

BIO SKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

5. Jg. • Nr. 18 • Juni 2002

Ultimative Planungssicherheit

Von Erika Feyerabend

Der flämische Publizist Hugo de Ridder schrieb 1992 die Satire *Der ultimative Transfer*. Erzählt wird die Geschichte des »Renaat van Hingene«, Gründer der Stiftung »Der Wunschtod«, deren Mitglieder sich einem makabren Ziel verschrieben haben: Sie »wählen« einen »präzisen« Zeitpunkt für ihren Tod. Zuvor ermittelt jede/r selbst an Hand einer »Lebbarkeits-Skala«, wann ihr/sein körperlicher und geistiger Verfall nicht mehr tolerabel sein soll. Präzision und Berechnung zählen. Die Skala berücksichtigt Daten über den allgemeinen Gesundheitszustand, über Konzentrationsfähigkeit, Hirnaktivität, mentale Alterung, Potenz, Beziehungsfähigkeit, Verfallsgrad, Einkommen. Die Ergebnisse werden mit gesellschaftlichen Erwartungen verglichen und in Zahlen ausgedrückt. Die Stiftung beobachtet die Mentalitätsveränderungen in der Bevölkerung, berichtet über veränderte »Lebbarkeits-Standards« und gestaltet sie so aktiv mit.

Wird der Todeszeitpunkt »selbst gewählt« und zwei Jahre vor der geplanten Tötung per Einschreiben den Behörden mitgeteilt, gilt die Selbstentsorgung weder als Euthanasie noch als Selbsttötung, sondern als »Wunschtod«. Im Zeitraum zwischen Todesfestlegung und Todesherstellung bietet der Staat bessere medizinische Behandlung und erhöht die Rente. Sobald der im voraus festgelegte Todestag verstrichen ist, erlöschen alle Ansprüche auf sozialstaatliche Unterstützung. Diese »total neue Sorte der Lebensbeendigung« wird in der Welt der Satire am Ende des 20. Jahrhunderts eingeführt – vor dem Hintergrund anhaltender Schuldzuweisungen an alte Menschen, die für alle ökonomischen Probleme des Gemeinwesens verantwortlich gemacht werden.

Möglichst alle jenseits des 60. Lebensjahres sollen der Stiftung beitreten. Als »lebenswert« gilt im öffentlichen Bewusstsein die Lebensspanne zwischen dem 18. und 52. Lebensjahr; sie wird mit Gesundheit und ökonomischer Rentabilität assoziiert. Eine »positiv gerichtete Besorgtheit für künftige Generationen« ist selbstverständlich. Die Medien entdecken die Alten als Thema, aber nur wenn sie gesund und finanzstark sind. Die wirklichen Alten, die Beschwerlichkeiten des Altwerdens, kommen in der Berichterstattung nicht vor. Um das »Gut Gesundheit« aber wird mit allen Mitteln gekämpft. Die Sorge um ihre Verteilung und ihre Finanzierbarkeit ist allgegenwärtig. Kann das »Gut« nicht sicher gestellt werden, sucht man Verdächtige und Schuldige. Die Stiftung wirbt offensiv und permanent: »Der Tod kommt nicht mehr wie ein Dieb in der Nacht. Vor allem können wir nun unsere Geburt, unser ganzes Leben und unseren Tod planen (...) Der Wunschtod ist ein Geschenk an die Gesellschaft, die sich auf der Suche nach einem finanziellen Stabilitätsfaktor befindet. Wir können im Gesundheitswesen Milliarden einsparen. Die Pensionsregelung kann rationeller ausgebaut werden.« Der Vergleich von Satire und gesellschaftlicher Wirklichkeit fällt beunruhigend aus: *Der ultimative Transfer* ist heute ungeahnt aktuell...

Bitte weiter lesen
auf der nächsten Seite

BIO SKOP Schwerpunkt Reproduktionsmedizin

Stammzellen aus Nabelschnurblut –
unbedenkliche Heilsbringer? 8
Geboren, um Zellen zu »spenden« 10
Forschung: Europäische Union fördert,
was in Deutschland nicht erlaubt ist 11

Transplantationsmedizin

Handel mit Körperteilen ist verboten,
findet aber trotzdem weltweit statt 6

Euthanasie

Belgien legalisiert Tötung auf Verlangen .. 3
Menschengerichtshof: Kranke haben
keinen Rechtsanspruch auf Tötung 4

Genforschung

Großbritannien will die größte
Gendatenbank der Welt aufbauen 12

Gesundheitspolitik

Private Unternehmen übernehmen
immer mehr öffentliche Krankenhäuser .. 14

Und außerdem...

Im Interview: Inge Kunz, Vorsitzende
der Hospizvereinigung OMEGA 5
BioSkop lädt herzlich ein zur Tagung
»Patientenverfügungen im Widerstreit« ... 4
Initiativen und Kontakte 15
Veranstaltungstipps 16
Wunschzettel 16
BIO SKOP im September 2002 16

Impressum BIO SKOP

Herausgeber: BioSkop e. V. · Forum zur Beobachtung der
Biowissenschaften und ihrer Technologien
Bochumer Landstr. 144 a · 45276 Essen
Tel. (02 01) 53 66 706 · Fax (02 01) 53 66 705
BioSkop im Internet: www.bioskop-forum.de
Redaktion: Klaus-Peter Görlitzer (v.i.S.d.P.),
Bernstorffstr. 158 · 22767 Hamburg
Tel. (0 40) 43 18 83 96 · Fax (0 40) 43 18 83 97

Beiträge in dieser Ausgabe:

Erika Feyerabend, Antje Lorch,
Roberto Rotondo, Christian Winter.
Sämtliche Beiträge in BIO SKOP sind urheberrechtlich
geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit
schriftlicher Genehmigung der Redaktion.

Satz & Druck: stattwerk e.G., Essen
ISSN 1436-2368

mit **newsletter**
Behindertenpolitik

Fortsetzung von Seite 1 →

Die ultimative Planungssicherheit

Hugo de Ridder's Satire von 1992 erscheint wie eine vorweg genommene Beschreibung der Gegenwart. Denn das im Mai vom belgischen Parlament beschlossene Euthanasie-Gesetz (Siehe Seite 3) kommt dem »Wunschtod«-Konzept nahe. An der Prognose »unheilbar« entsteht ein Recht auf Nachfrage und Ausführung von Tötungshandlungen. PatientInnen legen ihren Sterbezeitpunkt und ihre Lebbarkeitsgrenze fest, ÄrztInnen sind Vollstrecker des Planes. Seit Jahren gibt es in Flandern nachweislich eine Tötungspraxis, die nun legalisiert wird. Tötung auf Verlangen, Tod durch ärztlich begleitete Selbstentsorgung sind eine Realität. Üblicher aber ist das Herbeiführen des Todes ohne ausdrückliche Nachfrage, nämlich durch tödlich wirkende Medikamentendosen oder Behandlungsabbruch.

Das Begehren der todkranken Britin Diane Pretty, die beim Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte das Recht, mit Hilfe ihres Ehemannes getötet zu werden, erstreiten wollte, transportiert eine tragische Lebensgeschichte in die Sphären von Recht und Öffentlichkeit. (Seite 4) Dabei entsteht eine Unbestimmtheitszone, in der öffentliche Belange und private Geschehnisse ununterscheidbar werden. Der vermeintlich eigene Tötungswille und die Sorge um die »Solidargemeinschaft« sind untrennbar miteinander verwoben. Vermutungen alter und chronisch kranker Menschen, überflüssig zu sein, werden durch statistische Prognosen genährt. »Lebbarkeits-Skalen« und Versprechen auf reibungsloses Sterben werden in Millionenauflage verbreitet, gemeinsam mit Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten. (Seite 4)

Gelegentlich, aber nicht so offen wie in der »Wunschtod«-Satire, wird das Kostenargument sagbar. Der Ökonom Bernhard Hug schrieb in der *Neuen Zürcher Zeitung*: »Ehrlicherweise muss festgehalten werden, dass die Sterbehilfe für das Gesundheitswesen von enormer öffentlicher Bedeutung ist. Es ist undenkbar, dass darauf verzichtet werden kann. Die zusätzlichen Kosten wären schlicht nicht zu bezahlen.«


Auf dem Boden der Rede von »Kostenexplosion« und Belastbarkeitsgrenzen sozialstaatlicher Sicherungen gedeiht die Gesundheitsindustrie,

mit Klinikkonzernen und Börsenspekulationen. (Seite 14) Krankenbehandlung und das »Gut Gesundheit« sind ökonomisch taxiert. Im Innern der Kliniken lernen Pflegepersonal und PatientInnen ihre Leiden und ihre Gesundheitsansprüche in Geldwert zu denken. Die Konzernmanager wollen diesen Gesundheitsmarkt ausdehnen und setzen ebenfalls auf Wirtschafts-Rhetorik: »Der Verbraucher wird sich mit Co-Payment-Systemen besorgen, was er will. Und er will länger und besser leben, als es ihm die Politik (...) vorschreiben möchte«, behauptet etwa Ralf Michels vom Klinikkonzern Helios.

Das Versprechen auf Gesundheitssicherung mobilisiert tatsächlich – bis hin zur wirtschaftlichen Verwertung von Lebensprozessen. Nabelschnurblut gilt als »knappes Gut« und als eine »biologische Lebensversicherung«. Schwangerschaft zum Anlass eines Dienstleistungsvertrages zu machen, um »Leben« zu sichern, wird als verantwortungsvolle Zukunftsplanung dargestellt. (Seite 8) Der nächste Schritt, »designte« Babys als »Lebensretter« im Reagenzglas zu »zeugen«, wird am spektakulären Einzelfall

vorgeführt. (Seite 10) Begehrlichkeiten, die das »Wunschleben« betreffen, sind Wachstumssektoren. Mittlerweile treten

Käufer und Verkäufer von Körperstücken, unterstützt von Transplantateuren und Händlern, über Landesgrenzen hinweg in Kontakt. (Seite 6) Das geplante, sicher gestellte, öffentlich umsorgte, ökonomisch und politisch bearbeitete Leben ist nicht der Gegensatz, sondern das Pendant zum politisierten Sterben. Genau genommen, überbietet die gesellschaftliche Wirklichkeit inzwischen die Satire.

Was für die vielen unbekanntenen und verschwiegenen Lebenswege zutrifft, ist auch für erdachte Geschichten typisch: Sie enden oft überraschend. Zwei Jahre nach dem »Tod« des »Wunschtod«-Stiftungsgründers stellt sich heraus, dass seine Beerdigung nur eine Scheinbestattung war. Der Held der »neuen Sorte der Lebensbeendigung« hatte sich dem frei gewählten Ableben ganz einfach entzogen und war unbemerkt in die Anonymität abgetaucht. Schließlich entdeckt man ihn doch noch: Renaat van Hingene wird in einem gestohlenen Rollstuhl gefunden – tot und völlig verarmt. 

Erika Feyereabend (Essen) ist Journalistin und Bioskoplerin.

»Het ultieme transfer« heißt der flämische Originaltitel der 1992 veröffentlichten Satire, in der Hugo de Ridder die Aktivitäten einer fiktiven »Wunschtod«-Stiftung schildert und außerdem provokativ aufzeigt, welche Zumutungen alten Menschen in einer Gesellschaft drohen, in der das Durchschnittsalter stetig steigt. De Ridder, in Belgien ein bekannter Publizist, wirbt für Solidarität mit alten Menschen. Eine deutschsprachige Ausgabe von »Het ultieme transfer« (»Der ultimative Transfer«) gibt es nicht, wohl aber eine kurze Zusammenfassung der Satire. Man findet sie in Jean-Pierre Wils Buch »Sterben. Zur Ethik der Euthanasie«, erschienen 1999 im Paderborner Schöningh-Verlag. Wils, Ethik-Professor an der Katholischen Universität im niederländischen Nijmegen, steckt auf 246 Seiten eine breiten thematischen Rahmen: Er referiert literarische und philosophische Ansichten zu Selbsttötung und »Sterbehilfe«, erinnert an eugenische und bevölkerungspolitische Ideologien, geht auf das barbarische NS-Euthanasie-Programm ein und informiert über Diskussion und Praxis von PatientInnen-Tötungen auf Verlangen in den Niederlanden.

Das geplante, öffentlich umsorgte, ökonomisch und politisch bearbeitete Leben ist das Pendant zum politisierten Sterben.

