

B I O S K O P

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

15. Jg. | Nr. 57 | März 2012

Schwerpunkt Demenz

- 8 Behauptung namens Alzheimer
- 10 Selbstbestimmung per Vorausverfügung?
- 11 Allianz für frühzeitige Demenz-Diagnose

Euthanasie

- 3 Verbot organisierter »Sterbehilfe«?

Gewebe, Zellen, Blut

- 4 Teils unlogisch, teils widersprüchlich: offizielle Zahlen zur »Gewebespende«
- 5 »Blutsbrüder für die Forschung«

Transplantationsmedizin

- 6 Penetrante Fragen von der Krankenkasse
- 7 Ministerium entdeckt Widerspruch: Organentnahme und Patientenverfügung

Marketing und Aufklärung

- 13 Umworbene PatientInnen

Gesundheitsökonomie

- 14 Krebs als Geschäftsfeld

Weitere Themen

- 7 »Organspende – gesellschaftlich umstritten, öffentlich undurchschaubar, politisch gefördert« – Einladung zur BioSkop-Tagung
- 12 Der »Patient der Zukunft«
- 2 BioSkop unterstützen!
- 16 Veranstaltungen
- 16 Wunschkettel
- 16 **BIO SKOP** im Juni 2012

Impressum

Herausgeber: BioSkop e.V. – Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Technologien
Bochumer Landstr. 144 a · 45276 Essen
Tel. (0201) 5366 706 · Fax (0201) 5366 705

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) 431883 96 · Fax (040) 431883 97

E-Mail: redaktion@bioskop-forum.de

Beiträge in dieser Ausgabe:

Rolf Blaga, Martina Keller, Cornelia Stolze.
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: zeitdruck Thäns, 45276 Essen
ISSN 1436-2368

Unternehmen »Leben«

Erika Feyerabend

»Das Leitbild der Zukunft ist das Individuum als Unternehmer seiner Arbeitskraft und Daseinsvorsorge. Diese Einsicht muß geweckt, Eigeninitiative und Selbstverantwortung, also das Unternehmerische in der Gesellschaft, müssen stärker entfaltet werden.« Das schrieb bereits 1997 die Kommission für Zukunftsfragen Bayern-Sachsen und drohte einer noch *unwilligen* Bevölkerung, sonst könnten »Wohlstand, gepaart mit sozialem Frieden, wie ein Kartenhaus zusammenfallen«.

Der Soziologe Ulrich Bröckling ist in seiner Untersuchung über »Das unternehmerische Selbst« auf Spurensuche gegangen, um zu verstehen, wo und wie dieses Leitbild plausibel wurde. Offensichtlich wurde dieser soziale Wandel um die Jahrtausendwende in der Arbeitswelt für all jene, die nicht in der Liga der Manager und Führungskräfte spielen – und zwar mit der so genannten »Ich-AG«. Jobsuchende sollten sich als Aktiengesellschaft verstehen, stets flexibel und »eigenverantwortlich« am eigenen Kurswert arbeiten. Spezialisten rieten im Imperativ: »Definieren Sie sich eindeutig als ein Produkt, und stellen Sie dann eine umfassende Marktforschung an, selbst wenn Sie Angestellter eines Unternehmens sind.« Die allerorten verbreiteten Botschaften waren verheißend und drohend zugleich. Auf den allgegenwärtigen Märkten gäbe es nur die Alternative, »sich entweder rückhaltlos dem Wettbewerb zu stellen oder als Ladenhüter zu verstauben«. Nicht nur das Führungspersonal, sondern alle sollten, trotz steigender Arbeitslosigkeit und löchrig werdender sozialer Sicherungsnetze, auf diese Weise durchs Leben kommen – und das sogar erfolgreich.

Das schillernde Beschäftigungsprogramm der Ich-AG ist eingestellt. Die Zeiten sind nach diversen Börsencrashes und gelegentlich gescheiterten, neuen Ökonomien rauer, die Träume und Versprechen bescheidener geworden. Aber: Lebensunternehmer werden ist eine Art *Realfiktion*, die sich nicht an den gesellschaftlichen Wirklichkeiten messen lassen muss. Es ist ein Handlungstypus, der unabschließbar und ständig im Werden ist. Ob in Coachingworkshops, in Lehrplänen oder auch Selbsthilfegruppen, das Set von Werten, Regeln und Geboten ist in immer mehr Lebensbereiche eingedrungen.

Eindrückliches Beispiel ist das Szenario vom »onkologischen Patienten der Zukunft«. Dessen ErfinderInnen, Medizinsoziologe Holger Pfaff und Hilde Schulte von der Frauenselbsthilfe nach Krebs, stellen sich die Kranken von Morgen als »Co-Manager und Patientenunternehmer in eigener Sache« vor.

Bitte auf der nächsten Seite weiter lesen »

Fortsetzung von Seite 1 >

Lesenswert!

Ulrich Bröckling, Professor für Soziologie an der Universität Freiburg, nimmt auf 327 Seiten *Das unternehmerische Selbst* unter die Lupe. Das Buch ist absolut lesenswert! Es erschien 2007 im Frankfurter Suhrkamp Verlag in der Reihe *taschenbuch wissenschaft* und kostet 13 Euro.

Sie können BioSkop unterstützen!

Sie können bei BioSkop e.V. mitmachen oder unsere Arbeit unterstützen! Wir sind auf **Insider-Wissen** aus Medizin und Gesundheitswesen angewiesen – und ebenso auf alltägliche **Erfahrungen** aus Kliniken, Pflegeeinrichtungen, als PatientIn, Pflegebedürftige/r oder Beschäftigte/r. Die **ernste Finanzkrise**, die BioSkop getroffen hat, ist leider existentiell. Aber wir sind zuversichtlich, sie mit neuen Abos und Spenden meistern zu können. Fordern Sie einfach **Probehefte** für FreundInnen und Bekannte an! Ihre Ansprechpartnerin ist Erika Feyerabend, Telefon (0201) 5366706, info@bioskop-forum.de **BioSkop-Spendenkonto:** 555988-439 bei der Postbank Essen (BLZ 360 100 43)

Unternehmen »Leben«

Patientenunternehmer verwalten ein »krankheitsabhängiges Budget«, arbeiten »auf eigene Rechnung«, kaufen selbst notwendige Leistungen ein und können »auch finanziellen Gewinn oder Verlust machen« (Siehe Seite 12). Oder: Das Radiochirurgie-Zentrum an der Uniklinik Frankfurt sucht gerade Kapital. Die Geschäftsidee heißt »innovative Krebsbehandlung«. Großen und kleinen AnlegerInnen werden ab 5.000 Euro Einsatz interessante Renditen versprochen – und sogar per Zertifikat eine bevorzugte Behandlung auf dem neuesten Stand der Technik offeriert (Seite 14).

So investiert man gleichzeitig in die eigene finanzielle Absicherung und in die eigene Lebenszeit. Ganz nach dem Motto des Zukunftsforschers Christian Lutz: »Lebensunternehmer nennen wir Menschen, die sich für ihr eigenes Leben wie für ein Unternehmen verantwortlich fühlen.«

Marketing und Unternehmenskulturen dramatisieren gesellschaftliche Problemlagen und gestalten dabei auch den medizinischen Umgang mit Krankheiten – nicht immer zum Wohle der PatientInnen. Beispiel Alzheimer: Krankheits-PR mit Promifaktor ist hier mehr oder weniger auffällig verbreitet. Je bekannter die betroffene Person, je gewichtiger wird Alzheimer und desto eher setzt ein sich selbst verstärkender Mechanismus ein: ÄrztInnen diagnostizieren die Krankheit häufiger und ForscherInnen dürfen auf mehr Drittmittel hoffen. Das ist problematisch, denn die berühmte gewordene Erkrankung kann alles andere als sicher diagnostiziert werden. Tatsächlich sind rund 50 Erkrankungen bekannt, die demenzähnliche Symptome bewirken können. Auch die Nebenwirkungen von Medikamentencocktails, die vornehmlich alte Menschen schlucken, erfahren als mögliche Ursache wenig Aufmerksamkeit (Seite 8).

Nicht nur Individuum und Unternehmen sind keine getrennten Sphären mehr, auch Märkte und Staat sind es nicht. Staatliche Behörden und Gesetze sollen dabei keinesfalls die ökonomisch-soziale Kontrolle über die Wirtschaftsprozesse rund um Krankheit und Körper anstreben. Sie schaffen nur den formalen Rahmen, in dem die ökonomischen AkteurInnen ihre Ziele anstreben. Keine Planwirtschaft also, sondern Spielregeln, damit sich der Wettbewerb optimal entfalten kann. In diesem Sinne soll das

2007 beschlossene Gewebegesetz wirken und lediglich transparente Verhältnisse für den Import und Export von Knochen, Sehnen und andere Gewebe schaffen. Der erste Bericht der Bundesregierung über die Zahlen zur Gewebespende schafft nicht einmal das. Er liest sich in Teilen wie eine Märchenstunde (Seite 4).

Die Geschäftsführung des eigenen Lebens erlischt erst mit dem Tod. Zuvor aber sind wir enorm erziehungsbedürftig und müssen unentwegt entscheiden, was wir zu welchen Kosten und zu welchem Nutzen noch investieren. Das Internet ist eine unerschöpfliche Quelle von Information und Desinformation. Dort werden PatientInnen

mit getarntem Marketing aufgerufen, sich zu informieren, ihre Krankheit zu managen, ihre *Lebensqualität* zu steigern (Seite 13).

Es gibt keine Lebensäußerung jenseits von Märkten, keine Entscheidung, die sich nicht optimieren ließe. Doch das unternehmerische Selbst ist eben nur eine Fiktion, ein Anspruch, eine stetig bemühte Forderung und übersetzt sich nicht bruchlos in individuelles Verhalten und in die Selbstdeutung. Immer noch weigert sich eine Mehrheit der BürgerInnen, eine informierte Entscheidung zur »Organ- und Gewebespende« zu treffen. Bald, so scheint es, sollen wir, gesetzlich abgesichert, von Krankenversicherungen genötigt werden, uns zu erklären.

Obwohl die »Freiheit« Motor unternehmerischen Handelns sein soll, wird von den Promotoren zweifelsfrei das »Ja« zur Organabgabe favorisiert (Seite 6). Diese Prozedur nennen sie »Entscheidungslösung«. Aufklärende Informationen zu angeblicher »Vetternwirtschaft und Selbstbedienungsmentalität« im Organspende-Management der DSO stehen noch immer aus (Seite 6).

Wer einfach nicht mehr entscheidungsfähig ist, sollte sich vorab vorgelegt haben, welche Investitionskosten in die eigene Lebenszeit sich noch lohnen und in einer Patientenverfügung dokumentieren. Sonst wird entschieden – von anderen, aber auch nach Nutzenkalkül und genormtem Wertekanon (Seite 10).

Sich als eine Art Lebenskünstler zu verstehen – und eben nicht als Unternehmer seiner Selbst – ist unter diesen Bedingungen schwer. Aber nicht unmöglich. Nur gibt es dafür keine Ratgeber oder Bauanleitungen.

Das unternehmerische Selbst ist nur eine Fiktion, ein Anspruch, eine stetig bemühte Forderung.

Sich als eine Art Lebenskünstler zu verstehen – und eben nicht als Unternehmer seiner Selbst – ist unter diesen Bedingungen schwer. Aber nicht unmöglich.

Erika Feyerabend

Paragrafen gegen »Sterbehilfe«

»Gewerbsmäßige Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung« soll ausdrücklich unter Strafe gestellt werden

Führende PolitikerInnen haben offenbar vor, Geschäftemacherei mit »Sterbehilfe« zum Straftatbestand zu erklären. Der oberste Repräsentant der deutschen ÄrztInnenschaft fordert, jegliche organisierte Unterstützung für Selbsttötungen zu verbieten. Allerdings gibt es mindestens zwei Landesärztekammern, die Suizidhilfe durch MedizinerInnen nicht ausdrücklich untersagt sehen wollen.

Die Ankündigung stand schon im Koalitionsvertrag vom Oktober 2009: »Die gewerbsmäßige Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung werden wir unter Strafe stellen.« Den Worten wollen CDU/CSU und FDP nun wirklich Taten folgen lassen. Jedenfalls vereinbarte der Koalitionsausschuss Ende Februar, dass die liberale Bundesjustizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger einen entsprechenden Gesetzentwurf vorlegen soll.

Im Visier sind Dienstleistungen, wie sie zum Beispiel »Dignitas« seit Jahren in der benachbarten Schweiz anbietet: Die Organisation arbeitet mit Ärzten zusammen, die Schwerkranken ein tödlich wirkendes Präparat verschreiben, welches die Lebensmüden dann selbst schlucken oder trinken. Die Suizide passieren in einem von Dignitas angemieteten Haus. Dafür, dass sie auf diese Weise aus dem Leben scheiden können, müssen PatientInnen mehrere tausend Euro bezahlen. 2011 haben sich nach Angaben von Dignitas 160 Menschen mit ihrer Hilfe umgebracht, 72 der nun Toten sollen ihren Hauptwohnsitz in Deutschland gehabt haben.

Dass kommerzielle Euthanasie-Angebote sich auch hierzulande ausbreiten, wollen CDU/CSU und FDP jetzt wohl mit Strafandrohungen verhindern. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK) findet das »richtig«, will aber noch mehr: Der Gesetzgeber müsse »jede Form der organisierten Sterbehilfe« verbieten, auch von Vereinigungen, »bei denen rechtlich keine Gewinnabsicht nachweisbar ist«. Die Forderung des BÄK-Präsidenten befürworten auch manche prominente PolitikerInnen; per Pressemitteilung taten dies jüngst Niedersachsens Justizminister Bernd Busemann (CDU) und die bayerische Justizministerin Beate Merk (CSU).

