

# B I O S K O P

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

21. Jg. | Nr. 82 | Juni 2018

## Schwerpunkt Telemedizin

- 8 Therapie aus der Ferne
- 10 Ärzte-Appelle an die Politik
- 11 Neuer Markt – neue Versprechen

## Euthanasie

- 3 Richtlinien zur Ausweitung assistierter Selbsttötungen in der Schweiz
- 4 Ein Freispruch, wenig Klarheit

## Pflege

- 5 Zehntausende unterstützen Volksinitiativen für mehr Pflegepersonal
- 5 Überlastet und schlecht bezahlt

## Versichertendaten

- 6 Nachfrage bei der Krankenkasse

## Medikamente & Marketing

- 7 Werbung für Kinderarzneien verbieten!
- 7 Gesundheitsministerium weiß von nichts

## Arzneimittel & Sicherheit

- 12 Ausbremsen von Warnungen stoppen
- 12 Nebenwirkungen melden!

## Sterbebegleitung

- 14 »Anerkennung« reicht allein nicht

## Außerdem

- 13 Patienten schützen, nicht Patente«
- 13 »Pharmadialog abschaffen«
- 16 Veranstaltungstipps
- 16 Wunschzettel
- 2 Jetzt BioSkop unterstützen!
- 16 BIOSKOP im September

---

## Impressum

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

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

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

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

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

### Beiträge in dieser Ausgabe:

Inge Kunz, Martina Keller, Elmar Schulze Messing.  
Sämtliche Artikel in BIOSKOP sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion.

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

**Druck:** Zeit-Druck-Thäns, 35083 Wetter  
ISSN 1436-2368

## Digitales Panopticon

Erika Feyerabend

Als Jeremy Bentham Ende des 18. Jahrhunderts seine Ideenwelten und Projekte entwarf, konnte er nicht ahnen, was im 21. Jahrhundert daraus entstehen könnte. Der englische Philosoph und Sozialreformer gilt als »Erfinder« des Utilitarismus – einer auf dem Prinzip des Nutzen und der Glücksvermehrung bestimmter Interessengruppen orientierten Denkschule. Angesichts des extrem verschwenderischen Adels war Bentham überzeugt, dass Wirtschaftsliberalismus und Kapitalismus der Schlüssel zum Glück »des« Menschen seien. Nachhaltig berühmt wurde er mit seinem »Panopticon« oder »Kontrollhaus«, das zunächst noch ein sehr materielles Format hatte: ein neuer Typus von Gefängnis, ohne körperliche Gewalt und Massenunterkünfte, sondern mit permanenter Überwachung der Gefangenen in Einzelzellen. Das architektonische Prinzip: Von einem Turm in der Mitte eines ringförmig angelegten Gefängnisbaus können die Wärter – ohne selbst sichtbar zu sein – die Insassen sporadisch beobachten. Die einsamen Gefangenen aber unterliegen einer radikalen Sichtbarkeit. Sie werden gesehen, ohne selbst zu sehen. Sie werden zum Objekt – auch wissenschaftlich verwertbarer – Information. Sie selbst sind nie Subjekt der Kommunikation. Weil sie nie wissen, wann sie beobachtet und kontrolliert werden, sollen sie quasi automatisch und zwanglos das erwünschte, erwartete Verhalten einüben.

Bentham wunderte sich selbst, wie einfach diese Form der Machtausübung funktioniert, weitete sein Prinzip auf Irrenhäuser, Hospitäler, Schulen und Fabriken aus. Er war überzeugt, dass sein Panopticon »ein großes und neues Regierungsinstrument« ist, eine Art Ei des Kolumbus in Politik und Wissenschaft. Diese »politische Technologie« sei im Stande, »die Moral zu reformieren, die Gesundheit zu bewahren, die Ökonomie wie auf einen Felsen zu bauen« und die Armen in Schach zu halten. Dank »einer einfachen architektonischen Idee«, so seine Vision, kann die Gesellschaft zu einem Glaspalast werden.

Aus dem »Kontrollhaus« des 18. und 19. Jahrhunderts ist ein weltumspannendes, digitales Netzwerk geworden. Aus dem Versuch, das Verhalten von Menschen in diversen Anstalten lückenlos zu beobachten, zu kontrollieren und zu steuern, ist ein mehr oder weniger ortloses Projekt geworden, das auch den Körper selbst betrifft und die damit verbundene Eigenproduktivität in nie gekannte Höhen treibt. Die Beziehungen zwischen (Bentham's) Wächter und Überwachtetem, zwischen IT-Technologie und molekularer Biologie/Biotechnologie, zwischen Wirtschaft und Wissenschaft verflüssigen sich zunehmend. Aktuell beherrscht der Algorithmus, ausgelesen aus Geräten, Genomen, Sensoren und Tests, den medizinischen Sektor und seine zahlreichen Geschäftsfelder. Gerade hier investieren die Risikokapitalfirmen Milliarden. Gesundheitsdaten sind ein unschätzbare Wert geworden: für Präventionsprojekte mit hohem Potential für Verhaltenssteuerung spätmoderner LeistungsträgerInnen, die auch selbst wollen, was sie tun und wissen sollen.

*Bitte auf der nächsten Seite weiterlesen >*

**BioSkop unterstützen!**

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

**BioSkop-Spendenkonto**

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

**Fortsetzung von Seite 1 >****Lesetipp**

*Überwachen und Strafen* heißt ein Buch von Michel Foucault, in dem der große französische Philosoph die Frühentwicklung der Institution »Gefängnis« um die Wende des 18. zum 19. Jahrhundert beschreibt und analysiert. Foucaults Geschichte des Gefängnisses, die 1976 erstmals in deutscher Sprache im Suhrkamp Verlag erschien, ist »aber auch eine Geschichte unserer Gesellschaft«, heißt es im Buchklappentext: »die Geschichte unserer Befriedung und Zähmung in den Zuchthäusern, die uns als notwendige, nützliche, produktive, lebenserhaltende, existenzsichernde Anstalten vertraut sind: Schulen, Kasernen, Betriebe, Krankenhäuser«. Unbedingt lesenswert!

*Liebe Leserinnen, liebe Leser,*

»Vernetzung« ist allerorten angesagt, auch in Gesundheitswesen und Wissenschaft. Sprechen PolitikerInnen und ManagerInnen davon, meinen sie: digitale Infrastrukturen ausbauen, massenhaft Daten aus unterschiedlichen Quellen verknüpfen und auswerten, auch für Kontrollzwecke. Einige der propagierten Verheißungen nehmen wir in diesem Heft unter die Lupe. Wir machen das kontinuierlich, zumal »Digitalisierung« auf der Agenda der CDU-CSU-SPD-Bundesregierung ziemlich weit oben steht.

Vernetzung ist auch für BioSkop wichtig – wobei es uns nicht darum geht, Technologien zu

promoten. Wir setzen auf persönliche Kontakte und Zusammenarbeit mit Menschen, die sich gegen konkrete Missstände engagieren, etwa chronischer Personalmangel in Pflegeheimen und Krankenhäusern oder Einflussnahmen aus der Gesundheitsindustrie. Wir sind interessiert an Insiderberichten aus Heimen, Kliniken, Arztpraxen, Behörden, Verbänden, Politik.

Eine Grundlage guter Vernetzung ist gegenseitige Unterstützung. Bitte empfehlen Sie unsere Arbeit: Der gemeinnützige BioSkop-Verein freut sich über jedes Abo und jede Spende – und ist auch drauf angewiesen. Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Erika Feyerabend, Klaus-Peter Görlitzer

**Digitales Panopticon**

Die Datenflut soll »universelle Diagnosetests« produzierbar machen, für medizinische Interventionen ohne Krankheitsempfinden. Vollständig kartografierte Körper – finanziert von Startups der Google-Facebook-Amazon-Giganten – sollen mal wieder »alle« Krankheiten »heilen, verhindern, managen« können, in ferner Zukunft.

Mit Telekonsilen zwischen Kliniken und ÄrztInnen, Telemonitoring zur Überwachung von PatientInnen und Tele-Therapie im eigenen Zuhause wird schon in naher Zukunft die Beziehung zwischen Arzt und Patient auf Distanz gehalten, um politisch zugelassene, schlechte Versorgungsbedingungen in den Griff zu kriegen und um die Call-Center- sowie Informatik-Branche glücklich zu machen (→ Seite 8).

Die Probleme des Gesundheitswesens werden damit nicht aus der Welt geschafft. Als da wären: unzureichende und verlässliche Patienteninformation (→ Seite 7+12), fragwürdige Werbekampagnen für Arzneimittel (→ Seite 7) und mangelnde Transparenz bei Forschung und Industrie. Kritische Nachfragen zur Digitalisierung der Versorgung, inklusive elektronischer Sammelei von Gesundheitsdaten, bleiben eher unbeantwortet (→ Seite 6). Das Problem falscher Anreize und Interessenkonflikte im Gesundheitswesen wird eher noch verschärft, beispielsweise über kommerziell interessante »Premium-Service-Apps«, um die digitalen Bindungen zwischen ÄrztInnen und Pharmaunternehmen zu intensivieren. Und auch die neuen Pflegeroboter werden den Pflegenotstand nicht bewältigen – zumindest nicht auf humane Weise. Dazu braucht es viel mehr besser bezahltes Personal (→ Seite 5).

Jeremy Bentham hatte noch eine Idee, die er an sich selbst umsetzte und manche seiner ZeitgenossInnen an seinem Verstand zweifeln ließen: die »Auto-Ikone«. Sie sollte der Grabräu-

berei ein Ende setzen und den Toten zu »gesteigertem Nutzen« verhelfen. Benthams Testament folgend, wurde sein Kopf nach dem Tod vom Körper getrennt, nach kulturellen Praktiken der Maori von der britischen Kolonie Neuseeland konserviert, das Skelett ausgepolstert, in einen Anzug gesteckt und auf einen Stuhl gesetzt – »in dem ich zu sitzen pflegte, während ich beim Schreiben in Gedanken vertieft war«. Der Kopf wurde in einer Holzvitrine untergebracht. So sitzt die »Auto-Ikone« mit Gehstock noch immer, und zwar im University College London.

Doch das Haltbarkeitsvorhaben scheiterte. Die Konservierung hatte den Kopf verunstaltet, weshalb er durch ein Imitat aus Wachs ersetzt werden musste. Die Vision des Denkers: Alle sollten zur Auto-Ikone werden, um nach dem Tod allerlei wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Zwecken dienen zu können. Die Schauobjekte berühmter Männer sollten zur Erbauung der Lebenden so ausgestellt werden, dass sie miteinander sprechen könnten.

Auch die Todeskontrolle ist ein Projekt der Gegenwart geblieben – in Form von freiwillig verfassten Patienten-

### Die Probleme des Gesundheitswesens werden mit der Digitalisierung nicht aus der Welt geschafft.

verfügungen, in Gestalt eines institutionell erwarteten Formularwesens zur gesundheitlichen Versorgung (→ Seite 15) oder als ärztlich und bürgerschaftlich organisierte Suizid-Dienstleistung (→ Seite 3). Auch die Visionen der Bio-Informatik-Branche treibt das drohende »Systemversagen« des menschlichen Körpers an. Sie haben im Segment »Antialterungsforschung« beste Chancen bei den Risikokapitalgebern. Ihr Ziel: Über den Zusammenschluss von Mensch und Maschine den Körper hochzurüsten, um bessere Leistungen und längere Haltbarkeitszeiten von 120 und mehr Jahren zu erreichen.

Der französische Philosoph Michel Foucault hat entschieden bemerkt, dass »das Panopticon (...) nicht als Traumgebäude zu verstehen« ist. Foucault hat wohl Recht.

# Die nächste Ausweitung

In der Schweiz sollen ÄrztInnen künftig auch PatientInnen, die nicht todkrank sind, bei der Selbsttötung unterstützen

**Die Schweiz steht vor einer deutlichen Ausweitung sogenannter Suizidbeihilfe: ÄrztInnen sollen künftig auch Menschen, die nicht todkrank sind, bei der Selbsttötung unterstützen. Aus der organisierten Ärzteschaft ist einige Kritik laut geworden – aber kein grundsätzlicher Widerstand.**

Was in den meisten Staaten der Welt tabu ist, ist in der Schweiz legal: MedizinerInnen dürfen ein Rezept für ein tödlich wirkendes Medikament ausstellen, wenn ein urteilsfähiger Mensch sie darum bittet. Entscheidende Voraussetzung bisher: »Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist.« So steht es in den einschlägigen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) vom November 2004.

Nun gibt es neue Richtlinien zum »Umgang mit Sterben und Tod«. Das Papier, am 6. Juni von der SAMW öffentlich vorgestellt, lockert die Vorgaben von 2004 erheblich: Künftig sollen ÄrztInnen auch solchen PatientInnen bei der Selbsttötung helfen, die gar nicht todkrank sind. Entscheidend soll jetzt sein, dass der Sterbewillige aufgrund seiner Krankheitssymptome »unerträgliches Leiden« empfindet und medizinische Optionen, therapeutische wie palliative, als »unzumutbar« ablehnt. Der angefragte Arzt muss sich davon überzeugen, dass der Suizidhilfe-Wunsch des Betroffenen »wohlerwogen«, »dauerhaft« und »ohne äußeren Druck entstanden« sei.

Auch nach den neuen Richtlinien kann kein Arzt gezwungen werden, Assistent bei der Selbsttötung zu sein. Seine persönliche Haltung darf er Sterbewilligen aber »keinesfalls aufdrängen«, fordert das SAMW-Papier, »sondern muss sie frühzeitig darüber informieren, welche Optionen für sie in Frage kommen«.