»Aktive Sterbehilfe« auf Belgisch

Belgien legalisiert PatientInnen-tötungen und geht dabei noch weiter als das niederländische Vorreitergesetz

Belgien erlaubt – neben den Niederlanden – als zweiter Staat, dass PatientInnen sich von ÄrztInnen töten lassen können. Ein entsprechendes »Euthanasiegesetz« beschloss das belgische Parlament am 16. Mai, mit der Stimmenmehrheit von Liberalen, Sozialisten und Grünen. Anschließend erklärte die christdemokratische Opposition, sie werde beim Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte gegen das Gesetz klagen.

Das belgische Euthanasiegesetz betrifft noch mehr Menschen als sein »Vorbild«, das seit April dieses Jahres in den Niederlanden gilt. In Belgien sollen ÄrztInnen nicht nur physisch schwer Kranke töten dürfen, sondern außerdem auch Menschen mit »psychischen Leiden«. In allen Fällen wird – neben der Einwilligung des Patienten – vorausgesetzt, dass sein Zustand »dauerhaft«, »medizinisch aussichtslos« und »unerträglich« sein soll. Das Gesetz bestimmt nicht, dass sich der Sterbewillige bereits im Sterbeprozess befinden muss; seine Lebenserwartung kann, zumal bei »psychischen Leiden«, durchaus noch Jahre oder Jahrzehnte betragen. Das belgische Parlament will also bewusst nicht »Hilfe« im Sterben ermöglichen; auf welche Weise künftig legal getötet werden soll, steht nicht im Euthanasiegesetz.

Die Option, straffrei umgebracht zu werden, gilt für Erwachsene und »mündige Minderjährige«. Die Einwilligung in die eigene Tötung gilt als rechtsverbindlich, wenn der Kranke sie wiederholt, freiwillig und schriftlich erklärt hat und im Moment der Unterschrift einsichtsfähig und über seinen Zustand informiert war. Falls er zum Schreiben körperlich nicht in der Lage ist, darf der Patient eine andere Person ermächtigen, den Tötungsantrag stellvertretend für ihn zu unterzeichnen.

Wer aufgrund einer schweren Erkrankung oder eines Unfalls nicht mehr bei Bewusstsein ist, kann ebenfalls zum Euthanasiekandidaten werden. Voraussetzung ist, dass MedizinerInnen den Zustand als »irreversibel« einschätzen und der Betroffene in einer Verfügung vorab erklärt

hat, dass er in einem solchen Falle getötet werden wolle. Die Erklärung darf nicht älter sein als fünf Jahre; Einzelheiten über Aufbewahrung und Registrierung solcher Dokumente sollen noch festgelegt werden. Nach Unterzeichnen des Euthanasieantrags muss mindestens ein Monat verstreichen, bevor der Tötungsakt vollzogen werden darf. Der dazu bereite Arzt muss zudem zwei MedizinerInnen konsultiert haben, die ebenfalls prüfen sollen, ob der Zustand des Sterbewilligen aussichtslos sei.

Spätestens vier Tage, nachdem der Euthanasiearzt den Sterbewilligen ums Leben gebracht hat, muss er die Umstände dokumentiert und vorformulierte Standardfragen beantwortet haben. Anschließend überprüft eine 16-köpfige Kommission aus MedizinerInnen und JuristInnen, ob die Tötung, gemessen an den Maßstäben des Euthanasiegesetzes, rechtmäßig war. Nur wenn mindestens zwei Drittel der Kommissionsmitglieder bezweifeln, dass der Euthanasiearzt gesetzesstreu gehandelt hat, müssen sie die Staatsanwaltschaft einschalten; in allen anderen Fällen gilt der Tötungsakt als legal.

Kein Mediziner muss töten

Wie wirkmächtig die Euthanasieparagrafen in der alltäglichen Praxis tatsächlich werden, hängt wesentlich von der Mitmachbereitschaft der Ärzteschaft in Belgien ab. Denn MedizinerInnen – wie auch Pflegekräfte – dürfen selbst entscheiden ob sie an einer PatientInnen-tötung mitwirken wollen oder nicht. Im Gesetz heißt es ausdrücklich: »Kein Mediziner ist gezwungen, Euthanasie zu praktizieren.«

Fast überall in Europa haben PolitikerInnen, ÄrztInnen und Sozialverbände gegen die belgischen Tötungsregelungen protestiert. Trotzdem sollen sie nach der Sommerpause in Kraft gesetzt werden. Für diesen Fall hat die flämische Christlich-Soziale Partei bereits angekündigt, das Euthanasiegesetz vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte überprüfen zu lassen. Sollten die Straßburger Richter an ihr jüngstes Urteil zum »Fall Pretty« (Siehe Seite 4) anknüpfen, dürften die Chancen einer Klage nicht schlecht stehen.

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

»Ethische Abwärtsspirale«

»In Europa ist eine ethische Abwärtsspirale in Gang gekommen, die immer mehr Länder erfasst. Wenn wir uns dieser Entwicklung nicht mit aller Macht entgegenstellen, werden wir wohl eines Tages dazu kommen, dass schwerkranke Menschen eine Genehmigung einholen müssen, um weiterleben zu dürfen«, kritisierte Bundesärztekammer-Präsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe das vom belgischen Parlament beschlossene Sterbehilfe-Gesetz. (...) Das Gesetz ... widerspricht der weltweit geltenden Verpflichtung von Ärzten, Leben zu erhalten und Leiden zu lindern, so Hoppe.«

Aus einer Pressemitteilung der Bundesärztekammer (BÄK) vom 17. Mai 2002. Hoppe verschwieß jedoch den BÄK-Beitrag zur »ethischen Abwärtsspirale«: die »Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung« vom 11. September 1998. Sie sehen u. a. vor, dass ÄrztInnen bewusstlose Kranke, die nicht im Sterben liegen, durch Entzug der Sondenernährung verhungern lassen können – vorausgesetzt, das Herbeiführen des Todes entspreche dem »mutmaßlichen Willen des Patienten«. Als Indiz sollen frühere Erklärungen des nicht mehr Einwilligungsfähigen gelten. Liegen sie nicht vor, sollen Bevollmächtigte, Betreuer und Gerichte befugt sein, den tödlichen Behandlungsstopp zu bestimmen. (Siehe BIOSKOP Nr. 1-4)

Von **Christian Winter**
(Mannheim),
Jurastudent und
BioSkopler

Kein Rechtsanspruch auf Tötung

Ein Anspruch auf Beihilfe zur Selbsttötung ist aus der Europäischen Menschenrechtskonvention nicht zu begründen. Das hat der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) Ende April klar gestellt.

Die Straßburger Richter wiesen damit die Aufsehen erregende Klage der 43-jährigen Engländerin Diane Pretty ab. Die vom Hals abwärts gelähmte, unheilbar kranke Frau wollte erreichen, dass der britische Staat ihren Ehemann nicht strafrechtlich belangen darf, falls der ihr tatkräftig helfe, freiwillig aus dem Leben zu scheiden. Einzelheiten über die Art der gewünschten »Beihilfe« zum Selbstmord, den Pretty aufgrund ihrer Erkrankung selbst nicht begehen konnte, nannte sie vor Gericht nicht.

Der EGMR unterstreicht in seiner Urteilsbegründung, kein Staat sei verpflichtet, den Tod eines Menschen zu ermöglichen. Dass Großbritannien die assistierte Selbsttötung als Straftat wertet, sei keine Verletzung des Selbstbestim-

mungsrechts der BürgerInnen. In Deutschland wird Beihilfe zum Selbstmord geduldet, sofern der/die Sterbewillige voll zurechnungsfähig ist und das Geschehen beherrscht. Tötung auf Verlangen (so genannte »aktive Sterbehilfe«) ist verboten. Die Abgrenzung kann in der Praxis allerdings sehr schwierig sein.

Das klare Urteil des EGMR ist ein Dämpfer für die organisierte Euthanasielobby, die unterstützte Selbsttötung als Menschenrecht eingestuft sehen will. Nichts wird nun aus dem Plan, den Fall Pretty als Türöffner zu benutzen für die europaweite Legalisierung auch von Tötungen auf Verlangen. PatientInnen auf deren Wunsch zu töten, halten bisher nur die Niederlande und neuerdings auch Belgien (Siehe Seite 3) für rechtens. Mehr als zweifelhaft ist, ob die Euthanasiepraxis dieser beiden Staaten mit dem Geist der Europäischen Menschenrechtskonvention vereinbar ist. Denn die verpflichtet die Staaten, Menschenleben generell zu schützen.

Anfang Mai, wenige Tage nach der Straßburger Entscheidung, ist Diane Pretty gestorben. Der behandelnde Arzt bezeichnete den Tod der schwer kranken Frau laut Presseberichten als »normal und natürlich«.

Einladung zur BioSkop-Tagung am 18./19. Oktober in Essen

»Patientenverfügungen im Widerstreit«

Werbung für »Patientenverfügungen« ist allgegenwärtig. Mit solchen Papieren, die hierzulande rechtlich unverbindlich sind, erklären Menschen, dass sie im Fall späterer Nichteinwilligungsfähigkeit, etwa bei Koma oder Schlaganfall, durch Abbruch der Behandlung zu Tode gebracht werden wollen.

Erleichtern Vorabverfügungen das Leben mit schwerer Krankheit, machen sie es »selbstbestimmter«? Stellt, im Zeichen der »Kostenexplosion«-Rhetorik, der frei erklärte Verzicht nicht auch eine Gefahr dar, für Leib und Leben vieler? Solche Fragen werden diskutiert bei der **Tagung »Planungssicherheit am Lebensende? Patientenverfügungen im Widerstreit«**, zu der BioSkop e.V. am 18. und 19. Oktober nach Essen (Ev. Gemeindezentrum Altenessen-Süd) einlädt. MitveranstalterInnen sind die Heinrich-Böll-Stiftung NRW, das Behindertenreferat des evangelischen Stadtkirchenverbandes Essen, die Bocholter Regionalgruppe der Hospiz-Vereinigung OMEGA und das Hannah-Arendt-Bildungswerk.

Zahlreiche ReferentInnen werden das Thema aus unterschiedlicher Perspektive beleuchten. Der Münchner Soziologe **Werner Schneider** widmet sich der Art und Weise, wie in modernen Gesellschaften über Sterben und Tod gesprochen

wird. Die Wiesbadener Erziehungswissenschaftlerin Prof. **Marianne Gronemeyer** hinterfragt die Vorstellung vom »Recht auf den eigenen Tod«. **Pia Hollenstein**, Intensivschwester und Nationalrätin in St. Gallen, setzt sich kritisch mit den Schweizer Realitäten auseinander. **Christian Winter**, aktiver BioSkopler, problematisiert die rechtliche Dimension von Verfügungen und Vollmachten. **Paolo Bavastro**, Leitender Arzt in der Filderklinik bei Stuttgart und **Friedrich Leiding**, Psychiater beim Landschaftsverband Rheinland, erörtern, ob das neue Arzt-Patient-Verhältnis als eine Art Dienstleister-Kunden-Beziehung tatsächlich Sicherheit für die Beteiligten bietet. Einen kritischen Blick auf interne Diskussionen der Hospiz-Bewegung richten **Inge Kunz**, Sozialpädagogin und OMEGA-Bundesvorsitzende, **Franco Rest**, Professor für Sozialphilosophie/Sozialethik in Dortmund und **Hans Hermann Holfelder**, Krankenhauspfarrer aus Hamburg.

Wir freuen uns auf spannende Diskussionen und hoffen auf zahlreiche TeilnehmerInnen! Bitte fordern Sie das komplette Programm und Anmeldeunterlagen schnellstmöglich an bei BioSkop e.V., Erika Feyerabend, Bochumer Landstr. 144 a, 45276 Essen, Telefon (02 01) 5 36 67 06.

»Sterben ist immer unerwartet«

Ein Gespräch über Erfahrungen und Einstellungen von Hospiz-MitarbeiterInnen, die todkranke Menschen begleiten

Stimmen Ergebnisse von Meinungsumfragen, so wünschen immer mehr Menschen einen geplanten, »selbst bestimmten« Tod. Wie denken MitarbeiterInnen von Hospizen über »Sterbehilfe« und »Patientenverfügungen«? Einen Einblick gibt die OMEGA-Vorsitzende Inge Kunz im *Bioskop*-Interview. Die Fragen stellte Erika Feyerabend.

