

BIO SKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

7. Jg. • Nr. 25 • März 2004

Folgenschwere Distanzverluste

Von Erika Feyerabend

PolitikerInnen heute präsentieren sich als Manager, als Macher der Zukunft. Ihr Vokabular ist beschränkt. »Innovation«, »Zukunftsfähigkeit«, »Wettbewerbsfähigkeit«, so lauten ihre sprachlichen Mobilmacher. Typisch ist die Rhetorik des Bundeskanzlers. Gerhard Schröder redet von »Innovationsoffensiven«, die »grenzenloses Wissen« in »internationale Wettbewerbsfähigkeit« ummünzen sollen. Im »Modernisierungswettbewerb« werden Gesellschaft und BürgerInnen zwingend »reform- und anpassungsfähig, risikobereit und zukunftsfähig«. Schröder visioniert eine »Kultur der Innovation«. Dort wird der »Staat als Auftraggeber und auch als Kunde« gebraucht. Dort wird die Initiative »Partner für Innovation« den »Wettbewerb um die Zukunft« mit Gewinnaussichten ausstatten – »durch intelligente Normsetzung, durch Koordination und Vernetzung der Beteiligten, durch Erschließung von Zukunftstechnologie und durch Impulse für die Entwicklung neuer Märkte«. Selbstverständlich ist der Wettbewerb europäisch, global und unvermeidlich.

Manfred Zach, ehemaliger Redenschreiber von »Zukunftskoordinator«, CDU-Politiker und Wirtschaftsmanager Lothar Späth, hat ein eindrucksvolles Politiker-Porträt in Romanformat geschrieben, das anschlussfähig ist an das sprachliche Design der Kanzlerreden. »ZUKUNFT! Das Wort lässt ihn nicht mehr los. Der Begriff bannt ihn wie ein Vexierbild. Die neuen Technologien (...) sind der Schlüssel zu einer neuen Weltordnung. (...) Es gibt eine neue, funktionale Elite (...) Diese Menschen, ob Unternehmer, Politiker, Naturwissenschaftler, Techniker, finden zwangsläufig zusammen. Ihr Wissen, Pioniere einer neuen Menschheitsepoche zu sein, eint sie. Das Industriezeitalter stirbt, die Informationsgesellschaft zieht auf. Individuelle Optionen statt Massenschicksal, Zukunftschancen statt Traditionsschranken (...) Der Politiker als Zukunftsunternehmer, als Mittler zwischen Forschungslabor und Investitionskapital. Denn der Fortschritt vagabundiert als vaterlandsloser Geselle, und aus den Ländern werden Standorte.«

Angesichts solcher inhaltsleeren Rhetorik und Ressortbeschreibung mag manche/trübsinnig werden. Doch was besagt der skizzierte Stand der politischen Dinge? Vor allem eines: den exponentiellen, folgenschweren Verlust von Distanz zwischen Politik und den Großmächten Ökonomie, Wissenschaft und Technik. Die unendliche Innovationsbewegung, die Beschleunigung bioindustrieller Produktion, sie sind nicht nur selbstverständlicher Teil politischer Rede und Parteiprogrammatik, sondern auch Richtschnur für handfeste Industrie- und Forschungsförderung. Noch bevor sich ein Konsens in der ärztlichen – geschweige denn öffentlichen – Sphäre gebildet hat, richten PolitikerInnen ihr Handeln ganz und gar nach den Erfordernissen und Bedürfnissen des forschenden Arzneimittelsektors aus.

Bitte weiter lesen
auf der nächsten Seite

mit **newsletter**
Behindertenpolitik

BIO SKOP Schwerpunkt Arzneimitteltests und Ethik-Kommissionen

Zum Wohle von PatientInnen?	8
Kinder als Versuchspersonen	10
»Selbstkontrolle« der Pharmahersteller	11

Transplantationsmedizin

Organ-Tausch erlaubt, Geschäft ermöglicht	3
---	---

Euthanasie

Schweizer Mediziner gehen wieder voran – hält sich die Bundesärztekammer zurück?	7
---	---

