

BIOSKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

22. Jg. | Nr. 87 | September 2019

BIOSKOP Schwerpunkt Gesundheit & Geschäfte

- 8 Bertelsmann-Stiftung empfiehlt, jedes zweite Krankenhaus zu schließen
- 9 Gleichwertige Lebensverhältnisse?
- 9 GKV-Kliniksimulator.de
- 10 Wer stoppt die Dealmaschine?

Geplantes Lebensende

- 3 Aufruf zum Innehalten
- 4 Buchhaltung des Überlebens
- 5 Euthanasie-Beratung für Lebensmüde in den Niederlanden?

Ärztefortbildungen

- 6 Black Box Pharmsponsoring
- 7 Es geht auch transparenter

Biopolitik aktuell

- 13 Transplantation: Kein alternativer Gesetzentwurf in Sicht

Analyse

- 14 »Menschenwürde« als Grundbegriff der Ethik und des Rechts
- 15 »Soziale Beziehung«

Außerdem

- 12 Technik, Sorge, Demenz
- 12 Telematik, Datenschutz, Verantwortung
- 16 Veranstaltungstipps
- 16 Wunschzettel
- 2 Jetzt BioSkop unterstützen!
- 16 BIOSKOP im Dezember

Impressum

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

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

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

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

E-Mail: redaktion@bioskop-forum.de

Beiträge in dieser Ausgabe:

Reimer Gronemeyer, Martina Keller, Karin Michel,
Tobias Michel, Achim Teusch

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

Layout + Satz: RevierA, 45139 Essen, www.reviera.de

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

Technologisches Schlafwandeln

Erika Feyerabend

Technologischer Fortschritt weckt Hoffnungen auf immerwährenden Wohlstand und auf bequemere Alltagsorganisation. Die Strahlkraft der Idee des Fortschritts – sei es als technologisch-wissenschaftlicher, sei es als geschichtlich/gesellschaftlicher – ist immer noch fest verankert im kollektiven Bewusstsein. Das Unbehagen über dessen Folgen war und ist zeitgleich ein bewegendes und kontroverses Thema.

Schon in den 1960er Jahren schrieb die Philosophin Hannah Arendt über eine junge 1968er Generation, der eines gemeinsam ist: »die Erfahrung, dass gerade der ›Fortschritt‹ in mancherlei Hinsicht das Leben auf der Erde katastrophal bedroht«. Sie höre das »leise Ticken der Bombe im Lärm der Gegenwart« und ist sich überhaupt nicht mehr sicher, ob sie eine Zukunft hat. Auch die junge Generation, die heute, ein halbes Jahrhundert später, die Fridays-for-Future-Demos organisiert, hört dieses Ticken.

Warum hält sich die Vorstellung von einem geradezu schicksalhaft und unaufhaltsam voranschreitenden »Fortschritt« so hartnäckig? Der kalifornische Politikwissenschaftler und Technikphilosoph Langdon Winner hat – bezogen auf den Glauben an wissenschaftlichen und technologischen »Fortschritt« als bloßes neutrales Hilfsmittel, das Wohlstand und geschichtliche Entwicklung überhaupt ermöglichen würde – den schönen Begriff des »technologisches Schlafwandeln« erfunden. Schlafwandelnde agieren, als ob sie wach wären, wissen aber letztlich von ihrem nächtlichen Treiben wenig. Von Wissenschaft bis Alltagswissen, was wir wahrnehmen und erfahren – bis zum eigenen Körper – ist von Technik geleitet. Technik ist eben mehr als ein Objekt, nicht nur ein Zusatz zur sozialen Welt. Sie bestimmt zunehmend, wie wir leben, kommunizieren, uns verhalten, was wir hoffen können und fürchten müssen.

Was die Bedenken angeht, wie tiefgreifend Technik und Wissenschaft die Bedingungen menschlicher Existenz bestimmen, sind wir weitgehend ahnungslos, eben schlafwandelnd. Weder mit Technikfolgenabschätzung noch mit den bescheidenen ethischen Stoppschildern werden die politischen Dimensionen des Hochgeschwindigkeitszuges »Fortschritt« erfasst. Das heißt eben auch: den politischen Gehalt der Ideologie von einer Entwicklung in Frage zu stellen, die als unaufhaltsam und wohlstandssichernd propagiert und angesehen wird. Wie durchschlagend die Betriebsvoraussetzungen für die Fortschrittsmaschinerie sind, zeigt sich immer wieder auch im Gesundheitswesen.

Bitte auf der nächsten Seite weiterlesen ▶

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

die parlamentarische Sommerpause ist vorbei. Also wird es wieder ernst in Berlin, und wie es aussieht, könnten in diesem Herbst drei wichtige biopolitische Entscheidungen fallen, zumindest aber erheblich vorangetrieben werden. In Anhörungen des Gesundheitsausschusses sollen einige Fachleute Stellung nehmen zu den Gesetzentwürfen zwecks Förderung der »Organspende« sowie zur geplanten Impfpflicht gegen Masern.

Diese fragwürdigen Vorhaben haben wir mehrfach beschrieben und analysiert, zuletzt in BIOSKOP Nr. 86. Noch sind die Gesetzentwürfe aber unverändert, was bedeutet: Untergraben würden grundlegende, hart erkämpfte Prinzipien wie das Recht auf Selbstbestimmung und der Anspruch, frei und informiert entscheiden zu können, ob man medizin(techn)ische Eingriffe an sich vornehmen lassen will oder nicht.

Wir hoffen, dass wenigstens einige der ausgewählten ProfessorInnen den Mut haben werden, genau diese Tatsache öffentlich zu benennen – wer angehört wird, ist noch nicht bekannt (→ Seite 13). Schon am 19. September steht im Gemeinsamen Bundesausschuss eine Entscheidung mit gesellschaftlicher Tragweite an: Sollen Krankenkassen bald molekulargenetische Bluttests in der Frühschwangerschaft finanzieren? Zu dem Zweck, Ungeborene mit Trisomien aufzuspüren? Ein Vorhaben, gegen das sich BioSkop seit Jahren mit guten Argumenten, Analysen und Positionspapieren engagiert (→ Seite 13 und newsletter Behindertenpolitik).

Wir unterstützen widerständige, gut begründete Aktivitäten nach Kräften – und sind selbst auf Unterstützung angewiesen. Bitte helfen Sie mit, möglichst mit einer großzügigen Spende an den unabhängigen, gemeinnützigen BioSkop e.V.

Erika Feyerabend, Klaus-Peter Görlitzer

Fortsetzung von Seite 1 ▶

Technologisches Schlafwandeln

Eine viel beachtete Simulationsstudie der Bertelsmann-Stiftung empfiehlt, die Zahl der Krankenhäuser in Deutschland zu halbieren. So ließe sich u.a. die Spezialisierung der medizintechnisch aufgerüsteten Kliniken bewerkstelligen und die medizinische Versorgung verbessern, behauptet die Stiftung. So entstehen aber auch regionale Monopole.

Was die Studie nicht untersucht hat: wie damit sowohl die abhängig Beschäftigten in den Kliniken als auch die PatientInnen und ihre Angehörigen zu bloßen Figuren in einem Simulationsspiel werden, das von so genannter Effizienz und Rationalität geleitet ist (→ Seite 8).

So entstehen auch globale Monopole. Die »Dealmaschine« Fresenius Helios Konzern, die sich als »Europas führender privater Krankenhausbetreiber« darstellt, läuft meistens wie geschmiert. Die Gewinnerwartungen auch der AktionärInnen sind hoch und verwandeln das sozialstaatliche Gesundheitswesen zunehmend in ein auf gesteigerte Warenproduktion und Dienstleistungen orientiertes Geschäft (→ Seite 10).

Auch die ärztliche Fortbildung wird maßgeblich von Pharmakonzernen und ihren Interessen geprägt. Auch sie reden von »Fortschritt«, verstehen darunter aber vor allem das Marketing für ihre Produkte. Wer hier den Einfluss auf ärztliches Verhalten zumindest transparenter machen will, muss mit Widerstand und mitunter auch mit erheblichen finanziellen Risiken rechnen (→ Seite 6).

Statt größerer Gestaltungs- und Handlungsmöglichkeiten sehen wir uns einer zunehmen-

den Verstrickung gegenüber, die Wenige ermächtigt und Viele entmachtet hat. Pflegeheime bieten eine Beratung für die (Nicht-)Behandlung am Lebensende an, was im Kern aber nicht wirklich die Souveränität des Pflegebedürftigen fördert, sondern eher die Interessen und Planungen der anbietenden Institutionen bedient (→ Seite 3). Sie kann auch als eine Art »Buchhaltung des Überlebens« interpretiert werden, als »letzter

Akt des Konsumismus«, um die Dilemmata des medizinischen »Fortschritts« und der Anpassung an eine Warenwelt dem leidenden Individuum allein zu überlassen (→ Seite 4).

Der Glaube an den »Fortschritt« erst macht es möglich, das propagierte Wachstum von Warenproduktion und Bruttosozialprodukt, und auch die Entwicklung von neuen Technologien, als unabänderlich und gesellschaftlich erstrebenswert, als alternativlos anzusehen.

Wie wäre es, »die Handlungsspielräume, die Lebensgestaltungswünsche« als unantastbare Rechte zu verstehen, die weder technokratisch, noch an diesen längst kompromittierten Maßstäben zu messen sind? Der inflationär benutzte Begriff der »Würde des Menschen« könnte dann auch wieder ein menschliches Antlitz bekommen. Dann könnte »würdiges Sterben« von einer Leerformel, die selbst die Pflegebedürftigen und Sterbenden zu KonsumentInnen in der medizinischen Wachstumsbranche degradiert, eine konkrete Bedeutung gewinnen – in der Begegnung mit Menschen, die Zeit füreinander haben (→ Seite 14).

Es ist Zeit zu erwachen und das Glück auch im öffentlichen, politischen Handeln zu erfahren. Das ist wahrlich alternativlos.

Statt größerer Gestaltungs- und Handlungsmöglichkeiten sehen wir uns einer zunehmenden Verstrickung gegenüber, die Wenige ermächtigt und Viele entmachtet hat.

BioSkop unterstützen!

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

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

Rufen Sie uns an, Ihre Ansprechpartnerin ist Erika Feyerabend, Telefon (0201) 5366706, info@bioskop-forum.de

BioSkop-Spendenkonto

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

Aufruf zum Innehalten

WissenschaftlerInnen veröffentlichen Memorandum zur »Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase«

Wer in einer Pflege- oder Behinderteneinrichtung lebt, soll von speziell geschulten BeraterInnen bewegt werden, eine Patientenverfügung zu verfassen. Damit wird der Verzicht auf bestimmte Therapien vorab verbindlich erklärt – mit Blick auf Erkrankungen, die noch gar nicht eingetreten sind. Darauf zielt im Kern die »Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase«, ermöglicht mit dem Hospiz- und Palliativgesetz (HPG). Einige Heime sind dabei, das »Vorsorge«-Instrument zu etablieren, das wir wiederholt hinterfragt haben (→ BIOSKOP Nr. 84). Nun hat eine Gruppe von WissenschaftlerInnen ein kritisches »Memorandum« veröffentlicht.

Die Überschrift liest sich wie ein Appell: »Innehalten und Alternativen ermöglichen zu ACP und Versorgungsplanung im Sinne des § 132 g SGB V« steht über dem Memorandum. Unterzeichnet haben es acht Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands (DHPV), darunter die ProfessorInnen Thomas Klie, Andreas Heller, Helen Kohlen, Werner Schneider und Reimer Gronemeyer (Siehe Seite 4).

»Medizinische und pflegerische Praktiken am Lebensende und auch existenzielle-soziale Umgangsweisen werden in eine dominant juristisch geleitete Planungspraxis überführt«, heißt es zu Beginn der 6-seitigen Stellungnahme. Gegenstand der mit dem HPG als Kassenleistung eingeführten gesundheitlichen Versorgungsplanung seien »Vorabfestlegungen zur medizinischen Behandlung, insbesondere für Notfallkonstellationen«.

Enger Finanzierungsrahmen

Zu den vom Gesetzgeber vorgegebenen Kernelementen gehörten: qualifizierte Gesprächsbegleitung mit dem ausdrücklichen Ziel, mehr und aussagekräftige Patientenverfügungen zu erstellen; Fallbesprechungen; standardisierte Dokumentation. Sterben werde so »zu einem medizinischen Planungsvorgang«, was auch dem »Wunsch der Träger nach größerer Rechtsicherheit in der Alltagspraxis der Heime« entgegenkomme.

»Andere Ansätze einer umfassenden Vorsorge haben derzeit kaum eine Finanzierungschance im Rahmen des HPG«, erklären die VerfasserInnen des Memorandums und betonen, dass Hospiz-

arbeit und Palliativ Care sich aber »gerade nicht auf rein medizinische Fragen« beschränken. Aus Perspektive der Betroffenen sei die »Kontinuität menschlicher Beziehungen, eben eine Sozialität des Sterbens elementar«, schreiben die WissenschaftlerInnen, »um sich vertrauensvoll und autonom anderen Menschen überlassen zu können, denen aufgrund von institutioneller Glaubwürdigkeit zugerechnet werden kann, dass sie es »gut meinen« werden«.