Bioskop: Sind Behandlungsabbruch und Euthanasie in der Hospizwelt ein Thema?

Inge Kunz: Weit verbreitet ist die Haltung: Aktive Sterbehilfe kommt bei uns nicht vor, deshalb brauchen wir darüber nicht nachdenken. Gepaart mit einer gefährlichen Vorstellung von einem »idealen Sterbeprozess«, sanft, schmerzfrei, ohne Qualen, wird der Behandlungsabbruch aber durchaus erwogen.

Bioskop: Die künstliche Ernährung ist umstritten. Es gibt PatientInnen, die fürchten, zwangsernährt zu werden. Ist das berechtigt?

Kunz: Die künstliche Ernährung sollte man unter den Bedingungen der Institution diskutieren. Es reicht nicht

aus, nur die punktuelle Entscheidung zum Abbruch zu thematisieren. Oft kriegen auch Menschen, die schlucken können, die Sonde, weil so die Pflege »rationeller« und billiger wird.

Bioskop: Kann in einer solchen Situation eine Patientenverfügung Abhilfe schaffen?

Kunz: Vor kurzem habe ich erlebt, wie ein Parkinson-Patient eine Sonde bekam, nicht, weil er nicht mehr schlucken konnte, sondern damit man ihm die vielen Medikamente problemlos verabreichen kann. Der Betroffene hatte eine Sonde per Patientenverfügung abgelehnt. Rechtssicherheit ist eine Illusion, in diesem Fall sogar, wenn man noch für sich selbst sprechen kann. Die Zustimmung wurde ihm durch intensive Überredung regelrecht abgerungen. Nicht »Übertherapie« durch Mediziner, sondern pflegerische Unterversorgung ist häufig das Problem.

Bioskop: Warum wird dieser Illusion denn trotzdem gern geglaubt, auch in Hospizkreisen?

Kunz: Das schwierigste bei der Begleitung ist das Aushalten. Gerade bei dem Gestaltungs- und Aktivitätsstil, der unserer Gegenwart zu eigen ist. Der Behandlungsabbruch erscheint vielen so attraktiv, weil so doch etwas zu machen

ist, eben indem eine Entscheidung getroffen wird. Auch gibt es Situationen, die BegleiterInnen als furchtbar empfinden. Hier gilt es, Distanz zu wahren, zu versachlichen. Das aber entspricht oft nicht ihrem Selbstbild. Extrem gesprochen, kann dies zum tödlichen Mitleid werden.

Bioskop: Welche Rolle spielen die Angehörigen?

Kunz: Sie sind oft überfordert. Das ist mehr als verständlich. Gerade weil das so ist, ist Vorsicht geboten, wenn sie den »Willen« des Betroffenen mutmaßen, wenn sie entscheiden sollen zwischen Pflege und Behandlungsabbruch. Statt

sie zu Stellvertretern zu machen, sollten Hospiz-MitarbeiterInnen die schwierige Lage der Angehörigen sehen und

tolerieren, aber auch die Schwerstkranken schützen. Wenn es sein muss, auch vor Angehörigen. Und sie sollten auch die gesellschaftlichen Dimensionen der Diskussion über Patientenverfügungen kennen.

Bioskop: Prognosen sind ausdeutbar. Gibt es wenigstens im Sterben Eindeutigkeiten?

Kunz: Nein, unsere Erfahrung ist das nicht. Vor kurzem lachte und scherzte einer der Betreuten noch, dann verstarb er total plötzlich. Um Weihnachten haben wir einen Tumorpatienten viereinhalb Wochen begleitet. Es gab Nächte, in denen wir gesagt haben, so, jetzt ist es so weit. Wir haben die Ehefrau geweckt. Wider aller Erwartung erholte sich ihr Mann, konnte laufen und Bankgeschäfte regeln. Schließlich lebte er über acht Wochen länger als vorher vermutet.

Bioskop: Der Tod ist also doch nicht in den Griff zu kriegen?

Kunz: Sterben ist immer unerwartet. Wie soll man darüber informieren? Fragen stellen, zu hinterfragen, das ist wichtig! Was ist »unheilbar«, »austherapiert«? Was ist ein unumkehrbarer Sterbeprozess? Und: Gibt es überhaupt Sicherheiten im Sterben wie im Leben?

Im BIOSKOP-Interview: Inge Kunz

Die Sozialpädagogin ist langjährige Hospiz-Mitarbeiterin in Bocholt und Bundesvorsitzende der Hospizvereinigung OMEGA – Mit dem Sterben leben e. V.

Rechtsanspruch auf Sterbebegleitung

In Österreich gilt ab Juli das Gesetz über »Familienhospiz-Karenz«. Arbeitnehmer, die Sterbende begleiten oder schwer kranke Kinder betreuen, erhalten für maximal sechs Monate einen Rechtsanspruch auf Reduzierung oder vollständige Aussetzung ihrer Arbeit. Dies gilt für Ehegatten, Eltern, Kinder, Enkel, Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Adoptiv- und Pflegekinder, Lebensgefährten und Geschwister. Während der Sterbebegleitung besteht Kündigungs- und Entlassungsschutz, der Karenznehmer bleibt kranken- und rentenversichert. Allerdings gibt es keinen Lohnersatz.

Das Gesetz, Ende Mai einstimmig vom Parlament beschlossen, nennt Sozialminister Herbert Haupt »die humane österreichische Antwort auf das menschenverachtende belgische und holländische Modell der aktiven Sterbehilfe«. Trotzdem kritisiert die Opposition mangelnde finanzielle Absicherung der SterbebegleiterInnen sowie Diskriminierung homosexueller Partnerschaften, weil sie vom Karenzrecht ausgeschlossen werden. Haupt versprach, er wolle sich nun dafür einsetzen, den Kreis der Anspruchsberechtigten auszuweiten und Lösungen zur besseren finanziellen Absicherung suchen.

»Nicht »Übertherapie«, sondern pflegerische Unterversorgung ist häufig das Problem.«

Nicht so genau hingesehen

Handel mit menschlichen Körperstücken ist in vielen Staaten verboten – und findet trotzdem ständig statt

Von Roberto Rotondo (Hamburg), Diplompsychologe und Krankenpfleger, BioSkopler

»Daran kommt kein Arzt vorbei«

»Es ist müßig, immer wieder lautstark für solche Lebendspenden einzutreten. Das Transplantationsgesetz gibt uns hier enge Grenzen vor, daran kommt kein Arzt vorbei. Wer über den darin definierten Personenkreis hinaus Lebendspenden vornimmt, macht sich strafbar.«

Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Hamburger Ärztekammer, zur Frage, was er davon halte, dass der Freiburger Transplanteur Günter Kirste offensiv dafür plädiere, zwecks Nieren- und Lebertransplantationen auch Lebendorgan-spenden bei Nichtverwandten vorzunehmen. Montgomery äußerte sich in einem Interview, das die Ärzte-Zeitung am 5. Juni 2001 druckte.

Geschäfte mit menschlichen Körperteilen sind in Deutschland und vielen anderen Staaten illegal. Trotzdem gibt es immer wieder PatientInnen und MedizinerInnen, die Mittel und Wege finden, das Handelsverbot zu umgehen. Moderne Kommunikationstechnik macht's möglich, vor allem das Internet. Und hilfreich können auch Gutachter, Transplanteure und Staatsanwälte sein, die bei alledem nicht so genau hinsehen.

Der Freiburger Chirurg Günter Kirste reiste im Mai 1999 nach Basel, um dort zu tun, was das deutsche Transplantationsgesetz (TPG) verbietet. Im Kantonsspital übertrug Professor Kirste einem 63-jährigen Deutschen eine Niere eines Schweizers, als Gegenleistung erhielt dessen Ehefrau eine Niere der Gattin des Deutschen. Diese so genannte »Überkreuz-Spende« sei nicht rechtens gewesen, weshalb die Krankenkasse die Operationskosten auch nicht erstatten müsse, urteilte im Januar 2001 das Landessozialgericht (LSG) Nordrhein-Westfalen. Begründung: »Spender« und »Empfänger« hätten sich nicht »in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe« gestanden. Genau dies verlangt aber das TPG, das Gebot soll Geschäftemacherei mit Körperteilen verhindern helfen.

Die nahe liegende Frage, ob sich Transplanteur Kirste durch Mitwirken an diesem Körperteiltausch womöglich strafbar gemacht hat, war nicht Thema des Sozialverfahrens. Da sich auch nach dem LSG-Urteil kein Strafverfolger veranlasst sah, dem Fall auf den Grund zu gehen, ergriff BioSkop die Initiative. Im August 2001 erstatteten wir Anzeige gegen Professor Günter Kirste. Ein halbes Jahr später teilte uns die zuständige Staatsanwaltschaft Freiburg mit, sie habe das Ermittlungsverfahren eingestellt. Zum einen sei die in Basel erfolgte Überkreuz-Transplantation nach schweizerischem Recht nicht verboten. Zum anderen habe Kirste nicht gegen das Verbot des Organhandels verstoßen, den deutsche Strafverfolger auch verfolgen müssen, wenn er im Ausland stattgefunden hat. Die Einstellungs-begründung ist so verwirrend wie

bemerkenswert: Im TPG, so die Freiburger Staatsanwaltschaft, sei nicht definiert, was unter »Handeltreiben« mit Organen zu verstehen sei. Zwar spreche einiges dafür, dass »Überkreuz-Spenden« ein »Handeltreiben« im Sinne von »Tauschhandel« darstellten. Gegen diese Annahme spreche aber, dass keine »Umsatzförderung« vorliege, wenn ein Kranker Körpersubstanzen erwirbt, um sie auf sich selbst übertragen zu lassen. Fazit der Staatsanwaltschaft: Überkreuz-Spenden seien »jedenfalls nicht generell verboten«, eine Strafbarkeit sei im konkreten Fall nicht gegeben.

Mit Ermittlungen in diesem Stil wird man Handel im Zusammenhang von »Überkreuz-Organ-spenden« jedenfalls nicht auf die Spur kommen können. Sicherheit können auch Gutachterkommissionen zur »Lebendorgan-spende« nicht gewährleisten, die in Deutschland überprüfen müssen, ob sich ein Gesunder ein Körperteil freiwillig und ohne Bezahlung heraus-schneiden lassen will. (Siehe BIOSKOP Nr. 12).

Prüferwechsel ohne Probleme

Wer hartnäckig und mobil ist, kann Entscheidungen kritischer GutachterInnen durch weniger kritische »korrigieren« lassen. Das zeigte sich im Januar 2002, als die Ethikkommission der Ärztekammer Nord-Württemberg das Vorhaben einer jungen Frau ablehnte, ihrer Freundin eine Niere zu »spenden«, weil sie die Freiwilligkeit nicht als erwiesen ansah. Die Freundinnen wandten sich darauf an die Freiburger Universitätsklinik, wo die Gutachter der Bezirksärztekammer keine Einwände hatten. Die Transplantation fand statt.

Orts- und Prüferwechsel nach missliebigen Gutachten kommen offenbar öfter vor. Der folgende Fall ist allerdings besonders brisant, weil neben »Spender« und »Empfänger« auch der Transplanteur vorübergehend die Klinik wechselte. Im November 2001 erschienen zwei Männer im Transplantationszentrum der Universität Essen. Der eine war aus Israel angereist, der andere kam aus Moldawien und stellte sich als »Vetter« des rund 30 Jahre älteren Israelis vor. Der Moldawier erklärte, er sei bereit, eine

Anzeige
gefällig?

Sie können in BioSkop
inserieren!

Rufen Sie uns an:
Tel. (02 01) 53 66 706

→ Niere an den Israeli zu »spenden«. Dies lehnten die Essener Gutachter jedoch ab, sie bezweifelten, dass zwischen den Männern jene enge emotionale Bindung besteht, die für das Verpflanzen eines Körperstückes juristisch vorausgesetzt wird. Mehr Erfolg hatten die Beiden im thüringischen Jena, dort gaben Gutachter ihnen grünes Licht. Besonders pikant: Als die Niere Anfang Dezember wie gewünscht im Jenaer Uniklinikum entnommen und übertragen wurde, operierte ein Transplanteur aus dem fernen Essen mit, nämlich Professor Christoph Broelsch, der auch als »Leibarzt« von Bundespräsident Johannes Rau bekannt ist.