Allerdings wurde im Freistaat gerade ein bemerkenswerter Sonderweg eingeschlagen: Die bayerische Ärztekammer hat im Oktober 2011 ihre Berufsordnung geändert und dabei bewusst

auf jenes ausdrückliche Verbot verzichtet, das der Deutsche Ärztetag nach intensiver Diskussion im Juni 2011 beschlossen hatte: ÄrztInnen, heißt es seitdem in der reformierten Musterberufsordnung (MBO), »dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten«. (Siehe BIOSKOP Nr. 54) Die davon abweichende Berufsordnung der bayerischen ÄrztInnen, die das Landesgesundheitsministerium schon genehmigt hat, beschränkt sich auf diese Aussage: »Der Arzt hat Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen.« Mit dieser Formulierung können bayerische MedizinerInnen, die es PatientInnen ermöglichen wollen, sich selbst zu töten, gut leben – und sicher auch nicht-kommerzielle »Sterbehilfe«-Vereinigungen, die mit solchen ÄrztInnen kooperieren.

Andere Länder, andere Sitten?

Bayern ist tatsächlich anders. Fast alle Landesärztekammern, die in den vergangenen Monaten ihre Berufsordnungen aktualisiert haben, haben die Vorlage aus der MBO übernommen. Das ausdrückliche, standesrechtliche Verbot, bei der Selbsttötung zu helfen, gilt derzeit für MedizinerInnen in Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen sowie im Gebiet der Ärztekammer Nordrhein. Die Landesvertretungen in Hamburg, Saarland und Thüringen haben das strikte Suizidhilfe-Verbot ebenfalls beschlossen, warten aber noch auf die formale Genehmigung ihrer Berufsordnungen durch die dafür zuständigen Gesundheitsministerien. Sieben Ärztekammern beabsichtigen, ihre berufsrechtlichen Regeln im Laufe dieses Jahres zu novellieren: Baden-Württemberg, Berlin, Brandenburg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein.

Und schließlich gibt es im föderalen Deutschland mit 17 ärztlichen Landesvertretungen noch eine, die sich für eine ziemlich nebulöse Formulierung entschieden hat: »In Westfalen-Lippe«, erläutert die dort ansässige Ärztekammer, »ist zwar kein absolutes Verbot normiert worden.« Mit der spitzfindigen Begrifflichkeit, dass ÄrztInnen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten »sollen«, habe die Kammerversammlung im November 2011 einen »Kompromiss« gefunden. Dieser stimme zwar nicht mit der MBO überein, stehe aber mit den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (Siehe BIOSKOP Nr. 54) »in Einklang«.

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

Ratgeber der DGHS leitet Berliner Hospiz

Deutschlands größter kommunaler Krankenhauskonzern nennt sich Vivantes. Das Berliner Unternehmen, das sich als »Vorreiter einer sich im Wandel befindlichen Branche« darstellt, will im Juli sein erstes Hospiz einrichten, mit 16 Zimmern für todkranke Menschen auf dem Gelände des Wenckebach-Klinikums in Tempelhof. Zwölf weitere Hospize gibt es in Berlin, doch die Vivantes-Einrichtung zur Sterbebegleitung könnte bald diejenige werden, die am meisten Aufmerksamkeit erregt, womöglich weit über die Stadtgrenzen hinaus. Denn einen der beiden Leitungsposten soll Dr. Michael de Ridder ausfüllen, bislang tätig als Chefarzt der Rettungsstelle im Vivantes-Klinikum. De Ridder ist ein Mann mit Sendungsbewusstsein: 2010 erschien sein Buch »Wie wollen wir sterben?«, und seit Jahren befürwortet er öffentlich mit Unterstützung einflussreicher Medien wie *Die Zeit* oder *Der Spiegel* die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung schwerkranker PatientInnen (Siehe BIOSKOP Nr. 54). Obendrein engagiert sich der frisch gebackene Hospiz-Chef im Wissenschaftlichen Beirat der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) – einer Organisation, die auch die aktive direkte Sterbehilfe als, wie sie sich ausdrückt, »Ultissima Ratio« straffrei gestellt sehen will.



»Das grenzt teilweise an Märchenstunde«

Erste offizielle Zahlen zur Gewebespende, gesammelt vom Paul-Ehrlich-Institut, sind teils unlogisch und widersprüchlich

**Martina Keller
(Hamburg), Journalistin**

Ein »Statement«

Die Tutogen Medical GmbH ist einer der führenden Hersteller menschlicher Gewebe hierzulande. Im Rahmen ihrer Recherchen für nebenstehenden Bericht mailte Autorin Martina Keller dem Unternehmen am 29. Februar einige Fragen, die Journalistin bat um Übermittlung diverser Zahlen. Zum Beispiel wollte sie für BIOSKOP in Erfahrung bringen: »Auf wieviele postmortale Spender kommt Tutogen Deutschland im Jahr 2011? Wieviele dieser Spender stammen aus der Ukraine? Wieviele aus Deutschland? Wieviele aus anderen Ländern? Wieviele Transplantate wurden 2011 hergestellt?«

Tutogen reagierte am 5. März – allerdings nicht mit Antworten, sondern mit dem folgenden, wie die Firma es nannte, »Statement«: »Wir sind uns unserer gesellschaftlichen Verantwortung sehr bewusst. Die Tutogen Medical GmbH verhilft Tausenden von Patienten zu einem besseren Leben. Wir arbeiten höchst reglementiert und in völliger Konformität mit dem Deutschen Arzneimittelgesetz und den Europäischen Gewebestandards.«

Den Anspruch Tutogens hatte Martina Keller wiederholt mit der Wirklichkeit konfrontiert – zuletzt im WDR-Film *Ausgeschlachtet* und in BIOSKOP Nr. 56, beide publiziert im Dezember 2011.

Das Gewebegesetz von 2007 sollte für Transparenz sorgen. Der erste Bericht der Bundesregierung über Gewebespenden, ist allerdings wenig aussagekräftig. Die Zahlen lassen jedoch einen Trend erkennen: Eine zunehmende Anzahl Knochen, Sehnen und Faszien wird exportiert.

Aussagen zur Versorgung der Bevölkerung mit Gewebetransplantaten sind laut dem Regierungsbericht nur bedingt möglich. Zu widersprüchlich sind die gemeldeten Zahlen. So wurden 2008 weit mehr Augenhornhäute transplantiert als nach den Meldedaten überhaupt zur Verfügung standen: Zwar wurden 5.871 Augenhornhäute entnommen, davon jedoch 2.410 verworfen, weil sie womöglich kontaminiert waren oder die Dichte an Epithelzellen nicht hoch genug – danach bemisst sich die Qualität einer Hornhaut. Nur 2.969 Augenhornhäute wurden aufbereitet. Dennoch verzeichnet der Bericht 4.245 Transplantationen oder Abgaben. Macht eine Differenz von 1.276. Der Import von 595 Augenhornhäuten schließt die Lücke nur teilweise.

Das Paul-Ehrlich-Institut, das die Daten sammelt, hat neun Gewebereinrichtungen gebeten, die Versorgungssituation einzuschätzen. Laut der Deutschen Gesellschaft für Gewebetransplantation (DGFG) liegt der Bedarf an Augenhornhäuten in Deutschland erheblich über den gemeldeten Transplantationen, bei 10.000 im Jahr. Allerdings geht die DGFG nicht von einem generellen Mangel an Hornhäuten aus. Der Bedarf in Niedersachsen sei gedeckt, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen seien sogar überversorgt – es würden mehr Hornhäute entnommen als transplantiert. Über andere Regionen könne die DGFG keine Aussage treffen.

Die Stiftung Europäische Gewebebanken geht nur von 6.000 im Jahr benötigten Augenhornhäuten aus. Der Bedarf in Deutschland sei nicht gedeckt. Über internationale Gewebebanken seien aber ausreichend Hornhäute verfügbar. Manche Augenkliniken versorgten sich über die europäische Gewebereinrichtung Bislife in Leiden. Etwa 1.000 Hornhäute würden aus den USA eingeführt. Diese Transplantate seien aber teils von schlechterer Qualität, weil weniger schonende Konservierungsverfahren angewendet würden als in Europa üblich.

Nur 10.000 Hautgewebe wurden 2008 entnommen und verarbeitet, jedoch verzeichnet der Bericht 110.449 Transplantationen. Der Bedarf wurde nach Angaben der Regierung überwiegend durch Einfuhren aus dem europäischen Ausland gedeckt. Allerdings sind gerade die Zahlen zur Hautspende mit Skepsis zu betrachten. In der Vergangenheit wurden Hautgewebe uneinheitlich gemeldet – mal in Stück Haut pro Spender, mal in Quadratzentimetern. »Hier gab es dann ein erhebliches Kuddelmuddel bei der Meldung«, sagt Hans-Joachim Mönig, Geschäftsführer des Deutschen Instituts für Zell- und Gewebersatz (DIZG). In dieser unklaren Situation müsse dann ein Ministeriumsmitarbeiter ohne Fachkenntnis einen Bericht verfassen. »Das grenzt teilweise an Märchenstunde.«

An Herzklappen und Gefäßen mangelt es offenbar. 2008 wurden 361 Herzklappen entnommen, davon 219 verworfen, weil sie womöglich bei der Präparation beschädigt wurden, verkalkt oder mit Bakterien bzw. Pilzen besiedelt waren. Nur dank der Einfuhr von 83 Herzklappen konnten am Ende 197 Herzklappen abgegeben oder transplantiert werden. Ausgeführt wurde keine einzige Herzklappe. Die Stiftung Europäische Gewebebanken schätzt den Bedarf an menschlichen Klappen auf 500 im Jahr. In der Regel werden bei Herzklappenoperationen Medizinprodukte oder biologische Klappen von Schweinen verwendet. Bei einer akuten Herz-

klappenentzündung können menschliche Klappen jedoch lebensrettend sein.

Die Meldungen bei Knochen und Sehnen bezeichnet die Regierung

als widersprüchlich. So wurden laut Meldungen 2008 nur 166 komplette Knochen entnommen, jedoch 4.797 verarbeitet und 4.253 abgegeben oder transplantiert. Die hohe Transplantationsrate könne womöglich durch die hohe Einfuhr von 6.030 Stück erklärt werden, heißt es im Regierungsbericht. Allerdings seien wiederum 5.993 komplette Knochen ausgeführt worden.

Auch die Meldungen beim Oberschenkelknochen, dem sogenannten Femur, sind rätselhaft. Auffällig ist die hohe Zahl von 66.037 ausgeführten Femurpräparaten. Diese Zahl lasse sich nicht »mit den gemeldeten Daten zur Entnahme (563), Verarbeitung (10.225), Lagerung (13.242) oder Abgabe oder Transplantation (10.152) in Einklang bringen«, so der Bericht. Das gilt erst recht für die vorläufigen Zahlen in ▶

**Der Bedarf an Knochen,
Sehnen und Knorpeln ist in
Deutschland gedeckt.**

»Blutsbrüder für die Forschung«

Diese Kooperation ist bundesweit einmalig: Ende Januar gaben der Blutspendedienst des Bayerischen Roten Kreuzes (BRK) und die Universität Würzburg bekannt, dass sie sich ab sofort als »Blutsbrüder für die Forschung« verstehen würden. Die ungleichen Partner eint, dass sie beide über Biomaterialbanken verfügen, die nun beim Erforschen von Biomarkern »eng zusammenarbeiten« sollen.

Molekularbiologin Silke Martin, 2002 aus der Industrie zum BRK-Blutspendedienst gewechselt und Mitinitiatorin der BRK-Biobank im fränkischen Wiesentheid, verweist zum Beispiel auf Peptid-Moleküle im Blut. »Sie zeigen bei einer Herzschwäche den Ärzten die Krankheit schon an, wenn die Betroffenen selbst noch kaum Symptome spüren«, ist sich Martin sicher; »ähnliches gelte bei Krebserkrankungen«.

Das Rote Kreuz im Freistaat besitzt nach eigenen Angaben über drei Millionen Plasma-proben von 400.000 BlutspenderInnen, und täglich sollen mehr als 2.000 Proben dazu kommen. »Mit der großen Sammlung«, prophezeit Professor Roland Jahns von der Uni Würzburg, »eröffnet uns der Blutspendedienst neue Mög-

lichkeiten in der Prävention, Diagnostik und Therapie von schweren Krankheiten.«

Über 70.000 Menschen in Bayern haben der Biobank bisher freiwillig Proben und Daten überlassen, »darunter 5.000 Spender, die aufgrund einer schwerwiegenden Erkrankung kein Blut mehr spenden dürfen«, wie das BRK zwischenbilanziert. Formal gesehen, wirkt alles korrekt. So erklärt das Aufklärungsblatt zur Einverständniserklärung zutreffend: »Durch die Teilnahme ergeben sich für Sie keine persönlichen und auch keine materiellen Vorteile.« Zur Verwendung der unbefristet gelagerten Proben und Daten heißt es: »Der Blutspendedienst wird diese selbst für Forschungszwecke nutzen oder an ausgewählte universitäre oder industrielle Partner gegen Gebühr weitergeben.«

Wem solche Erläuterungen im Nachhinein zu schwammig vorkommen sollten oder wer es sich einfach anders überlegt, hat »jederzeit das Recht«, seine Einwilligung zu widerrufen – auch ohne Begründung. Das BRK verspricht, unverbrauchte Materialien auf Verlangen der jeweiligen Blutspender zu vernichten.