Genetische Diagnostik

Diskriminierung am Arbeitsplatz	6
---------------------------------------	---

Vermessene Menschen

Biometrische Aufrüstung	13
-------------------------------	----

Gesundheit & Geschäfte

Kassen-Bonus fürs Wohlverhalten	12
Mangel macht mobil	14

Weitere Themen

Elterninitiative fordert: Impfschäden »in vollem Umfang« veröffentlichen!	5
Kritik am »Abkassieren« beim Frauenarzt	5
»Organhandel und Medizintourismus in Europa« – BioSkop-Treffen am 16. April	2
Interessante Veranstaltungen	16
Wunschzettel	16
BIO SKOP im Juni 2004	16

Impressum

Herausgeber:

BIO SKOP

BioSkop e. V. – Forum zur Beobachtung der
Biowissenschaften und ihrer Technologien
Bochumer Landstr. 144 a · 45276 Essen
Tel. (02 01) 53 66706 · Fax (02 01) 53 66705
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 8396 · Fax (0 40) 43 18 8397
E-Mail: redaktion@bioskop-forum.de

Beiträge in dieser Ausgabe: Ute Bertrand,
Erika Feyerabend, Thomas Lemke, Tobias Michel,
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

Einladung zum nächsten BioSkop-Treffen im April

Wer am **BioSkop-Treffen vom 16.-18. April** teilnehmen möchte, das in Kooperation mit der Heinrich-Böll-Stiftung NRW stattfindet, ist herzlich willkommen! **Bitte schnell anmelden** bei Erika Feyerabend, **Tel. (0201) 53 66 706**. Der Besuch des Vortrags zum »Organhandel in Europa« ist auch ohne Anmeldung möglich. Er beginnt am 16. April um 20 Uhr im Kulturzentrum Grend, Essen-Steele, Westfalenstr. 311.

Organhandel, Medizintourismus, Biobanken – das sind Schwerpunktthemen des BioSkop-Treffens vom 16.-18. April im Essener Kulturzentrum Grend.

Zum Auftakt gibt es am Freitagabend um 20 Uhr einen Vortrag der Journalistin Martina Keller (Hamburg). Sie hat im In- und Ausland intensiv in Sachen »Organhandel« recherchiert und dazu ein aufrüttelndes Dossier für *Die Zeit* geschrieben. Über Strukturen, Profiteure und Opfer der Deals mit Nieren und Leberstücken wird Keller im Grend ausführlich informieren.

Am Samstagmorgen geht es um globale Geschäfte mit Gesundheit. Tobias Michel,

Betriebsrat im Essener Alfred-Krupp-Krankenhaus und Attac-Aktivist, beleuchtet den öffentlich geförderten Medizintourismus von PatientInnen und ÄrztInnen. (Siehe Seite 14) Ob grenzüberschreitende Mobilität auch einen Nährboden für Geschäfte mit Körperteilen bietet, wird ebenfalls zur Sprache kommen.

»Was tun?!« heißt es am Nachmittag. Überlegt und diskutiert werden soll, wie BioSkop die kritische Auseinandersetzung mit »Lebendorganspende« und Biobanken voranbringen kann. Für den Abend ist Entspannung angesagt, der (abschließende) Sonntagvormittag dreht sich um Vereinsbelange, finanzielle Fragen inklusive.



Fortsetzung von Seite 1 →

Folgeschwere Distanzverluste

Rechtliche Schutzwälle für Kranke, die derzeit noch bestehen, sollen verschwinden – mittels politischer Taten. Die geplanten Korrekturen am Arzneimittelgesetz sollen ermöglichen, was hierzulande bislang verboten war: Klinische Versuche mit kranken Kindern und PatientInnen, die den TeilnehmerInnen keinen therapeutischen Nutzen bringen können. (Siehe Seite 10)

Expertenzirkel wie Ethikkommissionen und Beratergremien sollen Leitplanken legen, um der politischen Übersetzung partikularer Interessen auch noch das Flair von gesellschaftlicher Kontrolle und Gemeinsinn anzudichten. (Seite 8)

Statt Zögern oder Aufschub zu fordern, werden die Alltagsabläufe der Forschung interdisziplinär und parlamentarisch verlässlich gemacht. Und statt den verhaltenen Ruf nach »Grenzen« ernst zu nehmen und gesellschaftliche Alternativen zu ersinnen, wird Besorgnis einfach kanalisiert. Im Design von Szenarien werden »Chancen und Risiken« modelliert und eine Politik des »Sowohl-als-auch« plausibel gemacht.