Der Verdacht, der Israeli könne seinem angeblichen »Vetter« aus dem armen Moldawien die Niere abgekauft haben, stand im Raum; bewiesen wurde dies jedoch nicht. Kein Geheimnis ist es jedoch in Fachkreisen, dass Israelis häufig Körperteile im Ausland erwerben und sich dort auch übertragen lassen. Israelische Krankenkassen übernehmen die Kosten, die Nachbehandlung findet dann im Heimatland statt. Zum Beispiel in der Jerusalemer Hadassah-Universität, wo Michael Friedlaender als Koordinator für Nierentransplantationen arbeitet. Im März 2002 erläuterte Friedlaender in der renommierten Fachzeitschrift *The Lancet*, dass jeder vierte Nierentransplantierte, der in der Hadassah-Universität versorgt werde, das fremde Körperteil im Ausland erworben habe, zum Beispiel in Staaten wie Irak, Indien, Ägypten, Estland, Jugoslawien, Rumänien, Georgien, Türkei oder USA. Die Preise seien höchst unterschiedlich: Für Operationen in den USA seien PatientInnen bereit, über 200.000 US-Dollar zu bezahlen. In Bagdad sollen solche Transplantationen ungleich günstiger sein, die Rede ist von 7.000 US-Dollar.

Eigentlich dürften Körperteile in den USA oder in Europa gar nicht zu erwerben sein, weil dort Organhandel unzulässig ist. Doch die Verbote sind leicht zu umgehen. Wie das funktioniert, hat die *New York Times* im Mai 2001 ausführlich berichtet. Jim Cohan, Broker aus Los Angeles, der sich »Internationaler Transplantationskoordinator« nennt und weltweit zu Diensten ist, bringt KäuferInnen und VerkäuferInnen zusammen. Kontakt zu Cohan kann man über das Internet herstellen; er organisiert die gesamte Transaktion, von der Kontaktherstellung zu Klinik und ÄrztInnen im jeweiligen Land bis zur Flugreise. Käufer und Verkäufer treffen sich beispielsweise in den USA, um die Operation vornehmen zu lassen. Jede US-Klinik hat eine Kommission, die prüfen soll, ob alles mit rechten

Dingen zugeht. »Spender« und »Empfänger« müssen nur schriftlich bestätigen, dass kein Geld im Spiel ist. Dann wird operiert, anschließend reisen »Spender« und Empfänger wieder ins Ausland. Ob wirklich kein Geld den Besitzer gewechselt hat, ist für Prüfer dann nicht mehr zu ermitteln. Für den gesamten »Service« bezahlt der Käufer 145.000 US-Dollar. Der Vermittler kassiert zehn Prozent der Gesamtsumme.

Überall auf der Welt

Das Internet bietet weitere Möglichkeiten. Wer sich ein wenig Mühe macht und dort so genannte »Dialyse-Foren« oder »Newsgroups« aufsucht, findet weltweit Menschen, die Körperteile nachfragen und andere, die welche verkaufen möchten. Über Staatsgrenzen hinweg können Kontakte und »Nähe« hergestellt werden. Dann braucht man sich nur noch ein Land auszusuchen, in dem die gewünschte Organübertragung stattfinden soll. Voraussetzung für den reibungslosen Ablauf ist allerdings, dass Kommissionen, TransplanteurInnen und StaatsanwältInnen nicht so genau hinsehen.

Professor Broelsch konzentriert sich auf seine beruflichen Fähigkeiten. Nachdem Kritik auch in der Essener Uniklinik an seiner – im eigenen Haus zuvor abgelehnten – Jenaer Transplantation laut geworden war, erläuterte der Chirurg der *Westdeutschen Allgemeinen Zeitung*: »Ich operiere überall auf der Welt. Wenn ich hinzu gebeten werde, bin ich Arzt und kein Richter.« Juristischen Ärger für den Präzedenzfall hat er wohl ebenso wenig zu befürchten wie der »Überkreuz-Spenden«-Tabubrecher Kirste.

Tatsächlich ist Broelsch ein gefragter Mann, auch im Ausland. So wirkt der Essener Transplanteur nebenbei auch als Professor in Israel – und zwar an jener Hadassah-Universität, in der man es für opportun hält, OrgankäuferInnen nachzuversorgen. Der dortige Transplantationskoordinator Friedlaender tritt offen dafür ein, Handel mit Körperteilen zu legalisieren. Dazu bewogen habe ihn sein Kontakt zu DialysepatientInnen, die Nieren erworben hätten, schrieb er in *Lancet*. Friedlaenders Position dürfte auch Broelsch bekannt sein.

Anfang Juni findet in Essen eine internationale Tagung zu Transplantationen nach Lebendorganspende statt. Als »Höhepunkt des Symposiums« empfiehlt Gastgeber Broelsch die Vorlesung des Chicagoer Soziologie- und Ökonomeprofessors Gary S. Becker. Sprechen wird Becker über »wirtschaftliche Aspekte von Organspenden«. (Siehe Randbemerkung rechts)

Finanzielle Anreize

»Wenn die Nachfrage das Angebot gewöhnlicher Waren übersteigt, wird der Preis für die Lieferanten angehoben, um sie zu bewegen, die verfügbare Menge zu steigern. Nutzt man ähnliche Anreize, würde dies mehr Menschen dazu bewegen zu erlauben, dass ihre Organe nach ihrem Tod für Transplantationen genutzt werden. Die Bundesregierung könnte zum Beispiel als Autorität bestimmt werden, die als einzige die Befugnis hat, Organe für Transplantationen zu kaufen und sie an Krankenhäuser mit Patienten zu verteilen, die Transplantationen brauchen.

Mir ist bewusst, dass viele Menschen entsetzt sein werden über jeden Vorschlag, finanzielle Anreize zu nutzen, um für Transplantationen Organe Gestorbener zu beschaffen. Sie halten den Kauf von Organen für unmoralisch. Sie sagen, dass arme Menschen benachteiligt werden, dass dies zur Begünstigung der Reichen führen wird, dass es zu teuer werden wird. Es mag noch andere Einwände geben. Ich schlage vor, den Erwerb von Organen in Erwägung zu ziehen, ausschließlich deshalb, weil andere Veränderungen des gegenwärtigen Systems bisher ungeheuer unzureichend gewesen sind, um den Organmangel zu beenden.«

aus einem Aufsatz von Professor Gary S. Becker, veröffentlicht am 20. 1. 1997 im US-amerikanischen Wirtschaftsblatt Business Week. Becker ist nun als »Höhepunkt« eines Symposiums angekündigt, zu dem der Essener Transplanteur Christoph Broelsch KollegInnen aus aller Welt vom 6.-7. Juni 2002 in die Ruhrmetropole eingeladen hat.

»Biologische Lebensversicherung«

Stammzellen aus Nabelschnurblut werden als neue, unbedenkliche Heilsbringer angepriesen – zu Recht?

Von **Antje Lorch**
(Amsterdam), Biologin
und BioSkoplerin

Stammzellen aus Nabelschnurblut werden in der biopolitischen Debatte neuerdings als vielfältige Hoffnungsträger dargestellt: Sie gelten als »Spende« und erstes »Geschenk« eines Neugeborenen an seine Mitmenschen, als »biologische Lebensversicherung« oder als rettendes »Therapeutikum« fürs Geschwisterkind. Die Heilungsversprechen werfen brisante Fragen auf – medizinische, juristische, sozialpolitische.

Moralischer Druck und unbegründete Erwartungen

»Das kommerzielle Angebot zur individuellen Bevorratung von Zellen aus eigenem Nabelschnurblut könnte unbegründete Erwartungen bei den Eltern Neugeborener hervorrufen. In den letzten Jahren wurden Geschäftsmodelle entwickelt, die auf die Hoffnung der Eltern setzen, dass ihr Kind im späteren Leben im Falle eines schweren Leidens mittels der konservierten neonatalen Stammzellen zu heilen sei. Die Eltern könnten sich insbesondere durch Werbebroschüren moralisch unter Druck gesetzt fühlen, etwas vermeintlich Notwendiges für ihr Kind zu tun, das sie kaum ablehnen können.«

Feststellung der »Bundestags-Enquete-Kommission Recht und Ethik der modernen Medizin«, nachzulesen auf Seite 62 ihres »Teilberichtes Stammzellforschung«. Der Bericht (Bundestagsdrucksache 14/7546) wurde Ende November 2001 fertig gestellt.

RBlutstammzellen aus der Nabelschnur zu entnehmen, ist einfach und ohne Risiko für Mutter und Baby. Das Nabelschnurblut enthält – anders als Blut von Kindern und Erwachsenen – noch Stammzellen, die denen im Knochenmark entsprechen. Die Zellen lassen sich genau wie andere Blutstammzellen auf Menschen übertragen; dass sie mit Viren infiziert sind, ist unwahrscheinlich.

»Spenden«, »Aufbewahren«, »Gezielt verwenden« – so lässt sich der aktuelle Umgang mit Stammzellen aus Nabelschnurblut auf den Punkt bringen:

»Spenden«: Eltern können die Zellen an eine öffentliche Zell- und Gewebekbank »spenden«. Nach einigen Tests, bei denen vor allem die immunologischen Eigenschaften der Zellen typisiert, aber auch kindliches und mütterliches Blut etwa auf Virusinfektionen untersucht werden, wird die Blut- bzw. Zellprobe, anonymisiert und eingefroren. Über eine Datenbank sollen die eingefrorenen Blutzellen allen potenziell Erkrankten zugänglich sein. Die »SpenderInnen« haben keine weiteren Rechte darauf. Nabelschnurblutbanken sind meist an Universitätskliniken angeschlossen, die größten deutschen gibt es in Düsseldorf und Mannheim.

Aufbewahren: Eltern können Nabelschnurblut aber auch in einer kommerziellen Zellbank einlagern lassen, um sie später bei Bedarf auf ihren Nachwuchs übertragen zu lassen. In den USA gibt es eine Vielzahl solcher Banken; in Deutschland existieren bisher zwei kommerzielle Zellbanken: Vita 34 in Leipzig und Cryo-Care in Köln. Unter dem Schlagwort »Biologische Lebens-

versicherung« können Eltern als rechtliche Vertreter ihres Kindes Nabelschnurblut für 20 Jahre, 99 Jahre bzw. lebenslang in Stickstoff-tanks aufbewahren lassen, diese Dienstleistung kostet derzeit zwischen 1.360 und 3.100 Euro.

Gezielt verwenden: Eine dritte Möglichkeit ist die »gerichtete Spende«. Dabei werden die Zellen für die Behandlung eines Erkrankten verwendet, der in der Regel mit dem Neugeborenen verwandt ist. Spektakuläre Fälle gab es bereits in den USA und Großbritannien, wo ReproduktionsmedizinerInnen mittels künstlicher Befruchtung, Präimplantationsdiagnostik (PID) und Pränataldiagnostik (PND) interessierten Paaren zu einem so genannten »Designer-Baby« verhalfen. (Siehe Seite 10) Zweck der Prozeduren war die gezielte Zeugung eines gesunden Babys, dessen Nabelschnurblutzellen auf das erkrankte Kind übertragen werden sollten. Solche Transplantationen stellen MedizinerInnen und Medien häufig als selbstlose Tat des Neugeborenen dar. Tatsache ist aber auch, dass PID und PND mindestens zwei Mal die Option bieten, den Embryo auf seine Tauglichkeit für den gewünschten Zweck zu überprüfen und bei Nichtgefallen auszusortieren. Die Möglichkeit, dass ein Kind so zum Nebenprodukt der gezielten Herstellung von Nabelschnurblut wird, ist nicht von der Hand zu weisen.

»Zur Behandlung von ...«

Die Werbetexte, mit denen kommerzielle Anbieter über die Nutzungsmöglichkeiten von Nabelschnurblutstammzellen informieren, verheißten lebenslange, maßgeschneiderte Hilfe für eine Vielzahl schwer wiegender Erkrankungen. Dabei wird eine ganz praktische Einschränkung häufig ganz übergangen: Die Blutmenge, die sich der Nabelschnur entnehmen lässt, ist mit ungefähr 100 ml recht gering. Die darin enthaltene Anzahl von Stammzellen reicht nach dem Stand der Technik allenfalls zur Behandlung eines Menschen mit maximal 35 bis 40 kg Körpergewicht, also ausschließlich zur Behandlung von Kindern, nicht aber von Erwachsenen. Techniken zur Vermehrung von Blutstammzellen werden zwar erforscht, aber es liegen bislang →

→ keine verwertbaren Methoden vor. Außerdem fehlen Erfahrungen mit der längerfristigen Einlagerung solcher Zellen; derzeit glaubt man, dass die Zellen problemlos 15 Jahre aufbewahrt werden können. Vorausgesetzt, diese Einschätzung trifft zu, bedeutet das: Die vermeintliche »Lebensversicherungspolice Nabelschnurblutstammzellen« wird also bereits im Jugendalter abgelaufen sein.