»Die neuen Richtlinien«, schreibt die SAMW, »wirken darauf hin, dass die Selbstbestimmung aller Beteiligten – der PatientInnen, der Angehörigen und der medizinischen Fachpersonen – geachtet und geschützt wird.« Während Sterbehilfeorganisationen mit der Reform offensichtlich gut leben können (→ *Randbemerkung*), gibt es Widerspruch von MedizinerInnen. Jürg Schlup, Präsident des Berufsverbands FMH, der rund 40.000 Mitglieder zählt und Dachverband von über 70 Ärzteorganisationen in der Schweiz ist, äußerte seine Bedenken in einem ausführlichen Interview, veröffentlicht am 9. Juni in der *Basler Zeitung* (BZ). Die Neuregelung bringe »für uns Ärzte unlösbare Probleme« und

eine »juristische Grauzone«, sagte Schlup und begründete dies so: »Unerträgliches Leiden« ist ein subjektiver, unbestimmter Begriff. Ein behandelnder Arzt müsste ein persönlich verantwortetes Urteil fällen, ob das Leiden des Patienten unerträglich ist.« Das stelle MedizinerInnen »vor große Schwierigkeiten«, besonders auch bei psychisch kranken Menschen.

Dass »unerträgliches Leiden« nicht definiert sei und es so ÄrztInnen schwer gemacht werde, eine »klare Grenze zu ziehen«, kritisiert auch die Aertzegesellschaft des Kantons Zürich (AGZ). Ihr Präsident Josef Widler sagte am 7. Juni in der *BZ*: »Wer sich umbringen will, kann künftig Druck auf den Arzt machen, um ein Rezept für ein tödliches Mittel zu erhalten.«

## Keine kategorische Ablehnung

Beide Ärztepräsidenten lehnen Suizidhilfe aber nicht kategorisch ab. Schlup erläuterte der *BZ*, wie sich die FMH während der Richtlinienberatungen positioniert hat: »Unser Vorschlag einer schwerwiegenden, tödlichen Krankheit als Voraussetzung für Suizidbeihilfe wäre ebenfalls ein Schritt in Richtung Liberalisierung gewesen.« Diese Variante bedeute, dass Suizidhilfe bei einer schweren Krebserkrankung »schon nach der Diagnose möglich« wäre – also nicht erst kurz vor dem erwarteten Eintritt des Todes, wie das die SAMW-Richtlinien von 2004 bisher verlangten.

AGZ-Chef Widler betont, es sei »keine Aufgabe des Arztes«, Beihilfe zum Suizid zu leisten; vielmehr sei die Politik gefordert, die Rahmenbedingungen gesetzlich klar zu regeln. Die AGZ stellt sich das, laut Medienmitteilung vom 6. Juni, im Ergebnis so vor, dass Sterbewilligen letztlich ein tödlich wirkendes Medikament »ohne ärztliches Rezept« zur Verfügung gestellt werden könnte – und zwar »in einer speziell kontrollierten Abgabestelle«. Der »Gewissensentscheid« und die Verantwortung für die Rezeptur der tödlichen Dosis des gewünschten Medikaments dürfe nicht den behandelnden ÄrztInnen auferlegt werden, betont die AGZ, die hier wohl eher haftungsrechtliche Fragen im Blick hat als gesellschaftliche Folgen.

Die neuen SAMW-Richtlinien sind beschlossen und veröffentlicht. Verbindlich für ÄrztInnen in der Schweiz werden sie, sobald der Berufsverband FMH sie förmlich anerkennt. Ob dies geschehen werde, sei »offen«, sagte FMH-Präsident Schrup der *BZ*, die interne Meinungsbildung werde wohl mehrere Monate dauern.

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

## »Auf Empfehlung von Exit«

Professionelle Suizidhelfer können mit den neuen SAMW-Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod offenbar gut leben. Als »positiv« wertet sie die Sterbehilfeorganisation Exit, laut Selbstdarstellung mit über 105.000 Mitgliedern die größte und älteste in der Schweiz. Am 7. Juni stellte Exit in einer Pressemitteilung fest: »Auch erfreulich ist, dass die SAMW die Wahl in den Richtlinien auf Empfehlung von Exit zum Teil angepasst hat. So wird die Suizidhilfe zwar immer noch als umstrittene, nun aber als rechtlich zulässige ärztliche Tätigkeit bezeichnet. Zudem wird der assistierte Suizid nicht mehr als Handlung in der ‚ethischen Grauzone‘ bezeichnet, womit auch der Eindruck des Dubiosen verschwunden ist.«

Anfang Juni, bei seiner jüngsten Generalversammlung in Zürich, beschloss der Verein, eine 2017 gegründete Exit-Kommission namens »Altersfreitod« für ein weiteres Jahr einzusetzen. Ihr Arbeitsauftrag ist es, »für betagte Menschen Maßnahmen für einen erleichterten Zugang zum Sterbemittel Natriumpentobarbital (NAP) vorzuschlagen«. Zum »Altersfreitod« plant Exit eine Tagung im November 2019, die wohl auch jenseits der Schweiz für Aufmerksamkeit sorgen soll.





## Jenseits der Grenze

Die Schweizer Organisation Dignitas bietet ihre Suizidhilfe-Dienste auch Menschen aus dem Ausland an. Und ihr Sendungsbewusstsein macht an Landesgrenzen nicht halt. 2005 gründete Dignitas einen deutschen Ableger mit Sitz in Hannover. Auf deren Website, für die Dignitas-Gründer Ludwig Amadeus Minelli im Impressum verantwortlich zeichnet, liest man, dass der Deutsche Bundestag am 6. November 2015 mehrheitlich ein »Verbotsgesetz zur Sterbehilfe« beschlossen habe. Wegen des neuen Gesetzes könne und werde Dignitas Deutschland keine Sterbewilligen mehr an den Schweizer Verein Dignitas vermitteln – man wolle aber Verfassungsbeschwerden gegen das »grundgesetzwidrige Verbotsgesetz« erheben. Tatsächlich gehört Dignitas zu den Klägern, die beim Bundesverfassungsgericht (BVerfG) den § 217 des deutschen Strafgesetzbuches kippen wollen (→ BIOSKOP Nr. 77). Der Paragraph, der nach langer gesellschaftlicher und politischer Debatte Ende 2015 in Kraft trat, stellt geschäftsmäßige Förderung von Selbsttötungen unter Strafe. Ob das BVerfG noch in 2018 über die Beschwerden gegen das Verbot verhandeln und entscheiden wird, ist derzeit nicht klar. Minelli und sein Verein nehmen für sich noch mehr in Anspruch. Dignitas habe sich seit der Gründung auch »dafür eingesetzt, dass die von den Bürgern errichteten Patientenverfügungen einklagbar und durchsetzbar sind«, besagt die Homepage des deutschen Ablegers. Dass Patientenverfügungen seit September 2009 hierzulande gesetzlich geregelt sind, »ist ein besonders großer Erfolg«, meint die Sterbehilfeorganisation.

## Ein Freispruch, wenig Klarheit

**Suizidhilfe gilt in der Schweiz als zulässige Dienstleistung, wenn diese uneigennützig passiert. Klar ist: Die Umsätze wachsen. Umstritten ist unter Juristen aber, wie viel Geld dafür kassiert werden darf. Über das Geschäftsgebaren einer Organisation wurde jetzt vor Gericht verhandelt.**

Der Vorwurf der Staatsanwaltschaft lautete: mehrfache Verleitung zum Suizid, mehrfacher Wucher – gemäß Schweizer Strafgesetzbuch drohte eine Freiheitsstrafe von bis zu fünf Jahren. Auf der Anklagebank im Bezirksgericht Uster saß Ludwig Amadeus Minelli, Gründer und Chef der Sterbehilfeorganisation Dignitas. Am 1. Juni wurde der 85-Jährige freigesprochen. In seiner Begründung erklärte Richter Gregor Mercier, die Anklage habe nicht nachweisen können, dass Minelli in den verhandelten Fällen aus »überwiegend selbstsüchtigen Motiven« agiert habe. Das Urteil sei aber nicht als »Freipass« für Sterbehilfeorganisationen zu verstehen.

Staatsanwalt Andrej Gnehm hatte seine Vorwürfe mit zwei Suizidbeihilfen exemplarisch begründet, betroffen waren jeweils Patientinnen aus Deutschland. Im ersten Fall aus dem Jahr 2003 habe Minelli einer 80-Jährigen das Rezept für ein tödlich wirkendes Präparat beschafft, und zwar mit einigem Aufwand: Nachdem sich drei Ärzte geweigert hätten – laut Staatsanwalt, weil die Sterbewillige nicht todkrank, sondern lebensmüde gewesen sei – habe erst der vierte Mediziner das nachgefragte Rezept ausgestellt. Der Staatsanwalt behauptete, Minelli habe sich nur deshalb so ins Zeug gelegt, weil die 80-Jährige eine Spende von 100.000 Franken für Dignitas in Aussicht gestellt habe. Dieser Zusammenhang sei nicht bewiesen, erklärte der Richter.

Sterbehilfe sorgt für Umsätze von zehn Millionen.«

Beim zweiten Fall aus 2010 ging es um den Doppel-Suizid einer 84-Jährigen und ihrer 55-jährigen Tochter. Für seine speziellen Hilfsdienste berechnete Dignitas laut Anklage rund 22.000 Franken – der finanzielle Aufwand für den Verein habe aber bei knapp 10.500 Franken gelegen. Minellis Verteidiger sagte, die Kosten seien für Dignitas höher gewesen, was Richter Mercier glaubwürdig fand; jedenfalls seien die 22.000 Franken nicht als »krass überhöht« anzusehen.

Die Argumentation der Anklage zielte darauf nachzuweisen, dass Minelli zu hohe Rechnungen ausstelle, um mit so erzielten Überschüssen die Struktur und politischen Aktivitäten des Dignitas-Vereins mitzufinanzieren. Dies habe sie anhand der beiden Fälle aber nicht bewiesen, urteilte der Richter. Angemessen fand er zudem Minellis Honorare, in den Jahren 2009 und 2010 habe Dignitas ihm insgesamt 210.000 Franken bezahlt.

Über den Freispruch für ihren Gründer äußerte sich Dignitas »erfreut«. Die grundsätzliche Frage, ob das Geschäftsmodell der professionellen Suizidhelfer tatsächlich allen Schweizer

Regeln gerecht wird, hält Staatsanwalt Gnehm aber noch nicht für geklärt. Wenige Tage nach dem Urteil hat er Berufung beim Bezirksgericht Uster angemeldet.

Die Beweisführung dürfte auch in Zukunft nicht einfacher werden, zumal eine Gebührenordnung für Services zum Organisieren von Selbsttötungen auch in der Schweiz nicht existiert. Dabei wächst die merkwürdige Branche wohl stetig: »Sterbehilfe sorgt für Umsätze von zehn Millionen«, titelte die *Aargauer Zeitung (AZ)* am 2. Juni, vor 15 Jahren habe der Jahresumsatz noch bei unter zwei Millionen Franken gelegen. Die Zeitung hatte offizielle Bilanzen der Sterbehilfeorganisationen Exit und Eternal Spirit mit geschätzten Einnahmen von Dignitas addiert und veröffentlicht. Warum ihr keine konkreten Zahlen von Dignitas vorlägen, erläuterte die AZ wie folgt: »Minelli stuft die Jahresrechnung seines Vereins als Geschäftsgeheimnis ein.«

Klaus-Peter Görlitzer

**In Deutschland** ist Beihilfe zur Selbsttötung nicht verboten. § 217 StGB untersagt aber die »Geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung«, sie ist mit einer Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren bestraft.

Für MedizinerInnen gelten zusätzlich Standesregeln. § 16 der Muster-Berufsordnung (MBO) der Bundesärztekammer verlangt: »Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. (...) Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.«

Diese Klarstellung wurde 2011 vom Deutschen Ärztetag mit deutlicher Mehrheit und nach intensiven Diskussionen beschlossen (→ BIOSKOP Nr. 54). Verbindlich für ÄrztInnen ist allerdings nicht die MBO, sondern die Berufsordnung derjenigen Ärztekammer, der sie angehören. Das klare Suizidhilfe-Verbot der MBO wurde bisher von 10 der 17 Landesärztekammern übernommen, die übrigen 7 lassen offenbar bewusst Spielraum für ÄrztInnen, die bereit sind, PatientInnen in Einzelfällen bei der Selbsttötung zu unterstützen.

# Für mehr Personal in der Pflege

## Viel Zuspruch für Volksinitiativen in Berlin und Hamburg

**Mehrere zehntausend Menschen fordern in Berlin und Hamburg mehr Personal für die Krankenpflege. Die Politik bewegt sich noch nicht.**

Am 7. Juni gab es im Gesundheitsausschuss des Hamburger Landesparslaments ein

### Überlastet und schlecht bezahlt

**Fachkräfte in der Alten- und Krankenpflege werden »deutlich unterdurchschnittlich« bezahlt. Das belegt eine neue Studie der gewerkschaftlichen Hans-Böckler-Stiftung (HBS).**

Laut der Anfang Juni veröffentlichten Studie der HBS-Wissenschaftlerinnen Christina Schildmann und Dorothea Voss liegt der Brutto-Stundenlohn examinierter Kräfte in der Altenpflege bei durchschnittlich 14,24 Euro, in der Krankenpflege werden 16,23 Euro bezahlt. HelferInnen müssten sich mit 11,09 bzw. 11,49 Euro begnügen.

Die niedrige Vergütung sei »ein zentraler Faktor, der eine Beschäftigung in sozialen Dienstleistungsberufen unattraktiv macht«. Hinzu kämen ungünstige Arbeitszeiten, körperliche und seelische Überlastung – »oft in Folge zu schlechter Personalausstattung«. Während in Deutschland eine Krankenschwester etwa 13 PatientInnen zu versorgen hat, kommen in den USA im Schnitt 5,3 Kranke auf eine Pflegekraft, in den Niederlanden, Schweden und der Schweiz liegt das statistische Pflegekraft-Patienten-Verhältnis zwischen 1:7 und 1:8.