Die im HPG eingeführte und bezahlte Versorgungsplanung ist laut Memorandum nur ein möglicher Ansatz qualifizierter Beratung und »mit einer Art Monopolstellung ausgestattet« – entwickelt im Wesentlichen von ÄrztInnen und erprobt in nur einer Modellregion (→ BIOSKOP Nr. 49+50), weshalb diesem Ansatz »in keiner Weise eine belastbare Evidenz attestiert« werden könne. Zudem missachte die im HPG festgelegte Ausrichtung andere Beratungsansätze, die zum Beispiel aus Seelsorge, Sozialer Arbeit, Pflege und Medizin bekannt seien und auch praktiziert würden, geben die WissenschaftlerInnen zu bedenken. Vor dem Hintergrund plädieren sie dafür, »plurale Beratungs- und Unterstützungsangebote« zu ermöglichen, zu fördern, zu erproben und auch zu erforschen, wobei unter anderem auch »gesundheitsökonomische Kalküle beteiligter Akteure« zu untersuchen seien.

Kommentare gefragt

»Mit einer erstaunlichen Pragmatik haben sich relevante Akteure der Implementation des § 132 g SGB V angeschlossen«, wundern sich die UnterzeichnerInnen des Memorandums und appellieren: »Das sollte seitens der an Palliative Care und der Hospizidee orientierten Organisationen nicht unkommentiert bleiben.«

Erstmals öffentlich vorgestellt wurde das Memorandum am 28. Juni im Rahmen einer Fachtagung »Sterben nach Plan?«, die der wissenschaftliche Beirat des DHPV in Berlin mit rund 100 TeilnehmerInnen veranstaltete. Anschließend veröffentlichte der Hospiz- und Palliativverband auf seiner Internetseite <https://www.dhvp.de> eine kurze Pressemitteilung, mit integrierten Links zum Memorandum sowie zu den Vortragsfolien der ReferentInnen der Berliner Tagung.

Offen blieb zunächst, wie die ausführliche Stellungnahme, die man ja unbedingt im Zusammenhang lesen sollte, weiter bekannt gemacht und zielstrebig verbreitet werden soll.

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

Einfach hinnehmen?

Das Memorandum von Beiratsmitgliedern des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands setzt sich auch mit der Frage der »Akzeptanz von Abhängigkeit und Assistenz« auseinander. Wir zitieren einen Auszug:

»Es ist in den Diskussionen der letzten Jahre auch deutlich geworden, dass es sehr schwer ist, die akute Bedrohung einer künftigen lebensgefährlichen Notlage zu antizipieren, erst recht dann nicht, wenn man sie noch nicht erlebt hat. Wir wissen, dass eine Vorwegnahme von lebensendlichen Gefährdungslagen verständlicherweise diffuse, aber auch sehr konkrete Ängste auslösen kann – Ängste vor langem Leiden, vor dem Verlust der individuellen Würde und der selbstbestimmten Persönlichkeit. Vor allem wissen wir, dass Menschen mit fortschreitendem Alter die Angst haben können, anderen immer mehr zur Last zu fallen, und daher geneigt sind, ihr Leben abzuwerten und zu entwerten. Damit besteht die Gefahr, dass solche latenten und manifesten Einstellungen die für alle Beteiligten sinnvollen Auseinandersetzungen über das Kommende in existenziellen Lebenskrisen färben. Der Respekt vor der Autonomie der Betroffenen führt allzu oft zu einer Haltung, die widerspruchslös und affirmativ die »Selbstabschaffungsbereitschaft« von Menschen hinzunehmen geneigt ist.«



Buchhaltung des Überlebens

Nachdenken über das Planen und Steuern des Sterbens

Reimer Gronemeyer, seit 1975 Professor für Soziologie an der Justus-Liebig-Universität in Gießen

Pflegeheime bieten ihren BewohnerInnen zunehmend eine »gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase« (→ Seite 3) an, bezahlt von den Krankenkassen. »Nein, danke!« erklärt Reimer Gronemeyer vorsorglich in seinem Essay.

Nein, ich werde diesen palliativen Hochgeschwindigkeitszug nicht besteigen. Ich hoffe jedenfalls, dass ich den Mut haben werde, »Nein, danke!« zu sagen, wenn ein zertifizierter Gesprächsbegleiter mein Pflegezimmer betritt, die Formulare für die ACP-Befragung unter dem Arm. Vielleicht verlässt mich auch der Mut und ich beuge mich dem Druck.

ACP, zu deutsch BVP, ist die Abkürzung für »Behandlung im Voraus planen«. Ganze Heerscharen von im Schnelldurchgang ausgebildeten ACP-ExpertInnen sind unterwegs, um in Pflegeheimen und Hospizen ihre Formulare einzubringen. ACP, diese neue Errungenschaft im Geschäft mit dem Sterben, wird von den Krankenkassen bezahlt.

Noch ist die Teilnahme freiwillig. Aber ich glaube nicht, dass das ein freiwilliger Befragungsprozess bleibt. Der Direktor einer großen Pflegeeinrichtung gibt das im Gespräch unverblümt zu: Das kommt für alle. Wir sind in der Erprobungsphase, sagt er. In einer Erprobungsphase, wo abgefragt wird, wer in seiner letzten Lebensphase welche Therapien will und welche nicht, vorsorglich für den Fall, dass er oder sie sich nicht mehr selbst äußern kann.

Der ausgefüllte Fragebogen ermöglicht es, für die medizinischen Behandlungen dann Algorithmen zu entwickeln, die ärztliche Entscheidungen sauber aus der dokumentierten Willenserklärung des Befragten ableiten. Das ist doch toll: Der Patient kriegt das, was er/sie selbst gewollt hat. Und so sind denn alle zufrieden.

Der Verdacht besteht zwar, dass dieses neue Instrument mittelfristig dazu geeignet sein wird, explodierende Kosten zu senken. Neue Krebstherapien zum Beispiel können so teuer sein, dass sie gedeckelt werden müssen. Es ist sehr praktisch, wenn man den Verzicht aus dem Willen des Patienten ableiten kann. Die Bereitschaft zur Selbstabschaltung wird abgefragt. Eine ACP-Praktikerin sagte in einer Runde von Pflegekräften kürzlich: Manchmal fühle sie sich mit ihren Fragen aber sehr zudringlich, auch seien manche Befragten den Fragen nicht gewachsen.

Das Ganze kommt ja daher wie ein großer, demokratischer Selbstbestimmungsschub am Lebensende: War nicht die Patientenverfügung vor allem aus der Angst entstanden, dass lebensverlängernde Maßnahmen angewendet werden, die mehr der experimentellen Neugier der MedizinerInnen (und vielleicht auch ihrem Geldbeutel) dienen als dem Menschen? Und jetzt werden wir gefragt und entscheiden endlich selber.

Aber abgesehen davon, dass der heimliche Lehrplan der BVP der Sparimpuls sein könnte, geht es ja nicht wirklich um eine souveräne eigene Entscheidung. Im Kern ist da nicht Souveränität gefragt, sondern es handelt sich um einen letzten Akt des Konsumismus. So wie ich vor der Käsetheke im Supermarkt zwischen Gouda und Edamer wählen kann (was niemand für einen Akt demokratischer Selbstbestimmung

ausgeben würde), soll ich nun vorausschauend zwischen Beatmungsapparat ja oder nein, Ernährungssonde ja oder nein, wählen. Es ist nicht der demokratische Bürger gefragt, sondern der *homo consumens*, der bis zum letzten Atemzug

seiner Warenwelt behaftet bleiben soll. Da soll er dann die Wahl zwischen Pest und Cholera fällen – aber das hat mit der Entscheidung eines Menschen in Freiheit und Souveränität nichts zu tun.

Das palliative Geschäft weckt ja immer deutlicher den Verdacht, dass es dabei um eine perfekte Organisation und Planung des Ablebens geht, in der der Tod nicht wirklich mehr zum Gegenstand des Nachdenkens, der Meditation, des Erlebens werden darf. Wie soll es sein? Die Devise heißt: schmerzfrei, sediert, selbstbestimmt. Es bleibt offen, wie weit die ACP-Macher und Profiteure, von ihrer eigenen Todesangst getrieben, diesen Schritt in eine weitere Technokratisierung von Sterben und Tod in die Welt vorantreiben. Es ist ein großer Akt der Betäubung, der den Blick auf Sterben und Tod verhängt.

Dieser sterbende Konsument wird umworben mit dem Versprechen, es gehe um seine Sicherheit. Das haben Sicherheitspläne ja so an sich: dass sie versuchen, Risiken auszuschließen und damit dann Gefahr laufen, das Leben und die Erfahrung des Sterbens überhaupt zu verhindern. Wir sollen ja heute als brave Gesundheitsbürgerinnen und Gesundheitsbürger am liebsten jeden Monat zu irgendeiner Vorsorgeuntersuchung eilen, um dieser und jener Gefahr

»Entscheidungstod« als Leitbild?

Das Memorandum von Beiratsmitgliedern des Deutschen Hospiz- und Palliativverbands (→ Seite 3) beleuchtet auch den »gesellschaftlichen Kontext« der öffentlich beworbenen, vermeintlich autonomen, individuellen Gestaltung des eigenen Todes – und zwar wie folgt: »Eigenverantwortung, Selbstbestimmung, Selbstmächtigkeit, Selbstkontrolle und Selbstoptimierung sind Leitorientierungen unserer Gesellschaft. Der Imperativ der Autonomie lautet: Du musst dein Leben selbst bestimmen und natürlich auch dein Sterben. Alle Fragen der Verantwortung und letztlich auch der Entscheidungen nicht nur in medizinischen Behandlungen werden delegiert an die »Autonomie« der Bürger*innen, an die betroffenen Subjekte und damit auch die Verantwortung für medizinische Nicht-Behandlungen. Der »Entscheidungstod« wird zum Leitbild.«

ACP ist ein Fluchthelfer – diese Behandlungsplanung hilft bei der Flucht vor den entscheidenden Fragen des Lebens.

Euthanasieberatung für Lebensmüde?

Alte Menschen, die erwägen, ihr Leben zu beenden, könnten in den Niederlanden künftig Anspruch auf aktive Hilfen zum Sterben erhalten – auch wenn sie nicht schwer krank sind. Eine solche Ausweitung von Euthanasie würde ein Gesetzesentwurf zum »Vollendeten Leben« ermöglichen, den die als linksliberal geltende Partei D66 Anfang 2020 vorlegen will.

Initiatorin des Vorhabens ist die Abgeordnete Pia Dijkstra, die in den Niederlanden auch als TV-Moderatorin bekannt geworden ist. Laut Dijkstra sollen Menschen, die ihr Leben als »vollendet« ansehen, einen Anspruch auf Beratung durch speziell ausgebildete »Lebensendebegleiter« erhalten; diese ExpertInnen sollen auch einschätzen, ob der geäußerte Sterbewunsch freiwillig, wohlüberlegt und dauerhaft sei. Geeignet für eine Ausbildung zum »Lebensendebegleiter« könn-

Lebensendebegleiter sollen einschätzen, ob der geäußerte Sterbewunsch freiwillig, wohlüberlegt und dauerhaft sei.

ten ÄrztInnen, Pflegekräfte, Psychotherapeuten und Gesundheitspsychologen sein.

Ein Mindestalter, ab dem Euthanasie für Lebensmüde zulässig werden sollte, nannte Dijkstra noch nicht, als sie ihr Gesetzesvorhaben Anfang September bekannt machte. D66 gehört seit Oktober 2017 zur Vier-Parteien-Koalition, die vom konservativ-liberalen Regierungschef Mark Rutte angeführt wird,

zwei der Regierungsparteien in Den Haag haben das C für christlich im Namen. Dass sie Dijkstras Vorstoß unterstützen, gilt als eher unwahrscheinlich.

Tötung auf Verlangen des Patienten und ärztliche Beihilfe zum Suizid sind in

den Niederlanden seit 2002 unter bestimmten Bedingungen straffrei. 2017 wurden laut offizieller Statistik 6.585 Euthanasie-Fälle in den Niederlanden registriert, im Jahr 2010 waren 3.136 gemeldet worden.


Klaus-Peter Görlitzer 

- ▶ im Ansatz zu begegnen. Und da droht dann die Gefahr, dass man zum Präventionsbürger wird, zu jemandem, der angstvoll den Befehlen der Gesundheitspäpste gehorcht und vor lauter Vorsorge gar nicht mehr zum Leben kommt: Sicherheit als Bürgertugend. Am Sichersten ist man ohnehin, wenn man im Bett bleibt und es nur verlässt, um zur nächsten Vorsorgeuntersuchung zu eilen.

Jean Baudrillard, französischer Philosoph und Soziologe, hat vor dem exzessiven Sicherheitsstreben in modernen Gesellschaften gewarnt: Eine Sicherheitsgesellschaft erstarrt, weil jeder Schritt ins Leben ein Risiko einschließt – und deshalb sind Sicherheitsgesellschaften tote Gesellschaften und Sicherheitsbesessene sind wandelnde Leichen. »Der zwanghafte Sicherheitstrieb kann als eine ... Vorwegnahme des Todes im Leben selber interpretiert werden: von Absicherung zu Absicherung ... ist das Leben nur noch eine trübselige defensive Buchhaltung ... eine Buchhaltung des Überlebens.« Der Sicherheitswahn ist nichts anderes als die gesellschaftliche Prothese einer toten Gesellschaft. ACP ist nichts anderes als der Versuch, das Sterben auszusperren, den Blick auf das Sterben zu verhindern, weil ja immer noch was zu entscheiden und zu machen ist. ACP ist nichts als ein gutgemeintes Ablenkungsmanöver.