Gleichwohl sind die Erwartungen, wofür sich die Zellen vielleicht einmal nutzen lassen, hoch. Die US-amerikanische Firma Cord Blood Register präsentiert im Internet (www.cordblood.com) eine Liste von mehr als 40 Erkrankungen, die mit Stammzellen aus Nabelschnurblut behandelt werden könnten: vor allem Leukämien und bösartige Tumoren, Fanconi-Anämie, Stoffwechsel- und (erbliche) Immunstörungen sowie »andere erbliche Erkrankungen«. Bis Mitte Mai war auf der Internet-Seite des Unternehmens noch eine einschränkende Fußnote zu finden, wonach die gesamte Liste aus Krankheiten bestehe, bei denen bislang Knochenmarkstammzellen verwendet wurden und dass Nabelschnurblutzellen für diese Behandlungen möglicherweise gar nicht geeignet seien. Welche neuen Erkenntnisse diese Zweifel womöglich beseitigt haben, lässt die Firma indes offen.

Unsicherheiten und Risiken

TransplantationsmedizinerInnen verweisen jedoch darauf, dass eigene (autologe) Stammzellen in vielen Fällen ungeeignet sein können, vor allem, wenn die Erkrankung auch genetisch bedingt sein soll. Selbst für ein Kind mit Leukämie würden autologe Stammzellen aber nur dann transplantiert werden, wenn sich kein geeigneter »Fremdspender« findet. Denn die Zellen von »SpenderInnen« (allogene Zellen) lösen durch ihre geringe Andersartigkeit eine Immunreaktion aus, die für den Heilungserfolg notwendig sei. »Die Heilungsraten von Blutkrebs liegen 10 bis 15 Prozent schlechter, wenn man eigene statt fremder Zellen verwendet«, zitierte das *Deutsche Ärzteblatt* den Heidelberger Professor Anthony Ho. Auf eine weitere Unsicherheit hatte ein Wissenschaftlerteam bereits 1999 in der Fachzeitschrift *Lancet* hingewiesen: Zumindest bei der häufigsten Leukämie-Variante bei Kindern, der Akuten Lymphoblastischen Leukämie, sei davon auszugehen, dass schon zum Zeitpunkt der Geburt Vorläufer der späteren Tumorzellen im Blut zu finden seien. In einem solchen Fall könnte die Übertragung eigenen Nabelschnurbluts riskant sein und womöglich

einen Rückfall verursachen. Solche Probleme machen deutlich: Dem Kind, von dem die Zellen stammen, werden diese bei einer Vielzahl der aufgelisteten Erkrankungen also gerade nicht helfen können.

Trotzdem wird der Einsatz von Stammzellen gegen eine Vielzahl von Erkrankungen, etwa Parkinson, Diabetes Typ 1 und Herzinfarkt, verheißen und erforscht. Die PatientInnen und ProbandInnen sind allesamt keine Säuglinge mehr, eigene Nabelschnurzellen der Versuchspersonen gibt es nicht. Das bedeutet, dass die ForscherInnen auf Stammzellen aus dem Knochenmark oder aus anderen »Quellen«, beispielsweise Embryonen, werden zurückgreifen müssen. (Siehe Seite 11) Sollten sie auf diese Weise binnen 10, 20 oder 50 Jahren tatsächlich wirksame Stammzell-Therapien entwickeln (wofür es bisher aber noch keine seriösen Anhaltspunkte gibt!), würde zur Anwendung derartiger Behandlungskonzepte logischerweise eigenes (autologes) Nabelschnurblut überhaupt nicht nötig sein.

Politische und juristische Fragen

Ungewiss ist, ob die autologen Zellen wirklich irgendwann das Potenzial haben werden, bestimmte Krankheiten zu heilen. Spätestens dann wird auch über sozialpolitische und juristische Fragen gestritten werden. Völlig offen ist zum Beispiel, wie sich der Preis der neuen Technik entwickeln und ob sie tatsächlich allen zur Verfügung stehen wird. Wahrscheinlich werden viele Eltern es sich gar nicht leisten können, Geld in die Aufbereitung und Lagerung solcher Zellen zu investieren.

Gefragt werden wird auch danach, wem die Zellen eigentlich gehören und wer über sie verfügen kann. Stammzellen aus Nabelschnurblut sind ein knappes Gut; sie können nur ein einziges Mal, nämlich direkt nach der Geburt, gewonnen werden, und die Menge reicht nur für eine einzige Behandlung. Vor diesem Hintergrund liegen Rechtsstreitigkeiten in der Luft: Werden Kinder womöglich ihre Eltern verklagen, weil sie diese »therapeutische Chance« bei ihrer Geburt nicht genutzt haben? Haben Eltern überhaupt das Recht, die Zellen an Dritte zu »spenden«? Haben sie das Recht, sie für ein Geschwisterkind in Anspruch zu nehmen?

Ich will diese Fragen nicht beantworten, sondern hier nur anreißen, welche rechtlichen Auseinandersetzungen, welche unterschwelligen moralischen Pflichten entstehen können und werden. Das Dilemma, in die moralische

»Die Chance besteht nur einmal im Leben«

»Werdende Eltern wünschen ihrem Kind hauptsächlich eines: Gesundheit. Dem Neugeborenen können sie jetzt für sein späteres Leben eine ganz spezielle Gesundheitsvorsorge gegen schwere Erkrankungen mit auf den Lebensweg geben: Stammzellen aus der Nabelschnur. Eine Art biologische Versicherung, die im Ernstfall die Überlebenschancen deutlich verbessert. (...)

Diese hämatopoetischen Stammzellen sind schon heute vor allem bei bösartigen Tumoren lebensrettend. Inzwischen gibt es darüber hinaus die ersten Behandlungserfolge bei Rheumapatienten.

Stammzellen aus Nabelschnurblut können aber noch mehr. Da diese Zellen noch kaum in ihrer Funktion festgelegt sind, hoffen Forscher, sie zukünftig zur Bildung von unterschiedlichen Geweben anregen zu können. Über so genanntes »Tissue Engineering« gewonnenes Zellmaterial könnte in Zukunft Patienten durch Transplantation von neuem, eigenen Gewebe z.B. bei der Parkinsonschen Erkrankung bessere Heilungschancen versprechen. (...)

Die Chance, diese potenten Stammzellen zu gewinnen, besteht nur einmal im Leben – im Augenblick der Geburt.«

aus einer Information für die Presse, erstellt und verantwortet von der Leipziger Zelltransplantations-Firma Vita 34


Fortsetzung nächste Seite →

Fortsetzung von Seite 9 →

Pflicht zu geraten, seine eigene körperliche Integrität aufzugeben, um jemandem zu helfen, ist aus der Transplantationsmedizin längst bekannt – es existiert auch, wenn gesunde Menschen Knochenmark, Nieren oder Teile der Leber an Erkrankte »spenden« sollen.

Vorausgesetzt, die Stammzell-Technik etabliert sich tatsächlich und die Eigentumsverhältnisse werden verbindlich geklärt, wird Geschäftemacherei nicht auszuschließen sein. »BesitzerInnen« von Stammzellen werden diese zum Verkauf anbieten – und zwar unabhängig davon, ob solche Angebote legal sind und wie hoch die

Wahrscheinlichkeit ist, dass sie die konservierten Zellen irgendwann selbst benötigen könnten. Das Internet wird – wie beim illegalen Handel mit Körperteilen auch – Möglichkeiten bieten, eventuelle Verbote zu umgehen. (Siehe Seite 6)

Die Preis-Gabe körperlicher Integrität existiert längst und weltweit. Das reicht von hierzulande verbotenen Praktiken wie kommerzieller Organ-»Spende« und Leihmutterschaft bis zur Teilnahme an erlaubten Medikamentenstudien. Der Preis, der sich für die (einzig) passenden Zellen für ein schwer erkranktes Kind erzielen lassen wird, wird hoch sein. 

Geboren, um Zellen zu »spenden«

BefürworterInnen der Präimplantationsdiagnostik freuen sich über das erste europäische »Designer-Baby«

Von Klaus-Peter Görlitzer (Hamburg), Journalist

»Für und Wider«?

»Der Bundestag wird voraussichtlich am 14. Juni über das Für und Wider der Präimplantationsdiagnostik (PID) debattieren. Das sagte die Vorsitzende der Enquete-Kommission des Bundestags »Recht und Ethik der modernen Medizin«, Margot von Renesse (SPD), bei der Vorstellung des Abschlussberichts der Kommission am 14. Mai in Berlin. Die Kommission empfiehlt, gentechnische Untersuchungen am Menschen in einem umfassenden Gentechnikgesetz zu regeln, wobei eine Zulassung der umstrittenen PID mehrheitlich abgelehnt wird. (...) Die FDP hat bereits einen Gesetzentwurf zur Zulassung der PID ins Parlament eingebracht.«

Meldung der Nachrichtenagentur ddp vom 14. Mai 2002

In England wurde Mitte Februar das erste europäische »Designer-Baby« geboren. Das Mädchen war im Reagenzglas »gezeugt« worden, um einen bestimmten Zweck zu erfüllen: Körpersubstanzen der Neugeborenen könnten nach Einschätzung von Reproduktionsmedizinern das Leben ihres vierjährigen Bruders retten helfen, falls dieser erneut an Leukämie (Blutkrebs) erkrankt. Das Therapieversprechen könnte die Akzeptanz für die gezielte Herstellung und Aussonderung von Embryonen erhöhen.

Als potenzielles Therapeutikum sollen Blut bildende Stammzellen dienen, die aus dem Nabelschnurblut des Designer-Babys isoliert, anschließend eingefroren wurden und bei Wiederauftreten der Leukämie auf den Bruder übertragen werden sollen.

Das Retortenbaby verdankt seine Existenz einer gezielten genetischen Embryonen-Auslese. Da diese im Jahr 2001 in Großbritannien noch nicht für die Selektion potenzieller Zell-»SpenderInnen« zugelassen war, reiste das Paar in die USA, um dort mit Hilfe US-amerikanischer Mediziner die britische Rechtslage zu umgehen. In Chicago ließ man eine künstliche Befruchtung vornehmen, wodurch elf Embryonen entstanden, die allesamt genetisch getestet wurden. Mittels dieser so genannten »Präimplantationsdiagnostik« (PID) sei derje-

nige Embryo ermittelt worden, dessen Gewebemerkmale am besten zu denjenigen des von Leukämie genesenen vierjährigen Sohnes passten. Anschließend wurde der ausgewählte Embryo in die Gebärmutter der Auftraggeberin übertragen, die übrigen Embryonen wurden vernichtet. Weil die Britin trotzdem nicht schwanger wurde, ließ sie die Prozedur wiederholen. Der zweite Befruchtungsversuch, für den erneut elf Embryonen erzeugt und genetisch getestet wurden, führte dann zur erhofften Schwangerschaft; die gesamte Behandlung soll über 50.000 Euro gekostet haben.

Das britische »Designer-Baby« ist nicht das erste: Erhebliche Medienresonanz hatte auch die Geburt von Adam Nash begleitet, der im August 2000 in Minneapolis (USA) zur Welt kam, um sich nach dem Willen der Eltern sogleich als »Stammzellspender« für seine an Fanconi-Anämie erkrankte Schwester Molly nützlich zu machen. Das Mädchen gilt inzwischen als »geheilt«. Die Londoner Zeitung »The Guardian« nannte das britische »Designer-Baby« einen »Präzedenzfall«. Tatsächlich werden weitere Fälle folgen, und künftig werden sie im Vereinigten Königreich auch legal sein: Wenige Tage nach der Geburt des Kindes genehmigte die Aufsichtsbehörde für Reproduktionsmedizin (HFEA) erstmals einen Antrag auf die »Designer-Baby«-Prozedur. Die AntragstellerInnen wünschen sich ein Baby, das Stammzellen für einen Sohn liefert, der an 

Forschung: EU will fördern, was Deutschland verbietet

Deutsche SteuerzahlerInnen werden voraussichtlich ab 2003 mitfinanzieren, was hierzulande gesellschaftlich unerwünscht und verboten ist: Experimente mit Embryonen, die eigens für Forschungszwecke hergestellt worden sind. Auch Klon-Vorhaben könnten künftig alimentiert werden. Möglich macht dies das 6. Rahmenforschungsprogramm der Europäischen Union (EU), aus dem zwischen 2003 und 2006 insgesamt 2,5 Milliarden Euro für »Lebenswissenschaften, Gentechnik und Biotechnologie« fließen werden.