Dass die Personaldecken hierzulande auch »strukturell zu dünn« seien, liege an »langjähriger Unterfinanzierung«, erläutern die HBS-Forscherinnen. Als Mittel gegen den Pflegenotstand empfehlen sie verbindliche Personalschlüssel, eine bessere Bezahlung und »möglichst breite Tarifverbindung«. Diese werde im Sozialbereich allerdings dadurch erschwert, dass unter den Leistungsanbietern auch viele kleine Betriebe seien – und dass es einen »starken Anteil kirchlicher Einrichtungen« gibt, die ein besonderes rechtliches Privileg haben: Sie können ihre Löhne ohne Tarifverhandlungen mit Gewerkschaften festlegen.

Die HBS-Studie *Aufwertung von sozialen Dienstleistungen. Wann sie notwendig ist und welche Stolpersteine noch auf dem Weg liegen* (44 Seiten) ist online: [www.boeckler.de/pdf/p\\_fofoe\\_report\\_004\\_2018.pdf](http://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_report_004_2018.pdf)



seltene Ereignis: PolitikerInnen hörten VertreterInnen einer Initiative an, in diesem Fall: das »Hamburger Bündnis für mehr Personal im Krankenhaus« (→ BIOSKOP Nr. 81), das binnen drei Wochen in der Hansestadt fast 30.000 Unterschriften für dieses Anliegen gesammelt hatte.

Inhaltliche Grundlage ist ein Gesetzesvorschlag, vorgelegt von der »Volksinitiative« aus Pflegekräften, GewerkschafterInnen und BürgerInnen, die sich für eine »bedarfsorientierte Personalbemessung« in mehreren Bereichen der Pflege, für Hebammen und Reinigungspersonal in Kliniken engagieren; konkret fordert das Bündnis: 4.200 zusätzliche Pflegestellen in Hamburg!

Zur Begründung sagte Axel Hopfmann, einer der Sprecher der Initiative: »Das Land Hamburg hat dafür auch die Gesetzgebungskompetenz. Und die Verpflichtung, Qualität und Patientensicherheit in den Krankenhäusern zu gewährleisten.«

Die rot-grüne Regierung in Hamburg äußert im Prinzip Verständnis, meint aber, nicht sie, sondern der Bund sei hier in der Verantwortung, zusätzliche Pflegekräfte sollten also nicht aus dem Landeshaushalt bezahlt werden. Auf Bundesebene sei eine »bedarfsorientierte Personalbemessung« aber auch unter der neuen großen Koalition mit Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) nicht in Sicht, sagt Christoph Kranich, ein weiterer Sprecher des Hamburger Bündnisses. Weder Kliniken noch Krankenkassen seien ökonomisch an einer gesetzlichen Personalbemessung interessiert, die Beschäftigte entlaste und die Patientenversorgung spürbar verbessere.

Wie es aussieht, wird der Streit demnächst vor dem Hamburger Verfassungsgericht ausgetragen. Nach dem derzeitig kommunizierten Willen der Hamburger Regierung sollen die Richter feststellen, dass die Hansestadt für das Anliegen der Volksinitiative überhaupt nicht zuständig ist. Die juristische Klärung, wer richtig liegt, könnte viele Monate dauern; das Bündnis engagiert sich weiter: Es informiert, sammelt Unterschriften, klärt über den Klinikalltag auf, wirbt für mehr Personal.

Ähnliches passiert in Berlin, wo laut Gewerkschaft Ver.di rund 3.000 Pflegekräfte fehlen. Dort haben AktivistInnen für den »Volksentscheid für Gesunde Krankenhäuser« seit Anfang des Jahres mehr als 40.000 Unterschriften gesammelt, die am 19. Juni an die Landesregierung übergeben werden sollen. Wie die Berliner Stadtspitze reagiert, bleibt abzuwarten.

Klar ist: Lehnen Landesregierungen es ab, den Gesetzentwürfen der Initiativen zu folgen, ist letztlich ein Volksentscheid möglich – vorausgesetzt, weitere zehntausende Bürgerinnen unterstützen das Anliegen. *Klaus-Peter Görlitzer*

### Deutliche Warnung

Die Diakonie ist ein kirchlicher Sozialkonzern mit rund 525.000 hauptamtlichen Beschäftigten. Fast 70 Prozent von ihnen arbeiten in Einrichtungen der Kranken-, Alten- und Behindertenhilfe; rund 10 Millionen Menschen werden von der Diakonie beraten, betreut, gepflegt, medizinisch versorgt, erläutert eine Statistik auf dem offiziellen Infoportal [www.diakonie.de](http://www.diakonie.de). Präsident der Diakonie Deutschland ist der Theologe Ulrich Lilie (Jahrgang 1957), der früher auch als Klinikseelsorger gearbeitet und zusätzlich Medizinethik studiert hat. Nun hat sich Lilie pointiert zu den Themen Pflegenotstand und Suizidbeihilfe geäußert. Das Interview, veröffentlicht am 28. Mai im *Hamburger Abendblatt* unter der Überschrift »Ist Sterbehilfe der würdevollere Tod?«, ist lesenswert, sicher auch für die MitarbeiterInnen der Diakonie. Angesprochen auf die allgemein schlechte Bezahlung von Pflegekräften hierzulande sagte Lilie: »Es gibt zu viele Interessen, die höheren Löhnen entgegenstehen. Internationale Investoren haben den sozialen Markt in Deutschland entdeckt und sehen darin ein reines Renditegeschäft.« Dabei ist der Pflegeberuf, so Lilie, »körperlich und emotional unglaublich kräftezehrend«. Auch zur medizinischen und sozialen Betreuung in der letzten Lebensphase äußerte sich der Diakonie-Präsident – mit einer eindringlichen Warnung, gerichtet vor allem an die Politik: »Wenn wir keine anständige Versorgung der ganz alten Menschen hinbekommen, werden wir sehen, dass der assistierte Suizid für viele zur echten Alternative wird.« Derartige Entwicklungen lehnt Lilie entschieden ab: »Es kann nicht sein, dass unsere Gesellschaft irgendwann den Giftcocktail als ideale Lösung fürs Lebensende betrachtet.«

Verdattung im Gesundheitswesen

## Nachfrage bei der Krankenkasse

**Elmar Schulze Messing (Bonn), versichert bei einer gesetzlichen Krankenkasse**

### Fragen und Antworten zum Datenschutz

Die Datenflüsse im Gesundheitswesen sind vielfältig und selbst für Fachleute kaum zu überschauen. Wer einen Überblick über den »Datenschutz für Patienten« und einschlägige Rechtsgrundlagen gewinnen will, sollte sich die gleichnamige Broschüre des schleswig-holsteinischen Datenschutzzentrums genauer anschauen. Auf 30 Seiten gibt es prägnante Antworten zu Fragen, die Sie vielleicht immer schon mal stellen wollten – hier eine kleine Auswahl: Welche Berufe müssen das Patientengeheimnis wahren? Welche Daten darf meine gesetzliche Krankenkasse erheben und speichern? Welchen Personen oder Stellen dürfen Patientendaten übermittelt werden? Dürfen sich Ärzte und andere Leistungserbringer über Patienten austauschen? Habe ich das Recht, meine Patientenakte einzusehen? Darf ich eine Kopie bzw. einen Ausdruck meiner Patientenakte verlangen? Darf mit meinen Patientendaten geforscht werden? Dürfen Praxen und Kliniken Aufgaben an andere Firmen outsourcen? Wie werden eigentlich Patientenakten sicher vernichtet? Wer hilft mir, wenn noch Fragen offen bleiben? Die Broschüre steht auf den Internetseiten der Kieler DatenschützerInnen zum Herunterladen bereit: [www.datenschutzzentrum.de/informationmaterial/](http://www.datenschutzzentrum.de/informationmaterial/)

»Digitalisierung« – unter dieser Überschrift erschienen kürzlich ein »Editorial« plus Artikel in der Zeitschrift einer gesetzlichen Krankenkasse, die sich in ihrer Öffentlichkeitsarbeit als »Deutschlands beste« darstellt. Mindestens ein Versicherter hat den Text genau gelesen – und mal nachgefragt. Warum und wie seine Kasse reagiert hat, schildert er hier.

Lange ist es her, dass ich mich, als freiwillig gesetzlich Versicherter, für einen Wechsel der Krankenkasse entschied. Die gewählte neue und ihre Schwerpunkte fand ich überzeugend; zum einen setzte sie einen deutlich anderen, erkennbar politischeren Schwerpunkt als meine damalige Krankenkasse und der Mainstream. Zum anderen betonte die neue, dass bei ihr die PatientInnen als Menschen mehr im Fokus stehen würden.

Die Zeiten haben sich schon länger geändert, trotzdem: Ich bin insofern sehr zufrieden, weil ich immer noch quartalsweise eine Ersatzbescheinigung zu der von mir verweigerten elektronischen Gesundheitskarte (eGK) ausgestellt bekomme.

Als mündiger Beitragszahler lese ich auch die Publikationen, die mir regelmäßig geschickt werden. Über die Mitgliederzeitschrift für das zweite Quartal 2018 war ich, ehrlich gesagt, doch entsetzt: Eine dermaßen zustimmende Beschreibung der Digitalisierung meiner Krankenkasse, ohne jedwede kritische Anmerkung, hätte ich hier nicht erwartet!

Nur im Nebensatz (»unter der Bedingung, dass alle Voraussetzungen für einen sicheren und umfassenden Datenschutz geschaffen sind«) artikuliert der Autor und Sprecher der Kasse eine kleine Einschränkung gegen die totale Durchdigitalisierung; ansonsten kommunizierte er nur angebliche Chancen der »Digitalisierung«, die »erst am Anfang« stehe und »unser Leben erleichtern« und »die individuelle Gesundheitsversorgung« verbessern werde.

Solche Parolen erinnern an Marketing-Strategien. Dabei gebe es auch für eine, beim Leistungsangebot ja erklärtermaßen ambitionierte, Krankenkasse viel Kritisches zu digitalen Versprechungen zu sagen. Fakt ist: In der direkten Ansprache an die Versicherten werden viele Aspekte ausgespart, zum Beispiel diese:

- ▶ ein Verweis auf die Kritik an und die Pro-

bleme bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, die ja nicht nur wahnsinnige Geldsummen verschwendet (das wird zumindest kurz angemerkt), die anderswo gut angelegt wären;

- ▶ Beschreibungen krank machender Auswirkungen der Digitalisierung, etwa die auch von manchen Kassen beklagte, fortwährende Erreichbarkeit von ArbeitnehmerInnen per Smartphone;
- ▶ ein Hinweis darauf, dass Online-Angebote das Potenzial haben, andere, mit persönlichen Kontakten verbundene und somit sozialere Angebote zu verdrängen;
- ▶ die Thematisierung der »Machtfrage« in der Gesundheitsversorgung, etwa mit Blick auf die Pharmaindustrie – statt dessen liest man, dass (nur?) der elektronisch zur Verfügung gestellte Medikationsplan uns auf Risiken und Nebenwirkungen von Arzneien hinweisen könne;
- ▶ die »immens steigende Verbreitung von Smartphones« wird zwar festgestellt, aber ohne erkennbares Problembewusstsein (Fragen Sie dazu mal kritische Eltern!);
- ▶ technische »Unterstützung« der ÄrztInnen durch gewinnorientierte Gesundheitskonzerne, die natürlich auch an sensiblen Daten interessiert sind, wird als Problem ausgeblendet;
- ▶ eine Kritik an der immer stärker zunehmenden »Selbstoptimierung« der Menschen ist nicht mal ansatzweise zu lesen.

Nein, ich habe kein grundsätzliches Problem mit digitaler Technik; auch nicht mit den von meiner Kasse begrüßten Videosprechstunden (vorausgesetzt, ÄrztInnen können sich dafür wirklich angemessene Zeit nehmen); ich kann mir auch vorstellen, Arzttermine

online zu vereinbaren. Aber: Technische Lösungen finden ja in einem gesellschaftlichen Umfeld statt. Das bitte zu berücksichtigen und durchschaubar zu machen, erwarte ich auch von meiner Krankenkasse!

Gefordert sind hier sicher auch die Versicherten. Also habe ich meine entsprechenden Anmerkungen an die Redaktion der Kassenzeitschrift geschrieben. Zurück gemailt hat der verantwortliche Redakteur der Zeitschrift, seine Antwort fiel ausgesprochen knapp aus: Ja, in der Redaktion werde »sehr intensiv« über alle Leserbriefe diskutiert, »besonders gern über die kritischen!«.

Auf meine Nachfrage, was denn nun bei der kommunizierten Diskussion herausgekommen sei, kam leider keine Antwort mehr von meiner Krankenkasse. Geschweige denn eine ordentliche Aufklärung dazu, was Digitalisierung im Gesundheitswesen für mich als Versicherten ganz praktisch bedeutet – und welche Alternativen ich hier womöglich habe.

Gefordert sind hier sicher auch die Versicherten.





# Aussichtslose Forderung?

## Grüne wollen kategorisches Werbeverbot für Kinderarzneien

**Werbung für Kinderarzneimittel sollte nach Meinung der Grünen kategorisch verboten werden. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) will davon offenbar nichts wissen.**

Für Medikamente, die nicht verschreibungspflichtig sind, darf hierzulande öffentlich geworben werden, auch wenn sie unerwünschte Nebenwirkungen haben können. Untersagt sind bisher nur Marketingmaßnahmen, die unmittelbar an Kinder unter 14 Jahren adressiert werden. Jugendliche und Eltern dürfen von solchen Werbekampagnen aber gezielt angesprochen werden.

»Aus meiner Sicht gibt es überhaupt keinen Grund, warum man für Kinderarzneimittel überhaupt werben muss«, sagt Kirsten Kappert-Gonther, Gesundheitspolitikerin der Grünen im Bundestag und studierte Medizinerin. Also fordert sie Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) auf, sich auf EU-Ebene für ein Werbeverbot einzusetzen.