Die Faszination, mit Hilfe von ACP das Sterben zu ordnen und zu planen, ist groß. Es

ist unendlich mühsam, gegen dieses schwere Geschütz der palliativen Versorgung etwas aufzubieten. In einem Gespräch mit einem Freund ist mir das gerade deutlich geworden. Es hat mir mein eigenes Scheitern deutlich gemacht, ich habe die Verlockung, die im ACP-Fragebogen liegt, gespürt, erfahren. Der Freund spricht über seine Knochenmetastasen. Auf dem Tisch liegt eine lange Reihe von Medikamenten, die allein der Unterdrückung von Nebenwirkungen seiner Chemotherapie dienen. Worüber reden wir? Welche Therapien in Frage kommen, welche vorzuziehen seien, für welche er sich entscheiden soll. Es gelingt mir nicht, die Frage von Tabletten und Therapien auf die Frage nach Leben und Sterben zu lenken. Wir haben uns nicht die Zeit genommen, über das Wesentliche zu sprechen. Den Trost haben wir in der Diskussion von Chancen gesucht.

ACP ist das Symptom einer kranken Gesellschaft, die nur in technokratischen Alternativen denken kann. So blendet sie erfolgreich die Frage nach dem, was Leben ist und was der Tod, aus. ACP ist das Trostpflaster einer trostlosen Gesellschaft. Nicht die Frage nach der Liebe, nicht die Frage nach der Freundschaft, nicht die Frage nach dem Schmerz und der Angst sind im Raum. ACP ist ein Fluchthelfer – diese Behandlungsplanung hilft bei der Flucht vor den entscheidenden Fragen des Lebens. Und dazu ist der Fragebogen gut. Und der zertifizierte Gesprächsbegleiter. 

Bitte weitersagen

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

Black Box Pharmasponsoring

Transparenz bei Fortbildungen für Ärzte sehr lückenhaft

**Martina Keller
(Hamburg), Journalistin**

Noch immer legt nur ein Bruchteil der Ärztinnen und Ärzte offen, ob und wofür sie Gelder von Pharmaunternehmen erhalten haben. Transparenz kann aber nur ein erster Schritt sein. Die Ärzte-Initiative »MEZIS – Mein Essen zahle ich selbst« fordert, dass Ärzte-Fortbildungen frei von Sponsoring sein müssen.

Beim Thema Durchsichtigkeit geht es in der Ärzteschaft nur mühsam voran. »Der 122. Deutsche Ärztetag hat wieder die Chance verpasst, einen wichtigen Schritt zu mehr Transparenz im Gesundheitswesen zu vollziehen«, sagt Niklas Schurig, Vorstandsmitglied von MEZIS. Der Hintergrund: Eine Gruppe von Medizinern um MEZIS-Mitglied Robin Maitra hatte Ende Mai in Münster eine Ergänzung der Musterberufsordnung beantragt. Demnach sollten Ärztinnen und Ärzte per Standesrecht verpflichtet werden, finanzielle oder sonstige geldwerte Zuwendungen von Herstellern offenzulegen. Doch der Antrag wurde nicht beschlossen, sondern zur Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer weiterverwiesen. Was daraus wird, ist offen.

In den USA müssen bereits seit Jahren alle finanziellen Zuwendungen oberhalb einer Bagatellgrenze von zehn Dollar offengelegt werden, dies schreibt der Physician Payments Sunshine Act gesetzlich vor (→ *BIOSKOP* Nr. 59). Erstmals im Jahr 2014 veröffentlichten die Centers for Medicare and Medicaid Services Zahlungen. In Europa hat die Lobbyarbeit der pharmazeutischen Industrie eine gesetzliche Regelung erfolgreich verhindert.

Hierzulande gibt es stattdessen eine freiwillige Selbstverpflichtung. Seit 2015 haben sich die Mitgliedsunternehmen der Freiwilligen Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie (FSA) und des Verbandes forschender Pharma-Unternehmen (vfa) verpflichtet, sämtliche Zuwendungen an Ärzte, Fachkreisangehörige und medizinische Organisationen und Einrichtungen zu veröffentlichen. Dem FSA gehören allerdings nicht sämtliche Pharmafirmen an. Zurzeit zählt er 56 Unternehmen, laut Selbstdarstellung repräsentieren sie rund zwei Drittel des Arzneimittelmarktes hierzulande.

Namen von Ärztinnen und Ärzte können im Prinzip gemäß FSA-Vorgaben auch genannt werden – aber nur dann, wenn sie ausdrücklich einverstanden sind (→ *Kasten Seite 7*). 2018 erlaubten aber lediglich 21 Prozent der Ärzte, die Zahlungen von Unternehmern angenommen hatten, eine Veröffentlichung ihrer individuellen

Daten. 2016 waren es noch rund 25 Prozent gewesen. Aber selbst wenn Unternehmen Zahlungen offenlegen, ist für Patientinnen und Patienten noch nicht viel gewonnen.

Das gemeinnützige Recherchenetzwerk *Correctiv* hatte im Jahr 2016 gemeinsam mit *Spiegel Online* die Angaben, die auf den Internetseiten der FSA-Firmen zu finden sind, in der Datenbank *Euros für Ärzte* zusammengeführt. Dort konnten Interessierte über Namen, Ort oder Postleitzahl erkunden, welche Vortragshonorare oder Reisekosten ihr Arzt von welchem Pharma-Konzern bekommen hatte. 2017 starteten *Correctiv* und *Spiegel Online* zudem die Null-Euro-Datenbank, in der sich Ärzte eintragen lassen konnten, die im zurückliegenden Jahr kein Geld von einem Unternehmen bekommen hatten.

»Gezielte Kampagne« vermutet

So viel Transparenz ist offenbar nicht von jedem gewünscht. Udo von Langsdorff, Fachanwalt für Medizinrecht, überzieht *Correctiv* und *Spiegel Online* im Namen genannter Ärzte mit Klagen gegen die Datenbank *Euros für Ärzte*. Anfang Juni 2019 waren es demnach 132 Klagen gegen *Correctiv* und 174 gegen *Spiegel Online*. Die Schriftsätze und Argumente der Kanzlei seien in jedem Fall nahezu identisch, teilt *Correctiv* in einem Artikel in eigener Sache auf seiner Webseite mit. Auch das Ergebnis sei bisher immer gleich gewesen: Alle 136 Urteile von Landgerichten in ganz Deutschland seien bislang zugunsten der Redaktionen ausgefallen – »und zwar 53 Urteile für CORRECTIV und 83 für Spiegel Online«.

»Der Umfang und die Art und Weise des Vorgehens lässt eine gezielte Kampagne gegen diese wichtige Initiative vermuten«, sagt Manja Dannenberg, Vorstandsmitglied der Initiative MEZIS: »Obwohl bislang alle Klagen abgewiesen wurden, beobachten wir das mit großer Sorge.« So muss *Correctiv* die Kosten für den eigenen Rechtsanwalt, Marc-Oliver Srocke von der Hamburger Kanzlei Schultz-Süchting, und dessen Team vorfinanzieren. Für einen einzigen Prozess kämen, je nach Streitwert und Höhe der anfallenden Reisekosten, leicht 2.000 bis 3.000 Euro für einen Anwalt zusammen. Im Falle einer Niederlage drohten *Correctiv* Kosten von weit über 5.000 Euro, da auch der gegnerische Anwalt und die Gerichtskosten zu zahlen seien. Insgesamt belaufe sich das finanzielle Risiko für *Correctiv* bei 132 eingereichten Klagen auf mehr als 660.000 Euro.

»Richtig kooperieren«

Über 170.000 ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen praktizieren hierzulande freiberuflich. Ihre Interessen soll insbesondere auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vertreten. Auf der KBV-Website steht unter anderem eine 24-seitige Broschüre mit dem Titel »Richtig kooperieren«. Sie beschreibt Beispiele aus der Praxis, erläutert Regeln des Anti-Korruptionsgesetzes vom Juni 2016 (→ *BIOSKOP* Nr. 71 + 72) und behandelt interessante Fragen – zum Beispiel: »Ist es erlaubt, dass Ihnen ein Pharmahersteller die Reisekosten zu einer wissenschaftlichen Tagung finanziert? Welche rechtlichen Risiken hat die Teilnahme an Anwendungsbeobachtungen?« Die KBV-Broschüre (Stand: Oktober 2016) ist gratis zugänglich und aufschlussreich – nicht nur für MedizinerInnen, sondern auch für PatientInnen.

Der FSA versichert unterdessen, Transparenz sei ein wesentliches Mittel, um das öffentliche Vertrauen in das Gesundheitswesen zu stärken. Für MEZIS ist Transparenz nur ein erster Schritt, um Interessenkonflikte konsequent zu managen. Einflussnahme werde durch das Offenlegen von Zahlungen womöglich transparent, aber nicht verhindert. Deshalb fordert die Ärzte-Initiative, dass insbesondere Ärzte-Fortbildungen frei von Sponsoring bleiben müssen. Wie mehrere Studien belegt hätten, beeinflussten finanzielle Zuwendungen und Geschenke das Verschreibungsverhalten von Ärztinnen und Ärzten.

Die Forderung, keine CME-Punkte für von Pharmafirmen gesponserte Fortbildungen zu vergeben, lehnt der FSA »im Sinne von Patientinnen und Patienten« ab. Aus Gründen der Pluralität habe der Gesetzgeber bewusst weder bestimmte Gruppen noch Unternehmen aus dem Kreis der potenziellen Anbieter ausgeschlossen.

Im Interesse von Patientinnen und Patienten wäre es aber sinnvoll, so bald wie möglich

keine Fortbildungspunkte mehr für gesponserte Veranstaltungen zu vergeben. Dies zeigt einmal mehr eine von MEZIS analysierte Fortbildung des Anbieters CME-Medlearning vom Februar diesen Jahres: »Herausforderung Myokardinfarkt-Nachsorge: Wie begegnen wir dem Fortschreiten der Atherosklerose?« Die Fortbildung wurde durch das Unternehmen Amgen mit 10.700 Euro gesponsert, Amgen stellt im Bereich Atherosklerose den PCSK9-Inhibitor Repatha (Evolocumab) her. Die Referentin, eine Allgemeinärztin aus Berlin, hatte unter anderem Gelder von Amgen bekommen, gab aber nach Recherchen von MEZIS an, dass bei ihr keine Interessenkonflikte bestünden.

Die Fortbildung war von der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) zertifiziert worden. Bei rund 65.000 Veranstaltungen im Jahr vertraue man zunächst den Angaben des wissenschaftlichen Leiters, teilte die BLÄK auf Anfrage von BIOSKOP mit. Bei konkreten Hinweisen fordere man Stellungnahmen ein. »Diese werden wir voraussichtlich auch in diesem Fall veranlassen.«

Inhaltlich legte die Referentin laut MEZIS in ihrem 46 Folien umfassenden Vortrag einen einseitigen Fokus auf das von Amgen hergestellte Medikament Evolocumab, das zur Senkung der Blutfettwerte eingesetzt wird. Sie erwähnte es zehnmal, nannte zweimal sogar den Markennamen Repatha. Hingegen sei das Konkurrenzprodukt Alirocumab nicht erwähnt worden. Aus Sicht der BLÄK kein Problem: Es seien ja andere Substanzklassen genannt worden. Und Alirocumab sei im Juli 2019 wegen Patentstreitigkeiten vom Markt genommen worden. Ein Argument, das MEZIS nicht gelten lässt: Zum Zeitpunkt der Fortbildung, im Februar 2019, »war Alirocumab normal zugelassen und das – in der Tat einzige, aber eben relevante – Konkurrenzprodukt.«

Rücknahme der Zertifizierung?

Noch etwas kritisiert die unabhängige Ärzte-Initiative: Die Referentin habe einen Therapie-Algorithmus empfohlen, der den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis nicht umfassend abbilde, da die AWMF-Leitlinien zum Thema nicht erwähnt wurden. Der Therapie-Algorithmus berufe sich zudem auf eine im *Deutschen Ärzteblatt* vorgestellte Studie, die heftig kritisiert worden sei, unter anderem da der Autor ebenfalls Geld von Amgen bekam und somit relevante Interessenkonflikte hatte.

All dies rechtfertigt für MEZIS, dass die BLÄK die Zertifizierung dieser Fortbildung zurücknehmen müsse. Die teilte BIOSKOP abschließend mit, man gehe Hinweisen nach und überprüfe »nach neuem Kenntnisstand gemäß den bestehenden Regelwerken«. Auf das Ergebnis darf man gespannt sein.