Das Programm soll noch vor der Sommerpause vom EU-Ministerrat beschlossen werden. Zugestimmt hat Mitte Mai bereits das Europa-Parlament, obwohl die meisten Abgeordneten lange für restriktivere Förderregeln eingetreten waren. Schlussendlich beugten sie sich dem Druck, den fast alle EU-Regierungen im Interesse von Wissenschaft und Industrie auf das Parlament ausgeübt hatten.

Um so mehr überraschte dann, was Ende Mai gemeldet wurde: Die rot-grüne Bundesregierung, die lange nicht für Forschungsaufgaben eingetreten war, kündigte öffentlich an, sie wolle nun gemeinsam mit Irland, Italien und Österreich das Programm quasi in letzter Minute doch noch blockieren. Stein

des Anstoßes ist die Forschung mit embryonalen Stammzellen, die praktisch ohne Einschränkung gefördert werden soll. Man wolle sich nun dafür einsetzen, dass Geld für Stammzellen-Experimente ausschließlich dann zur Verfügung gestellt werde, wenn die EU-Förderrichtlinien an die deutsche Rechtslage angepasst würden, versicherte Wolf-Michael Catenhusen (SPD), Staatssekretär im Bundesforschungsministerium. Das »Stammzell-Gesetz«, das der Bundestag im April nach langem Streit mehrheitlich beschlossen hatte, legt fest, dass in Deutschland ausschließlich mit solchen embryonalen Stammzellen geforscht werden darf, die weltweit vor dem vereinbarten Stichtag (1. Januar 2002) bereits kultiviert waren.

Mit seiner Blockade-Ankündigung kurz vor Toresschluss will das Forschungsministerium nun offensichtlich den Eindruck erwecken, wirklich alles getan zu haben, um dem Willen des Bundestages auch auf EU-Ebene Geltung zu verschaffen. Ob ausgerechnet PolitikerInnen wie Catenhusen und dessen Ressortchefin Edelgard Bulmahn dies in Brüssel erfolgreich und glaubwürdig werden durchsetzen können, wird sich noch vor der Bundestagswahl im September zeigen.

Klaus-Peter Görlitzer 

US-Patent 6.211.429

Die Universität von Missouri besitzt ein Patent für eine Technik, die das Verwandeln unbefruchteter Eizellen von Säugetieren in Embryonen ermöglichen soll. Der von der US-Patentbehörde gewährte Erfindungsschutz gilt ausdrücklich auch für das Verwenden menschlicher Zellen und schließt alle »Produkte« ein, die durch das Verfahren entstehen können – theoretisch also auch Föten und Kinder.

Die gentechnikkritische Organisation »Patent Watch«, die das bereits im April 2001 erteilte, beispiellose Patent mit der Nummer 6.211.429 jetzt öffentlich gemacht hat, warnt vor dem geklonten Menschen und fordert die Rücknahme des Patents. Das Klonen von menschlichen Embryonen ist nur in fünf US-Bundesstaaten ausdrücklich verboten; ein Gesetzentwurf, der es landesweit unter Strafe stellt, liegt dem US-Senat jedoch seit Monaten vor.

Derweil wiegelt die Universität von Missouri ab: Nein, versicherte ein Sprecher, das Klonen von Menschen habe man wirklich nicht vor. Die Lizenz sei vielmehr an die Firma BioTransplant verkauft worden – und zwar mit der vertraglichen Auflage, die patentierte Technik ausschließlich zum Klonen von Schweinen anzuwenden. Ziel sei es, die genetisch manipulierten Tiere als »Organspender« für Menschen zu benutzen.


→ Thalassämie erkrankt ist. Weitere Paare wollen diesem Beispiel nun folgen, und in London will Mohammed Taranissi daran verdienen: Der Mediziner, der als britischer Star der künstlichen Befruchtung bekannt ist, möchte gern Europas erstes Labor für die Herstellung von Stammzellspender-Babys betreiben.

Mit der gezielten Baby-Produktion wird auch der Selektionstechnik PID, deren Gebrauch in Deutschland bisher nicht erlaubt ist, ein weiteres Anwendungsfeld erschlossen. Im Vertrauen auf die Heilungsverheißungen, die Nabelschnurblut-Transplantationen erfüllen sollen, könnte auch die öffentliche Akzeptanz für die PID wachsen – nicht nur im »Baby-Designer«-Pionierstaat Großbritannien. Im Hintergrund der Propaganda pro Legalisierung der PID stehen allerdings keine Heilungsmotive: Es geht tatsächlich um eugenische, finanzielle und auch geschmackliche Interessen.

Dies wird gelegentlich auch offen angesprochen, etwa im Vorreiterland USA. »Es ist

kosteneffizient«, rechnete der Reproduktionsmediziner William E. Gibbons vor, »2.000 bis 3.000 Dollar zusätzlich zu den Kosten einer künstlichen Befruchtung für die PID zu zahlen, wenn ich dadurch die Einpflanzung eines Embryos mit Mukoviszidose vermeiden kann, der später sehr hohe Pflegekosten verursachen würde.«

Gezielte Geschlechtswahl

Selbst gezielte Geschlechtswahl mittels PID ist zumindest in den USA für diverse Mediziner kein Tabu mehr. Das gilt auch für John Robertson. Der Vorsitzende der Ethikkommission der US-amerikanischen Reproduktionsmediziner hat die Geschlechtswahl im September schriftlich gebilligt. Nachgefragt hatte der Arzt Norbert Gleicher, der in Chicago und New York neun Befruchtungskliniken betreibt. Postwendend erklärte Gleicher: »Wir werden das sofort anbieten. Wir haben eine Liste von Patientinnen, die dies wünschen.« 

BioBank UK

Großbritannien will Genproben von einer halben Million Menschen zentral speichern und beforschen lassen

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

In Deutschland nichts Neues

BIOSKOP hatte es ja schon geahnt: »Auch 2002 wird wohl nichts mehr beschlossen werden«, schrieben wir im März. Unsere Skepsis bezog sich auf das Gentestgesetz, das Rot-Grün wiederholt angekündigt hatte. Am 10. April meldete die Berliner Zeitung dann: »Die von der Bundesregierung ursprünglich für diesen Sommer geplanten Vorschriften für medizinische Gentests wird es erst nach der Bundestagswahl geben. Aus Regierungskreisen war zu hören, die Verzögerung sei insbesondere auf Druck der Versicherungswirtschaft zu Stande gekommen. Der Regierung sei es darum gegangen, vor der Wahl »eine Kontroverse mit der Wirtschaft zu vermeiden.« Solche Begleitumstände sind zwar peinlich für Rot-Grün. Uns ärgert der abermalige Aufschub jedoch nicht. Denn was bisher an inoffiziellen Gesetzentwürfen aus Ministerien und Fraktionen durchgesickert ist, halten wir für völlig unzureichend. Statt dessen empfehlen wir unseren »Konstruktiven Vorschlag« zum Gentestgesetz, nachzulesen in BIOSKOP Nr. 17.

Die weltweit größte Datenbank mit individuellen Gen- und Medizininformationen soll in den nächsten Jahren in Großbritannien entstehen. Das »BioBank UK« genannte Projekt ist als Eldorado für ForscherInnen aus Universitäten und Pharmaindustrie geplant: Sie sollen Zugriff erhalten auf Genprofile, Krankengeschichten und weitere sensible Daten von 500.000 Freiwilligen, die außerdem zur Teilnahme an etlichen Studien bewegt werden sollen. Von alledem raten gentechnikkritische Non-Profit-Organisationen dringend ab.

Geldgeber des »BioBank«-Projekts sind das britische Gesundheitsministerium und die Medizinforschungstiftung »Wellcome Trust«. Beide haben Ende April zugesagt, rund 73 Millionen Euro für den Aufbau der Datenbank zur Verfügung zu stellen; die Rekrutierung von TeilnehmerInnen (Siehe Seite 13) soll noch in diesem Jahr starten.

»Hauptziel« ist nach Darstellung der Initiatoren die Erforschung weit verbreiteter Zivilisationskrankheiten, deren vielfältige Ursachen bislang weitgehend unbekannt sind, etwa Herz-Kreislauf-Leiden, Krebs, Diabetes, Asthma, Alzheimer und Parkinson. Zu diesem Zweck sollen die Ergebnisse von Genproben nach Belieben verknüpft werden mit den elektronisch gespeicherten Angaben über Krankengeschichten, individuelle Merkmale und Verhaltensweisen; die regelmäßige Aktualisierung der Daten mittels Befragungen und Untersuchungen der StudienteilnehmerInnen ist vorgesehen, ihre gesundheitliche Entwicklung soll bis zu 20 Jahre lang beobachtet werden.

Mit Hilfe solcher Methodik glaubt man herausfinden zu können, welche Erbmerkmale, Umwelteinflüsse und Lebensstile das Entstehen multifaktorieller Krankheiten verursachen oder zumindest begünstigen. Auf Basis des so hergestellten »Wissens« wollen Pharmafirmen neue

Produkte entwickeln: vor allem Gentests und so genannte »maßgeschneiderte Medikamente«, die zur genetischen Ausstattung der jeweiligen KonsumentInnen passen und ausgewählten »Risikopersonen« möglichst vorbeugend, also auch ohne Vorliegen von Krankheitssymptomen, angeboten werden sollen. (Siehe BIOSKOP Nr. 17)

Das Mega-Projekt, das die Pharmaindustrie seit Jahren gefordert hat, ist jedoch umstritten. »Der ganze Forschungsansatz«, kritisiert die Organisation GeneWatch UK, »verstärkt noch die allzu simple Sichtweise, dass unsere Gene uns zu dem machen, was wir sind.« Soziale Ursachen und Umweltbelastungen, die am Entstehen von Krankheiten mitwirken, würden im BioBank-Programm völlig ausgeblendet.

Falls auf Basis der BioBank-Daten Gentests

»Der ganze Forschungsansatz verstärkt noch die allzu simple Sichtweise, dass unsere Gene uns zu dem machen, was wir sind.«

entwickelt werden sollten, mit deren Hilfe man ein angeborenes Risiko für Herz-Kreislauf-Krankheiten oder Krebs vorhersagen

wolle, sei dies nicht nur »wissenschaftlich zweifelhaft«. Unklar sei auch der gesundheitliche Nutzen solcher Prognosen für die Betroffenen, denen obendrein »genetische Diskriminierung« drohe – zum Beispiel im Zusammenhang mit Arbeits- und Versicherungsverhältnissen. Ein gesetzliches Verbot, das Benachteiligungen von Menschen mit unerwünschten genetischen Eigenschaften zumindest juristisch ausschließen könnte, existiert in Großbritannien bisher nicht.

Dass sich das BioBank-Programm ausschließlich auf das Erforschen von Krankheitsursachen beschränken werde, kann GeneWatch allerdings nicht glauben. Es liege nahe, dass WissenschaftlerInnen die einmal erlangten Daten mittelfristig auch für andere Zwecke auswerten werden, etwa um Ursachen für abweichendes Verhalten, Intelligenz, Fettleibigkeit oder Homosexualität zu ergründen; selbst zur Entwicklung biologischer Waffen könnten die gespeicherten Angaben benutzt werden. »Klare Vorgaben, die zum Beispiel verhaltensgenetische Forschung unter-

→ sagen, gibt es nicht«, kritisiert auch die Initiative Human Genetics Alert (HGA). Wer einmal seine pauschale Einwilligung zur Nutzung seiner Blutproben und Daten gegeben hat, könne nicht übersehen, was damit konkret angestellt werde; zweifelhaft sei auch, ob die zugesagte Anonymisierung tatsächlich lückenlos gewährleistet werden kann. Außerdem kritisieren HGA und GeneWatch, dass Gene, die im Zuge des BioBank-Programmes »entdeckt« werden, nach geltender britischer Rechtslage patentiert werden könnten.