Klaus-Peter Görlitzer

- den Jahren darauf. Demnach wurden 2009 sogar 82.158 und 2010 immer noch 80.446 Femurpräparate ausgeführt. Dem stehen nur 137 Entnahmen im Jahr 2009 und zwei (!) Entnahmen im Jahr 2010 gegenüber.

Eine mögliche Erklärung der Regierung: Anhand der Meldebögen lasse sich nachverfolgen, dass viele Entnahmeeinrichtungen nicht gemeldet hätten, vielleicht »weil sie sich im Ausland befinden und daher nicht der Meldepflicht ... unterliegen«. Meldepflichtig ist hingegen die Einfuhr von im Ausland entnommenen und nach Deutschland eingeführten Gewebesubereitungen. 2008 wurden laut dem Bericht 8.634 Femurgewebe eingeführt, 2009 waren es gemäß den vorläufigen Zahlen 9.589 und 2010 wiederum 8.080. Verzerrungen der Daten können sich auch dadurch ergeben, dass Gewebe bei der Verarbeitung geteilt werden. Laut DIZG-Geschäftsführer Mönig lässt sich aus einem Femur sowohl ein einzelnes Transplantat, eine sogenannte Femur-Diaphyse herstellen, als auch bis zu 150 Packungen Knochengranulat.

Fest steht: Der Bedarf an Knochen, Sehnen und Knorpeln ist offenbar in Deutschland gedeckt. Lediglich bei speziellen Transplantationen, bei denen sehr große, passende Knochenteile benötigt werden, ist laut dem Bericht mit längeren Wartezeiten zu rechnen. Für den umfangreichen Export von Femurpräparaten, anderen Knochenzubereitungen und Weichgeweben wie

Sehnen oder Fascia lata kommen im Prinzip nur zwei große Hersteller in Frage: das gemeinnützige DIZG in Berlin und die kommerzielle Firma Tutogen in Neunkirchen am Brand, die in großem Umfang Gewebe in der Ukraine beschafft und an ihr amerikanisches Mutterunternehmen RTI Biologics liefert (Siehe BIOSKOP Nr. 56).

Das DIZG hat gegenüber BIOSKOP seine Daten offengelegt. 2010 hat das Institut Gewebe von 209 verstorbenen Spendern bekommen, 2011 waren es 305 Spender. Knapp ein Drittel der Spender stammt nach Angaben von Geschäftsführer Mönig aus dem Ausland: aus Spanien, den Niederlanden, Bulgarien und zu einem geringen Teil aus den USA. 2010 stellte das DIZG insgesamt 23.368 Gewebetransplantate her, 2011 waren es 28.916. Der überwiegende Teil dieser Transplantate wird laut Mönig an Anwender in Deutschland abgegeben: »Der Anteil an Transplantaten, die an ausländische Kliniken abgegeben wurden, ist stärker rückläufig und liegt in Abhängigkeit von der Gewebeart bei etwa fünf Prozent.«

BIOSKOP hat auch bei der Firma Tutogen nachgefragt, wie viele Gewebespenden in Deutschland oder der Ukraine rekrutiert wurden und wie viele Gewebetransplantate die Firma an andere Länder oder an ihr Mutterunternehmen in den USA geliefert hat. Antworten auf die Fragen wollte Tutogen aber nicht geben (Siehe Randbemerkung auf Seite 4).

»Die Zukunft gestalten«

Die »Biobank der Blutspender« ist selbstverständlich auch im Internet präsent: <http://www.biobank.de>. Wer diese Website besucht, lernt auf den ersten Klick: »Mit der 2006 gegründeten »BIOBANK der Blutspender« leistet der Blutspendedienst des Bayerischen Roten Kreuzes einen innovativen und einzigartigen Beitrag zur biomedizinischen Forschung.« Ein paar Zeilen tiefer steht der signalrote Button »weiter«. Drückt man drauf, wird man anschließend in typischer Marketing-Manier angesprochen: »Als innovatives Unternehmen ist der BRK-Blutspendedienst offen für Kooperationen und strategische Allianzen, um gemeinsam mit seinen Partnern die Zukunft zu gestalten.«

Penetrante Fragen von der Kasse

Versicherte sollen mitteilen, ob sie Organe »spenden« wollen

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

Geht es nach dem Willen einflussreicher Bundestagsabgeordneter, werden die Kampagnen pro »Organspende« bald noch zudringlicher: Ab Mitte dieses Jahres sollen alle Versicherten gesetzlicher und privater Krankenkassen regelmäßig aufgefordert werden, ihre persönliche Haltung zu Explantationen schriftlich zu offenbaren.

Jens Spahn freute sich öffentlich über einen »Durchbruch in der Debatte um Organspende«, am 1. März erklärte der gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU der Presse: »Alle Fraktionen ziehen bei Entscheidungslösung mit«. Dies bedeute, dass »alle Deutschen« künftig regelmäßig von ihren Krankenkassen angeschrieben und aufgefordert werden, eine Erklärung zur

»Organspende« an die Kasse zurückzuschicken – zur Auswahl stehen: »Ja«, »Nein« oder »Ich weiß nicht«. Die erste Post dieser Art, ergänzt mit einschlägigen Informationen, soll bereits diesen Sommer im Briefkasten stecken, »ein weiteres Mal«, so Spahn, »in zwei Jahren und nach der Aufforderung im Jahr 2017 alle fünf Jahre«.

Was der CDU-Gesundheitsexperte da kommunizierte, ist zumindest voreilig. Denn geeinigt hat sich erst einmal eine 6-köpfige, parteiübergreifende Arbeitsgruppe; einen konkreten Gesetzentwurf konnte Spahn indes noch nicht präsentieren, soll aber schon Ende März ins Parlament eingebracht werden.

Neben dem Unionspolitiker verhandelten in der »Organspende«-Arbeitsgruppe mit: Carola Reimann (SPD), Martina Bunge (Linke),

Freiwillig?

Am 1. März haben sich UnterhändlerInnen aller im Bundestag vertretenen Fraktionen auf eine »Entscheidungslösung« zur »Organspende« geeinigt. Der Kompromiss strebt offiziell an, dass Menschen ihre Bereitschaft zur Entnahme von Körperteilen und Gewebe freiwillig erklären sollen. Was einige der einflussreichen PolitikerInnen unter Freiwilligkeit verstehen, kann man in Pressemitteilungen lesen, die nach dem parteiübergreifenden Kompromiss verbreitet wurden. Jens Spahn, gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU, erläuterte: »Es geht nicht um Zwang, sondern darum, die Menschen von der Notwendigkeit zur Organspende zu überzeugen.« Frank-Walter Steinmeier, SPD-Fraktionschef, stellte klar, die angestrebte Regelung sehe keine Pflicht vor, die Menschen sollten aber »mit Nachdruck« gefragt werden. Und Martina Bunge von den Linken meint: »Organspende benötigt Solidarität« – und auch »Vertrauen und Transparenz«.

Exklusive Mail von der DSO

Am 23. Februar, eine Woche vor dem Verhandlungspoker einer interfraktionellen Arbeitsgruppe zur »Entscheidungslösung«, schickte das Vorstandsekretariat der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) ein E-Mail-Rundschreiben gen Berlin – AdressatInnen: Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) sowie ausgewählte Bundestagsabgeordnete, darunter die Fraktionschefs Volker Kauder (CDU/CSU) und Frank-Walter Steinmeier (SPD). Was der Absenderin am Herzen lag, stand gleich oben in der Betreffzeile: »Anonyme Vorwürfe gegen den DSO-Vorstand sind haltlos.«

In der Kritik stehen die DSO-Chefs Prof. Günter Kirste und Dr. Thomas Beck spätestens seit dem 7. Oktober 2011. An jenem Tag hatten sich angebliche »DSO-Mitarbeiter« anonym an ausgewählte ParlamentarierInnen gewandt. Ihre Brand-Mail, die auf Umwegen auch manche JournalistInnen erreichte, attestierte dem DSO-Vorstand unter anderem »Vetternwirtschaft und Selbstbedienungsmentalität« zu Lasten der Krankenkassen (Siehe BIOSKOP Nr. 56).

Nach ziemlich kritischer Berichterstattung einiger Medien sah sich der von Professor Wolf Otto Bechstein angeführte DSO-Stiftungsrat veranlasst, »eine Überprüfung der Vorwürfe« durch die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft BDO AG in Auftrag zu geben. »Die Ergebnisse der forensischen Sonderuntersuchung«, liest man nun in der exklusiv für ausgewählte PolitikerIn-

nen bestimmten DSO-Mail vom 23. Februar 2012, seien dem DSO-Stiftungsrat am 8. Februar durch Mitarbeiter der BDO AG vorgestellt worden. In diesem Rahmen wurde laut Mail des DSO-Vorstandsekretariats festgestellt, »dass die Prüfung einer Vielzahl von Vorwürfen gegen den Vorstand der DSO insgesamt, insbesondere aber gegen den Kaufmännischen Vorstand, kein Fehlverhalten erkennen ließ.«

Brisante Fragen unbeantwortet

Belege für diese beruhigend klingende Botschaft, insbesondere den (vollständigen) Bericht der Wirtschaftsprüfer, präsentierte die DSO den PolitikerInnen aber nicht. Und die prägnante Mail gab auch keine Antworten auf weitere, brisante Fragen, die im Oktober von den anonymen Beschwerdeführern aufgeworfen worden waren: »Warum braucht die DSO ein teures Hauptstadtbüro und stellt einen Lobbyisten für mehrere Tausend Euro am Tag an?« Oder auch: »Wieso gibt es eigentlich keinen öffentlich zugänglichen Unternehmensbericht?«

Ob irgendein (Gesundheits-)Politiker es für sachdienlich hält, mal bei der DSO nachzufragen, wird die Zukunft zeigen. Merkwürdig ist, dass die DSO, die ja gern Erfolgsmeldungen kommuniziert, die Öffentlichkeit bisher gar nicht informiert, also keine Pressemitteilung über die Resultate der Wirtschaftsprüfer veröffentlicht hat. Womöglich befürchten Prof. Kirste und Dr. Beck, dass recherchierende JournalistInnen – mitten in den Beratungen um das Transplantationsgesetz – ganz genau nachhaken und einschlägige Quellen sichten wollen. Notwendig wäre das. Klaus-Peter Görlitzer

► Gabriele Molitor (FDP) sowie die beiden Bündnisgrünen Elisabeth Scharfenberg und Harald Terpe. Ob dieses Sextett tatsächlich den Willen des gesamten Bundestages spiegelt, ist noch nicht sicher. Zumal das grüne Duo zumindest mit einem der vereinbarten Ziele sich als »weiterhin nicht glücklich« geoutet hat: die Ermächtigung nämlich, dass die Krankenkassen auf der neuen elektronischen Gesundheitskarte (eCard) selbst eintragen dürfen, ob ein Mitglied potenzieller »Organspender« sein will oder nicht. Technisch wird die Speicherung frühestens ab 2014 möglich sein, wenn den Versicherten gemäß AG-Zeitplan die zweite Aufforderung zur Entscheidung zugestellt werden soll.

Der von der AG gefundene »Kompromiss« besagt laut Scharfenberg und Terpe, dass die Krankenkassen das Recht, auf die eCard zu schreiben, »nur dann erhalten«, wenn »Organspende«-Vermerk und Speichervorgang »im Beisein der Versicherten und unter deren ausdrücklicher Zustimmung« erfolgten; die Option, Informationen zu lesen, sollen die Kassen dagegen nicht bekommen, versicherte die SPD-Politikerin Reimann. Und in einem weiteren Punkt wird die Einigung von den Beteiligten durchaus unterschiedlich ausgelegt, jedenfalls schreiben Scharfenberg und Terpe: »Der Kompromiss bedeutet aus unserer Sicht nicht, wie bspw. Herr Spahn behauptet, dass Versicherte künftig ihre Erklärung per Postkarte an die Krankenkasse rückmelden könnten.«

Weiter reicht die Sensibilität in Sachen Datenschutz im Bundestag momentan nicht. Merkwürdig: Bislang hat noch kein Politiker die grundsätzliche Frage gestellt und beantwortet, warum es die Krankenkasse überhaupt etwas angehen soll, welche Haltung ein Versicherter zur »Organspende« einnimmt und welche Schlüsse sie aus diesem intimen Wissen ziehen soll.

Zur Klage bereit

Außerhalb des Parlaments haben sich einige sogleich kämpferisch zu Wort gemeldet, etwa die betont konservativen »Christdemokraten für das Leben« (CDL). Sie waren die ersten, die »schon jetzt Klagen« für den Fall ankündigen, dass die »Entscheidungslösung« so Gesetz werden sollte wie ausgehandelt; gerichtlich zu überprüfen seien dann die »Verfassungskonformität dieses Gesetzes wie auch die Zulässigkeit dieser Datenvorratsspeicherung«.

Wünschenswert und wahrscheinlich ist, dass der vernehmbare Widerstand gegen den »Organspende-Kompromiss« noch erheblich an Vielfalt zunehmen wird – vielleicht traut sich dann ja auch mancher Abgeordnete im Bundestag, aus dem üblichen Fraktionszwang auszubrechen.