Keine Bereitschaft, das zu tun, spricht aber aus den Antworten, die das BMG im März zu einer Kleinen Anfrage der Grünen aufgeschrieben hat (→ *Kasten*). »Das Spahn-Ministerium hat keine Ahnung – und auch offensichtlich kein Interesse am Thema«, kritisiert Kappert-Gonther. »Selbst wenn man ihm konkrete Hinweise und Berichte zu Missständen mitliefert, verweigert es eine Positionierung und verweist auf die Zuständigkeit der Länder.«

Mit ihrer Verbotsforderung stehen die Grünen im Bundestag bisher ziemlich allein. Aus der Opposition ist inhaltliche Unterstützung wohl von den Linken zu erwarten, von der FDP sicher nicht. Natürlich wäre auch die SPD gefordert, sie wird aber über ein solches Thema mit den Regierungspartnern CDU und CSU nicht streiten. Also ist außerparlamentarischer Druck notwendig: von Verbänden ebenso wie von Eltern, die das allgegenwärtige Pharmamarketing nicht hinnehmen wollen.

*Klaus-Peter Görlitzer* ☉

### »Informierte Einwilligung«?

Rechtliche Voraussetzung jedes medizinischen Eingriffes ist die »informierte Einwilligung« des Betroffenen. Der Patient muss in verständlicher Sprache vom Arzt aufgeklärt werden, welche Nutzen, Schäden, Risiken zum Beispiel eine Operation, eine Darmspiegelung oder auch ein genetischer Test haben kann – und welche Alternativen es jeweils gibt. Voraussetzung einer formal korrekten Einwilligung ist ein Aufklärungsgespräch, dessen Inhalte in standardisierten Papieren dokumentiert werden. Die »Qualität« solcher Aufklärungsbögen haben nun die Gesundheitswissenschaftlerinnen Julia Lühnen, Ingrid Mühlhauser (beide Universität Hamburg) und Anke Steckelberg (Uni Halle) untersucht. Für ihre Review-Studie analysierten sie gängige Aufklärungsbögen zu zehn medizinischen Interventionen »hinsichtlich entscheidungsrelevanter Inhalte und verständlicher Formate«. Die »Schlussfolgerung« der Wissenschaftlerinnen, adressiert vor allem an die Fachöffentlichkeit, ist nicht gerade beruhigend: »Sowohl die internationale Evidenz als auch die Analyse von in Deutschland verwendeten Aufklärungsbögen weisen auf Defizite hin – insbesondere in der Risikokommunikation. Um informierte Entscheidungen zu fördern, sind neue Standards notwendig.« Nachzulesen und im Detail begründet ist diese Einschätzung in einem Aufsatz von Lühnen, Mühlhauser und Steckelberg, publiziert am 1. Juni 2018 im *Deutschen Ärzteblatt* (Heft 22). Interessant auch für medizinische Laien!

## Gesundheitsministerium weiß angeblich von nichts

Pharmafirmen, PR-Agenturen, Medien etc. müssen die Regeln des Heilmittelwerbegesetzes einhalten. Ob sie das tun, müssen die Bundesländer überwachen – und wenn sie Verstöße feststellen, auch Bußgeldverfahren einleiten. Diese Zuständigkeiten betont das Bundesgesundheitsministerium (BMG) in seiner Antwort auf 28 Fragen der Grünen, Betreff: »Werbung für Kinderarzneimittel«.

Ansonsten offenbart das von Jens Spahn (CDU) geführte Ministerium, was es angeblich alles nicht weiß. »Keine Informationen« hat das BMG zu öffentlichen Werbekampagnen für frei verkäufliche Kinderarzneimittel und -medizinprodukte in Printmedien, Radio, Fernsehen, Internet. »Keine Erkenntnisse« gibt es im BMG zu pharmagesponserten Beiträgen auf Elternblogs und Social-Media-Kanälen. Außerdem »keine Erkenntnisse« zur Verteilung von Werbematerialien für Arzneien in Schulen und Kindergärten.

Da das BMG von alledem angeblich nichts weiß, bezieht es auch keine Position. Etwa zu den Fragen der Grünen, ob die Bundesregierung die Gefahr sehe, dass Eltern durch massive Werbung zu einer vorschnellen oder nicht indikationsgerechten Gabe diese Präparate verleitet werden könnten, ohne Rücksprache mit behandelnden KinderärztInnen. Oder wegen

solcher Arznei-Kampagnen nicht die Gefahr bestehe, dass Ursachen für gesundheitliche Beschwerden unzureichend untersucht würden und Eltern es vorziehen würden, Kindern frei verkäufliche Produkte aus der Apotheke zu verabreichen.

### Spannende Fragen

Im Blick auf die Apotheken erklärt das BMG, deren Personal sei zur ordnungsgemäßen Information und Beratung über Arzneimittel verpflichtet. Das ist die Rechtslage. Was im Alltag passiert, weiß das Ministerium scheinbar nicht. Keine inhaltliche Antwort jedenfalls auf die Frage, ob dem BMG Hinweise vorliegen, dass Apotheken auch solche frei verkäuflichen Arzneien empfehlen, die aus kinderärztlicher Sicht nutzlos oder gar ungeeignet sind.

Die Aufzählung solcher inhaltsleeren Antworten ließe sich fortsetzen. Es ist aber durchaus aufschlussreich, die gesamte Bundestagsdrucksache (19/1416) zu lesen, zumal die FragestellerInnen offenbar gut informiert sind. Sie benennen teils auch konkrete Medikamente mit Nebenwirkungen und verweisen auf zahlreiche Quellen, die direkt auf konkrete Werbekampagnen verweisen oder diese teils auch kritisch beleuchten. ☉

# Therapie aus der Ferne

Ärzte dürfen künftig auch Patienten telemedizinisch beraten und behandeln, die sie vorher noch gar nicht gesehen haben

**Martina Keller  
(Hamburg), Journalistin**

**Millionen aus dem  
»Innovationsfonds«**

Ein mächtiger Akteur im deutschen Gesundheitswesen ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Das Gremium mit VertreterInnen aus Ärzteschaft, Kliniken und Krankenkassen entscheidet, welche Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden – und welche nicht. Seit 2016 hat der G-BA auch den politischen Auftrag, neue Versorgungsformen und Forschungsprojekte dazu zu fördern. Zu diesem Zweck verfügt der G-BA über einen »Innovationsfonds«, aus dem er von 2016 bis 2019 jährlich jeweils 300 Millionen Euro verteilen muss. Als förderwürdig gelten auch »Versorgungsmodelle unter Nutzung von Telemedizin, Telematik und E-Health«, 19,6 Millionen Euro aus dem »Innovationsfonds« erhält das auf drei Jahre angelegte TELNet@NRW (→ *Artikel*). Laut Projektbeschreibung zielt es darauf, »ein telemedizinisches Netzwerk aufzubauen, das in den überlebenswichtigen Bereichen Infektiologie und Intensivmedizin Haus-, Krankenhaus- und Fachärzte verbindet«. Gelingt dies, soll das nordrhein-westfälische Modell »bundesweit und auf andere Anwendungsgebiete übertragbar sein«. Die Förderentscheidung des G-BA für TelNetz@NRW wurde am 23. November 2016 von der NRW-Landesregierung per Pressemitteilung bekannt gemacht. Dabei äußerte Gesundheitsministerin Barbara Stefens (Grüne) eine Verheißung, die viele Medien unhinterfragt verbreiteten: »Telemedizin kann Leben retten.«

**Die Delegierten des Deutschen Ärztetags haben mit großer Mehrheit beschlossen, das Fernbehandlungsverbot in der Muster-Berufsordnung zu lockern. Zwar sehen viele Ärzte die Telemedizin nach wie vor skeptisch. Doch es gibt bereits zahlreiche Modellprojekte.**

Künftig dürfen Ärzte Patienten ausschließlich telemedizinisch behandeln, ohne fürchten zu müssen, deswegen berufsrechtlich belangt zu werden. Zwar können sie bereits seit 2017 Videosprechstunden abrechnen, Voraussetzung ist aber bislang, dass sie den beratenen Patienten schon persönlich kennen. Ärzte bekommen für Online-Sprechstunden 4,21 Euro Technikzuschlag vergütet. Sie dürfen maximal 50 Anwendungen im Quartal abrechnen. Nur bestimmte Indikationen sind zugelassen, etwa wenn der Arzt per Telemedizin verfolgt, wie eine Operationswunde heilt.

Die Lockerung des Fernbehandlungsverbots ist erst dann rechtlich wirksam, wenn die Landesärztekammern den Beschluss des Ärztetages umgesetzt haben. Viele Fragen sind noch offen, etwa in welchem Umfang Patienten aufgeklärt sein müssen, wie Informationen dokumentiert werden sollen, wie der Schutz persönlicher Daten sichergestellt wird, wie die Leistungen abgerechnet werden. Eine Projektgruppe der Bundesärztekammer soll in den nächsten Jahren Lösungen erarbeiten.

Unabhängig von dem Beschluss gibt es laut dem Deutschen Telemedizinportal bereits rund 200 laufende oder abgeschlossene telemedizinische Projekte. Die Anwendungsmöglichkeiten sind vielfältig: In sogenannten Telekonsilen können zum Beispiel Daten zwischen Kliniken elektronisch ausgetauscht werden, um gemeinsam Diagnosen zu stellen und Therapien zu beschließen. Beim Telemonitoring werden ausgewählte Werte zuhause beim Patienten erhoben, um eine kontinuierliche Überwachung zu gewährleisten, ohne dass der Patient persönlich eine Klinik oder Arztpraxis aufsuchen muss. Tele-Therapie bedeutet, dass Menschen behandelt werden können, auch wenn der Therapeut räumlich von ihnen getrennt ist.

In der Psychotherapie werden solche Anwendungen bereits eingesetzt, auch mit Unter-

stützung der gesetzlichen Krankenkasse DAK. Deren Mitglieder, die mindestens 18 Jahre alt sind, können das Online-Programm *deprexis24* gratis nutzen, wenn ihnen ein Arzt oder Psychotherapeut bescheinigt, dass sie an einer leichten oder mittelschweren Depression leiden. Wer dabei mitmacht, setzt sich regelmäßig an seinen Computer, bekommt Texte zu lesen und Übungsaufgaben gestellt. Anders als bei anderen Therapien via Internet sitzt bei *deprexis24* nicht irgendwo ein Therapeut. Es ist die Software, die allein entscheidet, was sie dem Patienten vorschlägt. Der Patient lernt zum Beispiel wirksame Techniken, mit negativen Gedanken umzugehen oder um sich zu entspannen.

Therapeuten haben das Programm zusammen mit Computerfachleuten entwickelt, aber mit der Online-Therapie selbst haben sie nichts mehr zu tun. *deprexis24* beruht vorwiegend auf Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie. »Die DAK-Gesundheit hat in Zusammenarbeit mit der Universität Bielefeld herausgefunden, dass *deprexis24* sowohl die Schwere der Depression verringert als auch die Lebensqualität erheblich verbessert«, heißt es auf der Homepage der Krankenkasse. Das dreimonatige Programm könne den Besuch beim Psychotherapeuten oder beim Psychiater zwar nicht ersetzen, aber »helfen, die Wartezeit auf einen regulären Therapieplatz zu überbrücken«.

Das »Online-Therapie-Programm« *deprexis24*, entwickelt vom Hamburger Informationstechnik-Unternehmen GAIA, ist als Medizinprodukt zertifiziert

und soll weltweit vermarktet werden; für den Vertrieb sorgt, im Rahmen einer Kooperation mit GAIA, der Pharmakonzern Servier, der auch Medikamente gegen Depressionen herstellt.

Insbesondere Universitätskliniken entwickeln zusammen mit Technikunternehmen telemedizinische Versorgungsangebote, meist mit öffentlicher Förderung. Zu den führenden Einrichtungen auf diesem Gebiet zählt die Uniklinik Aachen, die schon seit 2012 ein Telemedizinzentrum besitzt. Die Initiatoren haben beim Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (→ *Randbemerkung*) das Netzwerk-Projekt TELnet@NRW beantragt. Partner in dem Projekt sind u.a. die Uniklinik Münster, das Telemedizinzentrum der Uni Bielefeld

**Beim Online-Programm  
*deprexis24* sitzt nicht  
irgendwo ein Therapeut.  
Die Software allein  
entscheidet, was sie dem  
Patienten vorschlägt.**



► und die Techniker-Krankenkasse. Ziel ist es, die infektiologische und intensivmedizinische Behandlungsqualität in Arztpraxen und Krankenhäusern zu verbessern. Fachärzte und Intensivpfleger an beiden Unikliniken stellen ihre Expertise über eine gesicherte Datenleitung 100 Arztpraxen und 17 regionalen Krankenhäusern zur Verfügung. Rund um die Uhr können sich die Kollegen vor Ort beraten lassen, etwa wenn es darum geht, Antibiotika leitliniengemäß einzusetzen oder Sepsis zu behandeln.

Auf der Intensivstation in Jülich liegt ein über 70-jähriger Patient, der in den vergangenen Monaten immer wieder behandelt wurde. Sein Lungenfell hatte sich entzündet und produzierte viel Flüssigkeit. Mehrfach wurde er operiert, um Entlastung zu schaffen. Bevor er vor wenigen Tagen erneut eingewiesen wurde, fühlte er sich sehr schlecht, hatte 38,5 Grad Fieber, konnte nicht mehr selbst zum Hausarzt. Die Entzündungsparameter in seinem Blut waren erhöht. Als die Aachener Oberärztin Sandra Dohmen die Verbindung zum Chefarzt der Intensivstation in Jülich herstellt, zeigt ihr ein Computerbildschirm den Blick ins Krankenzimmer mit dem Patienten und dem behandelnden Arzt, wie bei einer wirklichen Visite. Der Patient in seinem Bett berichtet, dass mehrere Rippenbrüche vor zwei Jahren wohl die Ursache seiner anhaltenden Beschwerden seien.