Die mediengängige Rhetorik wettbewerbsbedingter Notwendigkeiten und »Sachzwänge« lässt auch die Orte und die politisch Handelnden verschwinden. Wenn heute PatientInnen, ÄrztInnen, Pflegepersonal, Arzneien und Körperstoffe grenzüberschreitend mobil sind, dann haben GesundheitspolitikerInnen und BürokratInnen

national wie europäisch jenen Raum für wachstumsorientierte Gesundheitsindustrien gerichtet, der nun als unabänderlich erscheint. (Seite 14) Markt- und wissensförmige Denk- und Redestile schaffen Mehrheiten und Wunschwelten, an denen sich die vorherrschende Politik unbeschadet stärken kann. Das Terrain distanzierter Zuschauens ist keineswegs sicher. Wenn Krankenversicherte aufgefordert werden, um Bonuspunkte zu schachern, dann lernen sie mitzumachen im Spiel um Geld und Versorgungsberechtigungen. (Seite 12)

Das Feld einer Politik, die nach Gemeinwohl und gutem Leben fragt, ist von der gesellschaftlichen Bühne weitgehend suspendiert. Was demonstrativ in Erscheinung tritt, ist ein sich aktivierender Staat, ein Innerer-Sicherheits-Staat.

Die biometrische Ausrüstung ist mittlerweile weltweit wirksam – unter unablässiger Mitarbeit des Innenministers Otto Schily, der

die hiesigen Überwachungsnormen auf US-Niveau zu bringen trachtet. (Seite 13) Das gesteigerte Sicherheitsverlangen für eine permanent bemühte Zukunft, die nichts weiter zu bieten hat, als die gegenwärtigen Logiken und Lebenslagen fortzuschreiben, hat nicht nur repressive Folgen an den staatlichen Außengrenzen. Auch eine versprochene, verlässliche Lebensplanung via genetischer Tests kann Menschen schnell ins gesellschaftliche Abseits befördern. (Seite 6)

Da hilft nur eins: Nachdenken und öffentlich Streiten für eine Politik, die Zeit braucht, die soziales Maß halten kann – und Distanz zu den Großmächten der Gegenwart.



»Die politische Zunge«
Wer die Funktion und Möglichkeiten politischer Rede genauer erkunden möchte, wird fündig in einem unterhaltsam geschriebenen Buch des Freiburger Sprachwissenschaftlers Prof. Uwe Pörksen: *Die politische Zunge. Eine kurze Kritik der öffentlichen Rede*, Stuttgart 2002 (Verlag Klett-Cotta), 199 Seiten, 16 €

Die mediengängige Rhetorik wettbewerbsbedingter »Sachzwänge« lässt die politisch Handelnden verschwinden.

Tausch erlaubt, Geschäft ermöglicht

Bundessozialgericht legitimiert »Lebendorganspenden« unter Menschen, die nicht offensichtlich befreundet sind

Mit einer kreativen Gesetzesauslegung hat das Bundessozialgericht eine juristische Vorlage zur Ausweitung der »Lebendorganspende« geliefert: Ein »Grundsatz«-Urteil legitimiert Überkreuz-Transplantationen zwischen Menschen, die weder verwandt noch offensichtlich befreundet sind. Die Transplantationslobby ist sehr erfreut und fordert die Politik auf, nun auch die »anonyme Lebendspende« zu legalisieren. Die Tür zur Kommerzialisierung würde so weiter geöffnet – ob gewollt oder nicht.

Geschäftemacherei mit Nieren und Leberstücken soll das Transplantationsgesetz (TPG) verhindern. Laut § 8 ist eine Organentnahme bei gesunden Menschen nur erlaubt, um das Körperteil anschließend auf Verwandte, Ehegatten, Verlobte oder auf Menschen zu übertragen, »die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe stehen«.