Organentnahme und Patientenverfügung

Widerspruch erkannt

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat erkannt: »Bei einer erklärten Organspendebereitschaft müssen oft ärztliche Maßnahmen erfolgen, die durch eine Patientenverfügung ausgeschlossen werden.«

Dieser »Widerspruch«, behauptete das BMG am 6. März, »muss nicht sein und kann durch die notwendigen Informationen vermieden werden.« Wie die aussehen sollen, sagt das Ministerium nicht.

Vielleicht aber bald. Denn längst mühen sich BioethikerInnen, den offensichtlichen Widerspruch aufzulösen. Zum Beispiel Bettina Schöne-Seifert. Gemeinsam mit vier Medizinern breitete die Ethik-Professorin von der Uni Münster im *Deutschen Ärzteblatt* vom 7. Oktober 2011 ihre Gedanken zur Frage aus, »ob und unter welchen Umständen therapeutische Maßnahmen, die von einer möglichen Organspende motiviert sind«, auch »ethisch zulässig« seien.

Jemanden ohne Zustimmung ausschließlich für fremde Zwecke zu benutzen, sei eigentlich zwar »ethisch strikt unzulässig«, schreiben Schöne-Seifert und ihre Co-Autoren. Gleichwohl gebe es »Ermessensspielräume«, wenn Untersuchungen, etwa zur Feststellung des Hirntodes, »keine Belastung für den Patienten bedeuten« und »im Dienste einer von ihm selbst möglicherweise gewollten Organspende stehen«.

Dass derartige Formulierungen auch für Fachleute schwer zu verstehen sind, ahnen die AutorInnen und empfehlen, Leitlinien für Kliniken zu formulieren. Wichtig ist ihnen, dass Angehörige hirngeschädigter Menschen bereits frühzeitig auf die Option zur »Organspende« angesprochen werden, auf jeden Fall also, bevor eine »Hirntod«-Diagnostik vorgenommen wird. Ein solches Vorgehen würde es ermöglichen, Organentnahmen noch effizienter vorzubereiten, etwa gezielt Medikamente zu geben, die Durchblutung und Sauerstoffversorgung der Körperteile fördern und so die Aussichten einer eventuellen Transplantation verbessern sollen.

Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (Siehe Seite 6) wünscht sich, dass Menschen in Patientenverfügungen ausdrücklich »der Organspende Vorrang vor dem Abbruch der intensivmedizinischen Maßnahmen« einräumen. Vorab erklärt werden sollte, dass ÄrztInnen im Falle des »Hirntods« den Kreislauf des Vollmachtgebers durch Maschinen »kurzfristig« aufrecht erhalten sollen. »Diese Maßnahme«, so DSO-Vorstand Prof. Günter Kirste, »dient lediglich der Aufrechterhaltung der Funktionen der Organe und bedeutet keine Lebensverlängerung.«

Klaus-Peter Görlitzer

Herzliche Einladung zur BioSkop-Tagung

»Organspenden« sind gesellschaftlich umstritten, und das Transplantationssystem ist allenfalls für wenige Fachleute durchschaubar, aber nicht wirklich kontrollierbar. Dennoch fließt viel Geld in diesen Teilbereich der High-Tech-Medizin, den PolitikerInnen und Krankenkassen weitgehend vorbehaltlos fördern.

Einen Beitrag für notwendige Transparenz will BioSkop mit einer Tagung leisten, die am **23./24. März** im Kulturzentrum Grend in **Essen** stattfindet; UnterstützerInnen sind die Hospizvereinigung Omega und das Bildungswerk der Humanistischen Union NRW. Den Auftakt gestaltet die preisgekrönte Journalistin Martina Keller, sie spricht am 23. März (Freitag) ab 19.30 Uhr über die Kontroverse zum »Hirntod«. Das ganztägige Seminar am Samstag bietet reichlich Gelegenheit zum Austausch von Erfahrungen, Meinungen und Aktionsideen. Wichtige Anregungen werden mehrere ReferentInnen einbringen: Gisela Meyer von der Initiative Kritische Aufklärung Organtransplantation berichtet über Sichtweisen von Menschen, die Angehörige zur »Organspende« freigeben haben. Mona Motakef, Sozialwissenschaftlerin, problematisiert die gängige Aufklärung zur »Organspende«. Juraprofessor Heinrich Lang beleuchtet Kontrolldefizite im Transplantationssystem und analysiert die aktuellen Reformpläne.

Es gibt noch freie Plätze! Bitte sofort anmelden bei BioSkop, c/o Erika Feyerabend, Telefon (0201) 5366706, info@bioskop-forum.de

Behauptung namens Alzheimer

Die Alzheimer-Krankheit ist in aller Munde – aber bis heute ist das Leiden weder klar definiert noch direkt nachweisbar

Cornelia Stolze
(Hamburg), Wissen-
schaftsjournalistin und
Biologin

Die Situation scheint dramatisch. 36 Millionen Menschen sind, dem aktuellen Welt-Alzheimer-Report zufolge, von Demenz befallen. 2050, schreiben die Autoren der Organisation Alzheimer's Disease International (ADI), sollen es mehr als dreimal so viele sein. Fernsehanstalten warnen bereits vor einer »tickenden Zeitbombe für unsere alternde Gesellschaft«. Die Verbreitung des Leidens, berichten Zeitschriften, habe bereits das Ausmaß einer globalen Epidemie erreicht, die ganze Staaten arm machen wird und das Gesundheitssystem lahmzulegen droht.

Das Übel hat laut ADI vor allem eine Ursache – die Alzheimer-Krankheit. Die Frage ist nur: Worauf stützen sich all diese Behauptungen? Tatsache nämlich ist, dass bis heute niemand weiß, was »Alzheimer« wirklich ist. Das Leiden ist weder klar definiert noch direkt nachweisbar. Nicht einmal Spitzenexperten können diese vermeintliche Krankheit diagnostizieren. Und zwar selbst dann nicht, wenn ein Mensch bereits schwer demenzkrank ist. Die Diagnose erfolgt vielmehr nach dem Ausschlussprinzip. Das heißt: Wenn der Arzt nichts findet, was in seinen Augen erklären könnte, warum der Betroffene verwirrt, vergesslich oder desorientiert ist – dann muss es wohl Alzheimer sein.

Das Einzige, was eine gründliche Untersuchung liefern kann, ist eine »wahrscheinliche« oder, noch schwächer, eine »mögliche« Alzheimer-Diagnose. So steht es beispielsweise in der aktuellen S3-Leitlinie Demenzen der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, die von auf diesem Gebiet führenden Medizinern und Fachleuten verfasst worden ist. Die Leitlinie gilt als Handlungsempfehlung für alle Ärzte in Deutschland, die mit der Untersuchung und Behandlung Demenzkranker befasst sind.

In dem Schriftwerk gestehen die Experten zudem ein, dass es auch einige andere Formen von Demenzen gibt. Doch diese, so ist zu lesen, seien »schwer voneinander zu unterscheiden«. Für einige davon haben auch »bisher noch keine charakteristischen klinischen Merkmale beschrieben werden« können. In der Praxis

bedeutet das: Letztlich bleibt es der Laune oder dem Geschmack des Arztes überlassen, für welche Krankheit – Demenz vom Alzheimer-Typ, Lewy-Körperchen-Demenz oder vaskuläre Demenz – er sich bei der Diagnose im Einzelfall entscheidet.

Was es am Ende wird, hängt nicht zuletzt vom Zeitgeist ab. Denn die menschliche Psyche ist pragmatisch: Je häufiger die Alzheimer-Krankheit Thema auf Tagungen, in den Medien und bei gesellschaftlichen Ereignissen ist, um so näher liegend erscheint sie uns – und damit auch dem behandelnden Arzt. Häufig werden zudem andere, viel wahrscheinlichere Ursachen für die Entstehung einer Demenz übersehen. In einigen Fällen, so scheint es, werden sie sogar gezielt verschwiegen oder geleugnet.

Ein Beispiel dafür ist die US-Schauspielerin Rita Hayworth. Seit Jahren dient die einstige »Liebesgöttin« Hollywoods als Galionsfigur der US-amerikanischen *Alzheimer's Association*. 1981 erhielt sie die Diagnose Alzheimer. Seither nutzt Hayworths Tochter, Prinzessin Yasmin Aga Khan, den Namen der berühmten Mutter als Label für zahlreiche Awareness-Kampagnen. Bis heute hält Aga Khan zum Beispiel in meh-

rerer Städten der USA jährlich »Rita-Hayworth-Galas« für die High Society ab. Ziel der Veranstaltung ist es nicht nur, Geld für *Alzheimer's Association* zu sammeln. Es geht auch und vor allem darum, Aufmerksamkeit für das Thema Alzheimer schaffen.

Dabei ist es ein offenes Geheimnis, dass die Diva Alkoholikerin war. Und seit Langem weiß man, dass Alkoholexzesse nicht nur der Leber schaden, sondern auf Dauer auch bleibende Schäden im Gehirn verursachen. In der Tat sind alkoholbedingte Hirnschädigungen eine der häufigsten Ursachen für eine irreversible Demenz.

Derlei Krankheits-PR mit Promifaktor ist bei Alzheimer keine Seltenheit. Seit Jahren arbeiten Arzneimittelhersteller gemeinsam mit einigen Medizinern daran, das Leiden noch stärker ins öffentliche Bewusstsein zu bringen. Und wer immer die Massen erreichen will, setzt auf Prominente als Identifikationsfigur. Denn je bekannter und salonfähiger Alzheimer durch berühmte Opfer wird, desto besser ist das fürs Geschäft.

Dann nämlich setzt ein sich selbst verstärkender Mechanismus ein: Je häufiger ein

»Vergiss Alzheimer«

... heißt der Titel des spannenden Buches von Cornelia Stolze, veröffentlicht im Herbst 2011. Die Autorin schildert, warum das Konzept der Früherkennung und Diagnose Alzheimer-Krankheit auf tönernen Füßen steht und wie das Geschäft mit der Angst vor dem Vergessen dennoch boomt. Aufschlussreich in dem 245 Seiten starken Werk ist auch das Kapitel »Das Kartell«. Hier erfährt man Hintergründiges über Netzwerke und Interessenkonflikte einflussreicher Wissenschaftler. Und man erhält einen Einblick, wie ruppig manche Professoren mit JournalistInnen umgehen, die einfach nur tun, was ihre Aufgabe ist: recherchieren, kritische Fragen stellen, auch mal hartnäckig nachfragen.

Vergiss Alzheimer ist im Kölner Verlag Kiepenheuer & Witsch erschienen, Ladenpreis: 18,99 Euro.

Je häufiger die Alzheimer-Krankheit Thema auf Tagungen, in den Medien und bei gesellschaftlichen Ereignissen ist, um so näher liegend erscheint sie uns.

► Leiden zu sein scheint, desto häufiger wird es von Ärzten diagnostiziert. Und je häufiger eine Krankheit diagnostiziert wird, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit weiterer gleicher Diagnosen. Am Ende entsteht so ein Zirkelschluss, in dem sich die *Behauptung* »viele ältere Menschen haben Alzheimer« durch die häufig gestellte *Diagnose* Alzheimer scheinbar selbst beweist.

Doch zurück zu den wissenschaftlichen Fakten. Selbst eine mikroskopische Untersuchung des Gehirns nach dem Tod, die bis heute als einzig verlässlicher Beleg für das Vorliegen der Alzheimer-Krankheit gilt, hält einer Überprüfung nicht stand. Bei einer solchen

Autopsie untersucht man, ob das Gehirn bestimmte Protein-Ablagerungen aufweist – so genannte Amyloid-Plaques und Tau-Bündel. Beide gelten als charakteristische Merkmale jener Krankheit, die Alois Alzheimer 1906 als Erster beschrieb.

Immer wieder heißt es auch, diese Proteine seien der Hauptauslöser der Demenz.

Das Problem daran ist allerdings: Einerseits findet man bei einigen Kranken mit schwersten Symptomen ziemlich gesund aussehende Gehirne. Andererseits weiß man seit langem, dass rund ein Drittel aller normal alternden Menschen, die bis zu ihrem Tod völlig klar im Kopf waren und nach ihrem Tod obduziert wurden, so viele Plaques im Gehirn hatten, dass der Befund eindeutig »Alzheimer« gelautet hätte.

Gleichzeitig steht fest, dass weder Gedächtnis- noch Orientierungsstörungen immer ein Hinweis auf eine irreversible Demenz sind. Hinter den Symptomen können vielmehr zahlreiche Ursachen stecken, darunter Schilddrüsenstörungen oder Nierenschäden, Depressionen oder Dehydrierung sowie Bewusstseinsstörungen nach Operationen. Tatsächlich kennt man rund 50 Erkrankungen, die demenzähnliche Symptome auslösen oder vortäuschen können.

Oft sind die geistigen Störungen der Betroffenen auch eine Folge der Nebenwirkungen jenes immer größer werdenden Medikamentencocktails, den vor allem ältere Menschen heute täglich schlucken. Das zeigt unter anderem eine Analyse, welche die US-amerikanische Verbraucherschutzorganisation Public Citizen im Frühjahr 2009 veröffentlicht hat.

Das Ergebnis: Nicht nur ein paar wenige oder seltene Medikamente können Demenzsymptome hervorrufen und so zu fatalen Fehldiagnosen führen. Die Liste der Verbraucherschützer umfasst vielmehr 136 verschiedene Präparate (Siehe www.worstpills.org), die vor allem bei älteren Menschen eine Demenz oder ein Delir auslösen können, also eine plötzliche Störung im Sehen, Hören und Denken.