Die Oberärztin blickt während des Telekonsils mit Kollegen und Patient auf einen zweiten Bildschirm, auf dem die »Fallakte plus« zu sehen ist, ein Dokument mit Informationen zum Patienten, das um eine Checkliste ergänzt wurde. Diese soll sicherstellen, dass die Spezialisten in Jülich und Aachen nichts übersehen. Insbesondere eine lebensbedrohliche Sepsis (Blutvergiftung) muss so früh wie möglich erkannt und behandelt werden. Die Jülicher Kollegen und Dohmen sind zu dem Schluss gekommen, dass bei dem Patienten eine beginnende Sepsis vorlag. »Wir haben uns darauf geeinigt, dass wir ihn antibiotisch therapieren. Und haben festgestellt, dass der Patient, der letzte Woche noch recht krank war, so gebessert ist, dass er heute auf die Normalstation kann.« Die Checkliste scheint sich zu bewähren: Die Sepsis wird in den am Projekt teilnehmenden Kliniken häufiger diagnostiziert als früher.

Im zweiten Teil des Projekts geht es um die leitliniengerechte Behandlung von Infektionen. Wieder wird ein Telekonsil einberufen, diesmal zwischen dem Aachener Infektiologen Fabian Juzek-Küpper und der Praxis eines Hals-Nasen-Ohren-Arztes. Der hat eine Patientin mit chro-

nischer Ohrentzündung in der Sprechstunde. Er hat sie mit einem lokalen Antibiotikum behandelt. Inzwischen geht es der Frau wieder gut, doch der letzte Laborbefund hat den HNO-Arzt verunsichert. Dort heißt es, im Abstrich seien reichlich Corynebakterien gefunden worden. Also doch weiter behandeln? Juzek-Küpper, der Spezialist aus Aachen, fragt zurück, welcher Keim denn in früheren Abstrichen gefunden worden sei. »Das war Pseudomonas«, antwortet der HNO-Arzt. »Das war der richtige Keim«, sagt Juzek-Küpper. Pseudomonas sei bei Ohrentzündungen klassisch beschrieben. Corynebakterien dagegen seien typische Hautbesiedler und für die Beschwerden nicht verantwortlich. Er rät dem Kollegen, den Befund zu ignorieren.

»Wir konnten zeigen, dass durch telemedizinische Unterstützung mehr Patienten die Sepsis in den peripheren Häusern überlebt haben als vorher«, sagt Professor Marx.

In Zeiten zunehmender Antibiotika-Resistenz ist die Expertise von Infektiologen extrem wichtig, doch in ganz Deutschland gibt es nur rund 300 dieser Spezialisten an Krankenhäusern, sagt Gernot Marx, Direktor der Klinik für operative Intensivmedizin in Aachen und Sprecher des Telemedizin-Zentrums. Professor Marx ist zudem Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Telemedizin (→ *Randbemerkung*) und bezahlter Berater der in der Telemedizin aktiven Firma B. Braun Melsungen AG: »Es liegt auf der Hand«, so Marx, »dass man nur mit solchen modernen Möglichkeiten der Digitalisierung und Telemedizin diese Expertise vielen Patienten zu Gute kommen lassen kann.« Hinweise, dass Patienten profitieren, habe bereits das Pilotprojekt »TIM – Telematik in der Intensivmedizin« erbracht. Neben der Uniklinik Aachen nahmen je ein Krankenhaus in Aachen und in Jülich teil. »Wir konnten zeigen, dass durch telemedizinische Unterstützung mehr Patienten die Sepsis in den peripheren Häusern überlebt haben als vorher«, sagt Marx. Die genauen Zahlen sollen in Kürze veröffentlicht werden.

Telnet@NRW ist auf drei Jahre angelegt. Bis zum Februar 2019 sollen insgesamt 40.000 Patienten dafür gewonnen werden. »Das ist die größte Telemedizin-Studie Deutschlands«, sagt Marx. »Wir wollen hier wirklich Evidenz schaffen, um nach der Evaluierung sagen zu können: Telemedizin generiert nicht nur technische Neuerungen, sondern auch Nutzen für den Patienten.«

Der Nutznachweis ist die Voraussetzung dafür, dass die telemedizinische Versorgung für Intensivstationen und bei komplexen Infektionen irgendwann flächendeckend angeboten und von den Krankenkassen bezahlt wird. Die Finanzierung sei das große Problem der Telemedizin, sagt Marx: »Nur unsere neurologischen ►

## DGTelemed

Am 11. Mai veröffentlichte die Deutsche Gesellschaft für Telemedizin (DGTelemed) eine Pressemitteilung. Unter der Überschrift »Lockerung des Fernbehandlungsverbots – Ein wichtiger Grundstein für die Telemedizin in Deutschland« äußerte sich Professor Gernot Marx, Vorstandsvorsitzender des Vereins, »erfreut« über die Entscheidung des Ärztetages (→ *Seite 10*). Die 2005 gegründete DG-Telemed versteht sich als »Interessenvertretung«, laut Selbstdarstellung ist sie eine »bundesweite Vereinigung zur Förderung, Verbreitung, Markteinführung und Publizierung moderner, innovativer Entwicklungen, Lösungen und Produkte in der Telemedizin«. Dabei fördert die DGTelemed, so ihre Selbstdarstellung, »Kontakte ihrer Mitglieder untereinander sowie mit Partnern aus Politik, Gesundheitswesen, Wissenschaft und Wirtschaft im deutschen und europäischen Gesundheitsmarkt.« Professor Marx hat keine Berührungspunkte zur Industrie. Das Magazin *nahdran*, das vom B. Braun-Konzern herausgegeben wird und sich an Fachkreise richtet, veröffentlichte in seiner Ausgabe 1/2017 ein Interview mit Marx. Der Professor, nebenbei bezahlter Berater des Pharma- und Medizinproduktunternehmens B. Braun Melsungen AG, erklärte bei dieser Gelegenheit auch, warum er Kooperationen mit privaten Firmen gut findet: »Als Mediziner möchte ich in der Zukunft Patienten noch besser behandeln und dafür brauche ich andere Produkte als heute. (...) Die Industrie muss unsere Bedürfnisse kennenlernen. Dafür braucht sie Praxisnähe. Nur so bekommen wir Produkte, die wir benötigen. Wichtig ist, dass der Austausch transparent ist.«

**Fortsetzung auf Seite 10**

## Neue Abteilung

Die Messe conhIT (Connecting Health Care IT) ist laut Eigenwerbung »Europas wichtigste Schlüsselveranstaltung der Gesundheits-IT für Entscheider aus Gesundheitswirtschaft, -politik und Wissenschaft«. Bei der Eröffnung der conhIT 2018 im April in Berlin legte der neue Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) ein Bekenntnis ab: »Ich bin ein Überzeugter und will die Digitalisierung mit Ihnen gestalten.« Zudem gab Spahn bekannt, dass er im Bundesgesundheitsministerium eine neue Abteilung für »Digitalisierung und Innovation« eingerichtet hat. Zum Leiter ernannte Spahn seinen Parteifreund Gottfried Ludwig. Der promovierte Volkswirt, geboren 1982, hat 2014 seine Doktorarbeit als Buch publiziert – Thema: »Auf dem Weg zu neuen Rahmenbedingungen für den Krankenversicherungsmarkt«. Seit 2011 saß Ludwig für die CDU im Berliner Abgeordnetenhaus, außerdem arbeitete er von 2015 bis 2017 als Senior Consultant bei der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft PricewaterhouseCoopers (PwC). Was er in seiner neuen Position erreichen möchte, erläuterte Ludwig Anfang Juni gegenüber der *Ärztezeitung* im Rahmen einer Interviewrunde, bei der auch die Chefs von Techniker Krankenkasse (Jens Baas) und Roche Pharma AG Deutschland (Hagen Pfundner) mitredeten. »Wir wollen die Digitalisierung im Gesundheitswesen beschleunigen und nehmen dazu alle Beteiligten in die Pflicht«, erklärte Ludwig und sagte auch dies: »Wenn wir neue Möglichkeiten nicht nutzen, versagen wir Kranken eine bessere Behandlung oder gar Heilung. Wir haben also aus meiner Sicht auch eine ethische Verantwortung, die Digitalisierung im Gesundheitswesen im Sinne der Patienten zu nutzen.«

## Ärzte-Appelle an die Politik

Jens Spahn ist ein zielstrebig Förderer der Digitalisierung des Gesundheitswesens (→ *Randbemerkung*), Telemedizin inklusive. »Ich bin dafür, Onlinebehandlungen zu erleichtern, auch bei der Erstbehandlung«, sagte der junge Gesundheitsminister in einem vielzitierten Interview, publiziert Ende April von der *Thüringer Allgemeinen*. Ein paar Tage später redete Spahn beim Deutschen Ärztetag in Erfurt, wo er einigen Anlass zur Freude hatte. Denn die meisten der 250 DelegiertInnen stimmten dafür, die Muster-Berufsordnung zu ändern, um eine »ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien« für ÄrztInnen »im Einzelfall« zu erlauben.

Dabei verlief die Debatte durchaus kontrovers. Welche Befürchtungen viele DelegiertInnen umtreiben, zeigen weitere Entschlüsse, die beim Ärztetag zur Telemedizin verabschiedet

wurden. Unter der Überschrift »Diskriminierungsverbot bei Fernbehandlungen« wird an die Politik appelliert, eine Regelung ins Sozialgesetzbuch aufzunehmen, »wonach Versicherte nicht bevorzugt oder benachteiligt werden dürfen, weil sie einer telemedizinischen Versorgung, insbesondere einer ausschließlichen Fernbehandlung, zustimmen oder diese verweigern«. Eine weitere Entschliebung fordert den Gesetzgeber auf, »telemedizinische Primärarztmodelle zu vermeiden«. Ausgeschlossen werden müsse die »Gefahr«, dass Krankenkassen ihren Versicherten »aufgeben«, sich zunächst einer Fernbehandlung zu unterziehen, bevor ein persönlicher Kontakt zwischen Patient und Arzt zustande komme. In den Startlöchern stehen bereits kommerzielle, telemedizinische Callcenter, gegen die sich eine weitere Entschliebung des Ärztetages wendet.

Ob Spahn die Appelle ernst nimmt oder nicht, wird sich in den nächsten Monaten zeigen.

Klaus-Peter Görlitzer 

► Kollegen in Bayern und Sachsen haben es mit dem sogenannten Tempest-Projekt geschafft, eine Abrechnungsziffer zu generieren. Ansonsten ist das konsequent nur Projektunterstützung, und das ist nicht gut genug.« Beim Tempest-Projekt geht es um die telemedizinische Versorgung von Schlaganfallpatienten. In Deutschland gibt es zwar knapp 300 Kliniken mit einer zertifizierten Schlaganfall-Spezialabteilung. Doch in ländlichen Regionen ist der Weg zur nächsten sogenannten Stroke Unit oft immer noch sehr weit. Indem man regionale Krankenhäuser per Telemedizin mit überregionalen Stroke Units verband, sollten auch Patienten auf dem Land schneller versorgt und ihre Heilungsaussichten verbessert werden.


Um schnelle Hilfe, besonders in ländlichen Regionen, geht es auch in der Rettungsmedizin. In Aachen ist ein Telenotarzt quasi täglich im Einsatz. In zwei Pilotprojekten wurde eine mobile Datenaustauschlösung entwickelt, um Bilder, Videos oder EKG-Daten aus der Wohnung eines Patienten, aber auch aus dem Rettungswagen heraus in eine Telenotarztzentrale zu übertragen. Dieser Leitstand ist bei der Feuerwehr in Aachen angesiedelt und ständig von einem Notarzt besetzt. Wenn zwei Rettungssanitäter an ihrem Einsatzort feststellen, dass sie die Hilfe eines Arztes brauchen, können sie mit der Telenotarztzentrale kommunizieren und über ein Gerät von der Größe eines Rundfunkrekorders Daten übermitteln. »Der Sanitäter kann sich dann sofort den Rat eines Notarztes holen und beginnen, den Patienten so zu behandeln, als wäre der Arzt vor Ort«, sagt der Anästhesist Robert Deisz, der gemeinsam mit Marx das Aachener Telemedizin-Zentrum leitet.

Laut Evaluation der Pilotprojekte ist es möglich, therapiefreie Intervalle zu vermindern.

Damit steige die Behandlungsqualität. Zum Beispiel werden bei einem Herzinfarkt die Empfehlungen der Behandlungsleitlinien wesentlich besser befolgt und das Vorgehen besser dokumentiert. Ein weiteres Projektergebnis: Im Einzugsgebiet des Telenotarztes sinkt die Notarztquote – im Gegensatz zum bundesweiten Trend, wo die Notarztquote steigt.

Bringt Telemedizin also nur Vorteile für Patienten und Behandler? Viele Ärzte fürchten, der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt könne überflüssig werden und der Beschluss des Ärztetages den Weg für medizinische Call-Center bereiten. In einer begleitenden Entschliebung des Ärztetages heißt es deshalb: »Kapitalorientierte Gesellschaften dürfen im vertragsärztlichen Sektor nicht in Konkurrenz zu Vertragsärzten treten oder gar Betreibereigenschaft für medizinische Versorgungszentren erhalten.«

Die Bedenken sind nicht unbegründet: Nur einen Tag nach dem Beschluss des Ärztetages kündigte der Schweizer Anbieter Medi24 forcierte Marktbearbeitung in Deutschland an. Auch der Call Center Verband Deutschland meldete sich zu Wort: »Die Entscheidung des Ärztetages bringt endlich auch die medizinische Versorgung Deutschlands auf einen digitalen Weg. Dafür ist es jetzt wichtig, ausbremsende Regulierungen zu umgehen und die Ärztekammern sowie die Call- und Contactcenter-Branche bei der raschen Umsetzung zu unterstützen.«

Professor Marx hält es für keine gute Idee, dass Ärzte nur noch telemedizinisch arbeiten. Heilberufler müssten immer einen Teil der Arbeit »analog« am Patienten machen. »Sonst ist man irgendwann nicht mehr auf dem Expertenniveau, das man benötigt, um gute Telemedizin durchführen zu können.« 

# Neuer Markt – neue Versprechen

Telemedizin-Branche in erwartungsvoller Aufbruchstimmung

**Es herrscht Aufbruchstimmung in der Telemedizin-Branche. Die Anwendungen, die erprobt werden, um perspektivisch den Zutritt zum Markt zu schaffen, sind vielfältig. Ob und welche der Fernbehandlungen künftig von der Solidargemeinschaft bezahlt werden, hängt auch von der Akzeptanz der PatientInnen ab.**

Das Justizministerium Baden-Württemberg hat im Mai ein Modellprojekt zur Fernbehandlung in Gefängnissen gestartet. »Ein per Video zugeschalteter Arzt oder eine Ärztin kann innerhalb weniger Minuten Sprechstunden mit Inhaftierten durchführen«, erklärt die Firma A+ Videoclinic, die das eingesetzte telemedizinische System entwickelt hat. Ihre Software namens RemoteTriage sei auf evidenzbasierten Leitlinien aufgebaut, schreibt das Unternehmen, das sich Anfang 2018 gegründet hat; rund 30 ÄrztInnen stünden nun den Gefangenen »rund um die Uhr per Video zur Verfügung«. Das Programm ermögliche »eine Reduktion von Überweisungen und Einweisungen in außerhalb der Haftanstalten gelegene Einrichtungen«, prophezeit A+ Videoclinic. Auf diese Weise entfielen Gefangenentransporte zu Arztpraxen und Krankenhäusern, bei denen ja die

»Gefahr des Ausbruchs oder Übergriffs« bestehe. Die Erprobung dieser »ausschließlichen Fernbehandlung« im Strafvollzug wurde von der zuständigen Landesärztekammer genehmigt.