Wie man diese Regel umgehen kann, demonstrierten zunächst der Freiburger Transplantateur Prof. Günter Kirste und ein Ehepaar aus Aachen. Sie trafen sich im Mai 1999 in Basel mit schweizerischen Eheleuten, um gleichzeitig vier Operationen zu bewerkstelligen, die mit dem Wortlaut des § 8 TPG schwer zu vereinbaren sind: eine »Überkreuz-Transplantation« zwischen vier Menschen, die sich nach eigener Aussage zufällig kennengelernt hatten – bei der Suche nach OrgangeberInnen mit passender Blutgruppe. Chirurg Kirste übertrug dem Aachener eine Niere des Schweizer, als Gegenleistung erhielt dessen Ehefrau eine Niere der Gattin des Deutschen.

Die deutschen Beteiligten an diesem eigenartigen Tauschgeschäft wollten noch mehr: die Erstattung der Operationskosten (80.000 Schweizer Franken) durch die Krankenkasse – und als Zugabe möglichst eine höchststrichterliche Entscheidung mit politischer Signalwirkung.

Viereinhalb Jahre nach den Baseler Operationen haben zumindest Transplantateure wie Professor Kirste ihr Ziel erreicht. Denn die gewünschte Grundsatzentscheidung ist nun da – gefällt am 10. Dezember 2003 vom 9. Senat des Bundessozialgerichts (BSG), der über die Klage des Aache-

ner Organempfängers zu entscheiden hatte. Die höchsten SozialrichterInnen urteilten, die beiden Vorinstanzen, welche die Überkreuz-Transplantationen als unzulässig bewertet hatten, hätten die von § 8 TPG verlangte offenkundige persönliche Verbundenheit zwischen Spender und Empfänger »zu eng aufgefasst«. Die geforderte Verbundenheit müsse keineswegs für jedermann offenkundig sein. »Vielmehr«, so das BSG spitzfindig, »reicht es aus, dass der im Vorfeld der Operation tätige Psychologe oder Arzt eine hinreichend intensive und gefestigte Beziehung eindeutig feststellen konnte«; wobei die engen Bande auch dann glaubhaft sein könnten, wenn sie erst aus dem Organbedarf heraus entstanden seien. Ob dies auch im konkreten Fall so gewesen und folglich die Krankenkasse verpflichtet ist, dem versicherten Kläger die Operationskosten zu erstatten, muss nach dem Urteil des BSG nun die Vorinstanz klären, also das Landessozialgericht NRW.

Pool für Nieren und Leberstücke

Rückenwind gibt diese BSG-Entscheidung den Promotoren der »Lebendorganspende«, die seit Jahren fordern, sie auch bei Menschen zu erlauben, die weder verwandt noch eng befreundet sind. Als Speerspitze will nun offenbar die Bundesärztekammer (BÄK) fungieren. Die Ständige Kommission Organtransplantation der BÄK wünscht sich einen »Pool«, in den Menschen Nieren und Leberstücke »spenden« sollen – anonym und ohne die potenziellen OrganempfängerInnen zu kennen. Reklame für diese Idee machte der Vorsitzende der BÄK-Kommission, Prof. Hans-Ludwig Schreiber, bei einer Anhörung der Medizinethik-Enquete des Bundestags am 1. März in Berlin. »Die Verteilung« der Pool-Organen, »müsste dann im gleichen Verfahren wie bei der Leichenspende erfolgen«, schlug Jurist Schreiber vor, der »hirntot« diagnostizierte Menschen stets »Leichen« nennt.

Für die Abschaffung der gesetzlichen Beschränkung des »Lebendspender«-Kreises plädierte auch der Münchner Jurist Thomas Gutmann. »Wesentliche Bedeutung« für die Bundesrepublik, erzählte Gutmann der Enquete, habe die »amerikanische Erfahrung«. Die Universität