Die zahlreichen Einwände gegen »BioBank UK« sind der Blair-Regierung selbstverständlich bekannt. Doch von neuen Regeln und Auflagen scheint sie wenig zu halten, sie hat offenbar genau das Gegenteil im Sinn. »Tatsächlich«, so beobachtet HGA, »sucht die Regierung gegenwärtig danach, wie man es Forschern erleichtern kann, auf Patientendaten ohne Einwilli-

gung der Betroffenen zuzugreifen.« Solche Bemühungen sprechen dafür, dass die Einschätzung von GeneWatch sehr ernst zu nehmen ist: »Die Regierung sieht die BioBank als ersten Schritt zu einer nationalen Gen-Datenbank, in die alle Krankenversicherten einbezogen werden sollen.«

Ob die Rechnung von Politik, ForscherInnen und Pharmaindustrie aufgehen wird, hängt maßgeblich davon ab, wie sich PatientInnen und ÄrztInnen in den kommenden Jahren verhalten werden. Verweigern sie die »Spende« von Daten und Blutproben, wird das aufwändige Projekt BioBank scheitern.

GeneWatch UK engagiert sich mit einer intensiven Kampagne gegen das BioBank-Projekt. Ausführliche Informationen dazu gibt es auch im Internet unter www.genewatch.org

Fragen, untersuchen, Blut abnehmen, speichern

Wer in Großbritannien lebt und zwischen 45 und 69 Jahre alt ist, ist für die Initiatoren der »BioBank UK« potenzielles Forschungsobjekt. An Menschen dieser Altersgruppe, so das Kalkül, werden sich Ursachen und Verlauf verbreiteter Zivilisationskrankheiten über einen jahrelangen Zeitraum besonders exakt studieren lassen.

Die 45-69-Jährigen werden demnächst unaufgefordert Post von der »BioBank« bekommen. Der Brief wird über das Erfassungsprojekt informieren und eine herzliche Einladung zur Teilnahme enthalten, die – so sieht es das Konzept der Initiatoren ausdrücklich vor – vom Hausarzt des Adressaten unterzeichnet ist. Außerdem liegt ein umfangreicher Fragebogen bei.

Auskunft erbeten wird unter anderem über: Name, Alter, Geburtsort, Geburtsgewicht, Volkszugehörigkeit, Familienstand, Ausbildung, Beruf, Zahl der Kinder, Menopause, Familiengeschichte, Behinderungen, psychologischer Status, Entwicklung des Körpergewichts, eingenommene Medikamente, Operationen, frühere Kopfverletzungen, Teilnahme an Reihenuntersuchungen, Röntgenuntersuchungen, Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum, körperliche Aktivitäten, Schlafgewohnheiten, Handynutzung.... Wer bereit ist, all dies zu beantworten, wird außerdem

gebeten, ein Einwilligungsformular zu unterschreiben, das die Teilnahme am BioBank-Projekt bestätigt.

Einige Wochen später folgt ein Termin im lokalen Studienrekrutierungszentrum. Dort soll in maximal 45 Minuten viel passieren: Zunächst bespricht eine geschulte Krankenschwester mit dem BioBank-Kandidaten die Konsequenzen der Einwilligungserklärung. Dann fragt sie, welche Krankheiten und Operationen der potenzielle Studienteilnehmer hinter sich hat und an welche eingenommenen Medikamente er sich erinnern kann. Es folgt eine körperliche Untersuchung: Blutdruck, Puls und Atemvolumen werden gemessen, Größe und Gewicht festgestellt. Schließlich wird eine Blutprobe entnommen zu dem Zweck, sie molekulargenetisch zu analysieren und für spätere Studien zu konservieren.

Sämtliche Daten werden in die zentrale, elektronische BioBank eingespeist, wobei die Initiatoren zusichern, dass die Angaben aus Fragebogen, Interview, körperlicher Untersuchung und Blutprobe getrennt von den Personalinformationen gespeichert werden. Allerdings erhält jede/r eine Studien-Identifikationsnummer, die auf sämtlichen Dokumenten steht; die Anonymisierung kann also bei Bedarf ohne technische Probleme rückgängig gemacht werden.

Spiel-Empfehlung vom Bundesministerium für Bildung und Forschung

»Mit dem neuen kostenlosen Computerspiel »Genomic Explorer«, einer interaktiven CD-ROM, sollen vor allem Schülerinnen und Schüler die Perspektiven der Krankheitsbekämpfung durch Humangenomforschung kennen lernen. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung, der Verein zur Förderung der Humangenomforschung e.V. und das Deutsche Humangenomprojekt (DHGP) stellen am Freitag in Berlin ihre Informationskampagne zur Humangenomforschung vor. Die CD wird unter anderem über den Verein »Schulen ans Netz«, »Jugend forscht«, die »Biologie-Olympiade« und pädagogische Institute an Schulen verteilt und auf Anfrage kostenlos abgegeben. (...) Der Spieler taucht in einem virtuellen Raumschiff in die Welt des Organismus und der Zellen ein und lernt dabei die grundlegenden molekularen Lebensvorgänge kennen. Mit Geschick und Köpfchen muss er sich gegen das Schwinden seiner virtuellen Lebensenergie zur Wehr setzen, um die Genomic Explorer-Mission zu bestehen und seinen Organismus gesund zu erhalten. Das Spiel setzt keine molekularbiologischen Kenntnisse voraus. Die molekularen Lebensvorgänge – modellhaft vereinfacht – werden graphisch ansprechend und animiert dargestellt.«

aus einer Pressemitteilung des deutschen Bundesministeriums für Bildung und Forschung vom 31. Mai 2002



Krankenhäuser – ganz privat?

Private Unternehmensgruppen kaufen zunehmend öffentliche Kliniken auf und hoffen auf große Gewinne

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

Gesundheitspolitische Debatten konzentrieren sich seit Jahren auf »die Kosten«. Ob Qualität des medizinischen Angebotes unter dem Plastikwort »Effizienz« zum Thema wird, die Ausgaben der Krankenversicherer beklagt oder die Altersentwicklung moderner Gesellschaften bis 2020 kalkuliert wird: PatientInnen gelten als Kostenfaktoren, die staatliche Versorgungsleistungen überstrapazieren. Dabei lassen sich bei der Krankenbehandlung auch enorme Gewinne erwirtschaften.

»Wie ein McDonald's«
Die Rhön-Klinikum AG will Kosten sparen, auch durch Einsatz von Telemedizin. Selbst kleine Krankenhäuser sollen Diagnose-Bilder an die Universitätskliniken liefern, die diese dann auswerten können. Und sie sollen direkt mit den aufwändigsten Diagnoseverfahren beginnen, also statt Ultraschall lieber gleich die Kernspintomographie zum Einsatz bringen. Auf die Frage, wie mit einem solchen Vorgehen denn Geld gespart werden könne, hat Rhön-Vorstandsvorsitzender Eugen Münch eine Antwort parat: »Die hohe Anzahl der Anwendungen relativiert die Stückkosten. Und in einer Uniklinik werden dann nur noch hochkarätige Fälle behandelt. Das normale Allgemeinkrankenhaus wird so standardisiert wie ein McDonald's.«

Münch äußerte sich in einem Interview, das am 10. Mai 2002 im Handelsblatt veröffentlicht wurde.

Medizinische Versorgung ist eine öffentliche Aufgabe, so wie Schulbildung auch. Gleichwohl werden Arztpraxen und Kliniken wie Unternehmen geführt – unter dem Dach der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen. Besonders im Krankensektor dominierten bis vor einigen Jahren die staatlich geführten Kliniken, neben den kirchlichen und privaten Häusern.

Die Klagen über »Kostenexplosion« und »Haushaltsdefizite« der zuständigen Behörden und Kommunen zeitigen inzwischen Wirkung, die Krankenhauslandschaft ist in Bewegung geraten. Kliniken werden zunehmend in öffentlich getragene Gesellschaften mit beschränkter Haftung (GmbHs) verwandelt. Ihr Anteil ist in den vergangenen zehn Jahren auf 20 Prozent gestiegen. Noch mehr GmbHs befinden sich unter den Vorsorgekliniken und Rehabilitationszentren. Wirtschaftlich gesehen, hat dies vor allem zwei Konsequenzen: Die Häuser können in Insolvenz gehen, und sie müssen sich ihre Kredite unter den normalen Konditionen des Marktes bei den Banken beschaffen. Die Investitionen, einschließlich der Kredit-Zinsen, müssen dann wieder über die Versorgungsleistungen refinanziert werden, das Geld muss also über die Behandlung der Versicherten erwirtschaftet werden. Für die kommunalen Kliniken gibt es günstigere Kreditkonditionen, anfallende Schulden müssen von der Kommune übernommen werden. Die GmbH gilt als goldener Weg, um die öffentlichen Haushalte zu entlasten und Bettenkapazitäten über den Marktmechanismus der konkursbedingten Schließung zu verringern.

Und oft ist die GmbH gar die Vorstufe auf dem Weg zur Börse.

Drei Typen von Konzerngruppen konkurrieren um den Aufkauf öffentlicher Krankenhausgesellschaften wie auch kommunaler Hospitäler. Zum einen die Privatversicherungen: 33 von ihnen haben sich unter dem Firmennamen »Sana mbH« zusammengefunden, um Kliniken zu erwerben und ihre Leistungen direkt den Privatversicherten anzubieten. Sie unterhalten 58 Betriebe mit ca. 20.000 Beschäftigten und erzielen einen Umsatz von über 1,4 Milliarden Euro. Der Asklepios Kliniken GmbH gehören 74 Betriebe mit einem Umsatz von einer Milliarde Euro. Ihr Kapital erwirtschaftete die GmbH unter anderem in den USA, im Rahmen der »Versorgung« von RentnerInnen und SozialhilfeempfängerInnen in den Managed-Care-Programmen, vor allem also durch die staatlichen Zuschüsse und Versichertenbeiträge.

Eine zweite Gruppe sind die Lieferanten der Krankenhäuser. Sie wollen ihre Produkte möglichst konkurrenzlos und nach eigenen Preisvorstellungen verkaufen. Aktiv sind hier die Dialysekonzerne und die Pharmaindustrie, zum Beispiel das Dialyse-Unternehmen Fresenius, das im Ausland längst eigene Kliniken unterhält und auch hierzulande aufkaufen will.

Visionen der Gesundheitsindustrie

Als besonders lukrativ haben sich jene Klinikketten erwiesen, die sich in den neuen Bundesländern engagieren. Denn unter staatlicher Obhut gedeiht die Gesundheitsindustrie besonders gut. Die Helios Kliniken GmbH betreibt 21 Krankenhäuser mit rund 11.000 MitarbeiterInnen und ist vor allem in der ehemaligen DDR aktiv. Dort hat der Konzern mehr als 370 Millionen Euro investiert. 2014 werden über 480 Millionen Euro in die Helios-Kassen zurück geflossen sein. Das sind ausschließlich staatliche Fördergelder für den »Aufbau Ost«. Ein sicheres Geschäft – das motiviert, auch in den alten Bundesländern aktiv zu werden. Häuser in Thüringen unterhält auch die Rhön-Klinikum AG, die 1989 als erster deutscher Krankenhausbetreiber an die Börse gegangen ist. Nun führt →

Widerstand gegen Privatisierungen

Gegen die Privatisierung von Krankenhäusern regt sich vielerorts Widerstand – teilweise mit Erfolg. Zum Beispiel in Nordfriesland: Bei einem Bürgerentscheid votierte im April die klare Mehrheit der Stimmberechtigten gegen einen Antrag der Kreistagsfraktionen von SPD und CDU, einem privaten Klinik-Betreiber die Beteiligung an vier kommunalen Krankenhäusern in Husum, Niebüll, Tönning und Wyk auf Föhr zu ermöglichen. »Es hat sich gezeigt, dass politische Entscheidungen durch starken gewerkschaftlichen Einsatz korrigiert werden können«, freut sich Ursula Rummel von der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di, die den Bürgerentscheid initiiert hatte; »die Qualität« von 1.000 Arbeitsplätzen sei »vorerst« gesichert.

Informationen zur Anti-Privatisierungskampagne gibt es beim ver.di-Bezirk Westküste in Husum, c/o Ursula Rummel, Telefon (0 48 41) 8 94 60.