Das Klinikum Darmstadt bietet seit dem 1. Juni einen neuen Service an: die »digitale Hebammenberatung« für alle Mütter, die dort ihr Baby zur Welt bringen. In Kooperation mit der Berliner Start-up-Firma Kinderheldin GmbH sind Online-Beratungen »zur Nachsorge« möglich.

Die bei Kinderheldin festangestellten Hebammen seien erfahren und »täglich, auch an Wochenenden und Feiertagen, per Chat oder Telefon erreichbar«, versichert das Darmstädter Klinikum. Dessen Direktor Sven Ackermann sagt: »Dieser Service kann und soll unsere oder freiberufliche Hebammen nicht ersetzen, aber einen Zusatzservice und zusätzliche Sicherheit bieten.« Gleichzeitig erklärt Ackermann: »Auch in unserer Region haben es Schwangere und Eltern von Babys schwer, eine Hebamme zu finden. Und das Problem nimmt zu. In diese Lücke will das Angebot hinein.«


Eine »telemedizinisch gestützte Bewegungstherapie« hat die Fraunhofer-Gesellschaft entwickelt. Ziel des Projekts ReMove-It sei es, nach Hüft- und Kniegelenkoperationen die Rehabilitation »flexibler zu organisieren«. Bedarf dafür sieht Fraunhofer, da Reha-Angebote knapp und die Termine für Berufstätige oft aus Zeitnot nicht einzuhalten seien. Kern von ReMove-It sind Videos. Gezeigt wird ein Therapeut, der verschiedene Übungen ausführt, die der Reha-Patient vor dem Bildschirm nachahmt; wer mitmacht, braucht eine 3D-Kamera mit Internetzugang, Software und einen TV-Monitor. Nach der Übung erhalte der Patient eine »Rückmeldung zur ausgeführten Qualität«, erläutert Fraunhofer, »in Form von Rot- und Grün-Markierungen, die den einzelnen Körperbereichen Oberkörper, Arme und Beine zugeordnet sind«.

Läuft die Erprobung von ReMove-It wie geplant, soll bis 2019 ein entsprechendes Telemedizinprodukt auf den Markt kommen, dessen Nutzung zwischen 29 und 49 Euro im Monat kosten werde. »Gleichzeitig prüfen wir dessen Einsatz für andere Volkskrankheiten, die mit Bewegungstherapie behandelt werden können«, sagt Michael John vom Fraunhofer-Institut für Offene Kommunikationssysteme, »zum Beispiel

Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Parkinson.«

Marktchancen wittern nach Lockerung des Fernbehandlungsverbotes auch diverse Call-Center-Firmen, die sich auf telemedizinische Beratung spezialisiert haben. Reichlich Erfahrung

kann Medi24 vorweisen. Das Unternehmen, das zur Allianz-Versicherungsgruppe gehört, agiert seit Jahren in der Schweiz, wo es laut eigenen Angaben schon 4,5 Millionen Fernberatungsgespräche geführt hat. »Wir verzeichnen seit einiger Zeit vermehrt Anfragen von deutschen Krankenversicherern, die unsere Erfahrung nutzen möchten«, zitierte die *Ärztezeitung* am 12. Mai den Medi24-Chef Angelo Eggli.

Welche Marktideen sich durchsetzen und womöglich auch von Krankenkassen bezahlt werden, hängt letztlich von politischen Entscheidungen ab. Wichtig ist aber auch, wie sich PatientInnen verhalten. Niemand ist gezwungen, telemedizinische Angebote anzunehmen. Je mehr Menschen dies tun, desto stärker werden sich Fernbehandlungen ausbreiten. Zu mehr Personal in Kliniken, Praxen, Heimen wird das sicher nicht führen. *Klaus-Peter Görlitzer* 

**Je mehr Menschen telemedizinische Angebote annehmen, desto stärker werden Fernbehandlungen sich ausbreiten.**

## Probleme lösen, statt Digitalisierung pushen

»Denken hilft der Gesundheit« stand über einem Artikel, publiziert am 29. Mai auf der Meinungsseite der *tageszeitung (taz)*. Autoren sind die Berliner Risikoforscher Gerd Gigerenzer und Felix Rebitschek, die gängige Versprechen von Ministerien und Industrie zu Digitalisierung, Telemedizin, E-Health unter die Lupe nehmen. »Um von der Digitalisierung zu profitieren, müssen wir zunächst die Probleme des analogen Gesundheitswesens lösen«, schreiben die beiden Wissenschaftler; insbesondere fehle es an der notwendigen »digitalen Kompetenz«, um Informationen, digitale Geräte und Dienste »kritisch zu bewerten«. Solange dies so bleibe, werde die Digitalisierung den PatientInnen »wenig nutzen« und könne ihnen sogar »vielschaden«. Gigerenzer und Rebitschek benennen drei Kernprobleme. Erstens: »Mehr Informationen im Internet helfen nicht, solange die meisten Nutzer nicht evidenzbasierte von interessen geleiteten Informationen unterscheiden können.« Zweitens seien die meisten Ärztinnen und PatientInnen bisher nicht in der Lage, Gesundheitsstatistiken zu verstehen – was aber notwendig sei, um Nutzen und Schäden von Medikamenten, Therapien oder Apps beurteilen zu können. Drittens: Schon jetzt würden viele unnötige Präparate, Tests und Behandlungen beworben. »Falsche Anreize und Interessenkonflikte« könnten durch das Internet »weiter verschärft« werden. Die drei Kernprobleme, so die Risikoforscher, »hängen zusammen« und müssten zuerst gelöst werden, auch durch bessere Schul- und Erwachsenenbildung und Qualifizierung auch von MedizinerInnen. Digitalisierung sei »kein Allheilmittel«, und sinnvoll sei »nur jene, die den Patienten nützt«.



# Ausbremsen von Warnungen stoppen

## Grüne fordern Änderung des Arzneimittelgesetzes

**Geht es nach einem Gesetzentwurf der Grünen, werden neue Warnhinweise zu Nebenwirkungen von Arzneien zügiger auf den Packungsbeilagen erscheinen – auch, wenn Hersteller sich dagegen wehren.**

Zuständig für Zulassung und Sicherheit von Medikamenten ist das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), das jede Meldung zu Nebenwirkungen (→ *Kasten*) prüfen muss. Um PatientInnen vor Risiken zu schützen, ist das BfArM auch befugt, bei begründetem Verdacht den pharmazeutischen Hersteller zu verpflichten, Warnhinweise in Beipackzetteln anzugeben.

Bis das tatsächlich passiert, können mitunter Jahre vergehen: Legt der Hersteller nämlich Widerspruch gegen die Auflagen des BfArM ein und klagt anschließend beim Verwaltungsgericht, entfalten diese juristischen Schritte

»aufschiebende Wirkung« – was in der Praxis bedeutet: Erst nach Abschluss der Verfahren müssen die umstrittenen Warnungen auf dem Beipackzettel erscheinen, wenn der Hersteller der Arznei auf dem Rechtsweg gescheitert ist.

»In den letzten zehn Jahren«, weiß die grüne Bundestagsabgeordnete Kordula Schulz-Asche, »wurde in 47 Fällen den Auflagen des BfArM, welche die Abwehr von Gefahren durch Arzneimittel zum Ziel hatten, durch Hersteller widersprochen und somit Warnungen an Patienten verzögert«.

Als Beispiel nennt Schulz-Asche das Schöllkraut, das im Verdacht steht, die Leber zu schädigen. Bereits 2008 hatte das BfArM versucht, Hersteller von Arzneien, die Schöllkraut enthalten, per Bescheid zu verpflichten, Warnhinweise für Schwangere und PatientInnen mit Lebererkrankungen auf die Packungsbeilage zu drucken. Im Fall des Präparats Iberogast, das zur Behandlung von Magen-Darm-Beschwerden eingesetzt und inzwischen vom Bayer-Konzern vermarktet wird, hätten Rechtsbehelfe die Aufnahme der Warnhinweise »jedoch bis heute verhindern« können, erläutert Schulz-Asche.

Der ursprüngliche Hersteller Steigerwald hatte Widerspruch gegen den BfArM-Bescheid aus 2008 eingelegt, und 2017 zog Bayer mit einer Klage beim Verwaltungsgericht Köln nach. Im März 2018 erklärte Bayer per Pressemitteilung, Wirksamkeit und Sicherheit von Iberogast seien »bestätigt« – und zwar »in kontrollierten klinischen Studien und Erhebungen mit mehr als 50.000 Patienten und bei der Behandlung von mehr als 79 Millionen Menschen seit der Markteinführung«. Die gerichtliche Entscheidung steht noch aus.

### Vorrang für Patientenschutz?

Angesichts solcher Erfahrungen wollen Schulz-Asche und ihre Fraktion nun das Arzneimittelgesetz ändern. Ihr Gesetzentwurf vom 12. Juni sieht vor, dass vom BfArM angeordnete Auflagen »sofort vollziehbar« sind. Und dass Widerspruch und Anfechtungsklage seitens der Hersteller nicht mehr aufschiebend wirken – was zum Beispiel auch in der Schweiz so geregelt sei.

»Patientenschutz muss auch bei Arzneimitteln Vorrang haben«, schreiben die Grünen in ihrer Pressemitteilung zum Gesetzentwurf. Man darf gespannt sein, wie sich die anderen Fraktionen im Bundestag positionieren werden.

Klaus-Peter Görlitzer

### Für Transparenz bei Klinischen Studien

Transparency International (TI) versteht sich als »die weltweit führende Nichtregierungsorganisation für die Bekämpfung von Korruption«, das gilt auch für die Gesundheits- und Forschungsbranche. Die österreichische Abteilung von TI hat nun, gemeinsam mit weiteren Partnern, einen interessanten »Leitfaden für Entscheidungsträger« veröffentlicht, der »Transparenz bei Klinischen Studien« befördern soll. Es gebe hier ein »Problem«, schreibt TI, denn der Mangel an Transparenz bei Studien zu neuen Arzneimitteln und Medizinprodukten »erhöht das Risiko für Beeinflussung, Manipulation von Daten und Evidenzverzerrung«. Dies sei riskant für PatientInnen, könne zur Verschwendung öffentlicher Mittel führen und auch die Tür zu Betrug und Korruption öffnen. Der Leitfaden stellt nun Informationen bereit, die dazu beitragen sollen, die Verhältnisse zu verbessern. Im Kern empfiehlt das Papier drei Schritte für mehr Transparenz: »Sicherstellen, dass öffentlich finanzierte klinische Studien transparent sind«; »Bestehende Regeln wirksam durchsetzen«; »Stärkung der rechtlichen und regulatorischen Rahmenbedingungen«. Was diese Ansagen im einzelnen bedeuten, können nicht nur Fachleute, sondern auch interessierte Laien nachlesen. Die Broschüre steht im Internet zum Download bereit: <https://www.ti-austria.at/2018/05/16/transparenz-bei-klinischen-studien-ein-leitfaden-fuer-entscheidungstraeger/>

### Bitte melden!

Pharmaunternehmen, ÄrztInnen und ApothekerInnen sind gesetzlich verpflichtet, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zu informieren, wenn sie unerwünschte Wirkungen von Arzneien bemerken oder vermuten. Das BfArM nimmt Hinweise »sehr ernst«, liest man auf der offiziellen Homepage, die betont: »Je früher, häufiger und detaillierter das Bundesinstitut solche Meldungen erhält, desto früher können Risikosignale erkannt und bewertet werden.«

Was viele wohl nicht wissen und beim Arzt oder Apotheker eher selten kommuniziert wird: Auch BürgerInnen und PatientInnen können Nebenwirkungen von Medikamenten beim BfArM und beim Paul-Ehrlich-Institut (PEI) melden, wenn sie einen entsprechenden Verdacht haben. Dazu hält das BfArM ein »speziell für Verbraucher konzipiertes Meldeformular« bereit, zu finden per Mausklick: [https://verbraucher-uaw.pei.de/fmi/webd/verbraucher\\_uaw](https://verbraucher-uaw.pei.de/fmi/webd/verbraucher_uaw)

Wer dort Beschwerden und Nebenwirkungen zu Protokoll gibt, muss auch persönliche Kontaktdaten angeben. »Die Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt«, versichert das BfArM, die Datenübermittlung erfolge über eine »gesicherte Verbindung«. Ernst nehmen sollte man dabei zudem diesen Hinweis des BfArM: »Ganz wichtig ist, dass die Meldung der Nebenwirkung nicht den Arztbesuch ersetzt.«

## »Pharmadialog abschaffen«

**Die Bundesregierung soll den »Pharmadialog« mit Lobbyisten abschaffen und Protokolle veröffentlichen – fordert die unabhängige ÄrztInnen-Organisation MEZIS.**

Der »Pharmadialog« der vergangenen Legislaturperiode bestand aus vier Treffen hinter verschlossenen Türen in Berlin. Beamte der drei Bundesministerien für Gesundheit, Wirtschaft und Forschung redeten mit Repräsentanten von fünf Industrieverbänden, auch Gesandte einiger Forschungseinrichtungen und der Chemiegewerkschaft waren dabei.