Die meisten dieser Mittel sind durchaus gängige und oft verschriebene Medikamente. Die Palette reicht von bestimmten Schmerzmitteln und Antidepressiva über Beruhigungs- und Schlafmittel (vor allem Benzodiazepine) bis hin zu Antibiotika und Präparaten gegen Allergien, Osteoporose oder Inkontinenz.

Dass gerade ältere Menschen Opfer von Nebenwirkungen wie etwa Demenzsymptomen werden, hat mehrere Gründe. Zum einen bringt das Alter bei vielen Menschen eine wachsende Zahl von Erkrankungen mit sich. Zwei Drittel aller über 65-Jährigen, schätzen Experten, haben

nicht nur eine, sondern gleichzeitig mindestens drei chronische Krankheiten. Bei über 80-Jährigen sind es sogar drei Viertel.

Damit wächst auch die Anzahl der Medikamente, die die Betroffenen regelmäßig schlucken. Im Schnitt nimmt jeder über

60-Jährige drei rezeptpflichtige Arzneimittel ein. Bei den Hochbetagten sind es mehr als acht, in einigen Fällen sogar mehr als ein Dutzend Präparate pro Patient. Häufig verschrieben von unterschiedlichen Ärzten, die weder ahnen noch fragen, ob der Kranke noch andere Pillen schluckt. Dazu kommen oft noch frei verkäufliche, rezeptfreie Medikamente, die der Patient auf eigene Faust nimmt und die mitunter erhebliche Wechselwirkungen hervorrufen.

»Dieser Mix von Medikamenten ist für die Patienten mitunter extrem schädlich«, warnt Hendrik van den Bussche, bis April 2011 Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Denn kaum ein Arzneimittel, so der pensionierte Professor, wird vor der Zulassung an älteren Menschen, geschweige denn in Kombination mit anderen Medikamenten getestet. Dabei wissen Pharmakologen, dass der menschliche Körper im höheren Alter auf viele Medikamente anders reagiert als in jungen Jahren. In der Regel baut er Arzneimittel langsamer ab. Die Wirkstoffe bleiben dadurch unter Umständen doppelt so lange im Organismus und sammeln sich dadurch immer stärker an. Fest steht auch, so van den Bussche: »Je mehr Substanzen ein Patient einnimmt, desto höher ist das Risiko von Nebenwirkungen. Zudem steigt die Gefahr schädlicher Wechselwirkungen von Medikamenten – und zwar nicht linear, sondern exponentiell.«

»Leider erkennen Ärzte nicht immer, wenn kognitive Störungen als Nebenwirkung von Medikamenten auftreten«, beklagt der Public-Citizen-Vorsitzende Sidney Wolfe. »Viele Patienten leiden deshalb unnötig an diesen Beschwerden, die sie erheblich beeinträchtigen und die durchaus zu beheben wären.«

Oft sind geistige Störungen auch Folge der Nebenwirkungen jenes immer größer werdenden Medikamentencocktails, den vor allem ältere Menschen schlucken.

Auf der Honorarliste

Cornelia Stolze beleuchtet in ihrem Buch »Vergiss Alzheimer« auch Interessenkonflikte einflussreicher Wissenschaftler. Leseprobe aus dem Buchkapitel »Das Kartell«: »Ein Beispiel dafür, wie man hierzulande scheinbar Transparenz schafft und dennoch Interessenkonflikte verschleiern kann, ist die im Herbst 2009 veröffentlichte ›S3-Leitlinie Demenzen‹. Das Schriftwerk soll Ärzten und Betroffenen in Deutschland einen umfassenden Stand des Wissens zum Thema geben und enthält Empfehlungen für die Prävention, Diagnostik und Therapie von Demenzerkrankungen. [...]

Jeder der beteiligten Autoren und Teilnehmer wurde von den Leitlinienkoordinatoren dazu aufgefordert, ein Formblatt auszufüllen, in dem er angeben musste, ob er zum Beispiel als Berater oder Gutachter für Industrieunternehmen tätig war, ob er Patente, Urheberrechte oder Verkaufslizenzen für Arzneimittel oder Medizinprodukte hat oder aber als bezahlter Autor von Artikeln im Auftrag pharmazeutischer, biotechnologischer, medizintechnischer Unternehmen tätig war. [...] Im Anhang der Leitlinie findet sich zwar eine Tabelle, in der links die Namen der fast 70 beteiligten Experten stehen und rechts eine Spalte für die »Angabe von möglichen Interessenkonflikten« jedes einzelnen Autors. Nur: In der gesamten Spalte steht dasselbe Wort: keine. [...] Eine kurze Recherche bestätigt schon bei rund der Hälfte der Beteiligten: An anderen Stellen haben sie diverse Interessenkonflikte offenbart. Und fast immer tauchen als Geldgeber die führenden Hersteller der gängigen Demenzmedikamente auf. Ob Pfizer, Eisai, Janssen-Cilag, Lundbeck, Schwalbe oder Merz – viele der Mediziner stehen sogar bei mehreren Pillenproduzenten auf der Honorarliste.«



Neue Ethik-Papiere in Vorbereitung

»Selbstbestimmung und Demenz«

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

Der Deutsche Ethikrat will bald eine Stellungnahme zu »Selbstbestimmung und Demenz« bekannt geben. Bioethikerinnen der Universität Münster erforschen, inwieweit GesundheitsberuflerInnen und Angehörige von Menschen mit Demenz bereit sind, Patientenverfügungen zu befolgen. Die Projektleiterin berät auch die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS).

Mitte 2010 verschickte die Selbsthilfeorganisation Deutsche Alzheimer Gesellschaft (DALZ) mal wieder einen Newsletter – Thema der Ausgabe Nr. 7 unter anderen: »Forschungsprojekte«. In dieser Rubrik machte die DALZ auf eine Untersuchung des Ethik-Instituts der Universität Münster aufmerksam, die dazu dienen sollte, »die Probleme von Patientenverfügungen speziell von Demenzerkrankten klären zu helfen und den Umgang mit ihnen für alle Beteiligten zu erleichtern«. Als Anhang enthielt die Mail einen Fragebogen im PDF-Format, außerdem empfahlen die DALZ-AbsenderInnen: »Durch Ihre Antworten können Sie einen Beitrag zu dieser gesellschaftlichen Diskussion leisten.«

Der Aufruf zum Mitmachen kam nicht von ungefähr. Projektleiterin Prof.

Bettina Schöne-Seifert war in der DALZ-Geschäftsstelle in Berlin zuvor persönlich vorstellig geworden, um für die Teilnahme an ihrem Projekt zu werben. An den damaligen Besuch aus Münster kann sich Hans-Jürgen Freter, bei der DALZ zuständig für Öffentlichkeitsarbeit, noch einigermaßen erinnern, auch daran, dass die Professorin »wissenschaftlich ausgewiesen« sei. Details zu Zielen, Zwecken und Finanziers des Forschungsvorhabens, dass die DALZ bewusst oder unbewusst mit beworben hat, sind Freter indes nicht im Gedächtnis geblieben.

Der Fragebogen, den möglichst viele ÄrztInnen, Pflegekräfte, Heimmanager und Angehörige von Menschen mit Demenz ausfüllen sollten, ist auf der Website der Uni Münster noch immer online. Die Information über Zweck und Ziele des Projekts ist recht kurz gehalten, die Befragung, die nach Einschätzung der beteiligten Wissenschaftlerinnen »10 bis 15 Minuten Zeitaufwand« benötigte, diene »rein wissenschaftlichem Interesse«. Dass Schöne-Seifert grundsätzlich auch politische Interessen hat, kann man zum Beispiel auf den Internetseiten der

DGHS lesen, in deren wissenschaftlichen Beirat sie mitwirkt. Ihr, der überzeugten Befürworterin von Vorausverfügungen zu medizinischen Behandlungen, geht es auch darum zu »erfahren, welchen Widerspruch wir zu erwarten haben«, sagte sie auf einer Tagung der DGHS (Siehe Randbemerkung).

Abzuwarten bleibt, welche Schlüsse die Professorin aus den erbetenen Antworten zu Szenarien wie dieses ziehen wird: »Es ist für gesunde Menschen kaum möglich, sich in den Zustand einer Demenzerkrankung zu versetzen und die damit einhergehende Lebensqualität vorzustellen.« Ob in einem solchen »speziellen Fall« und »wenn der Patient einen lebensfrohen Eindruck macht« eine Patientenverfügung befolgt werden soll oder nicht, konnten die Befragten per Ankreuzverfahren mitteilen – zur Auswahl standen ihnen fünf Varianten, die Palette möglicher Äußerungen reicht von »Ich stimme voll zu« bis zu »Ich stimme gar nicht zu«.

Über 700 Menschen haben den Fragebogen ausgefüllt und an die Uni Münster geschickt, teilte Schöne-Seifert auf Anfrage von BIOSKOP mit. Derzeit laufe die statistische Auswertung, die Ergebnisse der Untersuchung würde in einer Fachzeitschrift publiziert werden, eventuell noch in diesem Jahr. Ob das Forschungsprojekt in eindeutige politische Empfehlungen münden werde, ließ Schöne-Seifert im Telefonat mit BIOSKOP erst mal offen.

Abzuwarten bleibt, welche Schlüsse die Professorin aus den erbetenen Antworten zu ihren Szenarien ziehen wird.

Absehbar mehr öffentliche Beachtung wird sicherlich eine Positionierung finden, die der Deutsche Ethikrat für Ende April angekündigt

hat. In diesem Gremium gibt es Experten wie Jochen Taupitz. Der Juraprofessor aus Mannheim warf bei einer Veranstaltung des Ethikrates zum Beispiel die Frage auf, ob bei Personen mit »Phase 2« einer Demenz (gemeint sind Menschen mit Symptomen wie tiefgreifende Störungen des Kurzzeitgedächtnisses und Problemen, ihre Angehörigen zu erkennen) deren Haltung zur Selbsttötung oder zur Beihilfe zur Selbsttötung ebenso ernst zu nehmen sei wie die Entscheidung von Menschen, die in der Lage seien, voll selbstverantwortlich zu handeln.

Es gibt im Ethikrat aber auch andere vernehmbare Stimmen, etwa die von Michael Wunder. Der Psychologe aus Hamburg lehnt nicht nur ärztliche Beihilfe zum Suizid ab, er erinnert auch regelmäßig daran, dass Selbstbestimmung überhaupt erst möglich ist, wenn die Rahmenbedingungen stimmen, also Pflege und Versorgung den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz wirklich gerecht werden.

Man darf gespannt sein, welche Perspektive von Selbstbestimmung sich im Ethikrat letztlich durchsetzen wird.

»weil wir erfahren wollen, welchen Widerstand wir zu erwarten haben«

Das Patientenverfügungsgesetz gilt seit September 2009. Zweieinhalb Monate später lud die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) zur Tagung nach Berlin, im Zentrum ihres Interesses stand diese Frage: »Kann der Fall der schwerstgradigen Demenz mit einer eigenen Vorsorgevollmacht, wie die DGHS sie jüngst entwickelt hat, geregelt werden?« Es referierten ExpertInnen aus dem »Wissenschaftlichen Beirat« der DGHS, darunter Bettina Schöne-Seifert. Die Professorin von der Uni Münster sagte laut Bericht des Vereinsblatts *HLS* der DGHS zum Thema Demenz u.a.:

»Das Primat der Selbstbestimmung bedeutet, dass für ganz viele Menschen für einen solchen Fall eine Patientenverfügung wichtig ist. Das wäre auch eine Entlastung für Angehörige. Aber es besteht die Gefahr, dass viele sich einen solchen Fall nicht vorstellen können. Der Respekt vor der Person fordert, dass man ihr Wohl befürworte. Es gibt keine glatten Lösungen, wir müssen abgestufte Lösungen finden. Dazu startet die Universität Münster gerade ein empirisches Projekt mit einem Fragebogen, weil wir erfahren wollen, welchen Widerstand wir zu erwarten haben.«



Allianz für frühzeitige Demenz-Diagnose

Demenz ist auch ein Thema für Versicherungen. Die Allianz Deutschland AG alarmierte am 13. Dezember 2011 die Presse: 2050 werde sich die Anzahl der Demenzkranken weltweit von heute 36 Millionen auf 115 Millionen verdreifacht haben, »wenn keine Heilungsmöglichkeit gefunden wird«. Dann zitierte die Unternehmenskommunikation den Allianz-Chefvolkswirt: »Die volkswirtschaftlichen Kosten der Krankheit sind beträchtlich«, so Professor Michael Heise. »Leistungen durch die formale plus informelle Pflege durch Angehörige könnten sich auf hochgerechnet mehr als 450 Milliarden Euro belaufen.«

Die Zahlen zu Erkrankungen und Kosten hat der Allianz-Professor übernommen – und zwar von der Welt-Alzheimer-Gesellschaft, die 2011 entsprechende Schätzungen veröffentlicht hatte. Der Dienst *Allianz Demographic Pulse* (Ausgabe 7/2011), der sich vor allem an Wirtschaftsjour-

nalistInnen richtet, betont die Notwendigkeit von Forschung und »innovativen Lösungen« zur Demenz.

Ein »weiterer Baustein« sei »die Verbesserung der frühzeitigen Diagnosemöglichkeiten«. Angesichts der Tatsache, dass es noch keine Heilungsmöglichkeiten gibt, möge dieses Anliegen zwar »widersinnig erscheinen«, weiß die Allianz. Doch eröffne eine frühe Diagnose viele Optionen: Betroffene könnten sich zeitig über Betreuungs- und Pflegemöglichkeiten informieren, Verfügungen und Vollmachten schreiben und auch Antidementiva einnehmen, um Ausbruch bzw. Verschlimmerung der Krankheit zu verzögern.