Studierenden-Konferenz zu Interessenkonflikten

Einflussnahmen von Pharmafirmen werden mittlerweile auch von einigen angehenden ÄrztInnen hinterfragt. Vom 18. bis 20. Oktober gibt es eine Premiere, angekündigt ist die »1. Studentische Bundeskonferenz zu Interessenkonflikten in der Medizin« in Berlin. Zum Hintergrund steht in der Einladung: »An medizinischen Fakultäten in Deutschland haben mehr als 8 von 10 Studierenden Kontakt mit der Industrie. Vorbereitet darauf fühlt sich kaum jemand. Medizinische Fakultäten haben wenig bis gar keine Lehre zu Interessenkonflikten und wie man mit ihnen umgehen kann. Der aktuelle Forschungsstand deutet darauf hin, dass sich Verschreibungspraxis von späteren Ärzten verbessert, wenn es an ihren Fakultäten effektive Regelungen zu Interessenkonflikten gab.« Bei der Berliner Konferenz werden mehrere Fachleute referieren, darunter Professor Wolf-Dieter Ludwig, seit 2006 Vorsitzender der Arzneimittelkommission der Bundesärztekammer. Vorbereitet wird die Veranstaltung von den studentischen Organisationen UAEM und BVMD (»AG Interessenkonflikte«), unterstützt werden sie von der ÄrztInnen-Initiative MEZIS. Die Konferenz ist gedacht als Auftakt einer bundesweiten Kampagne mit ehrgeizigen Zielen. Sie macht sich dafür stark, dass im Medizinstudium künftig auch Interessenkonflikte thematisiert werden und dass Dozierende und Fakultäten eventuelle Kooperationen mit Pharmafirmen offenlegen. Das Programm, Möglichkeiten zum Mitmachen und weitere interessante Informationen stehen auf der Webseite <http://interessenkonflikte.com/konferenz>

Es geht auch transparenter

639 Millionen Euro haben Pharmafirmen im Jahr 2018 an ÄrztInnen und medizinische Institutionen gezahlt, vor allem für Forschungsleistungen (413 Millionen Euro), aber auch zwecks finanzieller Unterstützung von Kongressen, Fortbildungen und Vorträgen.

Diese Zahlen veröffentlichte der Verein Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie (FSA) Ende Juni. Im Dunkeln bleiben aber meist die Namen der bezahlten ÄrztInnen, nur »rund 21 %« hatten eine Offenlegung erlaubt. »Eine Namensnennung, ohne Zustimmung der Betroffenen«, erklärt der FSA, »ist datenschutzrechtlich nicht möglich.« Das stimmt, liegt aber an der Machart des Kodex.

Wie mehr Transparenz machbar wäre, hatten wir schon im Dezember 2013 (*BIOSKOP Nr. 64*) erklärt: »Eine Selbstverpflichtung, die Zahlungen davon abhängig macht, dass die Empfänger auch einer Veröffentlichung zustimmen, wäre selbstverständlich denkbar.« Solche Verbindlichkeit wollen die FSA-Firmen offenbar nicht. Stattdessen kündigte FSA-Geschäftsführer Holger Diener an, »weiter für eine möglichst große Unterstützung bei Ärztinnen und Ärzten« zu werben.

Effektiver wäre es bestimmt, wenn die Politik umsetzen würde, was die Arzneimittelkommission der Bundesärztekammer fordert. Ihre Stellungnahme vom Februar 2019 plädiert dafür, eine »gesetzliche Transparenzverpflichtung« einzuführen, um finanzielle Verbindungen von ÄrztInnen mit Pharma- und Medizinprodukteherstellern öffentlich zu machen (→ *BIOSKOP Nr. 85*). Klaus-Peter Görlitzer



Merkwürdiges Bertelsmann-Rezept

Studie der Stiftung empfiehlt Schließung jeder zweiten Klinik – angeblich, um die medizinische Versorgung zu verbessern

Tobias Michel (Oberhausen), Berater von Interessenvertretungen in Kliniken und Heimen

»Eine bessere Versorgung ist nur mit halb so vielen Kliniken möglich.« Mit dieser Botschaft machte die Bertelsmann-Stiftung im Sommer reichlich Schlagzeilen. Ihre merkwürdige These basiert auf einer Simulationsstudie. Was wurde da durchgespielt?

Tun wir mal so, als ob! Das spielen Kinder gern im Sandkasten. Mit tiefem Ernst prüfen sie Möglichkeiten und entdecken Alternativen. Stolz verkünden sie dann: Guck mal, so geht das und das geht auch anders.

Auch Erwachsene spielen ernsthaft. Drei von der Bertelsmann-Stiftung beauftragte Wissenschaftler nannten ihre Studie jedoch nicht Sandkasten, sondern »Zukunftsfähige Krankenhausversorgung – Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am

Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen«. Sie simulierten, wie viele Krankenhäuser ausreichen, damit jeder Mensch in Stadt und Land in höchstens 30 Minuten

deren Notaufnahme erreichen kann. Und sie simulierten gleich weiter: Wie viele Krankenhäuser bleiben übrig, falls jedes über alle 14 Fachabteilungen hinweg durch ausreichend gleichartige Fälle Erfahrungen sammeln kann?

Als Sandkasten wählten die Autoren das Versorgungsgebiet 5 in Nordrhein-Westfalen mit gut zwei Millionen EinwohnerInnen in den Großstädten von Köln und Leverkusen bis weit hinein ins eher dünn besiedelte Bergische Land. Von den 45 Krankenhausstandorten in dieser Region befindet sich mit 22 Standorten knapp die Hälfte in Köln. Das war die Ausgangslage.

Dann begannen die Wissenschaftler zu simulieren; mal ging es ihnen allein um die Erreichbarkeit, mal zusätzlich um Mindestmengen bei den typischen Behandlungen als einer möglichen Bedingung für Qualität. Wo sollten Krankenhäuser stehen? Wie viele wären da optimal?

Am Ende ihrer Planspiele standen in der Millionenmetropole Köln nur noch ein bis zwei Krankenhäuser. Unbekümmert beschreiben die Herren diese gigantischen Bettenburgen, auf Seite 54 der Studie steht: »Das Universitätsklinikum Köln hätte mit rund 166.000 Fällen einen deutlich größeren Versorgungsumfang als die Charité im Jahr 2017 mit ihren drei Berliner

Standorten zusammen (142.757 Fälle) und auch einen deutlich größeren als die angestrebten ›Superkrankenhäuser‹ in Dänemark. Bei den drei kleineren Häusern (Waldbröl, Wermelskirchen, Frechen) hingegen würden sich die Fallzahlen nur unwesentlich ändern.«

In der Kölner Firma BDO-legal haben sich Anwälte und Wirtschaftsprüfer zu einer der wichtigsten Beratungsgesellschaften für Krankenhäuser in Deutschland zusammengeschlossen. In ihrem Newsletter Nr. 7 vom Juli 2019 ordnet Diplom-Kaufmann Andreas Kamp die Gedankenspiele vorsichtig ein. »Ein Modellvorschlag, wie er vom Expertenteam der Studie entwickelt wurde, grenzt sich fast schon automatisch von der Realität ab. So geht es zunächst einmal nicht um die Umsetzbarkeit, sondern lediglich um ein Modell auf der ›grünen Wiese.«

Ganz anders trumpfte die Bertelsmann-Stiftung auf, als sie die 106 Seiten am 15. Juli online stellte: »Eine bessere Versorgung ist nur mit halb so vielen Kliniken möglich.« Die Stiftung hat die Studie in

Auftrag gegeben und bezahlt. Darum nimmt sie sich heraus, das Spielergebnis sehr frei zusammenzufassen: »In Deutschland gibt es zu viele Krankenhäuser. Eine starke Verringerung der Klinikanzahl von aktuell knapp 1.400 auf deutlich unter 600 Häuser würde die Qualität der Versorgung für Patienten verbessern und bestehende Engpässe bei Ärzten und Pflegepersonal mildern.«

Die Studie hatte nicht untersucht, ob die Halbierung der Anzahl der Standorte möglich ist. Sie hatte nicht einmal untersucht, was ihre Szenarien kosten würden. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), durchaus mit sehr eigenen Interessen, setzte am selben Abend in den Nachrichten den Schätzwert auf mehrere hundert Milliarden Euro.

Die von Bertelsmann bezahlten Wissenschaftler beschreiben gerade einmal mit ein paar Stichworten ihrer Einleitung, dass ausreichend große Fachabteilungen durch die Ansammlung ihrer Erfahrung wohl Fehler bei Behandlungen vermeiden. Die Zusammenballung an wenigen Standorten kann angeblich auch gegen den Mangel an Fachpersonal helfen. Eine mehr als mutige Behauptung. Denn da müsste ja auch das gesamte Personal rund um die Großkrankenhäuser zusammengezogen werden, eine

Bewegungsratschlag

Der Personal-Notstand in Pflege und Kliniken ist längst zum öffentlichen Dauerthema geworden. Zunehmend engagieren sich Beschäftigte und auch PatientInnen dafür, Arbeitsbedingungen und Versorgung in den Krankenhäusern zu verbessern. Gegen die Kommerzialisierung und das Abrechnungssystem der Fallpauschalen (DRG) streitet seit Jahren das Bündnis »Krankenhaus statt Fabrik«.

Nun lädt die Initiative zu einem »Krankenhaus-Bewegungsratschlag« nach Berlin ein, Veranstaltungsort ist die Bundesverwaltung der Gewerkschaft Ver.di.

Auf der Agenda am 29. und 30. November stehen Fragen wie diese: »Was sind die nächsten Schritte im Kampf für eine gesetzliche Personalbemessung? Welche Alternativen der Krankenhausfinanzierung wollen wir stark machen?« Interessiert? Lust, dabei zu sein? Das Programm und viele Hintergrundinfos sind online:

www.krankenhaus-statt-fabrik.de

Am Ende ihrer Planspiele standen in der Millionenmetropole Köln nur noch ein bis zwei Krankenhäuser.

► kleine Völkerwanderung. Normale Menschen erwarten da Verluste, denn da ziehen wohl nicht alle mit.

Die drei Studienautoren Martin Albrecht, Stefan Loos und Karsten Zich, alle drei beschäftigt beim IGES-Institut in Berlin, untersuchten auch nicht, ob mit der Qualitätsverbesserung durch die Konzentration von Erfahrung zugleich schlechtere Qualität eingehandelt wird. Etwa durch die Hospitalisierung, die Herauslösung der PatientInnen aus dem Kreis ihrer

Angehörigen. Oder durch Spezialisierung, also einer Verengung statt einer eher ganzheitlichen Medizin.

Und schon gerät die verbesserte Versorgung ganz aus ihrem Fokus, sie schreiben: »Der Wettbewerb der Krankenhäuser trägt daher Merkmale ruinöser Konkurrenz, führt zu Defiziten in der Behandlungsqualität und zu Effizienzverlusten.« Ja, das beobachten die Autoren sehr scharfsichtig. Und sie überraschen uns: In ihrem Sandkasten versorgt jedes der neuen Großkrankenhäuser seine eigene Region. Hier droht keine Konkurrenz. Wir können dies auf einen knappen Nenner bringen: Empfohlen werden regionale Monopole, mit durch die Krankenhausplanung garantiertem Gebietsschutz.

Wem sollen diese Monopol-Krankenhäuser gehören, wer soll sie leiten? Wer hat Glück und bekommt im nun weiteren Umkreis eine kommunale Klinik? Wer hat Pech und muss sich mit einer Klinik in katholischer Hand begnügen? Und wer hat das Nachsehen – weil die von oben zugeteilte Bettenburg mit ihren Rechnungen an die Krankenkassen zugleich auch eine Dividende von 12 Prozent an die privaten AktionärInnen der privaten Klinikette finanzieren muss?

Die Abendnachrichten und Zeitungen wiederholten die Botschaft der Bertelsmann-Stiftung, ohne zu stolpern oder beim Nachdenken ins Stottern zu kommen: »Eine bessere Versorgung ist nur mit halb so vielen Kliniken möglich.« Doch niemand hatte auch nur untersucht, ob vielleicht die Verwandlung einiger ländlicher Kliniken mit weniger als 150 Betten in Notfall- oder Portalkliniken möglich und sogar deutlich billiger wäre. Niemand hatte untersucht, ob dies ebenfalls PatientInnen und Angehörige besser versorgen könnte. »Nur mit halb so viel Kliniken« – diese eingängige Botschaft schließt nicht nur jegliche alternativen Pläne aus. Sie schließt bereits jeden Abstrich bei dieser Radikalkur aus.

Mit 100 Milliarden Euro könnten wir über 25 Jahre hinweg zusätzliche rund 50.000 Pflegekräfte und 25.000 ÄrztInnen finanzieren. Ließe sich damit die Gesundheitsversorgung verbessern? Es wäre möglich.

Ungefragt versucht die Bertelsmann-Stiftung, ihr anderes, eigensinniges Bild der Zukunft zu stanzen. Das zeitigt Wirkung. Womöglich werden Diskussionen um Personalmängel und skandalöse Schlechtleistung künftig mit den neuen, angeblichen Gewissheiten ungefähr so eingeleitet: 1.000 Krankenhäuser weniger genügen, größere sind besser, all das ist längst bekannt und wissenschaftlich festgestellt.

Wenn Kinder spielen, schwimmt die Grenze zwischen Wirklichkeit und Fantasie. Wenn WissenschaftlerInnen spielen, schauen wir besser genauer hin – was ist plausibel, was hat welche Auswirkungen, wer hat sie bezahlt, was wollen wir?

Gleichwertige Lebensverhältnisse?

Mehrere Interessenverbände haben das Szenario der Bertelsmann-Stiftung öffentlich abgelehnt. Was folgt daraus?