Ergebnisse veröffentlichte das BMG im April 2016 auf [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de). Unter anderem vereinbarten die Gesprächspartner, die »weltweite Spitzenposition Deutschlands als Standort für Klinische Prüfungen« weiter zu stärken, mehr Medikamente für Kinder zu entwickeln, bei Antibiotika einiges zu tun und Lieferengpässen bei Arzneien entgegenzuwirken.

Den Abschlussbericht bewertet MEZIS als »vage«; es sei ein »einseitiges Agendasetting

zugunsten der Pharmaindustrie betrieben« worden, kritisiert Thomas Meyer vom Vorstand der ÄrztInnenorganisation. Substanzielle Ergebnisse zu Themen, die für PatientInnen wichtig seien, suche man vergeblich, ausgeblendet würden zum Beispiel »Mondpreise von Arzneimitteln, etwa gegen Hepatitis C«. Bedenklich findet MEZIS zudem, dass die Pharmaindustrie laut Abschlussbericht prüfen wolle, ob sie die Erstellung wichtiger medizinischer Leitlinien finanziell unterstützen könne, etwa mittels Zahlungen in einen Fonds.

»Wer Lobbyismus ablehnt«, meint MEZIS-Geschäftsführerin Christiane Fischer, »muss dem Pharmadialog den Kampf ansagen.« Der neue Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) hat aber schon angekündigt, den von seinem Vorgänger Hermann Gröhe (CDU) begonnenen »Pharmadialog« fortsetzen zu wollen, womöglich in erweiterter Runde, auch mit einigen GesundheitspolitikerInnen und Krankenkassen.

Um Transparenz bemüht und mit Verweis auf das Informationsfreiheitsgesetz hatte MEZIS die Protokolle der bisherigen Dialog-Treffen beim Bundesgesundheitsministerium angefordert. Ohne Erfolg.

## »Standort stärken«

Die gelernte Apothekerin Sylvia Gabelmann ist Sprecherin für Arzneimittel und Patientenrechte der Linken-Fraktion im Bundestag. Im Mai fragte sie schriftlich bei der Bundesregierung nach, welche Verbände beim geplanten »Pharmadialog« unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) mitwirken sollen – und ob dabei auch unabhängige Organisationen wie BUKO-Pharma-Kampagne, MEZIS oder Transparency International beteiligt werden. Die Antwort folgte am 6. Juni, unterschrieben von Sabine Weiss (CDU), Parlamentarische Staatssekretärin im BMG. Juristin Weiss erklärte: »Der ressortübergreifende Pharmadialog der Bundesregierung hat das Ziel, den Standort Deutschland für Forschung und Produktion zu stärken, um eine flächendeckende Versorgung mit innovativen und sicheren Arzneimitteln in Deutschland sicherzustellen.« Derzeit werde die »Neugestaltung des Pharmadialogs« vorbereitet, einbezogen würden wieder VertreterInnen aus pharmazeutischen Verbänden, Wissenschaft und Chemiegewerkschaft. Gabelmann fordert dagegen, dass auch PatientenvertreterInnen, kritische Arzneifachleute und unabhängige ForscherInnen mitreden sollen. In ihrer Pressemitteilung vom 12. Juni bringt die linke Gesundheitspolitikerin ihre Einschätzung der BMG-Auskünfte wie folgt auf den Punkt: »Pharmadialog dient nur den Konzernen, nicht den Patientinnen und Patienten.«

## »Patienten schützen, nicht Patente«

**Die Berner Organisation Public Eye fordert die Regierung der Schweiz auf, »über-teuerte Medikamentenpreise« zu bekämpfen. Druck soll eine Petition machen, die man online unterschreiben kann.**

Die Kampagne startete Ende Mai, die Parole lautet: »Heilungschancen dürfen keine Geldfrage sein, weder in der Schweiz noch anderswo!« Zugangsbeschränkungen zu wichtigen Arzneien können Menschen gefährden; das Problem ist in Staaten der sogenannten Dritten Welt weit verbreitet. Aber auch Menschen in reichen Gesellschaften sind davor nicht gefeit: »Sogar das Schweizer Gesundheitssystem ist kaum mehr in der Lage, für die überrissenen Preise insbesondere von neuen Krebstherapien aufzukommen«, stellt Public Eye fest, »viele Krebsbehandlungen kosten heute schon 100.000 Franken und mehr«.

»Hauptgründe der aktuellen Preisexplosion« sind laut der Organisation, die sich für faire Wirtschaftsbeziehungen einsetzt, insbesondere »Patent-monopole«. Auf deren Basis könnten Pharmafirmen die Preise ihrer Produkte praktisch nach Belieben festsetzen – staatliche Kontrolle sei, falls vorhanden, »zahnlos«. Und die Hersteller sind nicht verpflichtet, den finanziellen Aufwand für Forschung und Entwicklung neuer Präparate offenzulegen. »Die tatsächliche Höhe dieser Kosten ist allerdings eines der bestgeschützten Geheimnisse der Branche«, schreibt Public Eye.

Als Gegenmittel empfiehlt die Kampagne der Regierung, »das Instrument der Zwangslizenz« dann einzusetzen, »wenn die umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gefährdet ist«. Eine solche Lizenz würde es Generika-Firmen erlauben, billigere Nachahmer-Präparate herzustellen und in einem definierten Markt für eine bestimmte Zeitspanne zu verkaufen – auch wenn noch ein Patent besteht. Für die Nutzung seiner Erfindung durch Konkurrenten würde der Patentinhaber finanziell entschädigt.

### »Globale Signalwirkung«

In den USA zum Beispiel seien Zwangslizenzen mehrfach angewandt worden, »unter anderem zur Durchsetzung tieferer Medikamentenpreise«. Eine solche Regelung, realisiert im Land der Pharmariesen Roche und Novartis, würde nicht nur das Schweizer Gesundheitssystem entlasten helfen. Sie hätte auch »globale Signalwirkung und könnte andere Regierungen motivieren, dasselbe zu tun«, hofft Public Eye.

Die Forderung nach Zwangslizenzen ist Kern einer Petition an die Regierung, initiiert von Public Eye auf seiner Seite [www.bezahlbaremedis.ch](http://www.bezahlbaremedis.ch). Dort stehen auch spannende Hintergrundtexte, darunter der Report »Protect patients not patents« (»Patienten schützen, nicht Patente«), der auf 45 Seiten über Geschäftsmodelle der Pharmaindustrie und Gegenmittel informiert.

## »Anerkennung« reicht allein nicht

Die strukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen der Begleitung todkranker Menschen sind verbesserungswürdig

**Inge Kunz (Bocholt),  
Vorsitzende der Hospiz-  
vereinigung OMEGA  
Bocholt e.V.,  
Erika Feyerabend  
(Essen), Journalistin  
und BioSkoplerin**

### Perspektivwechsel nötig

»Anerkennung oder Angleichung?« – unter diesem Titel veröffentlichten Omega und BioSkop im Jahr 2015 ein gemeinsames Positionspapier zu aktuellen Problemen in der Hospizbewegung. Die 8-seitige Stellungnahme ist nach wie vor aktuell, hier ein kurzer Auszug:  
»Was unter »Sterbebegleitung« zu verstehen ist und welche Aufgaben Hospizdienste dabei erfüllen dürfen/sollen, ist auch nach den Rahmenvereinbarungen recht weit gefasst. Es gibt Versuche der Krankenkassen, mit vermeintlich klaren Definitionen und nach zergliederten, einzelnen Dienstleistungen den Beistand und die Begleitungen von ambulanten Hospizdiensten sehr eng auszulegen. Es kann nicht Aufgabe der Hospizdienste sein, im vorauseilenden Gehorsam dieser Politik zu folgen und dies zum Problem der Koordinatorinnen zu machen. Im Gegenteil. Ein Perspektivwechsel ist nötig, der selbstbewusst und nach hospizlichem Verständnis interpretiert, was zur Sterbebegleitung gehört: möglichst weit, möglichst offen nach individuellen und alltäglichen, sozialen Problemlagen – und überall dort, wo die Schwerstkranken zu Hause sind.«

Das Positionspapier kann man bei BioSkop anfordern, und es ist auch online: [www.omega-hospiz.de/downloads/omega\\_positionspapier-2015.pdf](http://www.omega-hospiz.de/downloads/omega_positionspapier-2015.pdf)

**Die Begleitung sterbender Menschen wird allerorten begrüßt – in den Kommunen, in Politik und Gesellschaft, von Krankenkassen und Leistungsanbietern. Doch die tatsächlichen Bedingungen, unter denen gestorben und Beistand geleistet wird, sind bis heute kritikwürdig.**

Im April 2018 schrieb die Bielefelder Rechtsanwältin Petra O'Brien-Coker einen Widerspruch wegen »Ablehnung der Kostenübernahme der Hospizunterbringung« an die zuständige Pflegekasse – Begründung: »Wie bereits in mehreren Fällen dieser Art und unter Beteiligung anderer Kassen, ist auch meine Mandantin kurze Zeit nach Ihrer Ablehnung der Kostenübernahme verstorben. Schon allein aus diesem Umstand ist ersichtlich, dass die Voraussetzungen des § 39a SGB V entgegen der Auffassung des MDK vorgelegen haben.«

Die angesprochenen Voraussetzungen sind geregelt, im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) und in den Rahmenvereinbarungen von Wohlfahrtsverbänden und Kostenträgern. So muss ein Arzt die Hospizaufnahme eines Patienten beantragen und begründen, wobei folgende Kriterien erfüllt sein müssen: Die Krankheit ist unheilbar und die Lebenserwartung absehbar begrenzt; medizinisch indiziert ist nur noch palliative Versorgung, die zu Hause nicht machbar ist. Die Krankenkasse muss binnen fünf bis sieben Tagen entscheiden, ob sie die Kosten gemäß ärztlicher Verordnung übernimmt.

Das funktioniert in der Regel gut. Doch allein in diesem Jahr hatten es die MitarbeiterInnen der Omega-Hospizdienste in der Region Niederrhein mit drei abgelehnten Anträgen zu tun, die auch nicht fristgerecht entschieden wurden. Die sterbenskranken Menschen bekamen dennoch einen Hospizplatz, sie verstarben meist, bevor der Widerspruch bearbeitet war. Das finanzielle Risiko trug die Hospizvereinigung. Letztlich musste die zuständige Krankenkasse die Tagessätze von rund 220 Euro pro Patient bezahlen.

Ökonomisch gesehen sind Ablehnungen nur sinnvoll, wenn man darauf setzt, dass kein Widerspruch eingelegt wird und Schwerstkranken unter widrigsten Umständen ambulant versorgt werden. Eine vollstationäre Pflege in einer Palliativstation oder Krankenhausabteilung wäre jedenfalls viel teurer.

Die HospizbegleiterInnen befürchten, dass sich die Genehmigungspraxis ändern könnte.

Bislang war es so, dass die Kassen den Medizinischen Dienst (MDK) erst einschalten, wenn Hospizgäste vier, acht oder zwölf Wochen nach der Aufnahme noch leben. Im statistischen Durchschnitt versterben PatientInnen im Hospiz nach drei Wochen, eine längere Überlebensdauer ist quasi begründungspflichtig. Könnte der MDK künftig direkt nach einem Aufnahmeantrag beauftragt werden, diesen zu genehmigen oder zu verweigern – ohne Gutachten, einfach nach Aktenlage? Das fragen sich die BegleiterInnen vom Omega-Hospizdienst mittlerweile.

### Lücken im Versorgungsnetz

Die Versorgung für sterbensranke Menschen ist lückenhaft. Palliativstationen sind oft überlastet. Es gibt zu wenig stationäre Hospizplätze – und immer mehr Alleinlebende, die ambulant nicht versorgt werden können. Auch die Kurzzeitpflegebetten in Altenheimen sind reichlich belegt, besonders zu Festtags- oder Ferienzeiten.

Wie werden solche Lücken im Alltag spürbar? Zum Beispiel diese sterbensranke Frau: Sie ist, glücklicherweise, noch im Palliativpflegebett eines örtlichen Altenheimes untergekommen. Infolge einer Behandlung mit Antibiotika leidet sie unter starkem Juckreiz. Der Notarzt spritzt ihr Kortison und füllt spät abends noch ein Rezept aus. Aber niemand kann das Rezept abholen. Angehörige sind nicht vor Ort. Es gibt nur eine Pflegekraft, die aber das Haus nicht verlassen kann. Sie ruft die ehrenamtliche Mitarbeiterin des Hospizdienstes an, um das Rezept einlösen zu können.

Oder der schwerstkranken Krebspatient: Er hat Luftnot und seine Beine sind so dick geworden, dass er die Füße nicht mehr spürt. Seine Kinder sind hilflos und überfordert, sie wollen nur noch: medizinische Hilfe! Sowohl sie als auch der Patient möchten eine Krankenhauseinweisung. Der Hausarzt sagt, das mache er nicht mehr und stellt ein Rezept aus, um die Luftnot zu lindern. Hilfreich wäre hier aber ein Palliativmediziner, der sich mit der Verschreibung von Morphinen oder Opiaten besser auskennt als mancher Hausarzt.