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

Schreibers Aussagen

»Mit dem Grundsatzurteil [des Bundessozialgerichts vom 10.12.2003] ist der Weg für Überkreuz-Spenden wieder offen. Die nun aufgehobenen Entscheidungen der Vorinstanzen hätten nahezu zu einem Stopp solcher Transplantationen geführt, sagte der Vorsitzende der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer, Prof. Hans-Ludwig Schreiber. [...] Bislang hätten zahlreiche Paare als erzwungene Alternative die Scheidung und eine »Überkreuz-Verlobung« mit anschließender Operation gewählt.«

aus einem Bericht der Nachrichtenagentur afp vom 11.12.2003. Schreiber wurde vom Bundessozialgericht als Sachverständiger gehört. Ein halbes Jahr zuvor, am 19.4.2003, hatte der Strafrechtsprofessor in einem Gespräch mit der Frankfurter Allgemeinen Zeitung dafür plädiert, Transplantationen nach »Lebendorganspenden« nicht länger auf Körperteile von nahen Verwandten oder Menschen zu beschränken, die dem Empfänger besonders nahe stehen.

Fortsetzung nächste Seite →

Fortsetzung von Seite 3 →

Ökonomische Ausrichtung

»Unbehagen beim medizinischen und pflegerischen Personal an Kliniken bereiten aber offenbar zunehmend Verhältnisse, bei denen Transplantationspatienten insbesondere aus dem arabischen Raum mit ihrem »eigenen« Lebendspender anreisen. Bei Lebendspendekommissionen schafft dies Unsicherheit über den Nachweis der Verwandtschaftsverhältnisse bzw. der engen persönlichen Beziehung. Die Präsenz von Empfänger und Spender, die eigens zur Transplantation angefliegen sind, erzeugt Zeitdruck. Von Seiten des medizinischen Personals wird gefragt, ob betriebswirtschaftliche Überlegungen und die stärkere ökonomische Ausrichtung auch staatlicher bzw. städtischer Kliniken die Behandlung solcher Patienten unabdingbar machen, nicht zuletzt, um die eigenen Arbeitsplätze zu sichern. Solche Situationen erschweren die Aufdeckung potenzieller illegaler Organkäufe in erheblichem Maße.«

aus einer Stellungnahme der Politologin Ingrid Schneider (Universität Hamburg), eingereicht zur »Organlebendspende«-Anhörung der Enquetekommission »Ethik und Recht der modernen Medizin«, die am 1. März 2004 in Berlin stattfand

von Minnesota in Minneapolis hatte 1999 ein Programm zur »altruistischen Fremdspende« von Nieren als Pilotprojekt etabliert. Dabei hätten Transplanteure insgesamt 360 »Spendewillige« kontaktiert, anschließend seien 48 ausgesuchte KandidatInnen medizinisch und psychosozial überprüft worden. 22 von ihnen hätten sich bisher eine Niere zugunsten Fremder herausoperieren lassen; inzwischen seien »Fremdorgan-spenden« an 57 US-Transplantationszentren realisiert worden.

Der Antrieb der »SpenderInnen«, behauptet Gutmann, »beruhte durchgehend auf Hilfsbereitschaft oder ähnlichen altruistischen Motiven«; finanzielle oder sonstige Forderungen von OrgangeberInnen, die nach der Transplantation auf Wunsch mit den EmpfängerInnen bekannt gemacht wurden, seien im Rahmen des Minnesota-Modellprojekts nicht aufgetaucht. Dass in der Praxis trotzdem Geld fließt, kann allerdings niemand ausschließen.

Die Enquete-Anhörung war wenige Minuten vorbei, da meldete sich auch schon ein Kommissionsmitglied per Pressemitteilung zu Wort. »Die Bestandsaufnahme des nunmehr sieben Jahre geltenden Transplantationsgesetzes«, resümierte der FDP-Abgeordnete Michael Kauch, »hat ergeben, dass die Organspende unter Lebenden neu geregelt werden muss. Vor allem die Beschränkung auf Empfänger, zu denen der Organspender ein Näheverhältnis hat, ist nicht mehr haltbar.« Ob diese Position im Bundestag tatsächlich eine Mehrheit finden wird, bleibt abzuwarten; jedenfalls hat sich die Enquete bislang ziemlich einseitig beraten lassen und fast ausschließlich

»Lebendspende«-Befürworter öffentlich anhören wollen. Zu den zwölf nach Berlin geladenen Sachverständigen zählten – neben im Lobbyismus erfahrenen Juristen wie Schreiber und Gutmann – allein fünf Transplanteure, darunter Cross-Over-Chirurg Kirste.