Der Marburger Bund (MB) ist der größte Verband der angestellten und beamteten ÄrztInnen hierzulande. MB-Vorsitzender Rudolf Henke, der auch CDU-Bundestagsabgeordneter ist, reagierte am 15. Juli mit einem kämpferischen Statement: »Planungsentscheidungen werden in den Ländern getroffen und nicht am grünen Tisch der Bertelsmann-Stiftung. Es lässt sich aus der Warte von Ökonomen leicht von Zentralisierung und Kapazitätsabbau fabulieren, wenn dabei die Bedürfnisse gerade älterer, immobiler Menschen unter den Tisch fallen, die auf eine wohnortnahe stationäre Grundversorgung angewiesen sind.« Und Henke fügte hinzu: »Was wir nicht brauchen, ist eine weitere Zurichtung der Krankenhauslandschaft im Sinne einer profitorientierten Konzernbildung.«

Pointiert äußerte sich auch Klaus Reinhardt, seit Juni neuer Präsident der Bundesärztekammer: »Die von der Bundesregierung eingesetzte Kommission ›Gleichwertige Lebensverhältnisse‹ hat gerade erst die Bedeutung der Daseinsvorsorge und Sicherung einer gut erreichbaren, wohnortnahen Gesundheitsinfrastruktur herausgestellt und das Bundesgesundheitsministerium die Förderung von 120 kleineren Kliniken bundesweit beschlossen. Da ist es schon mehr als befremdlich, wenn die Bertelsmann-Stiftung jetzt pauschal die Schließung von 800 Krankenhäusern fordert.« Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) kritisierte, dass die Bertelsmann-Stiftung die »Zerstörung von sozialer Infrastruktur in einem geradezu abenteuerlichen Ausmaß« propagiere.

Bleibt abzuwarten, welche Taten die Interessenverbände den starken Worten vom Juli konkret folgen lassen werden, sollte die Politik wirklich auf Szenarien à la Bertelsmann einsteigen.

Klaus-Peter Görlitzer

GKV-Kliniksimulator.de

Das Szenario der Bertelsmann-Stiftung zur Neuordnung der Krankenhausversorgung hat für viel Aufsehen gesorgt. Auf der politischen Agenda steht das Thema aber schon länger, wenn auch weniger plakativ. Einen Eindruck gewinnt man auf den Internetseiten des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV). Dort gibt es auch einen sogenannten GKV-Kliniksimulator, den der GKV-Spitzenverband am 8. September 2016 öffentlich vorstellte – Überschrift der Pressemitteilung: »Ist dieser Krankenhausstandort wirklich notwendig? Der Kliniksimulator sorgt für Transparenz«. Die Mission des Projekts erläuterte Wulf-Dietrich Leber, Abteilungsleiter Krankenhäuser des GKV-Spitzenverbandes, laut Pressemitteilung wie folgt: »Wir sind davon überzeugt, dass mehr Spezialisierung und der Abbau von für die Versorgung nicht benötigter Klinikkapazitäten Hand in Hand gehen müssen. Weil diese Diskussion über Neubau, Umwidmung oder Schließung eines Standortes nicht nur in den Planungsbehörden, sondern auch in den Kommunen geführt wird, findet sich unser Kliniksimulator ab heute für jedermann einsehbar im Internet.« www.gkv-kliniksimulator.de zeige die »Entfernung von rund 80.000 Wohnbezirken zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung mit den Basisabteilungen Chirurgie und Innere Medizin«, erklärt die GKV-Pressestelle. »Wir wollen den Entscheidungsträgern vor Ort eine solide Grundlage für anstehende Standortentscheidungen geben«, sagte der studierte Volkswirt Wulf-Dietrich Leber.



Wer stoppt die Dealmaschine?

Ein Blick auf den Fresenius Helios Konzern, der sich »Europas führender Krankenhausbetreiber« nennt

Achim Teusch (Hennef), Ver.di-Aktiver, Anästhesist und langjähriger Vorsitzender des Betriebsrates im Helios Klinikum Siegburg, jetzt Rentner

«Gefährdungsanzeige»

Wer im deutschen Fallpauschalensystem Gewinn erzielen will, muss die durchschnittlichen Kosten der zur Berechnung der Preise herangezogenen »Referenzkrankenhäuser« unterschreiten, also insbesondere Personalkosten einsparen. Der Vorstandschef von Fresenius, Stephan Sturm, erklärte am 13. Mai 2019 in der Tageszeitung *Die Welt*: »Aber auch mit einer Marge von 10 bis 12 Prozent kann man gut auskommen.« Wer hohen Gewinn erzielen will, muss die vergleichbaren Personalkosten der Referenzkrankenhäuser weit unterschreiten. Welche Folgen das für Betroffene haben kann, beschrieb *Der Spiegel* am 4. August 2018 (Heft 32/ 2018) anschaulich. Ausgangspunkt war eine »Gefährdungsanzeige«, die eine Pflegekraft aus dem Helios Klinikum Siegburg geschrieben und die der dortige Betriebsrat öffentlich gemacht hatte. SPIEGEL-Autorin Cornelia Schmergal berichtete dazu u.a.: »Als die Krankenschwester an diesem Abend ihren Dienst in der internistischen Abteilung antritt, erfährt sie, dass sie die Nachtschicht allein übernehmen muss. Eine Kollegin sei erkrankt, seit einer Woche schon, teilt man ihr mit. Auf der Station 2B liegen Palliativpatienten, Schwerstpflegebedürftige und Sterbende. Sie klingeln nach Hilfe, die ganze Nacht. Die Arbeit sei »alleine nicht zu bewältigen«, schreibt die Pflegerin.«

Das sozialstaatliche Gesundheitswesen ist zu einem lukrativen Geschäftsfeld geworden, bei dem viele Akteure vor allem Gewinnmargen und Expansionen im Blick haben. Wie das in der Praxis vor sich geht, zeigt zum Beispiel die Entwicklung des Fresenius Helios Konzerns, laut Selbstdarstellung »Europas führender privater Krankenhausbetreiber«.

Ich erinnere mich an eine Sitzung des Konzernbetriebsrats der Wittgensteiner Kliniken AG im Jahr 2003. Zwei Jahre zuvor hatte Fresenius die Eintrittskarte in den Krankenhausmarkt gelöst und das Unternehmen aus Bad Berleburg mit rund 30 Akut- und Fachkliniken und 4.600 Beschäftigten gekauft.

Die Wittgensteiner Kliniken AG war vor dem Kauf defizitär, und sie blieb es auch danach. Umso überraschter waren die KonzernbetriebsrätInnen, als das zuständige Vorstandsmitglied der Fresenius AG erklärte, der Konzern strebe einen Marktanteil im Krankenhausbereich von etwa 20 % an. Unsere Prognose war, dass der Anteil bald wieder auf 0 % sinken würde. Stattdessen erlebten wir die Verwandlung des eher altbackenen Fresenius-Konzerns in die »Dealmaschine« Fresenius.

Dieser Begriff aus der Wirtschaftspresse ist bei Fresenius nicht besonders beliebt. Im Jahr 2014 erklärte Ulf M. Schneider, der damalige Vorstandsvorsitzende, in einem FAZ-Interview: »Alle vier Geschäftsbereiche von Fresenius lassen sich mit unserer Kombination aus organischem Wachstum und gezielten Übernahmen nach wie vor gut weiterentwickeln. Wir sind nämlich keine »Dealmaschine«, wie es uns manchmal unterstellt wird, aber auch kein Unternehmen, das ausschließlich aus eigener Kraft wachsen will.«

Dessen ungeachtet nahm die Dealmaschine Fahrt auf: 2005 kaufte Fresenius die Helios Kliniken für 1,58 Milliarden Euro. Das Geld erhielt ein einziger Mann, Lutz Helmig. 13 Jahre danach, im März 2018, berichtete das *Handelsblatt*: »Der deutsche Milliardär Lutz Helmig greift nach dem südafrikanischen Ingenieurbaukonzern Murray & Roberts. (...) Die Offerte liegt mit 15 Rand je Aktie um 56 Prozent über dem Schlusskurs vom Donnerstag, das Unternehmen wird damit mit 6,7 Milliarden Rand (465 Millionen Euro) bewertet.«

Die Gewinne aus dem »Krankenhaushandel« (Fresenius Helios) fließen in den großen Konzernpool, dort vermischen sie sich mit den

Gewinnen aus dem Dialysegeschäft (Fresenius Medical Care), aus klinischer Ernährung und Infusionstherapie (Fresenius Kabi) und aus Bautätigkeit und Facility-Management (Fresenius Vamed). Aus dem großen Pool fließen sie dann weiter in die verschiedenen »Deals«: 2006 übernahm Fresenius Medical Care die Renal Care Group (Nashville, Tennessee) für 3,5 Milliarden US-Dollar. 2008 erwarb Fresenius Kabi für 3,7 Mrd. Dollar (2,4 Milliarden Euro) den US-amerikanischen Generikahersteller APP. 2012 kaufte Fresenius Kabi für 1,1 Mrd. US-Dollar Fenwal (Geräte zur Gewinnung und Verarbeitung von Blut für Blutbanken und Krankenhäuser) und wurde zum weltweit größten Anbieter von Blut-Transfusionstechnik. 2017 übernahm Fresenius Kabi das Biosimilars-Geschäft von Merck für 656 Millionen Euro. 156 Mio. Euro wurden mit Abschluss der Übernahme gezahlt. Im Juni 2018 übertrug Fresenius sein stationäres »Reha-Geschäft«, 38 Gesundheitseinrichtungen und 13 Service-Gesellschaften »mit Schwerpunkt auf stationärer Rehabilitation und Pflege« von Helios auf Fresenius Vamed. Die »Vamed« wurde 1982 als Tochtergesellschaft des Stahl- und Rüstungskonzerns Voest Alpine gegründet, um das Allgemeine Krankenhaus der Stadt Wien fertigzustellen. 1996 erwarb Fresenius 77 % der Anteile. 13 % gehören noch immer dem österreichischen Staat, 10 % der B&C Holding.

Die größten Deals

Für Helios reservierte der Konzern die größten Deals: 2013 eignete sich Fresenius Helios für 3 Milliarden Euro die Mehrzahl der Krankenhäuser der Rhön-Klinikum AG an und wurde zum größten privaten Klinikbetreiber in Europa. Die Rhön Klinikum AG bot ihren Aktionären den Rückkauf von 66 Millionen Aktien (von 138 Mio.) zum »Angebotspreis« von 25,18 Euro pro Aktie an. Insgesamt wurden 1,63 Milliarden Euro an die Aktionäre ausgezahlt.

Nebenbei schluckte der Konzern die Krankenhäuser der Maximalversorgung in Krefeld und Duisburg, die Humaine Kliniken und die Damp-Klinken. 2016 überschritt Fresenius Helios die deutschen Grenzen, erst nach Spanien und von dort nach Peru und Kolumbien. Quirónsalud, größter privater Krankenhauskonzern in Europa außerhalb der Bundesrepublik, 46 Krankenhäuser, 6.600 Betten, 56 ambulante Gesundheitszentren, 300 Einrichtungen für betriebliches Gesundheitsmanagement, 35.000 Beschäftigte, ➤

► kostete 5,8 Milliarden Euro. Dieses Geld floss an das Private-Equity-Unternehmen CVC.

Ende 2016 erwarb Quirónsalud 50 % einer Privatklinik in Peru, 2018 folgte die Übernahme der Clínica Medellín (zwei Krankenhäuser mit 185 Betten) »und erschließt damit den attraktiven privaten Krankenhausmarkt in Kolumbien«, so Fresenius in einer Pressemitteilung. 2017 betrug der Umsatz von Quirónsalud 2,372 Mrd. Euro. Der Kaufpreis liegt also bei 244,5 % des Jahresumsatzes. Wer so viel Geld ausgibt, um immer neue Zukäufe zu ermöglichen, muss Aktien und Anleihepapiere ausgeben und Kredite aufnehmen. Er muss die Kredite bedienen und die Aktionäre und Anleihenbesitzer zufriedenstellen.

Seit 2003 hat Fresenius den Umsatz mehr als vervierfacht (auf 33,89 Milliarden Euro im Jahr 2017) und den Gewinn vor Zinsen und Steuern mehr als versechsfacht (auf 4,83 Mrd. Euro im Jahr 2017). »Der Gesundheitskonzern Fresenius erhöhte die Dividende in den vergangenen zehn Jahren im Schnitt um knapp 25 %«, berichtet das *Handelsblatt* und zählt Fresenius deshalb zu den »Dividenden-Aristokraten«.

Verschärfte globale Konkurrenz

Am 30.06.2018 betrug die Zahl der Aktien 555.616.093. Die Ausschüttungssumme lag im Jahr 2017 bei 416 Millionen Euro. Umso erschrockener und überraschter reagierten die Anleger auf eine Gewinnwarnung im Oktober 2018. Die Schlagzeilen der wirtschaftsnahen Presse spiegeln ihre Alarmstimmung wider, die *FAZ* schrieb: »Aktienkurse fallen: Gesundheitskonzern Fresenius unter Druck« und das *Handelsblatt* meldete: »Fresenius Medical Care schockiert mit Gewinnwarnung – Aktien fallen in den Keller«.