Ob und wie sich das Bekanntsein einer frühen Demenz-Diagnose beim Abschluss einer privaten Kranken- oder Lebensversicherung auswirken kann, steht allerdings nicht in diesen Mitteilungen der Allianz. *Klaus-Peter Görlitzer* ☉

Gut versichert?

Die Nachrichtenagentur *dpa* bietet regelmäßig auch Berichte zu verbraucherrelevanten Themen an. Ein bemerkenswerter Text machte Ende Februar 2011 darauf aufmerksam, was Menschen mit diagnostizierter Demenz und ihre Angehörigen beachten sollten, wenn sie Verträge mit Versicherungen abgeschlossen haben. »Wer in Folge einer geistigen Verwirrung einen Unfall erleidet«, zitiert *dpa* eine Vertreterin des Gesamtverbandes der Deutschen Versicherungswirtschaft, »würde nach Bedingungen eines normalen Vertrags keine Leistung erhalten.« Praktisch bedeute dies, so ein Verbraucherschützer aus Baden-Württemberg zur *dpa*, »dass bestehende Verträge gekündigt werden und der Demenzkranke ohne Versicherungsschutz dasteht«. Bei Hausrat- und Gebäudeversicherungen gelte eine Demenzerkrankung als »Gefahr-erhöhender Umstand«. Um den Versicherungsschutz nicht zu verlieren, müsse man die Krankheit der Versicherung melden. Anschließend stehe es dem Unternehmen frei, zu entscheiden, ob es die Vertragsbedingungen unverändert lässt, die Prämie erhöht oder sogar die Police kündigt. Verschweige man die Demenz-Diagnose, könne sich ein Versicherer im Schadensfall »darauf berufen, dass die Informationspflicht verletzt wurde« sagte eine Juristin der Deutschen Alzheimer Gesellschaft der Nachrichtenagentur. Die Assekuranz sei dann nicht verpflichtet, den Schaden zu ersetzen. Grundsätzlich anzuraten sei, »jede Police im Einzelfall« zu überprüfen.

► Die »Empfehlungen zum Umgang mit Patientenverfügungen bei Demenz« stehen im Wortlaut auf der Website der DALZ: www.deutsche-alzheimer.de

Positionspapier der Deutschen Alzheimer Gesellschaft

Zum »Umgang mit Patientenverfügungen«

Im Januar 2012 hat die Deutsche Alzheimer Gesellschaft (DALZ) neue »Empfehlungen zum Umgang mit Patientenverfügungen bei Demenz« vorgelegt. Das 5-seitige Papier, erstellt vom »Arbeitsausschuss Ethik« der DALZ, stellt die Frage, wie sinnvoll und wirksam eine Patientenverfügung sein kann, um Selbstbestimmung von Menschen mit Demenz zu wahren. Die Antworten fallen durchaus nachdenklich aus. Wir dokumentieren Ausschnitte aus der Stellungnahme:

»**D**ie Deutsche Alzheimer Gesellschaft hat nach wie vor Bedenken im Hinblick auf Patientenverfügungen, die Entscheidungen unter den Bedingungen einer Demenz betreffen. Es ist nämlich fraglich, ob Menschen sich den Zustand einer Demenz überhaupt zu gesunden Zeiten vorstellen können. Die praktische Erfahrung in der Begleitung von Demenzkranken zeigt, dass zwischen Willensäußerungen in gesunden Tagen und den lebensbejahenden Verhaltensäußerungen und Willensbekundungen im tatsächlichen Leben mit einer Demenz erhebliche Diskrepanzen bestehen können, und dass ein lebenswertes Leben auch mit einer fortgeschrittenen Demenz möglich ist. [...]

Im Verlauf der Erkrankung können sich die Persönlichkeit, das Verhalten und die Wertvor-

stellungen verändern. Zwar ist der aktuelle Wille dem vorausverfügten rechtlich stets überlegen. Dennoch können einseitige Festlegungen in Patientenverfügungen im Falle des Falles alle beteiligten Parteien in große Entscheidungsnöte bringen. Darüber hinaus besteht die Gefahr, dass auf Grund mangelnder Achtsamkeit übersehen wird, dass eine Willensbildung gerade in Existenz betreffenden Fragen und Fragen des Wohlbefindens auch noch in der letzten Phase der Demenzerkrankung möglich ist. Wenn also eine Patientenverfügung vorliegt, besteht das Risiko, dass man den vormaligen formulierten Wünschen nachkommt, ohne noch einmal zu überprüfen, ob sie dem aktuellen Willen des Betroffenen überhaupt noch entsprechen. [...]

Eine Patientenverfügung zu erstellen ist jedoch ein Recht und keine Pflicht. Wenn man zu dem Schluss kommt, dass man sich die Situationen und das eigene Erleben gerade für den Fall einer Demenzerkrankung nur sehr schwer vorstellen kann, sind Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung möglicherweise eine bessere Alternative. Darin kann man festlegen, welcher vertraute Mensch für den Fall, dass man sich selbst nicht mehr äußern kann, Entscheidungen für einen treffen und die eigenen Interessen wahren soll (es können auch mehrere sein). Mit dieser Person sollte man ein ausführliches Gespräch führen. Zunächst sollte geklärt werden, ob sie mit diesem »Auftrag« überhaupt einverstanden ist. Ist das der Fall, sollte man in so einem Gespräch die eigenen Vorstellungen, Werte und Ängste explizit ansprechen – und zwar auch dann, wenn diese Person einen gut kennt.« ☉

Unternehmermodell

Merkwürdiges Szenario:
der »Patient der Zukunft«

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

Große und kleine AnlegerInnen auf dem Gesundheitsmarkt, potenzielle PatientInnen, die Vorzugsbehandlungen kaufen. Zu diesem Szenario (Siehe Seite 14) passen Krebskranke, die sich als »Co-Manager und Patientenunternehmer in eigener Sache« verstehen sollen.

Stoff für Diskussionen?

Auf der Homepage der Frauenselbsthilfe nach Krebs (FSH) ist »Der onkologische Patient der Zukunft« längst präsent. Der Artikel aus dem Fachblatt *Der Onkologe*, mitverfasst von der FSH-Ehrenvorsitzenden Hilde Schulte, steht dort für jedermann zum Download bereit. Potenzielle Leserinnen gibt es auch in den eigenen Reihen viele: Unter dem Dach der 1976 gegründeten FSH engagieren sich laut Selbstdarstellung »über 400 Gruppen mit ca. 50.000 betreuten krebskranken Menschen«. Die Mitglieder arbeiten ehrenamtlich, finanzielle Förderung kommt von der Deutschen Krebshilfe. 2006 bezog die FSH mit sieben weiteren, bundesweit tätigen Organisationen das »Haus der Krebs-Selbsthilfe« in Bonn – mit dem Ziel, »Synergie-Effekte zu nutzen und politische Einflussmöglichkeiten zu verstärken«. Mitglieder des Bundesvorstandes und der Landesvorstände wirken in diversen gesundheitspolitischen Gremien mit. Hilde Schulte war, bis 2009, zehn Jahre lang Bundesvorsitzende der FSH. Ob und inwieweit ihre Ausführungen zum »onkologischen Patienten der Zukunft« auch intern Diskussionen provozieren, ist schwer zu sagen: Der »Mitgliederbereich« der FSH im Internet ist, wie bei vielen Vereinsseiten im World Wide Web üblich, für Außenstehende nicht per Mausclick zugänglich.

Professor Holger Pfaff ist Medizinsoziologe in Köln und Leiter des Deutschen Netzwerkes für Versorgungsforschung. Hilde Schulte ist Ehrenvorsitzende der »Frauenselbsthilfe nach Krebs«. Beide sind nun als gemeinsame AutorInnen hervorgetreten, im Februar druckte die renommierte Zeitschrift *Der Onkologe* ihren Aufsatz »Der onkologische Patient der Zukunft«.

Zunächst skizzieren Pfaff und Schulte den derzeitigen Zustand der onkologischen Krankenbehandlung. Die Trends, die sie identifiziert haben, sind zumindest Fachleuten geläufig: Spezialisierung, Industrialisierung der Behandlungsabläufe, Verkürzung der Liegedauer in Kliniken und Versprechen auf genetisch angepasste Therapien.

Behandlungen aus einer Hand sind im Zeitalter von Brustkrebszentren selten, Operationen werden, so die AutorInnen, »industriell durchorganisiert«. In den Kliniken bleibt wenig Zeit, psychische und sozialrechtliche

Belange Krebskranker helfend und beratend zu berücksichtigen, das »ökonomische Primat« löse zunehmend das medizinische ab. Gleichzeitig befeuern genetische Risikokonstruktionen und neuartige Wirkstoffe wie molekulare Antikörper großspurige Vorstellungen: Visioniert wird eine »personalisierte Medizin« – mit Diagnosen und Therapien, die auf das genetische Profil jedes/r Einzelnen zugeschnitten sein sollen.

Das AutorInnen-Duo bietet fünf »alternative Zukunftsmodelle« an. Zwei setzen direkt an den gegenwärtigen Realitäten an, für die »Segmentierung« typisch sei. Als Versuch, unterschiedliche Versorgungssplitter wieder zusammenzufügen, könnten Case-Manager, Tumorboards und Programme zur integrierten Versorgung gesehen werden – ohne das Problem der fehlenden Gesamtverantwortlichen zu lösen.

Unter dem Gebot von Kostenkontrolle und betriebswirtschaftlich interpretierter »Effizienzsteigerung« könnte wohl auch Modell 3 durchsetzungsfähig sein. Hier fungiert die Klinik als »Generalunternehmer«, der von den Krankenkassen eine Gesamtvergütung erhält. Dabei

führt sie nicht alle Leistungen selbst aus, sondern vergibt Teilbereiche (z.B. Rehabilitation und Nachsorge) als Aufträge an externe »Subunternehmen«. Vorbild ist die »Lean Production« der Automobilindustrie. Modell 4 sieht vor, »Generaldienstleister« zu etablieren: Diese sollen nicht nur für alle Bereiche – von der Notfallversorgung bis zur Palliativsituation – verantwortlich sein, sie erledigen auch alles selbst. In den USA gibt es große Kliniken, die solche »Produktionsketten« schon komplett dominieren.

Pfaff und Schulte favorisieren offenbar Modell 5, jedenfalls schreiben sie: »Unsere zentrale These ist: Der onkologische Patient der Zukunft wird Co-Manager und Unternehmer in eigener Sache sein.« Als solcher verwaltet er ein »krankheitsabhängiges, persönliches Budget«, bereitgestellt und bemessen von seiner Krankenkasse. Mit dem Geld arbeitet der Krebskranke, wie die AutorInnen erläutern, »auf eigene Rechnung« und kauft die notwendigen Leistungen bei einzelnen Anbietern oder Generalunternehmern selbst ein.

Wer sich überfordert fühle oder zu solcher »aktiven Partizipation« nicht fähig sei, könne sich unterstützen lassen: von Ärzten und freiberuflichen Patientenberatern, gern auch von Selbsthilfegruppen. Letztere könnten die »Funktion des Co-Managers« einnehmen und so die Versorgungskette mitgestalten und optimieren.

Der so verstandene »Patientenunternehmer« soll für den gesamten Prozess und das Ergebnis seiner Krankenversorgung selbst verantwortlich sein – inklusive der ökonomischen Bilanz:

Der Krebskranke erhält ein persönliches Budget und »arbeitet auf eigene Rechnung«.

»Je nach Ausgestaltung des Modells«, so die AutorInnen, »kann der Patientenunternehmer auch finanziellen Gewinn oder Verlust machen.«

Die Versorgungsforschung war einmal eine Domäne weniger Fachleute, die versuchten, PatientInnen und ihre Bedürfnisse und Bedarfe mehr in den Blick zu nehmen als es Pharmaindustrie und Krankenkassen gewohnt waren. Die Ausführungen von Pfaff und Schulte zeigen, dass auch in diesem wissenschaftlichen Feld das Manager-Vokabular längst Einzug gehalten hat.

Erinnert sich noch jemand an das berühmte Buch »1984«? Darin entwarf George Orwell die totalitäre Welt Ozeaniens, wo ein »Neusprech« herrscht, der jedes abweichende Denken ausschalten soll. Die Methoden dabei sind: unerwünschte Worte tilgen und sprachliche Tarnungen erfinden, die genau das Gegenteil von dem besagen, was die Begriffe wirklich bedeuten.

Derartige Stilmittel sind in der heutigen Realität beliebt. Sie können auch dazu benutzt werden, Rationierung und Rationalisierung samt herrschender Produktionsverhältnisse im Denken aller zu verankern. Möglichst widerspruchslös. ☺

Umworbene Patienten

Im Internet gibt es fragwürdige Ratgeber – ein Fallbeispiel

Wer im Internet einen Patientenratgeber der Pharmaindustrie anklickt, erwartet sicher nicht, umfassend und interessenfrei informiert zu werden. Wenn aber die Macher einer Website behaupten, selbst Patienten und damit Teil der Selbsthilfe zu sein, erhofft man sich unabhängige Informationen, jedenfalls keine penetrante Werbung. Ein bedenkliches Fallbeispiel.