Im Prinzip gibt es neben dem Hausarzt in der ambulanten Betreuung Sterbender einen Palliativmedizinischen Konsiliardienst für medizinische Belange, palliative Pflegedienste für ambulante Pflege und hospizliche Begleitung für die psycho-sozialen Bedürfnisse. Der Konsiliardienst soll idealerweise mit dem Hausarzt zusammenarbeiten, den Patienten kennen, immer ansprechbar sein und jederzeit Hausbe- ➤



► suche machen. So könnten Notfallversorgungen vermieden werden. Dafür muss der Hausarzt den Patienten per Antrag in das zuständige palliativmedizinische Netz eingeschrieben haben. Doch nicht alle Niedergelassenen wollen das. Nicht alle arbeiten eng mit dem Palliativmediziner zusammen. Die Schwerstkranken oder ihre Angehörigen können sich bei Bedarf nicht selbst in dieses Netz einschreiben.

Die jeweiligen Dienste, die miteinander in Kontakt stehen sollen, haben jeweils eigene KoordinatorInnen und spezialisierte Aufgabengebiete. Für hilfesuchende Angehörige ist es oftmals nicht durchschaubar, wer nun eigentlich zuständig ist, wer sie über die verschiedenen Hilfsangebote und Ansprüche informieren und durch das System leiten kann. »Wir haben eine zentrale Telefonrufnummer in unserer Region. Sie wird aber nicht genutzt, einmal weil sie nicht gut bekannt gemacht wurde, zum anderen, weil die verschiedenen Einzeldienste sie nicht anbieten. Die gut gemeinte Vernetzung funktioniert nicht gut«, sagen die HospizdienstlerInnen am Niederrhein.

Mittlerweile gibt es weitere Angebote, die pflegende Angehörige beantragen können, auch Unterstützung durch Senioren-, Alltags-, DemenzbegleiterInnen. Manche müssen privat finanziert werden, und manche bezahlen die Krankenkassen im Rahmen einer »Verhinderungspflege« – mit 125 Euro monatlich, über einen begrenzten Zeitraum. Doch die Erfahrung zeigt: In extremen Lebenssituationen fehlen zuweilen die Kraft und das Wissen, um Anträge zu stellen, zunehmend auch das Geld, um Leistungen vorfinanzieren zu können. Durchsichtiger wird das gut gemeinte, ambulante Versorgungssystem durch diese vielen Angebote nicht. Wer arm ist, keine Einstufung im Rahmen der Pflegeversicherung hat oder gar nicht krankenversichert ist, kann diese Unterstützungen nicht erhalten.

Wegen schlecht bezahlter, prekärer Beschäftigungsverhältnisse und Altersarmut sind immer mehr Menschen darauf angewiesen, mit Aufwandsentschädigungen und 450-Euro-Jobs ihr schmales Einkommen aufzubessern – auch über »bezahltes Ehrenamt« im sozialen Bereich. Das ist politisch nicht unbedenklich, aber nachvollziehbar aus Sicht der »Ehrenamtler«. Die Hilfesuchenden haben andere Probleme: das bürokratische Antragswesen, die intransparenten Parallelstrukturen im Hilfesystem, die teilweise privat zu zahlenden Leistungen, die dann auch noch, je nach Region, unterschiedlich heißen.

### Unterfinanzierte Hospizdienste

Die unbezahlten HospizbegleiterInnen kommen ohne Anträge und Zusatzkosten ins Haus, um psychosoziale Hilfen sowie Beratung und weitere Unterstützungen zu leisten. Auch das ist politisch nicht unbedenklich, es besteht die

Gefahr, dass sozialstaatliche Versorgungslücken billig überbrückt und verschleiert werden. Noch gravierender: Die Ausgaben für die Freiwilligen sowie die Öffentlichkeitsarbeit der Hospizdienste werden immer schlechter abgesichert. Dabei besteht der gesetzliche Auftrag, »mindestens fünfzehn qualifizierte, einsatzbereite Ehrenamtliche« pro Dienst weiterzubilden. Nach Verhandlungen zwischen Wohlfahrtsverbänden und Kostenträgern wird dafür in Nordrhein-Westfalen noch eine spärliche Pauschale von 100 Euro jährlich pro unbezahlter Hospizmitarbeiterin gewährt. Öffentliche Veranstaltungen in den Kommunen, um Intransparenzen zu mildern oder die Beschäftigung mit Themen wie Tod, Sterben, Trauer oder Pflege zu fördern, werden von den Krankenkassen nur noch sehr eingeschränkt refinanziert.

An die hauptamtlichen KoordinatorInnen der Hospizdienste werden hohe Ansprüche gestellt. Neben beruflichen Qualifikationen müssen sie eine Palliativcare-Ausbildung gemacht haben sowie Seminare in Führungskompetenz und Koordination vorweisen. Nur wenige bringen all diese Voraussetzungen mit. Berufsbegleitend werden diese Seminare für hauptamtlich Tätige aber nicht mehr refinanziert.

Der OMEGA-Hospizdienst in Bocholt begleitet viele Sterbende. Für seine vielfältigen Aufgaben hat er im Jahr 2017 rund 300.000 Euro ausgegeben – abzüglich 13.500 Euro für die stationäre Hospizversorgung. Mit den verbliebenen 286.500 Euro wurden auch Weiterbildungen der haupt- und ehrenamtlichen MitarbeiterInnen, Informationsveranstaltungen und Seminare bezahlt.

### Reine »Dienstleistung«?

Aber nicht alle Kosten werden von der zuständigen Stelle der AOK als förderfähig akzeptiert. Gerade die öffentliche Präsenz und kontinuierliche Seminarangebote für die unbezahlten HospizbegleiterInnen werden immer eingeschränkter finanziert, obwohl dies essentiell für einen gut funktionierenden Hospizdienst ist – und für die auch politisch angemahnte, gesellschaftliche Debatte um »Sterbehilfe«. Im Bocholter Hospizdienst hofft man nun, wenigstens die beantragten Kosten von rund 227.500 Euro refinanziert zu bekommen, die schon vorsorglich die verengte Förderpraxis der Kostenträger berücksichtigt.

Wie in anderen Bereichen des Gesundheitswesens ist auch in der Hospizarbeit die Rhetorik von der »Anerkennung« weit verbreitet. Jenseits schöner Reden wird dieses Engagement zunehmend auf die reine Dienstleistung »Sterbebegleitung« reduziert und mit hohen Qualifikationsansprüchen befrachtet, die aber immer spärlicher finanziert werden. ☉

### Bitte weitersagen!

Wer in einem Pflegeheim oder in einer Behinderten-einrichtung lebt, soll künftig gezielt dazu motiviert werden, eine Patientenverfügung zu erstellen. Das ist problematisch! Aber genau darauf zielt die »Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase«, eingeführt mit dem Hospiz- und Palliativgesetz – und zwar als bezahlte Leistung der Krankenkassen. Das Angebot ist freiwillig, aber viele Heimträger scheinen es etablieren zu wollen – teils auch, weil ihnen neue Zuschüsse für Personal winken, das vielerorts ja knapp ist.

Hintergründe und individuelle wie gesellschaftliche Risiken solcher Planungsprogramme wurden im September 2017 bei einer Tagung beleuchtet, organisiert von Omega Bocholt und BioSkop in Kooperation mit der Katholischen Hochschule Münster. Die gedruckte Dokumentation der Vorträge und Diskussionen liegt inzwischen vor, FördererInnen von BioSkop haben sie per Post erhalten. Wollen Sie die Doku mit dem Titel *Zwischen Planungssicherheit und Sorgegesprächen – Nachdenken über Vorsorgeprogramme in der Alten- und Behindertenhilfe* weiterempfehlen? Das würde uns freuen! Interessierte können sie gern bei BioSkop bestellen, Telefon: (0201) 5366706, Mail: info@bioskop-forum.de. Die Broschüre ist auch online: [www.bioskop-forum.de](http://www.bioskop-forum.de)

## Vorschau

### Themen im September

➤ **Schwerpunkt**  
**Genomforschung**

➤ **Organtransplantation**  
**Neue Regeln?**

➤ **Ultimative Behandlungsplanung**  
**Wachsendes Unbehagen**

## Veranstaltungstipps

**Mo. 25. Juni, 18.30 – 20 Uhr**  
Münster (Universität, Hörsaal EGTM,  
Von-Esmarch-Straße 62)

➤ **Welches Leben würde es haben?**  
**Vortrag**

Christoph Rehmann-Sutter ist Professor für Theorie und Ethik der Biowissenschaften an der Universität zu Lübeck. Zu seinen vielfältigen »Forschungsinteressen« gehören Genetik und Genomik, Fortpflanzungsmedizin und »Entscheidungsprozesse am Lebensende«. Auf Einladung des Münsteraner Ethik-Instituts spricht Rehmann-Sutter über »Implikationen und Grenzen der reproduktiven Autonomie als moralisches Rationale für die pränatale Diagnostik«. Die Leitfrage des öffentlichen Vortrags heißt: »Welches Leben würde es haben?«

**Mi. 27. Juni, 10.00 Uhr – Do. 28. Juni, 16 Uhr**  
Berlin (Ellington Hotel, Nürnberger Str. 50-55)

➤ **Des Menschen Würde in unserer Hand**  
**Tagung**

Der Deutsche Ethikrat beleuchtet im Rahmen seiner Jahrestagung »Herausforderungen durch neue Technologien«. Gemeint sind vor allem: Eingriffe in Gehirn und Genom sowie »Künstliche Intelligenz« und Digitalisierung der Medizin. Ob und wo technische Entwicklungen die Menschenwürde gefährden, sollen zahlreiche ReferentInnen aus dem In- und Ausland erläutern, nach den gibt es eine Podiumsdiskussion. Es geht auch um die grundsätzliche Frage: »Welchen Stellenwert hat die Menschenwürde in der internationalen bioethischen Debatte?« Die Jahrestagung der Ethik-Fachleute ist öffentlich, interessierte BürgerInnen sind also willkommen.  
Anmeldung unter Telefon (030) 203 70-242

**Do. 5. Juli, 18.30 – 20 Uhr**  
Hamburg (Medizinhistorisches Museum im  
Uniklinikum Eppendorf, Martinistr. 52)

➤ **Medizinverbrechen im  
Nationalsozialismus**  
**Lesung und Gespräch**

Das Medizinhistorische Museum hat seit Ende 2017 auch einen »Lern- und Gedenkort« zu Medizinverbrechen im Nationalsozialismus. Informiert wird über die Opfer der NS-Euthanasie, Zwangssterilisationen, Humanexperimente, Eugenik, Rassenideologie. Ab 1967 ermittelte der Staatsanwalt Dietrich Kuhlbrodt zu den Krankenmorden in Hamburg. Auszüge aus seiner Anklageschrift gegen zwei Hauptverantwortliche werden bei der Lesung vorgetragen. Anschließend antwortet Kuhlbrodt auf Fragen des Medizinhistorikers Philip Ostens.

**Fr. 6. Juli, 10.00 Uhr – Sa. 7. Juli, 13 Uhr**  
Göttingen (Institut für Ethik und Geschichte der  
Medizin, Sem-Raum EGM, Humboldtallee 36)

➤ **Präventionen?!**  
**Symposium**

Der Tabubruch geschah im November 2016: Per Reform des Arzneimittelgesetzes ermöglichte der Bundestag, dass nichteinwilligungsfähige Menschen künftig an Studien zur Erprobung von Medikamenten teilnehmen dürfen – ohne erwartbaren therapeutischen Nutzen (→ *BIO-SKOP Nr. 76*). Rechtliche Voraussetzung ist eine Art Blanko-Vorausverfügung für die Forschung, die der Betroffene einst unterschrieben hat. Das Thema ist längst aus den Schlagzeilen verschwunden, aber in Fachkreisen natürlich auf der Agenda. Das Symposium, organisiert von der Göttinger Ethikprofessorin Silke Schick-tanz, beleuchtet die »Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der Demenzforschung«.

**Di. 10. Juli, 18.00 – 19.30 Uhr**  
München (Institut für Ethik, Geschichte und  
Theorie der Medizin, Lessingstraße 2)

➤ **Im Panoptikum der Gesundheit**  
**Vortrag**

Elektronische Selbstvermessungen und -kontrolle, zum Beispiel mittels Fitness-Armbändern und Smartphones, erscheint vielen Zeitgenossen attraktiv. »Soziale und ethische Aspekte des digitalen Self-Trackings« nimmt Fabian Karsch unter die Lupe; sein Vortrag ist öffentlich, und ärztliche ZuhörerInnen können sogar Fortbildungspunkte bekommen. Soziologe Karsch arbeitet an der Fakultät für Sport- und Gesundheitswissenschaften der TU München.  
Anmeldung unter Telefon (089) 2180-72776

**Do. 13. Sept., 10.30 Uhr – Sa. 15. Sept., 14 Uhr**  
Köln (Universität, Aula & Seminargebäude,  
Albertus-Magnus-Platz)

➤ **Medizin 4.0 – Ethik im digitalen  
Gesundheitswesen**

**Tagung**  
»Die digitale Transformation«, weiß die Akademie für Ethik in der Medizin (AEM), »verändert nicht nur das Wirtschaftsleben, die Arbeitswelt und die private Kommunikation, sondern betrifft auch den Gesundheitssektor in besonderem Maße.« Also ist »Medizin 4.0« das Thema der AEM-Jahrestagung in Köln. In der Ankündigung nennt die AEM reichlich Themen, die es zu erörtern gilt, u.a.: Aufbau und Vernetzung medizinischer Datenbanken, elektronische Patientenakten, Nutzung künstlicher Intelligenz in der Diagnostik, digitale Assistenz- und Überwachungssysteme, gesundheitsbezogene Apps und Wearables.  
Anmeldung online: <https://www.aem-online.de>

## Ja!

Ich abonniere **BIO SKOP** 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 **BIO SKOP**-Ausgaben. Mein **BIO SKOP**-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 **BIO SKOP** 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 **BIO SKOP** mit einem zwölf Monate laufenden Förderabonnem. 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 **BIO SKOP**-Ausgaben. Rechtzeitig vor Ablauf des Bezugszeitraumes werden Sie mich daran erinnern, dass ich erneut mindestens 25 bzw. 50 € im Voraus überweisen muss, wenn ich **BIO SKOP** 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