Während es Fresenius nach Peru und Kolumbien zieht, erwirbt die französische Klinikette Ramsey Générale de Santé, zu 50,9 % im Besitz des australischen Konzerns Ramsey Health Care, die Aktienmehrheit der schwedischen Capio Gruppe, die rund 180 Gesundheitseinrichtungen mit mehr als 13.000 Beschäftigten in Skandinavien, Frankreich und der BRD betreibt. Die globale Konkurrenz der privaten Betreiber verschärft sich. Private-Equity-Gesellschaften haben binnen drei Jahren in der Bundesrepublik 6 Krankenhäuser, 26 Medizinische Versorgungszentren, 9 Rehakliniken, 43 Pflegeeinrichtungen und 3 Homecare-Einrichtungen gekauft. Die Käufer kommen aus Großbritannien (12), Deutschland (11), den USA (6), Frankreich (3), den Niederlanden, Belgien, Schweden (je 2), Luxemburg, der Schweiz und Jersey (je 1).

Das Bundeswirtschaftsministerium unterscheidet zwischen einem Kernbereich der Gesundheitswirtschaft, in dem 2017 258,2 Milliarden Euro umgesetzt wurden und einem »erweiterten Bereich«, der es auf 91,6 Mrd. Euro

brachte. Dazu zählen »Sport-, Wellness- und Tourismusdienstleistungen«. So wundert es nicht, dass Fresenius und Nestlé 2014 um die Übernahme der Sparte »Medical Nutrition« des französischen Danone Konzerns konkurrierten. Ulf M. Schneider ist inzwischen CEO von Nestlé.

Die Ver.di-Delegierten aus dem Gesundheitswesen und dem Sozial- und Erziehungsdienst beschlossen 2015 auf ihrer Bundesfachbereichskonferenz: »Weil Krankenhäuser die Netzknoten der regionalen Gesundheitsversorgung sind, müssen vor allem die strategisch wichtigen Krankenhäuser in öffentlicher Hand bleiben (...) Wir wenden uns gegen weitere Privatisierung von öffentlichen, freigemeinnützigen und kirchlichen Krankenhäusern und stärken die Gegenwehr gegen Privatisierung.« Doch die Privatisierung des Krankenhausbereichs ist weit fortgeschritten. Im Jahr 2017 waren 720 von 1.942 Krankenhäusern und 93.000 von 497.000 Betten in privater Hand.

Das ist nicht überall so. Die österreichische *Kleine Zeitung* sprach mit dem Vorstandschef von Fresenius Vamed, Ernst Wastler: »Gefragt, ob die Vamed interessiert sei, Spitäler der Unfallversicherung zu übernehmen, sagte Wastler, das österreichische Erstattungssystem lasse es – im Gegensatz zum deutschen – nicht zu, in der Akutversorgung Gewinne zu erzielen. Daher seien in diesem Bereich hauptsächlich kommunale bzw. gemeinnützige Träger tätig. (...) Gäbe es in Österreich ähnliche Erstattungsvoraussetzungen wie in Deutschland, wo private Gesundheitskonzerne Gewinne erzielen könnten, würden ›in kürzester Zeit‹ europäische Gesundheitsdienstleister auch hierzulande anbieten, meint Wastler.«

Die Kritik am Aufstieg der privaten Krankenhauskonzerne ist in der Öffentlichkeit groß, kommt aber in den politischen Parteien kaum an. Nur die Linke schrieb in ihrem Programm zur Bundestagswahl 2017: »Krankenhäuser gehören in öffentliche Hand!« und kündigte an: »Wir wollen Gesundheitseinrichtungen durch öffentliche Träger zurückkaufen.« Auf örtlicher und regionaler Ebene gibt es auch radikalere Forderungen: »Probleme bei Ameos: Linke im Landtag denken über Enteignung nach«, berichtete die *Mitteldeutsche Zeitung* am 19. Mai 2018.

Lohnende Aufgabe

Die privaten Konzerne aus dem Gesundheitswesen zu verdrängen, erfordert Auseinandersetzungen, die das politische und gesellschaftliche System erschüttern, vergleichbar mit den Kämpfen um den Ausstieg aus der Atomenergie und aus der Rüstungsproduktion. Eine lohnende Aufgabe, der wir uns viel stärker widmen sollten. Denn die Privaten sind längst die Vorreiter bei der Umwandlung des sozialstaatlichen Gesundheitswesens in ein kapitalistisches Dienstleistungsgeschäft. Allen voran: Fresenius Helios. ☉

Ärzte-Appell im Stern

Auf dem Titelblatt der Zeitschrift *Stern* stand am 5. September in Großbuchstaben: »215 Ärzte fordern im Stern: Mensch vor Profit!« Anlass war die Veröffentlichung des Ärzte-Appells »Rettet die Medizin!«, den zu diesem Zeitpunkt auch schon 19 Organisationen unterstützt hatten. Der Aufruf, gerichtet vor allem an die Politik, sei »der gemeinsame Nenner, auf den sich ein breites Spektrum von Akteuren im Gesundheitswesen mit unterschiedlichen Eigeninteressen einigte«, erklärte der *Stern*. Weitere ÄrztInnen werden gebeten, den Appell online zu unterschreiben, mittlerweile sollen es mehr als 1.000 sein. Die konkreten Forderungen sollte man vorher aber in Ruhe auf sich wirken lassen. Punkt 1 fordert, was viele schon lange fordern: »Das Fallpauschalensystem muss ersetzt oder zumindest grundlegend reformiert werden.« Kontroverser dürften die beiden weiteren Forderungen sein, Punkt 2 lautet: »Die ökonomisch gesteuerte gefährliche Übertherapie sowie Unterversorgung von Patienten müssen gestoppt werden. Dabei bekennen wir uns zur Notwendigkeit wirtschaftlichen Handelns.« Hier sollte man nachfragen, was die plakativen Begriffe denn genau meinen. Und sorgfältig zu hinterfragen ist sicher auch Punkt 3, nämlich die Forderung nach einem staatlichen »Masterplan« für Krankenhäuser. Dies erfordere, so der Appell, »den Mut, mancherorts zwei oder drei Kliniken zu größeren, leistungsfähigeren und personell besser ausgestatteten Zentren zusammenzuführen«.

Technik, Sorge, Demenz

»Handlungsspielraum« für Zivilgesellschaft sichern!

Bürgerschaftliches Engagement wird vielerorts ange-mahnt und gelobt, auch von PolitikerInnen. Wirkt es auch politisch, kann dies finanziell bedrohlich werden – und zwar für die Engagierten selbst. Das jedenfalls musste Attac erleben, als der Bundesfinanzhof (BFH) Anfang 2019 urteilte, dass die Aktivitäten des globalisierungskritischen Netzwerkes teils nicht gemeinnützig seien (→ BIOSKOP Nr. 85). »Ein Verlust der Gemeinnützigkeit führt insbesondere dazu, dass keine Spendenbescheinigungen ausgestellt werden dürfen«, erläutert der BFH.

Das Urteil des höchsten deutschen Finanzgerichts (VR 60/17) trifft Attac also finanziell – und verunsichert auch andere Organisationen, die sich politisch einmischen. Viele haben sich zu einer Allianz namens »Rechtssicherheit für politische Willensbildung« formiert. Sie fordert den Bundestag seit Monaten auf, den politischen »Handlungsspielraum« zivilgesellschaftlicher Organisationen zu sichern und »zügig neue gemeinnützige Zwecke ins Gesetz« zu schreiben. Zwar gab es im Februar eine Anhörung zur Gemeinnützigkeit im Finanzausschuss des Bundestages. Aber eine Reform ist bisher nicht in Sicht. Die Diskussion belegen soll ein öffentliches Podium am 26. September in Berlin. Es beginnt um 18.30 Uhr in der Vertretung des Landes Brandenburg beim Bund, In den Ministergärten 3. Das Motto lautet: »Schützen, fördern, regulieren, lenken: Der demokratische Rechtsstaat und seine Zivilgesellschaft«. Auf dem Podium dabei sind VertreterInnen von Amnesty International und Gesellschaft für Freiheitsrechte sowie aus Wissenschaft und Politik. Infos und Hintergründe im Netz: <https://www.zivilgesellschaft-ist-gemeinnuetzig.de>

»Aktion Demenz e.V.« engagiert sich »für einen von Respekt getragenen Umgang mit Menschen mit Demenz«. Aktuell warnt die Initiative vor der »Gefahr der Entfremdung und der Entstehung einer technikgestützten Vereinsamung«.

Begründet wird diese Befürchtung im Memorandum *Technik, Sorge und Demenz*, veröffentlicht im Juni 2019. »Die ökonomisch getriebene Dynamik der technologischen Entwicklung«, so die Präambel, »darf nicht die grundlegende Akzeptanz eines Lebens mit Demenz in Frage stellen. Es besteht die Gefahr, dass sich die gesellschaftliche Aufmerksamkeit von einer beziehungsgeprägten Sorge hin zu einer risikogeleiteten Kontrolle verlagert.«

»Besorgniserregend« findet Aktion Demenz, deren Vorsitzender der Soziologe Prof. Reimer Gronemeyer (→ Seite 4) ist, »das Ungleichgewicht zwischen Entwicklungskosten, die für Technik aufgewendet werden, und den Mitteln, die in eine von Menschen getragene Sorgeskultur investiert werden«. Dabei werde das Nachdenken über ethische und rechtliche Folgen des Technikeinsatzes »häufig nur als Pflichtübung inszeniert«, kritisiert das Memorandum.

»Konsequent zu prüfen«

Die Aktion Demenz betont, dass sie keinen technikfeindlichen Ansatz vertrete; »Maßstab« für Einsatz von Technik müsse aber ihre »lebensdienliche Funktion« sein. Sowohl bei der Entwicklung als auch bei ihrer Anwendung sei »konsequent zu prüfen, welchen Einfluss Technik auf die Sorgebeziehungen und den Subjektstatus entfaltet«. Wenn sie bewirke, auf Beziehung und Begegnung bauende Sorge zugunsten einer technikbasierten Kommunikation zurückzunehmen, widerspreche dies beziehungsethischen Grundsätzen.

Angesichts von Robotik und der zunehmend propagierten Entwicklung autonomer Systeme mittels Künstlicher Intelligenz (KI) sei verstärkt zu untersuchen, »wie sich die enge Interaktion zwischen Menschen und autonomen, von unmittelbaren Eingriffsmöglichkeiten des Menschen losgelöst agierenden Maschinen ethisch verantwortungsvoll gestalten lässt«. Abschließend stellt das Memorandum fest: »Technik ist in Dienst zu nehmen, wo sie hilfreich ist. Sie kann beziehungsreiche Sorge unterstützen, darf sie aber nicht ersetzen.«

Das Memorandum *Technik, Sorge und Demenz* (3 Seiten) ist online: <https://www.aktion-demenz.de>

Telematik, Datenschutz, Verantwortung

Sämtliche Arzt-, Zahnarzt- und Therapeutenpraxen, Kliniken, Apotheken und Krankenkassen sollen elektronisch vernetzt werden – das bezweckt die sogenannte Telematik-Infrastruktur (TI). BürgerrechtlerInnen mahnen eine Datenschutz-Folgenabschätzung an.

Am 8. Mai 2019 erhielt Bundestagspräsident Wolfgang Schäuble den neuen Tätigkeitsbericht des Bundesbeauftragten für den Datenschutz, Ulrich Kelber. Auf Seite 59 liest man: »Nach dem Anwendungsbeginn der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) im Mai 2018 stellte sich mit Nachdruck die Frage, wer eigentlich Verantwortlicher für die Telematik-Infrastruktur (TI) ist und damit eine Datenschutz-Folgenabschätzung (DSFA) vorzulegen hat.« Bis Redaktionsschluss des Tätigkeitsberichts habe dies »noch nicht endgültig geklärt« werden können, schreibt der oberste Datenschützer.

Zur erstaunlichen Verantwortungslücke war aus dem Bundestag bisher nichts zu hören. Ende August alarmierten aber mehrere Initiativen die Öffentlichkeit: »Wenn offensichtlich die datenschutzrechtlichen Bedingungen für die TI nicht erfüllt sind, müsste eine vorübergehende oder endgültige Beschränkung der Verarbeitung verhängt werden (Art 58 DSGVO)«, erklärte Elke Steven von Digitale Gesellschaft e.V. »Die Datenschutz-Folgenabschätzung«, betont Steven, »muss von einem unabhängigen, interdisziplinären Team erstellt werden, das sich um den Schutz der Grundrechte der Betroffenen kümmert.«

Haftung klar regeln!

Das Statement steht in der Stellungnahme »Spahns Gesundheitsnetz als verantwortungsfreie Zone«, die fünf weitere Initiativen und Verbände unterschrieben haben: Aktion Stoppt die E-Card, Freie Ärzteschaft, LabourNet Germany, Patientenrechte und Datenschutz e.V., die Datenschützer Rhein Main. Die Unterzeichnenden fordern außerdem, verhängte Sanktionen wie Honorarabzug gegen ÄrztInnen aufzuheben, die dem Zwang zum Anschluss an die TI (→ BIOSKOP Nr. 86) nicht gefolgt sind. Notwendig seien auch »klare Haftungsregelungen zur Entschädigung Betroffener« – für den Fall, dass ihre persönlichen Daten aus oder unter Ausnutzung der TI »entwendet« wurden.

Mehr zum Thema steht laufend unter: <https://patientenrechte-datenschutz.de>

Noch keine Alternative in Sicht

Am 25. September soll eine öffentliche Anhörung zur Reform des Transplantationsgesetzes im Gesundheitsausschuss stattfinden. Welche Fachleute dann zu Wort kommen, stand 14 Tage vorher noch immer nicht auf der Webseite des Bundestages.

