vertreten (z.B. Verbände, Patientenorganisationen, Forschungsverbände, Verlage), mit denen ein fruchtbarer wissenschaftlicher Austausch wertvoll ist.« Das gesamte Positionspapier ist online nachzulesen: www.awmf.org/

Vorschau

Themen im Juni 2022

- **Schwerpunkt**
Digitalisierte Medizin

- **Corona-Pandemie**
Neue Perspektiven?
- **Reproduktionsmedizin**
Weitere Liberalisierungen?

Veranstaltungstipps

Do. 28. April, 17 – 19 Uhr

München (Gesundheitsladen, Astallerstr. 14)

- **Gesetzlich versichert – Privat bezahlen**
Vortrag

Ärzt*innen bieten auch sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) an, die von Krankenkassen nicht erstattet und somit von Patient*innen selbst bezahlt werden müssen. Dazu gehören kosmetische Eingriffe, bestimmte Früherkennungsuntersuchungen sowie Behandlungen, deren Wirksamkeit als nicht eindeutig wissenschaftlich belegt gilt. Patientenberater Peter Friemelt erläutert, welche Selbstzahler-Leistungen nützlich sein können und was bei einer IGeL-Vereinbarung zu beachten ist – und welche Angebote eher als Geldmacherei zu bewerten sind. *Anmeldung im Gesundheitsladen, Tel. (089) 772565*

Fr. 6. Mai, 16 Uhr – Sa. 7. Mai, 13 Uhr

Hamburg (Elsa Brändström Haus, Kösterbergstraße 62)

- **Demenz – eine Reise ins Anderland**
Tagung

Die Hospizvereinigung Omega lädt dazu ein, einen liebevollen Blick auf Menschen mit Demenz und deren Eigensinn zu werfen und dabei auch Fragen der Sterbebegleitung zu erörtern. Referent ist der Pädagoge und Psychologe Erich Schützendorf, der seit Jahrzehnten mit der Thematik eng vertraut ist. 2019 veröffentlichte Schützendorf, gemeinsam mit Jürgen Datum, einen »Reiseführer in die Welt von Menschen mit Demenz«, ihr lesenswertes Buch heißt: »Anderland entdecken, erleben, begreifen«. *Bitte anmelden bei Omega, Tel. (0209) 91328-22*

Fr. 17. Juni, 19.30 – So. 19. Juni, 12.30 Uhr

Landsberg am Lech (Stadttheater, Schlossergasse 381)

- **40 Jahre IPPNW**
Kongress

Die Abkürzung IPPNW steht für den 1980 gegründeten Verein Internationale Ärzt*innen für die Verhütung des Atomkrieges/Ärzt*innen in sozialer Verantwortung. Ihr Kongress zum 40-jährigen Bestehen musste wegen der Corona-Pandemie mehrfach verschoben werden, im Juni 2022 soll er endlich stattfinden. Thema der Vorträge und Diskussionen sind die geforderte Abschaffung aller Atomwaffen, weitere Maßnahmen zur Abrüstung sowie das Recht auf Gesundheit. Geplant ist am 17. Juni auch eine Lesung von Swetlana Alexijewitsch, Literaturnobelpreisträgerin aus der Ukraine.

Bitte anmelden bei der IPPNW, Tel. (030) 6980740

Fr. 24. Juni – So. 26. Juni

Bonn (Tagungshaus, Graurheindorfer Str. 149)

- **Markt. Macht. Daten. – Kann Medizin noch Mensch?**
Tagung

»Digitalisierung und Ökonomisierung«, warnt die unabhängige Ärzt*innen-Organisation Mezis, »bringen Grundwerte ärztlichen Handelns in Gefahr.« Wichtige Akteure im digitalen Gesundheitsmarkt sind nicht nur Unternehmen aus der IT- und Pharmabranche, sondern auch Politik und Medien. Wie sie agieren und welche Möglichkeiten es gibt, um ärztliche Unabhängigkeit zu sichern und das Vertrauensverhältnis mit Patient*innen zu schützen, will Mezis im Rahmen ihrer öffentlichen Jahrestagung erörtern. Interessierte sind herzlich eingeladen.

Bitte anmelden bei Mezis, Tel. (0163) 1469696

Schon gelesen?

Gesine Agena/Patricia Hecht/Dinah Riese: *Selbstbestimmt. Für reproduktive Rechte.* Berlin 2022 (Wagenbach Verlag), 208 Seiten, 22 €

Christian Blasge: *Der Mensch als Rohstoff. Zwischen Künstlicher Intelligenz und persönlicher Optimierung.* Wien 2021 (Promedia Verlag), 264 Seiten, 22 €

Marco Bonacker/Gunter Geiger (Hrsg.): *Pflege in Zeiten der Pandemie. Wie sich Pflege durch Corona verändert hat.* Leverkusen-Opladen 2022 (Verlag Barbara Budrich), 214 Seiten, 26 €

Gerd Gigerenzer: *Klick. Wie wir in einer digitalen Welt die Kontrolle behalten und die richtigen Entscheidungen treffen.* München 2021 (C. Bertelsmann Verlag), 416 Seiten, 24 €

Katharina Heimerl/Barbara Egger/Patrick Schuchter, Klaus Wegleitner (Hrsg.): *Sterbewelten. Die Perspektive der Betroffenen auf ›Gutes Sterben‹.* Esslingen 2021 (der hospiz verlag), 288 Seiten, 29,99 €

Thomas Klie: *Recht auf Demenz. Ein Plädoyer.* Stuttgart 2021 (S. Hirzel Verlag), 176 Seiten, 18 €

Jörg Osterloh/Jan Erik Schulte (Hrsg.): *»Euthanasie« und Holocaust. Kontinuitäten, Kausalitäten, Parallelitäten.* Paderborn 2021 (Verlag Brill | Schöningh), 436 Seiten, 69 €

Tobias Teismann/Thomas Forkmann/Heide Glaesmer (Hrsg.): *Suizidales Erleben und Verhalten. Ein Handbuch.* Köln 2021 (Psychiatrie Verlag), 320 Seiten, 40 €

Gabriele Winkler: *Solidarische Care-Ökonomie. Revolutionäre Realpolitik für Care und Klima.* Bielefeld 2021 (transcript Verlag), 216 S., 15 €

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 Bezugszeitraumes werden Sie mich daran erinnern, dass ich erneut mindestens 25 bzw. 50 € im Voraus überweisen muss, wenn ich **BIOSKOP** weiter beziehen will.

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

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

Telefon

E-Mail

Datum Unterschrift