Bedenken gegen »Gesundheitschipkarte«

Die elektronische »Gesundheitskarte« mit gespeicherten Behandlungs- und Medikamentendaten soll in der nächsten Legislaturperiode kommen. Darauf haben sich Bundesgesundheitsministerium, Krankenkassen und Ärztevertreter im Mai geeinigt. Technik und Akzeptanz werden zunächst in Modellprojekten erprobt, eine Pflicht zum Besitz der Chipkarte soll es vorerst nicht geben. Auf Skepsis stoßen die Verdatungspläne bei der Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP): Sie warnt nicht nur vor dem »gläsernen Menschen«, sondern auch vor potenzieller Kontrolle und Diskriminierung von Kranken; der freiwillige Gesundheitspass könne »schnell einen Zwangscharakter bekommen«, heißt es im neuen BAGP-Rundbrief.

Informationen bei: Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP), Auenstr. 31, 80469 München, Telefon (0 89) 76 75 51 31, Internet: www.patientenstellen.de



Enttäuschung für AktionärInnen

»Die Entwicklung der Kurse bei den Krankenhaus-Aktien im vergangenen Jahr enttäuscht. Der überwiegende Teil der deutschen Klinikaktien (Curanum Bonifatius, Eifelhöhen-Klinik, Euromed, Marseille-Kliniken, Maternus-Kliniken, Medclin, Rhön-Klinikum) befindet sich auf Talfahrt. Für das laufende Jahr besteht nach Ansicht der Analysten aber Hoffnung auf Erholung der Aktienkurse in diesem Marktsegment.«

aus einem Bericht der Frankfurter Allgemeinen Zeitung (FAZ) vom 16. Januar 2002

Prognose verfehlt

»Rhön-Klinikum AG, Bad Neustadt: Der größte börsennotierte Krankenhausbetreiber Deutschlands hat das angestrebte Ergebnis für das erste Quartal verfehlt. Der Gewinn habe in den ersten drei Monaten des laufenden Geschäftsjahres 14,8 Millionen Euro betragen (...) Der Klinikbetreiber hatte nach Angaben des Finanzvorstands Manfred Wiehl mit einem Gewinn von 16 Millionen Euro gerechnet. Grund für das schlechtere Ergebnis sei unter anderem, dass die neue Ausrichtung der Deutschen Klinik für Diagnostik in Wiesbaden zu langsam angelaufen sei und die Kosten in einigen Kliniken nach wie vor zu hoch seien. (...) Das Unternehmen betreibt in Deutschland nach eigenen Angaben 28 Kliniken an 17 Standorten.«

aus einer Unternehmensnachricht der FAZ vom 17. Mai 2002

→ die Aktiengesellschaft Übernahmeverhandlungen in Berlin, Bremen, Frankfurt a. M. und andernorts.

Etwa jedes 14. Krankenhaus wird inzwischen in privater Regie geführt, Tendenz: steigend. Im Modellspiel »Krankenhaus 2015« der Consulting-Firma Arthur Anderson sieht die Zukunft der Investoren rosig aus – vorausgesetzt, die staatlich mitgestalteten Rahmenbedingungen stimmen. Zum Vorteil der »Versorgungs-Aktiengesellschaften« soll nur noch eine staatlich garantierte, steuerfinanzierte Grundversorgung gewährleistet und der Leistungskatalog der Krankenversicherer nicht mehr gesetzlich festgelegt werden. Favorisiert wird eine Art Vollkasko- und Teilkasko-Versicherung. So könnte die Zahl der Krankenhäuser von gegenwärtig 2.200 auf 1.800 schrumpfen, die Bettenzahl um 40 % sinken und die Verweildauer im Krankenhaus auf drei bis fünf Tage. Dann, so die Prognose der Unternehmensberater, werden im Jahr 2015 rund 600 stationäre Privatfirmen, 700 freigemeinnützige und 400 öffentliche Häuser die Krankenbehandlung organisieren – effizient und gewinnorientiert.

Solche Zukunftsgemälde stimulieren Börse, Unternehmen und Politik. Der neue Typus des Krankenhausmanagers ist schon heute gefragt.

Entscheidende Qualifikationen sind hier nicht Erfahrungen im Gesundheitswesen, sondern in Industrie, Marketing und Trendentwicklung im Gesundheitsmarkt, es winken Spitzengehälter von 400.000 Euro im Jahr. An erster Stelle steht Profitabilität. Die Chirurgie muss mittels ihrer Operationen selbst mehr erwirtschaften, als sie kostet. Bündnisse mit Nachbarhäusern werden geschlossen, um die Konkurrenz mit anderen Kliniken für sich zu entscheiden. Krankenhäuser werden mit Tochterunternehmen verschachtelt, und nur lukrative Kerngeschäfte verbleiben im Klinikbetrieb. Reduzierte Liegezeiten und Beschäftigtenzahlen intensivieren und standardisieren die Dienstleistung am Kranken. So beginnen auch Personal und PatientInnen mehr und mehr, allein in Geldwerten zu denken.

Norbert Walter, Chefvolkswirt der Deutschen Bank, visioniert den Gesundheitsmarkt als Wachstumslokomotive. Sofort seien alle Kostenbudgetierungen einzustellen, damit der Markt aufquellen könne. Tatsächlich kann es hier viele Gewinner geben, an der Börse, unter den Managern, bei den Privatversicherungen und Krankenhauskonzernen. Aber nicht allen wird die Fahrt in diesem Zug gut bekommen, am wenigstens den PatientInnen und Beschäftigten.



Vorschau

Themen im September 2002

- ◆ *Schwerpunkt*
Verdatete PatientInnen
- ◆ *Biopolitik*
Die Wahlversprechen der Parteien
- ◆ *Gentherapie*
Riskantes Konzept ohne Erfolg

Veranstaltungstipps

Fr. 21.6.02, 9.30 Uhr bis 22.6.02, 13 Uhr
Stuttgart (SSB-Veranstaltungszentrum
Waldaupark)

◆ **»Sozial- und Gesundheitspolitik nach menschlichem Maß«**

Fachkongress

Auf Einladung des Paritätischen Wohlverbandes und zahlreicher MitveranstalterInnen sollen gesundheitspolitische Alternativen vorgestellt werden. Als RednerInnen sind u.a. angekündigt: Paolo Bavastro (Arzt und Vorstandsvorsitzender des Paritätischen Wohlverbandes), Prof. Klaus Dörner (Psychiater und ehemaliger Chefarzt), Monika Knoche (Bundestagsabgeordnete von Bündnis 90/Die Grünen), Roland Sing (Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg), Angelika Zengelin (Institut für Pflegewissenschaften, Uni Witten/Herdecke).
Informationen: Tel. (07 11) 2 15 51 00 o. 21 55 10 06

Sa. 22.6.02, 10.30-13 Uhr
Dortmund (Dietrich-Keuning-Haus,
Leopoldstr. 50-58)

◆ **»Visionen und Risiken der Pharmakogenetik«**

Vortrag

Jan van Aken, Zellbiologe aus Hamburg, hinterfragt die Vision vom »maßgeschneiderten Medika-

ment«, die Pharmaunternehmen und Genfoscher zunehmend verbreiten. Der Vortrag findet statt im Rahmen eines öffentlichen BioSkop-Treffens, bei dem auch die Oktober-Tagung »Planungssicherheit am Lebensende? Patientenverfügungen im Widerstreit« (Siehe Seite 4) vorbereitet wird.
Weitere Informationen: Erika Feyerabend, Telefon (02 01) 5 36 67 06

Mi. 26.6.02, 18-20 Uhr
Hamburg (Universität, Hörsaal C im Hauptgebäude, Edmund-Siemers-Allee 1)

◆ **»Wie die Gene ins Feuilleton kommen«**

Vortrag
Ulrich Gebhard, Professor Hamburger Institut für Didaktik der Mathematik, Naturwissenschaften und Technik, spricht über Alltagsmythen und Metaphern im Gentechnikdiskurs; Anlass ist der Streit um die Stammzellforschung. Fragen, die er beantworten will, sind u.a.: Wie viel Geheimhaltung verträgt öffentliche Wissenschaft? Wie verändert sich die Entstehung und Formulierung von Forschungsfragen, wenn wirtschaftliche Anwendungen in Aussicht stehen?

Fr. 28.6.02, 19-22 Uhr
Hamburg (Café Lotte, Hospitalstraße 107)

◆ **BIO SKOP-LESERINNEN-TREFFEN**

Gedankenaustausch
Normierung medizinischer Diagnosen und Behandlungen sind das Thema des nächsten *BIO SKOP*-Lese-

rlnnentreffen in Hamburg. Referieren wird Marianne Hirschberg. Willkommen sind selbstverständlich auch alle Interessierten, die noch nicht regelmäßig *BIO SKOP* lesen.
Damit wir besser planen können, bitten wir um Anmeldung bei den BioSkoplerInnen Roberto Rotondo (0 40) 44 80 99 22 oder Erika Feyerabend, Telefon (02 01) 5 36 67 06

Sa. 31.8.02, 9-16.30 Uhr
Basel (Zentrum für Lehre und Forschung,
Hebelstr. 20)

◆ **»Mythos Gen, Embryonen, Stammzellen und Patente«**

Tagung
Auch in der Schweiz wird heftig über Gentechnik und Reproduktionsmedizin gestritten. Auf Druck von Forschern und Industrie plant die Politik, künftig verbrauchende Embryonenforschung und das Patentieren menschlicher Gene zu erlauben. Über den aktuellen Stand, Risiken und Alternativen wird auf der Tagung diskutiert. Gemeinsam laden ein: »Basler Appell gegen Gentechnologie«, das »Blaue Institut« und die Zeitschrift *Soziale Medizin*. Neben zahlreichen ReferentInnen aus der Schweiz reden auch zwei aus Deutschland mit: Prof. Regine Kollek von der Universität Hamburg und der Patentexperte der Umweltschutzorganisation Greenpeace, Christoph Then.
Informationen und Anmeldung bei der Zeitschrift *Soziale Medizin*, Telefon: 00 41-(0)61-6 91 13 32.

BIO SKOP

Ja,

- ich abonniere *BIO SKOP* 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 beim Postgiroamt Essen (BLZ 360 100 43) überwiesen. Dafür erhalte ich vier *BIO SKOP*-Ausgaben sowie die unregelmäßig erscheinenden *Denkzettel*. Rechtzeitig vor Ablauf des Bezugszeitraums werden Sie mich daran erinnern, dass ich erneut 25 bzw. 50 € im voraus überweisen muss, wenn ich *BIO SKOP* weiter beziehen will.
- ich möchte *BIO SKOP* abonnieren und per Bankeinzug bezahlen. Bitte schicken Sie mir das notwendige Formular mit den Bezugsbedingungen.
- ich möchte die **Hörversion** von *BIO SKOP* für zwölf Monate abonnieren und erhalte statt der Zeitschrift jeweils eine **Cassette**. Bitte schicken Sie mir das notwendige Formular mit den Bezugsbedingungen.
- ich unterstütze *BIO SKOP* mit einem zwölf Monate laufenden Förderabonnement. Deshalb habe ich heute einen höheren als den regulären Abo-Preis von 25 € bzw. 50 € auf das og. Konto von Bioskop e.V., überwiesen. Mein persönlicher Abo-Preis beträgt €. Dafür erhalte ich vier *BIO SKOP*-Ausgaben sowie die unregelmäßig erscheinenden *Denkzettel*. Rechtzeitig vor Ablauf des Bezugszeitraums werden Sie mich daran erinnern, dass ich erneut mindestens 25 bzw. 50 € im voraus überweisen muss, wenn ich *BIO SKOP* weiter beziehen will.
- ich bin daran interessiert, eine/n BioSkop-Referentin/en einzuladen zum Thema:
- 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 _____

Tel. _____

Straße _____

Fax _____

PLZ + Wohnort _____

Datum _____ Unterschrift _____

Nur für Abonnentinnen und Abonnenten: Ich kann meine Abo-Bestellung innerhalb von zehn Tagen widerrufen. Dazu genügt eine schriftliche Mitteilung an BioSkop e.V., Bochumer Landstr. 144a, 45276 Essen. Mit meiner zweiten Unterschrift bestätige ich, dass ich mein Recht zum Widerruf zur Kenntnis genommen habe.

Datum _____ Unterschrift _____

Bitte ausschneiden oder kopieren und einsenden an BioSkop e.V. – Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Technologien · z. Hd. Erika Feyerabend · Bochumer Landstr. 144 a · 45276 Essen



Wunschzettel