Zur Auswahl stehen zwei fraktionsübergreifende Gesetzentwürfe, die *BIOSKOP* bereits im Juni (*Heft Nr. 86*) beleuchtet hatte. Sie verfolgen die gleichen Hauptziele: Zum einen wollen sie die Bereitschaft zur »Organspende« befördern – und zwar mit subtilem Druck. Zum anderen geht es um die Schaffung eines zentralen Online-Registers, in dem potenzielle OrganspenderInnen oder auch VerweigererInnen gespeichert werden sollen.

Die erste, am meisten beachtete Variante will eine sogenannte Widerspruchslösung einführen. Der Entwurf, für den insbesondere Jens Spahn (CDU) und Karl Lauterbach (SPD) werben, folgt der alternativen Logik: Schweigen bedeutet Zustimmung. Wer sich zu Lebzeiten nicht zur Organentnahme erklärt hat, soll grundsätzlich als Organspender angesehen werden. Allerdings soll dies keinen Automatismus begründen. Tritt der »Hirntod« tatsächlich ein und ist kein Widerspruch des Betroffenen registriert, muss der

Arzt den mutmaßlichen Willen des »Hirntoten« durch Befragung von Angehörigen erkunden.

Diese Art der fremdbestimmten Entscheidungsfindung gleicht der seit Jahrzehnten überwiegend herrschenden Praxis in deutschen Transplantationszentren. Im DSO-Bericht für das Jahr 2017 kann man lesen, dass nur rund 20 Prozent derjenigen »Hirntoten«, die von Krankenhäusern gemeldet wurden, einer Organentnahme selbst schriftlich zugestimmt hatten. In den übrigen Fällen willigten die Angehörigen stellvertretend ein (→ *BIOSKOP Nr. 83*).

Um Selbstbestimmung zumindest annähernd zu verwirklichen, ist also eine Regelung notwendig, die Organentnahmen ausschließlich dann zulässt, wenn eine zustimmende Erklärung des Betroffenen vorliegt und außerdem eine seriöse, unabhängige Aufklärung dokumentiert ist. Ein solcher Gesetzentwurf ist bisher nicht in Sicht.

Keine Alternative in diesem Sinn ist auch der zweite Gesetzentwurf zur »Stärkung der Entscheidungsbereitschaft bei der Organspende«. Auch deren BefürworterInnen, vorneweg Annalena Baerbock (Grüne) und Katja Kipping (Linke), wollen die Zahl transplantierbarer Organe steigern – vor allem durch Einsatz vielfältiger Informations- und Werbemaßnahmen (→ *BIOSKOP Nr. 86*). *Klaus-Peter Görlitzer* ☺

Pflicht zur Impfung?

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) treibt seinen umstrittenen Plan, ab März 2020 eine Impfpflicht gegen Masern einzuführen, weiter voran. Sein Gesetzentwurf setzt allerdings nicht nur auf Überzeugung, sondern auch auf Ausgrenzungen, Drohungen und Sanktionen – zum Beispiel: ohne nachgewiesene Masernimpfung künftig kein Kita-Platz mehr; außerdem ein Bußgeld von bis zu 2.500 Euro für Eltern, die ihren Nachwuchs vor Aufnahme in die Schule nicht gegen die ansteckende Krankheit haben impfen lassen (→ *BIOSKOP Nr. 86*).

Spahns Plan ist fragwürdig, auch rechtlich. Denn ein Impf-Zwang würde das fundamentale Prinzip aushöhlen, wonach ein ärztlicher Eingriff nur dann zulässig ist, wenn der Patient oder sein gesetzlicher Vertreter zuvor darüber seriös aufgeklärt wurde und freiwillig zugestimmt hat. Zudem weiß auch Spahn, dass in Deutschland überhaupt kein Einzelimpfstoff ausschließlich gegen Masern verfügbar ist. Denn vermarktet werden nur Kombinationsimpfstoffe, die nicht nur gegen Masern, sondern auch gegen Mumps, Röteln und Windpocken wirken sollen – also würde eine Impfpflicht gegen Masern in

der Praxis auch weitere, eher harmlose Infektionskrankheiten einschließen.

Trotz solcher Tatsachen hat das CDU-CSU-SPD-Bundeskabinett den Spahn-Entwurf Mitte Juli befürwortet, so dass er im Herbst im Bundestag beraten werden kann. Ob und wann eine parlamentarische Anhörung von Fachleuten zur propagierten Änderung des Infektionsschutzgesetzes stattfindet, war bis Mitte September noch unklar – jedenfalls nicht öffentlich.

Außerhalb des Parlaments regt sich durchaus Widerstand. Eine Petition gegen die Einführung der Impfpflicht, gestartet vom Verein »Ärzte für Individuelle Impfentscheidung«, haben mehr als 100.000 Leute online unterzeichnet, diese massenhafte Willensbekundung liegt sowohl Minister Spahn als auch dem Petitionsausschuss des Bundestages offiziell vor.

Man darf gespannt sein, ob auch ein Vertreter dieses gemeinnützigen ÄrztInnenvereins, der Impfungen – anders als manche radikalen ImpfgegnerInnen – ja keineswegs kategorisch ablehnt, sondern für differenzierte Aufklärung und informierte Entscheidungen im Einzelfall eintritt, zur öffentlichen Anhörung im Gesundheitsausschuss eingeladen wird.

Klaus-Peter Görlitzer ☺

Entscheidung am 19. September

Welche medizinischen Leistungen von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt werden müssen, bestimmt hierzulande der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Das mächtige Gremium, in dem InteressenvertreterInnen von ÄrztInnen, Krankenhäusern und Krankenkassen stimmberechtigt sind, steht vor einer heiklen Entscheidung: Am 19. September geht es um die Frage, ob bei sogenannten »Schwangerschaften mit besonderen Risiken« künftig selektive Bluttests solidarisch finanziert werden sollen oder nicht. Diese molekulargenetischen Checks, in Fachkreisen NIPT genannt und seit Mitte 2012 als selbst zu bezahlende IGeL-Leistung auf dem Markt, werden Frauen angeboten, um das »Risiko« von »autosomalen Trisomien« beim Ungeborenen bestimmen zu lassen; im Fokus steht vor allem das Down-Syndrom. Gegen die geplante Kassenzulassung von NIPT gibt es seit Jahren starken Widerstand aus der Zivilgesellschaft, begründet mit guten Argumenten, kritischen Analysen und fundierten Positionspapieren, zu lesen auch auf www.bioskop-forum.de und in vielen *BIOSKOP*-Heften. Am 15. September wurde in Berlin – einmal mehr – gegen das G-BA-Vorhaben demonstriert, das zentrale Anliegen: »Inklusion statt Selektion«. Wir hoffen, dass diese öffentliche Kundgebung die EntscheiderInnen im G-BA noch einmal zum Nachdenken und Innehalten bringt. Sehr anregend ist sicher der Artikel »Ich bin ein Risikomensch« von Rebecca Maskos, zu lesen auch im aktuellen *Newsletter Behindertenpolitik* ab Seite 2.

Unantastbar

Über »Menschenwürde« als Grundbegriff der Ethik und des Rechts

Karin Michel, Professorin für Ethik im Fachbereich Heilpädagogik und Pflege an der Evangelischen Hochschule in Bochum

»Menschenwürde« gilt als Grundbegriff der Ethik und des Rechts. Die folgende Analyse beschreibt den Begriff als Grundlage des Verfassungsrechts und stellt Bezüge zur Moralphilosophie Immanuel Kants her. Dabei wird auch gezeigt, welche Relevanz der Begriff für aktuelle bioethische Fragen hat.

Das völkerrechtliche Verständnis der Menschenwürde in der UN-Charta (1945) und der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (1948) bezieht die Menschenwürde auf den Menschen als *Person*, auf den individuellen Menschen, sofern er zurechnungs- und selbstbestimmungsfähig ist. Die Erklärung der Menschenrechte vertritt somit ein primär »autonomistisches« Verständnis der Menschenwürde. Ein ebensolches Verständnis steht auch im Mittelpunkt des deutschen Grundgesetzes von 1949.

Der einflussreiche Traditionalist unter den Kommentatoren des Grundgesetzes, Günter Dürig, bezeichnet die Menschenwürde als nicht relativierbaren, überrechtlichen »sittlichen Wert«, der gleichzeitig als »Rechtswert« zu verstehen ist, nach dessen Maßgabe das Zusammenleben der Menschen normativ geregelt werden kann. In den Mittelpunkt stellt Dürig Geist und Freiheit: »Jeder Mensch ist Mensch kraft seines Geistes, der ihn abhebt von der unpersönlichen Natur und ihn aus eigener Entscheidung dazu befähigt, seiner selbst bewusst zu werden, sich selbst zu bestimmen und die Umwelt zu gestalten.« Dem Staatsrechtler gilt die Freiheit als Grundlage sowohl der Ethik wie des Rechts: Der Mensch ist als Person *Subjekt* seines Handelns. Ihm ist ein unbedingter *ethischer* Wert zuzuerkennen, sofern er als *innerlich freier*, in seinem Wollen nicht fremdbestimmter und selbst verantwortlicher *Urheber* seiner Entscheidungen gelten kann.

Mit diesem Freiheits- und Subjektstatus wird zugleich ein *rechtlicher* Anspruch des Menschen verbunden, auch in seiner *äußeren Handlungsfreiheit* respektiert zu werden, nach Maßgabe einer Vereinbarkeit seiner Freiheit mit der Freiheit aller anderen. Dieser Anspruch begründet einerseits subjektive Abwehrrechte gegen staatliche Gewalt und andererseits die staatliche Verpflichtung zum Schutz jeweiliger Freiheitssphären.

Dürig fasst die zentrale Bestimmung der Menschenwürde negativ, sie wird von der »Verletzung« her gedacht: »Die Menschenwürde

als solche ist getroffen, wenn der konkrete Mensch zum Objekt, zu einem bloßen Mittel, zur vertretbaren Größe herabgewürdigt wird.« In Dürigs Formulierung dieser »Objektformel« ist unschwer der Bezug auf die »Mensch-Zweck-Formel« zu erkennen, die Immanuel Kants »kategorischen Imperativ« variiert.

Der kategorische Imperativ wird von Kant als rationales Verfahren zur Bestimmung allgemeiner Moralgesetze etabliert. Ziel des Aufklärungsphilosophen ist die Begründung einer weltanschauungsunabhängigen, »objektiven« moralischen Ordnung. Dieser Anspruch macht Kants Moraltheorie für eine Verfassung attraktiv, die Dürig zufolge ihre Verbindlichkeit und verpflichtende Kraft in »objektiven Werten« begründet wissen will. Entscheidend ist, dass Kant zufolge die menschliche Freiheit genau dann moralisch ist, wenn sie nicht willkürlich und anarchisch gebraucht wird, sondern als geordnete Freiheit. Kant spricht dem Menschen eine spezifische Würde zu, die von der spezifischen Fähigkeit des Menschen zu einer *vernünftigen* Selbststeuerung her bestimmt wird. Rationaler Freiheits-

gebrauch besteht in einer Orientierung an widerspruchsfreien, allgemeinen Handlungsnormen, deren Geltung rational nachvollziehbar und zu recht-

fertigen ist. Kant bezeichnet diese Fähigkeit zur »Selbstgesetzgebung« auch als »Autonomie«.

Durch die Selbstgesetzgebung verklammert Kant Ethik und Recht. Er unterscheidet zum einen die Autonomie des eigenen Willens in der Regulierung *innerer Freiheit* – im Beispiel: Diese besteht etwa im willentlichen Verzicht darauf, dem Impuls zu einem Hasskommentar nachzugehen, weil man das Gebot zur Deeskalation als Handlungsregel anerkennt, die für alle gelten kann, weil sie aus Gründen einzusehen und vernünftig zu rechtfertigen ist. Kant zufolge begründet die Möglichkeit zur Regulierung der inneren Freiheit durch Vernunft die moralische Souveränität des Menschen. Diese Souveränität eröffnet ein Feld der objektiven Normgeltung in der *Ethik*.

Die zweite Art der Selbstgesetzgebung bezieht sich auf den *äußeren Freiheitsgebrauch* im *Recht*. Nur, wenn nicht jeder alles darf, ist Freiheit für alle gleichermaßen möglich. Die Freiheit des Einzelnen endet dort, wo die Freiheit der Anderen beginnt. Soll die Koordination der Handlungsspielräume gleich und gerecht sein, braucht es Regeln, die nicht beliebig und subjektiv, sondern allgemein und objektiv, das heißt Rechtsgesetze sind. Die Freiheit selbst also ▶

Nur wenn nicht jeder alles darf, ist Freiheit für alle gleichermaßen möglich.

- (1) Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.
 (2) Das Deutsche Volk bekennt sich darum zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt.
 (3) Die nachfolgenden Grundrechte binden Gesetzgebung, vollziehende Gewalt und Rechtsprechung als unmittelbar geltendes Recht.

Artikel 1 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland, verkündet am 23. Mai 1949

► begründet das Recht eines jeden, die Einschränkung der Freiheit aller zur Sicherung eigener Handlungsmöglichkeiten zu wollen. Die Freiheit wird so zum Recht, Rechte zu haben.