Die Psoriasis Selbsthilfe Arbeitsgemeinschaft wird seit einiger Zeit bedrängt, von ihrer Website aus einen Link zum Haut-Ratgeber www.paul-hat-schuppenflechte.de zu setzen. Der Macher, Mario Förster, behauptet uns gegenüber schriftlich, es handele sich dabei um »ein Projekt von Psoriasis Betroffenen aus der Region Görlitz, mit dem Ansatz, Therapieberichte und Hintergründe zu veröffentlichen, um andere Betroffene zu informieren«. Vehement erklärt er: »Wir sind kein kommerzieller Auftritt, auch wenn wir einen kleinen Teil Werbung schalten, um unser Projekt (Serverkosten etc.) zu finanzieren.«

Der äußere Anschein spricht gegen diese Behauptungen. So sind die Macher dieselben drei Personen, die auch auf anderen, identisch konzipierten Gesundheitsratgebern als Redakteure auftauchen: zum Beispiel einem »Darmspiegelung-Ratgeber« oder einem Ratgeber zum Darmvirus EHEC. Es fällt schwer zu glauben, dass diese Redakteure immer auch gleichzeitig betroffen sind und ehrenamtlich für andere Betroffene schreiben. Es ist auch ungewöhnlich, dass eine Internetseite von Betroffenen die Steuernummer des Herausgebers aufführt. Wer wirklich Betroffene im Internet treffen will, findet sie auf der unabhängigen Plattform www.selbsthilfe-interaktiv.de.

Mario Förster behauptet, das Internetangebot enthalte lediglich »einen kleinen Teil« Werbung. Wer sich die von ihm zu verantwortenden Ratgeber ansieht, findet aber praktisch überall Reklame: Immer am Anfang und Ende der Seiten – manchmal sogar in der Mitte, z.B. unauffällig unter der Rubrik »Paul's Tipps«. Zusätzlich betreibt dieses angebliche Patientenportal einen »Psoriasis-Shop«. Wer weiß, was Google für Werbeklicks zahlt, kann nicht glauben, dass der Betreiber derart hohe Serverkosten haben soll.

Vor allem dann nicht, wenn man nach Mario Förster im Internet recherchiert. Auf seiner persönlichen Homepage stellt er sich schon als »Suchmaschinen-Optimierer« dar. Der Internetauftritt seiner Firma Görlitz Media zeigt, dass

hier echte Experten am Werk sind. Wer weiter sucht, stellt schnell fest, dass Förster sehr viele Internetauftritte der Görlitzer Gewerbetreibenden gestaltet und verwaltet. So ist es wenig glaubwürdig, dass er »aus finanziellen Gründen« Werbung auf seinen Gesundheits-Ratgebern haben muss.

Inhaltlich gibt es auf dieser Seite richtige, falsche und bedenkliche Aussagen. Zum Beispiel die Informationen zum Thema Schwangerschaft sind falsch, angstmachend und vermutlich nie von einem Experten gegengelesen. »Organschäden bei Ungeborenen« hat es noch nicht einmal unter der Einnahme des Medikaments Methotrexat (MTX) gegeben, obgleich davor offiziell gewarnt werden muss. Eine Psoriasis kann sich bei Schwangerschaft verbessern, aber auch erst dadurch ausbrechen oder noch schlimmer werden.

Verbreitetes Konzept

Generell sind die Informationen oberflächlich. Psoriasis ist für die Macher immer noch nur eine Hautkrankheit und nicht eine umfassende chronische Entzündung, die Gelenke, Weichteile und Sehnen, Nägel und Hand- und Fußflächen befallen kann. Von Begleiterkrankungen der Psoriasis erfährt man ebenfalls nichts. Selbst die Aufzählung schulmedizinischer Therapien ist unvollständig; statt dessen wird Traubenöl empfohlen. Die Internetseite »Paul hat Schuppenflechte« ist nicht der »große Ratgeber« für Menschen mit Psoriasis, wie ihn die Macher selbst bezeichnen. Vielmehr findet der Ratsuchende hier einen Mix von Halbwahrheiten und Fehlinformationen.

Das Konzept, mit möglichst wenig Aufwand vorrangig an der Werbung zu verdienen, gibt es nicht nur im Internet. Schon lange existieren Zeitschriften, die nur gedruckt werden, um Werbung gezielt an bestimmte Personengruppen heranzutragen. Meist bestehen die Texte entweder aus (unbezahlten) Nachdrucken oder werden (unkritisch) aus den Presse-Erklärungen von Pharma- bzw. Kosmetikfirmen abgeschrieben. Für Hautkranke gibt es zum Beispiel die Hochglanzmagazine »Patient & Haut« und »Allergikus«, gratis abgegeben von der GFMK GmbH & Co. KG Verlagsgesellschaft.

Wer sich über Psoriasis informieren will, findet ausreichend seriöse Quellen – zum Beispiel die vierteljährlich erscheinende Zeitschrift *PSO aktuell* und das aktuelle Internetportal www.psoriasis-netz.de

Rolf Blaga (Berlin), Sprecher der Psoriasis Selbsthilfe Arbeitsgemeinschaft e.V.

IGeL-Monitor

Rund 1,5 Milliarden Euro geben Krankenversicherte hierzulande für »Individuelle Gesundheitsleistungen« (IGeL) aus – also für diagnostische und therapeutische Angebote, die von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nicht bezahlt werden. »Bei den IGeL-Leistungen geht es vorrangig um wirtschaftliche Interessen von Ärzten und nicht um notwendige medizinische Leistungen für Kranke«, meint Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbands. Deshalb empfiehlt sie PatientInnen, öfters mal die Internetseite www.igel-monitor.de zu besuchen. Dieses Portal, entwickelt vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), informiert seit Ende Januar über »Nutzen und Schaden« gängiger Selbstzahlerleistungen. Die Bewertungen sind nach Darstellung der Portalbetreiber »wissenschaftlich fundiert«, sie basieren auf den Methoden der evidenzbasierten Medizin. Derzeit stellt der »IGeL-Monitor« 24 häufig angebotene IGeL öffentlich auf den Prüfstand – von der Glaukom-Früherkennung bis zur Spannungskopfschmerz- Prophylaxe. Lediglich zwei der von ihm abgecheckten IGeL hält der MDK für »tendenziell positiv«, in vier Fällen bewertet er den Schaden sogar deutlich schwerer als den Nutzen.

Krebs als Geschäftsfeld

Frankfurter Radiochirurgie-Zentrum sucht AnlegerInnen und stellt ihnen »eine interessante Rendite« in Aussicht

Erika Feyerabend (Essen), Journalistin und BioSkoplerin

Mutmaßung vom Projektentwickler

Die Marketingstrategien des Frankfurter Radiochirurgie-Zentrums setzen auch auf wohlmeinende Presse. Der Artikel »Krebstherapie mit modernster Medizintechnik«, veröffentlicht in der *Offenbach Post* vom 9. Dezember 2011, hat ihnen wahrscheinlich gut gefallen. Autorin Sonja Theelen schrieb unter anderem: »Von Mitte nächsten Jahres an sollen noch mehr Patienten mit schweren Erkrankungen von den neuen Behandlungsmöglichkeiten durch Radiochirurgie profitieren können. Denn gestern haben die Betreiber des Zentrums den Grundstein für den Erweiterungsbau »Cyber-Knife« gelegt. [...] Anstelle des Skalpells arbeitet ein robotergeführter Strahl. Mit großer Präzision zerstört er das Tumorgewebe im Inneren des Menschen, ohne dass ein Schnitt mit einem Skalpell geführt wird. Das umliegende gesunde Gewebe wird mit dem Einsatz der neuen Medizintechnik nicht mehr geschädigt. Michael Holz, der als Prokurator beim Projektentwickler »mevcon« den Erweiterungsbau mitbetreut, glaubt, dass auch ihm »CyberKnife« hätte helfen können. Vor fünf Jahren wurde bei ihm ein Nierentumor diagnostiziert. Das befallene Organ musste entnommen werden. Die neue Methode hätte ihm womöglich die Niere retten können, meint Michael Holz.«

Das Radiochirurgie-Zentrum in der Uniklinik Frankfurt am Main ist eine Firma – auf der Suche nach Kapital. Ihre Geschäftsidee heißt »innovative Krebsbehandlung«. GeldanlegerInnen wird einiges versprochen: interessante Renditen und, bei Bedarf, bevorzugte Behandlung auf neuestem Stand der Radiochirurgie.

Beteiligen Sie sich mit Ihrem Geld am Kampf gegen den Krebs und erzielen Sie dabei eine interessante Rendite.« So umwerben das Radiochirurgie Zentrum GmbH & Co KG und die als Komplementärin beteiligte Mevcon GmbH potenzielle AnlegerInnen. An der Frankfurter Uniklinik entsteht gerade ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ). Unter diesem Dach werden seit Oktober 2011 (Hirn-)TumorpatientInnen bestrahlt, mit Hilfe eines computer-gesteuerten Gerätes namens »Gamma Knife«. Im Mai soll ein weiterer Großapparat, »Cyber-Knife« genannt, auch Kranke mit anderen Tumoren ambulant versorgen. Die Kosten für technische Ausstattung und Gebäude werden mit neun Millionen Euro veranschlagt. Fünf Millionen werden per Bankkredit finanziert, den Rest sollen Privatleute beisteuern, Mindestanlage: 5.000 Euro.

Ein besonderes Zertifikat

Die medizinischen und finanziellen Versprechen klingen beeindruckend. Mit Hilfe robotergestützter Linearbeschleuniger würden die Krebsgeschwüre schmerzfrei »hochpräzise bestrahlt« und zerstört – ohne Operationen, Schnitte und Schäden am gesunden Gewebe. AnlegerInnen könnten 15 Jahre lang mit 8-10-prozentigen Ausschüttungen für ihr eingebrachtes Kapital rechnen. Ein besonderes Bonbon ist das zusätzliche »Zertifikat«: Bei zutreffender medizinischer Indikation wird den GeldgeberInnen und ihren Familienangehörigen ersten Grades eine »bevorzugte Behandlung« im Frankfurter Zentrum in Aussicht gestellt. Wer in der Lage ist, 5.000 Euro und mehr zu investieren, kann sich diese Option quasi vorab erkaufen.

Was für Betroffene einer biographischen Katastrophe gleichkommt, ist für die Frankfurter Gesellschafter ein Marktpotential. Sie rechnen den umworbenen Finanziers vor, dass Krebs zur häufigsten Todesursache avancieren wird und allein im Rhein-Main-Gebiet jährlich rund 23.000 neue Erkrankungsfälle hinzukommen.

Sie wissen, dass Krebskranke auch weite Wege auf sich nehmen und die Konkurrenz für eine Behandlung mit dem CyberKnife – es gibt Zentren in Berlin, Güstrow, Hamburg, Köln, München und Soest – noch überschaubar erscheint.

Hierzulande einmalig sei, dass Frankfurt unter einem Dach sowohl CyberKnife als auch Gamma Knife beherbergen werde, letzteres ist außerdem in Aachen, Hannover und Krefeld verfügbar. Die Kooperation mit der Frankfurter Universitätsklinik gilt als Standortvorteil, weil PatientInnen aus den Fachabteilungen in die ambulante Versorgung gelenkt und zusätzlich zahlungskräftige Kranke aus dem Ausland angeworben werden könnten. Der Geschäftsführer Werner Ullrich und der medizinische Leiter Robert Wolff haben von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen die Zulassung des MVZ erhalten und auch die notwendigen Facharztsitze für Neurochirurgie und Strahlentherapie eingerichtet.

Gezieltes Marketing

Nun fehlen noch ausreichend Rahmenverträge mit privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen, um die angestrebte Gewinnzone zu erreichen; 2026, prognostizieren die Macher, werde das Zentrum pro Jahr 600 Krebskranke mit den mehrere Millionen Euro teuren Knife-Geräten bestrahlen. Ein Marketing-Plan soll helfen, KundInnen zu gewinnen. Die PR-Aktivitäten reichen von Patienteninfos klinischer Fachabteilungen bis zu Vorträgen und direkter Ansprache von Selbsthilfegruppen, die vor allem Vorteile der hochtechnisierten Methode betonen.

Diese Botschaft möge auch in Presse, Radio, Fernsehen und Internetportalen verbreitet werden. Was JournalistInnen berichten sollen, wird potenziellen AnlegerInnen im Verkaufsprospekt wie folgt erläutert: »Das soziale Engagement der Betreibergesellschaft soll ständig in der Presse publiziert werden. So sollen – natürlich nur innerhalb des wirtschaftlich Möglichen – aus humanitären Gründen auch solche Patienten behandelt werden, die nicht über die notwendigen finanziellen Mittel für eine Behandlung verfügen und deren Behandlungskosten auch nicht übernommen werden.«

Politisch gewollte Konkurrenz

Das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung hat Ende 2011 eine Studie über die Krankenhauslandschaft veröffentlicht. Unter ▶

► dem Titel »Die fetten Jahre sind vorbei« ist zu lesen, dass vor allem kleine und ländliche Kliniken »rote Zahlen« schreiben und »ohne Produktivitätsfortschritte« vom Markt gefegt werden. Diese – politisch gewollten – Wettkampfbedingungen führen dazu, dass Krankenhäuser stetig investieren müssen, in neue Gebäude, innovative Geräte und in MVZ mit verschiedenen Facharztsitzen.

Zugang zu Kapital

Der Zugang zu Kapital im »65 Milliarden Euro schweren deutschen Klinikmarkt« wird immer wichtiger, vermeldete die *Financial Times*. Die Investitionszuschüsse der Länder sind knapp. In NRW beispielsweise werden sie nur noch in Form von »Baupauschalen« gezahlt – 460.000 Euro im Durchschnitt pro Klinik. Die Pauschale reicht meist gerade so für Kredit-Zinsdienste an die Banken.