Der kategorische Imperativ enthält zugleich den verfassungsrechtlichen Auftrag, einen allgemeinen Rechtszustand anzustreben, der gegebenenfalls mit Zwangsmitteln aufrecht zu erhalten ist. Dies setzt allerdings voraus, dass jeder Einzelne die Handlungsspielräume aller (politisch) mitbestimmen kann und dann auch ihren Geltungs- und Verbindlichkeitsanspruch akzeptieren muss. In diesem Konzept eines liberalen *demokratischen Rechtsstaates* greifen staatliche Sanktionen nur dann, wenn Handlungen gesetzlich garantierte Freiheitsspielräume Anderer einschränken – im Beispiel: Rufen Hasskommentare zur Gewalt auf oder greifen durch Beleidigungen erheblich in die Privatsphäre Anderer ein, so sind sie auf Strafantrag hin zu verfolgen und zu sanktionieren – ganz unabhängig von der moralischen Motivation der Täter.

Kant unterscheidet klar zwischen Recht und Ethik. Die Menschenwürde aber begründet beides. Rechtliche

Normen müssen nicht, aber können durchaus auch aus ethischen Gründen befürwortet und befolgt werden – und nicht nur aufgrund der Vermeidung einer zu erwartenden Sanktion.

Der Stellenwert, den Kant der Selbstgesetzgebung beimisst, macht in Bezug auf die Menschenwürde deutlich: Der Mensch ist nicht bloß in seinem biologischen Dasein wertvoll. Kants Moralphilosophie legt ihm Würde und Wert bei, allein aufgrund der personalen Autonomie. Nur als Person ist der Mensch Subjekt seines Handelns und in einem absoluten Sinn dafür verantwortlich zu machen. Er kann daher nicht ein Objekt sein, das beliebig als Mittel für Zwecke einsetzbar ist, die außerhalb seiner selbst liegen.

Was vermag ein derartig »autonomistisches« Würde-Konzept zu leisten? Allgemein beinhaltet ein kantisch geprägter Begriff der Menschenwürde eine nicht-relativierbare Eigenwertigkeit und Gleichheit aller Menschen. Als säkulares Konzept beansprucht er eine weltanschauungsunabhängige Geltung und ist kompromisslos egalitär und inklusiv. Mit ihm sind antiegalitäre und antidemokratische Staats- und Gesellschaftskonzeptionen nicht zu rechtfertigen.

Als problematisch erscheint die Relevanz des autonomistischen Menschenwürde-Begriffs jedoch für den Bereich der Bioethik. So verlangt ein starker Begriff von Selbstzweckhaftigkeit nicht nur den Respekt vor Anderen, sondern insbesondere auch die Würdigung der Autonomie in der eigenen Person. Kant selbst leitet daraus eine moralische Ächtung des Suizids ab. Diese Ächtung ist mit der Befürwortung eines

»selbstbestimmten Todes« auch im Sinne einer Suizidassistenten unvereinbar. Selbsttötung ist für Kant kein ultimativer Akt persönlicher Freiheit, sondern ein Akt der Vernichtung jeglicher Selbstbestimmungs- und Gestaltungsmöglichkeiten der Person. Der Gebrauch der eigenen Freiheit zur Aufhebung der eigenen Freiheit ist Kant zufolge irrational.

Zudem wären in der vorbehaltlosen Freigabe einer willkürlichen Verfügbarkeit über den eigenen Körper Suizide aus Angst vor Abhängigkeit, Pflegenotstand oder der Belastung Anderer normativ ebenso wenig hinterfragbar wie die Selbsttötung aus einer Leidensangst bei fehlender medizinischer oder psychosozialer Aufklärung. Der Eigenwert der Person in ihren Gestaltungsmöglichkeiten – auch angesichts von Hilfs-, Krankheits- oder Leidenssituationen – geraten im »selbstbestimmten Tod« aus dem

Blick. Kant behandelt das moralische Suizidverbot als Grenzfall von ethischen und rechtlichen Unterlassungspflichten. Dem Einzelnen steht ein »beliebiger« Freiheitsgebrauch zur Selbsttötung jederzeit offen.

Die Stilisierung zum ethisch anspruchsvollen »Freitod« erscheint jedoch problematisch.

Kann es ein »Recht auf einen selbstbestimmten Tod« geben? Diese Forderung bezieht sich gegenwärtig primär auf einen Schutz professioneller Sterbehelfer gegen eine strafrechtliche Verfolgung durch den Staat und auf ein Anspruchsrecht von Sterbewilligen auf die Nutzung tödlicher Arzneimittel. Mit dem Begriff der Menschenwürde des Grundgesetzes scheint diese Forderung wenig vereinbar. Denn sie zielt zum einen auf eine Pflicht des Staates zur Unterstützung der Selbstvernichtung seiner Bürger als (Rechts-)Personen. Zugleich zielt sie auf die Legalisierung der Möglichkeit zur Funktionalisierung sterbewilliger Personen für wirtschaftliche Zwecke.

Der staatlich zu garantierende Schutz vor Funktionalisierung gilt für alle Menschen. Oft ist gar nicht sicher auszumachen, ob Menschen rationale, autonome, selbstverantwortliche Personen sind. Das macht sie als solche, auch als Komapatienten oder Menschen mit schweren geistigen Behinderungen, nicht zu beliebig nutzbaren Sachen. Auch wenn Menschen ihre innere Freiheit nicht in vollem Maße oder gar nicht ausüben können: ihre Handlungsspielräume, ihre Lebensgestaltungswünsche und ihre körperliche Integrität als Voraussetzung ihrer Handlungsfreiheit sind zum Schutz ihrer Menschenwürde zu respektieren. In seiner Doppelfunktion als Grundlage für Recht und Ethik betont der autonomistische Menschenwürde-Begriff gerade auch die *Rechtswürdigkeit* jedes Einzelnen.

Das Recht, Rechte zu haben, ist unantastbar. ☉

»Soziale Beziehung«

»Das gesellschaftliche Tötungsverbot darf nicht angetastet werden!« Unter dieser Überschrift hatten BioSkop und die Hospizvereinigung Omega im Jahr 2004 einen Appell an den Deutschen Bundestag initiiert. Anlass war der damals noch kontrovers diskutierte Plan, so genannte Patientenverfügungen rechtsverbindlich zu machen. Der Appell fand einige Resonanz, aber die Mehrheit im Parlament entschied letztlich anders; also trat im September 2009 der neue § 1901a BGB über Patientenverfügungen in Kraft. Seitdem ist der vorab verfügte, zum Tod führende Therapieverzicht gesetzlich legitimiert, und dies gilt auch dann, wenn der nicht mehr ansprechbare Betroffene gar nicht tödlich erkrankt ist. BefürworterInnen von Patientenverfügungen und »Hilfe zum Suizid« sagen oft, dass es ihnen darum gehe, ein »Sterben in Würde« zu ermöglichen und abzusichern. Den viel benutzten »Würde«-Begriff haben BioSkop und Omega in der Begründung des Appells auch unter die Lupe genommen. Dabei zitierten wir den französischen Soziologieprofessor David Le Breton, denn dessen Erklärungen finden wir nach wie vor treffend: »Würde ist kein Zustand, sondern eine soziale Beziehung, die nicht das leiseste Schwanken im Gleichgewicht zwischen der Selbstachtung und der durch die anderen erfahrenen Bestätigung zulässt.« Und daran anknüpfend, gaben und geben wir zu bedenken: Wenn der schnelle Tod für pflegebedürftige und unheilbar Kranke zum gesellschaftlichen Normalfall wird, ist das soziale Band gerissen.

Vorschau

Themen im Dezember

- **Schwerpunkt Genomforschung**
- **Gesundheitspolitik**
Roboter als Pflegekräfte?
- **Reproduktionsmedizin**
Neue Ausweitungen?

Veranstaltungstipps

Mi. 9. Oktober, 19.30 – 21.45 Uhr

Bocholt (Familienbildungsstätte, Ostwall 39)

➤ Über sichtbare und verdeckte Formen der »Sterbehilfe«

Vortrag

Tötung auf Verlangen ist in Deutschland verboten, organisierte Beihilfe zum Suizid seit Ende 2015 ebenfalls. Verbreitet sind aber Patientenverfügungen, die den tödlichen Abbruch von Therapien vorab einfordern – auch bei Erkrankungen, die nicht zum Tode führen. Wie trennscharf sind »Sterbehilfe«-Formen zu unterscheiden? Welche sozialen und ökonomischen Bedingungen beeinflussen persönliche Wünsche im Blick auf Krankheit und Pflegebedürftigkeit? Antworten gibt der Vortrag von BioSkoplerin Erika Feyerabend.

Do. 10. Okt., 14 Uhr – Fr. 11. Okt., 16.30 Uhr

Berlin (Hochschule für Technik und Wirtschaft, Wilhelminenhofstr. 75 A)

➤ Die Ambivalenzen des Digitalen

Tagung

Ob am Arbeitsplatz, in Bildung oder Gesundheitswesen – digitale Technologien »sind auf dem Vormarsch«, weiß auch die Vereinigung deutscher Wissenschaftler (VDW). Die Entwicklung ist zwiespältig: »Schnelle Rechenleistungen«, schreibt der VDW, »können im operativen Bereich der Diagnose und Behandlung hilfreich sein.« Im Gesundheitsbereich sei »der Zugriff auf die Autonomie, Privatsphäre und Datenhoheit der Menschen bereits besonders sichtbar«. BioSkoplerin Erika Feyerabend ist eine der Mitwirkenden bei der Tagung.

Anmeldung unter Telefon (030) 212 34056

Sa. 19. Oktober, 9.15 – 16.45 Uhr

Nürnberg (Tech. Hochschule, Bahnhofstr. 87)

➤ Mit Vollgas in die Digitalisierung – Wie kriegen wir die Kurve?

Kongress

Die ÄrztInnen-Organisation IPPNW nimmt mit Hilfe von Fachleuten die Digitalisierung in Medizin und Forschung unter die Lupe. Die Leitfragen sind spannend: »Wie viel direkter Patientenkontakt ist mit zunehmender Digitalisierung noch gewünscht? Wer schützt die Daten? Wer nutzt die Daten und wie viel Einfluss haben Ärzte und Patienten noch darauf, was mit ihren Daten geschieht? Steht vielleicht am Ende von Big Data-basierter Forschung Big Error?« Die Gastgeber hoffen auf »anregende Diskussionen, kritisches Mitdenken und lösungsorientierte Ideen«.

Anmeldung bei der IPPNW, Telefon (030) 6980740

Sa. 26. Oktober, 10 – 17.45 Uhr

Erlangen (Universität, Hörsäle Medizin, Ulmenweg 18)

➤ Umgang mit Unsicherheit in der Medizin

Fortbildung

Das Klinische Ethikkomitee des Uniklinikums Erlangen veranstaltet seinen »18. Ethiktag«. Gedacht ist er als Fortbildung für GesundheitsberuflerInnen, doch auch die interessierte Öffentlichkeit ist willkommen. Offene Fragen gibt es laut Einladungsflyer in vielen Bereichen der Medizin: »von der Pränataldiagnostik über Operationschancen oder das Ansprechen auf Chemotherapien bis hin zu Konflikten der Beratung und letzten Fragen am Ende des menschlichen Lebens«.

Anmeldung unter Telefon (09131) 85-26430

Sa. 2. Nov., 8.30 Uhr – So. 3. Nov., 14.30 Uhr

Berlin (Ev. Johannesstift, Schönwalder Allee 26)

➤ »Frauensache« Pflege

Tagung

Der Arbeitskreis Frauengesundheit lädt dazu ein, »die »Frauensache« Pflege in all ihren Anwendungsbezügen umfassend auszuleuchten«. Das heißt: »Fragen nach Gerechtigkeit und Daseinsfürsorge, Respekt und Missbrauchspotenzial zu stellen, das Verhältnis von reproduktiver und produktiver Arbeit zu reflektieren und gefällig erscheinende Lösungsvorschläge wie Pflegerobotik, elektronische Assistenzsysteme und Pflegemigration zu hinterfragen.« Außerdem geht es um die Forderung, »Pflege für alle, die sie benötigen und die sie leisten, in hoher Qualität zu ermöglichen«. Impulse geben viele Referentinnen, Erika Feyerabend ist dabei.

Anmeldung beim AKF, Telefon (030) 8639316

Do. 14. November, 18.30 – 20 Uhr

Hamburg (Medizinhistorisches Museum, Gebäude N30b am Uniklinikum, Martinistr. 52)

➤ Das Krankenbett. Von der Wahrnehmung der Welt im Liegen

Lesung

Das Medizinhistorische Museum lädt zu einer besonderen Lesung ein: Vorgetragen werden Auszüge literarischer Texte, die »sowohl über das Krankenbett als auch im Krankenbett geschrieben« wurden. AutorInnen sind zum Beispiel Virginia Woolf, Thomas Bernhard und Marcel Proust. Gemeinsam ist ihnen, »dass ihr Leben von Krankheit geprägt war und sie ihre Zeit vorübergehend oder dauerhaft im Bett verbringen mussten«, heißt es in der Ankündigung.

Ja!

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

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

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

Name

Straße

PLZ+ Wohnort

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

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

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

Bitte ausschneiden oder kopieren und einsenden an:

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

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

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

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

Telefon

E-Mail

Datum Unterschrift