In der Finanzkrise hat die Uniklinik Köln das Konjunkturpaket II des Bundes genutzt, um ihre Strahlenklinik mit dem CyberKnife aufzurüsten. In Frankfurt geht man andere Wege. Die Initiatoren Andreas Mack und Werner Ullrich, die schon in Zürich und Güstrow aktiv waren, gründeten und leiten das fachübergreifende Versorgungszentrum. Die Radiochirurgie Zentrum GmbH & Co KG und die Mevcon GmbH beteiligen sich finanziell und suchen nach InvestorInnen.

All das ist politisch gewollt und passt zu den Buchstaben des Gesetzes (§ 95 SGB V). Die vorgeschriebene ärztliche Leitung eines MVZ soll sicherstellen, dass nicht hohe Kapitalrenditen, sondern medizinische Überlegungen handlungsleitend sind. Das kann bezweifelt werden. Im Frankfurter Fall haben nicht allein Banken, Private-Equity-Firmen und Managementgesellschaften Renditeerwartungen, sondern auch KleinanlegerInnen, die womöglich ihren Lebensabend absichern wollen – über Geldausschüttungen und Vorzugsbehandlung auf höchstem Stand medizinischer Technik.

Nicht ohne Risiken

Ganz ohne Risiko ist das Projekt nicht – weder für AnlegerInnen noch für PatientInnen. So machen 80 Prozent der rund 1.500 MVZ hierzulande mindestens in den ersten zwei Jahren Verluste. Der Frankfurter Verkaufsprospekt erwähnt auch ein paar Unwägbarkeiten, etwa, dass sich der Markt als übersättigt oder die Technologie irgendwann als überholt oder »unzulänglich« erweisen könnte.

Das steht nicht in den Hochglanzbroschüren und Medienmitteilungen radiochirurgischer Zentren und des Weltmarktführers »accuray«. Und auch dies nicht: Der mit Bundesmitteln finanzierte, 2009 fertig gestellte *HTA-Bericht 84*

des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) bemängelt die Studienlage zur »stereotaktischen Radiochirurgie« (in der auch Gamma Knife eingesetzt wird) bei Hirnmetastasen: »Qualität und Quantität der Studien sind stark reduziert [...] Es zeigt sich jedoch, dass die Prognose von Patienten mit Hirnmetastasen auch unter modernsten therapeutischen Möglichkeiten schlecht ist. [...] Zu neueren Gerätealternativen wie z.B. dem CyberKnife liegen bisher keine Untersuchungen vor«.

Noch wird die Technologie eher bei kleinen Tumoren in Hirn oder Wirbelsäule angewandt. Ausweitungen auf Nieren- und Prostatakarzinome sind indes zu beobachten. Der Hamburger Urologieprofessor Hans Heinzer ist eher skeptisch: »Wir (können) aufgrund der Studienlage im Moment noch nicht einmal sagen, ob das Cyberknife wirklich so effektiv ist wie die bisherigen Strahlentherapien.« Es fehlen »aussagekräftige Langzeitstudien« für den Prostatakrebs. Und bisher sei die Technologie im Frühstadium eingesetzt worden, also in einer Phase, wo laut Heinzer mit jeder adäquaten Therapie gute Resultate erzielt werden.

Es mag sein, dass bei enger Indikation solche Technologien helfen können. Das ist aber weder sicher, noch werden die Suche nach Auslastung der teuren Geräte, Kreditverpflichtungen, Renditeversprechen sowie Wettbewerb um PatientInnen und Innovationen den Technikeinsatz auf wenige Fälle beschränken können.

Wettbewerb, Privatisierung, Folgen

Am Frankfurter Beispiel kann inspiert werden, welche Wirkungen Wettbewerb und Privatisierung zeitigen. Mit privat Versicherten aus dem In- und Ausland beginnt das Projekt. Hier können, je nach Erkrankungsstadium, zwischen 7.500 und 17.400 Euro für die Behandlung in Rechnung gestellt werden. Bei ausländischen PatientInnen können es bis zu 25.000 Euro werden. Begleitet wird die Startphase von Marketing und Medienberichten, die Heilungserwartungen befördern.

Gelingt es, die begehrten Rahmenverträge mit den Krankenkassen abzuschließen, dürften Behandlungen mit CyberKnife erheblich zunehmen und auch für weitere Kliniken attraktiv werden. Kalkulierte 7.000 bis 9.500 Euro sollen die Krankenversicherer erstatten. Wird die Knife-Bestrahlung jedoch nicht zur Kassenleistung, werden sich gesetzlich Versicherte wohl um ihr Leben betrogen fühlen – falls sie nicht KleinanlegerInnen waren oder privat zahlen können. Unter Umständen werden sich aber auch die GeldgeberInnen getäuscht fühlen – falls die versprochenen Renditen ausbleiben oder das ganze MVZ gar in die Insolvenz schlittern sollten. ☺

»Wichtiger Tag für den Gesundheitsstandort«

Medizin dient, zumal wenn teure High-Tech-Geräte eingesetzt werden, nicht nur dem Wohle der PatientInnen. Eine gewichtige Rolle spielt in der Regel die Ökonomie, mitunter geht es auch darum, sich im Konkurrenzkampf der Krankenhäuser zu profilieren. Pressemitteilungen sollen dabei helfen, zum Beispiel diese vom 13. September 2011: »Charité eröffnet CyberKnife Center«. Das Berliner Uniklinikum hielt u.a. für mitteilenswert: »Berlins Regierender Bürgermeister Klaus Wowereit hat heute in einem feierlichen Festakt das Charité CyberKnife Center am Campus Virchow-Klinikum der Charité – Universitätsmedizin Berlin eröffnet. Damit verfügt nun erstmals eine deutsche Universitätsklinik über diese nicht-invasive Behandlungsoption für Tumorpatienten, die dank intelligentem Bildführungssystem höchste Präzision bei der radiochirurgischen Bestrahlung gewährleistet. [...] »Die Eröffnung des CyberKnife Centers ist ein wichtiger Tag für die Charité und für den Berliner Gesundheitsstandort. Für Patientinnen und Patienten aus der gesamten ostdeutschen Region wird die Charité zum Anlaufpunkt für eine weitere innovative Tumor-Therapie. Diese Stärkung der Charité ist eng verknüpft mit den Perspektiven Berlins als exzellenter Wirtschafts- und Wissenschaftsstandort«, sagte Klaus Wowereit in seinen Grußworten.«

Vorschau

Themen im Juni 2012

- **Schwerpunkt**
Gene und Geschäfte

- **Transplantationsmedizin**
Regeln und Realitäten
- **Gesundheitsökonomie**
Kostenbewusste Ethiker

Veranstaltungstipps

Mi. 21. März, 18 – 22 Uhr

Berlin (Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, Leibniz-Saal, Markgrafenstr. 38)

- **Hirntod und Organentnahme**
Vorträge mit Diskussion

Die wissenschaftlichen Zweifel am »Hirntod«-Konzept haben den Deutschen Ethikrat offenbar alarmiert. Jedenfalls will sein »Forum Bioethik« die »Öffentlichkeit über die aktuelle Debatte informieren«, die Kernfragen heißen: »Gibt es neue Erkenntnisse zum Ende des menschlichen Lebens? Sollte die Praxis der Organentnahme überdacht werden?« Antworten sollen diverse Fachleute, darunter Professor Alan Shewmon. Der Neurologe hatte bis 1998 über 170 dokumentierte Fälle gefunden, bei denen zwischen Feststellung des »Hirntodes« und Eintritt des Herzstillstands viel Zeit vergangen war: Die Spannen reichten von mindestens einer Woche bis zu 14 Jahren. *Anmeldung beim Deutschen Ethikrat, Telefon (030) 20370-242*

Mi. 21. März, 19.30 Uhr

Köln (Domforum, Domkloster 3)

- **Auf Leben und Tod**
Vortrag

Wolfram Höfling, Direktor des Instituts für Staatsrecht der Uni Köln, ist als kritischer Kommentator des Transplantationsgesetzes bekannt. Seit Jahren beklagt der Juraprofessor mangelnde rechtsstaatliche Kontrolle in der Transplantationsmedizin. Auf Einladung des katholischen Bildungswerkes nimmt Höfling die geplante Reform des Gesetzes eingehend unter die Lupe.

Fr. 23. März, 19.30 Uhr – Sa. 24. März, 19 Uhr
Essen (Kulturzentrum Grend, Westfalenstr. 311)

- **Organspende – gesellschaftlich umstritten, öffentlich undurchschaubar, politisch gefördert**
Tagung

Um die Zahl der Organentnahmen zu steigern, will der Bundestag bald neue Regeln beschließen, unter anderem zur Einwilligung. Dabei ist das Transplantationssystem kaum durchschaubar – und es gibt viele Fragen, die weitab von Vokabeln wie »Hilfsbereitschaft« oder »Organspende nach dem Tod« zu bedenken sind. Die Tagung, veranstaltet von BioSkop, OMEGA und dem Bildungswerk der Humanistischen Union NRW, will für mehr Durchblick sorgen (Siehe Seite 7). *Anmeldung bei Erika Feyerabend, Telefon (0201) 5366706*

Mi. 18. April, 14 – 17 Uhr

Berlin (Katholische Akademie, Hotel Aquino, Hannoversche Straße 5b)

- **Medizinqualität statt e-Card-Bürokratie**
Tagung

Die elektronische Gesundheitskarte wird seit Oktober 2011 bundesweit eingeführt. Perspektivisch soll sie den Zugriff auf zentral gespeicherte PatientInnen-daten ermöglichen (Siehe BIOSKOP Nr. 56). Gegen diese Entwicklung kämpft die »Aktion Stoppt die e-Card«, in der über fünfzig Organisationen mitmachen. »Arztpraxen sind keine Außenstellen der Krankenkassen!« lautet das Motto der Berliner Veranstaltung; das Karten-Projekt zerstöre gute Medizin. Wie und warum, werden ExpertInnen auf Einladung des Bündnisses erläutern.

Mi. 18. April, 9.30 – 17 Uhr

Hannover (Hanns-Lilje-Haus, Knochenhauerstr. 33)

- **Mit(-)Verantwortung in Pränataldiagnostik und Schwangerenberatung**
Tagung

Zielgruppe der Veranstaltung des bioethisch orientierten Loccumer »Zentrums für Gesundheitsethik« sind alle, die Schwangere beraten und betreuen. »Das Dilemma«, so die Gastgeber, »besteht darin, zum einen das Lebensrecht des Kindes zu schützen und zum anderen das Qualitätsmerkmal der Nicht-Direktivität befolgen zu sollen.« Die Praxis wird anhand rechtlicher und berufsethischer Vorgaben zur »Qualitätssicherung« diskutiert. *Infos und Anmeldung bei Frau Wewetzer, Telefon (0511) 1241-496*

Mo. 4. Juni

Berlin (Evangelische Akademie, Französische Friedrichstadtkirche, Gendarmenmarkt 5)

- **Wie lassen sich Pflege und Beruf vereinbaren?**
Tagung

Rund drei Millionen Menschen, besagen demographische Prognosen, werden 2020 in Deutschland pflegebedürftig sein. Die meisten Betroffenen werden zu Hause versorgt – überwiegend von Frauen, die meist noch im erwerbsfähigen Alter sind. Einige Unternehmen haben »praxisorientierte Konzepte für eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf entwickelt«, weiß die Berliner Akademie. Ihre Tagung erörtert Modelle und fragt auch nach »Anspruch und Realität kirchlicher Arbeitgeber«. *Infos und Anmeldung bei Frau Huschke, Telefon (030) 20355-404*

Ja!

- ich abonniere **BIOSKOP** für zwölf Monate. Den Abo-Betrag in Höhe von 25 € für Einzelpersonen/50 € für Institutionen habe ich heute auf das BioSkop e.V.-Konto 555 988-439 bei der Postbank Essen [BLZ 360 100 43] überwiesen. Dafür erhalte ich vier **BIOSKOP**-Ausgaben. Rechtzeitig vor Ablauf des Bezugszeitraums werden Sie mich daran erinnern, dass ich erneut 25 bzw. 50 € im voraus überweisen muss, wenn ich **BIOSKOP** weiter beziehen will.
- 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:

- ich unterstütze **BIOSKOP** mit einem zwölf Monate laufenden Förderabonnement. Deshalb habe ich heute einen höheren als den regulären Abo-Preis von 25 bzw. 50 € auf das o.g. Konto von BioSkop e.V., überwiesen. Mein persönlicher Abo-Preis beträgt €. Dafür erhalte ich vier **BIOSKOP**-Ausgaben. Rechtzeitig vor Ablauf des Bezugszeitraums werden Sie mich daran erinnern, dass ich erneut mindestens 25 bzw. 50 € im voraus überweisen muss, wenn ich **BIOSKOP** weiter beziehen will.
- ich bin daran interessiert, eine/n BioSkop-ReferentIn/en einzuladen zum Thema: Bitte rufen Sie mich mal an. Meine Telefonnummer:
- ich unterstütze BioSkop e.V. mit einer Spende von € (Konto siehe oben). Weil BioSkop e.V. vom Finanzamt Essen als gemeinnützig anerkannt worden ist, bekomme ich eine abzugsfähige Spendenquittung.

Name

Telefon

Straße

E-Mail

PLZ+ Wohnort

Datum Unterschrift

Nur für Abonentinnen und Abonenten: 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