Ob gewollt oder nicht: Die Ideen der »Lebendspende«-Protagonisten wie auch das BSG-Urteil dürften denjenigen Vorschub leisten, die mit Körperteilen Geld verdienen wollen. Zwar

errichtet das TPG eine formale Hürde: Ehrenamtliche Kommissionen aus MedizinerInnen, PsychologInnen und JuristInnen, die bei den Ärztekammern

angesiedelt sind, sollen prüfen, ob eine geplante Organentnahme wirklich freiwillig und ohne Entgelt erfolgen soll. Doch Gewähr dafür bieten können die Gremien nicht. Günter Hopf, Geschäftsführer der Lebendspendekommission bei der Ärztekammer Nordrhein, gab im *Rheinischen Ärzteblatt* zu: »Diese vom Gesetzgeber gewollte Überprüfung im Laufe eines Gesprächs mit den Betroffenen kann sich nur auf gezielte Fragen beschränken, deren wahre Beantwortung nicht überprüft werden kann.«

Schon angesichts solcher Zustände ist es riskant und absurd, eine Ausweitung der »Lebendspende« auch nur zu erwägen. PolitikerInnen, die Kommerzialisierung von Organentnahmen wirklich verhindern wollen, müssen andere Prioritäten setzen und endlich tun, was BioSkop bereits im Dezember 2002 in einer Stellungnahme gefordert hat: »Die Arbeit der Lebendspendekommissionen gehört dringend auf den Prüfstand.«

»Die Arbeit der Lebendspendekommissionen gehört auf den Prüfstand.«

Anzeige

STATTWERK
grafik + druck

» » Grafik » Mediengestaltung » Druck » Verarbeitung » Versand » »

Genossenschaftsbetrieb in Selbstverwaltung
Hilgerstr. 8 · 45141 Essen
Telefon (0201)8 32 22-0
Fax (0201)8 32 22-20
e-mail: stattwerk.druck@cneweb.de

Hebammen kritisieren dreistes »Abkassieren« in Frauenarzt-Praxen


Der Bund Deutscher Hebammen (BDH) kritisiert das »Abkassieren in der gynäkologischen Praxis«. Aktueller Anlass sind Erfahrungen zahlreicher Frauen: Sie hatten berichtet, dass MedizinerInnen die von der Bundesregierung mit Billigung der Opposition eingeführte 10-Euro-Quartalsgebühr fälschlicherweise auch dann verlangen, wenn sie die Praxis ausschließlich zur Vorsorge gemäß Mutterschaftsrichtlinien aufsuchen wollten.

Aufgedrängte Untersuchungen

Dass Früherkennung und Vorsorge weiterhin gebührenfrei sind, wissen natürlich auch FrauenärztInnen. Geschäftstüchtige unter ihnen verunsichern Schwangere mit kleinen Tricks: In einer rheinland-pfälzischen Praxis stellten GynäkologInnen eine Kasse auf und verlangten für die Herausgabe eines Ultraschallbildes wahlweise fünf oder zehn Euro. In Oldenburg lehnte es ein Arzt einfach ab, sich auf reine, gebührenfreie Vorsorge zu beschränken. Und in Mode ist auch die Behauptung, dass die Untersuchungen, die in den Mutterschaftsrichtlinien vorgesehen sind, längst nicht mehr ausreichen – weshalb zusätzliche, gebührenpflichtige Untersuchungen dringend notwendig seien.

»Seit Einführung der Praxisgebühr wird noch deutlicher, dass den Frauen oftmals weitere medizinische Leistungen nahezu aufgedrängt werden, insbesondere pränatale Diagnostik«, bestätigt auch Annegret Braun, Leiterin der Schwangerenberatungsstelle PUA beim Diakonischen Werk Württemberg.

Bessere Alternative

»Die ärztliche Vorgehensweise«, resümiert BDH-Präsidentin Magdalene Weiß, »bestärkt unsere Zweifel, dass die gynäkologische Praxis für gesunde Schwangere der richtige Ort ist.« Betreuung durch Hebammen sei daher die bessere Alternative. 

Weitere Informationen: Bund Deutscher Hebammen, Telefon (0 62 26) 42 94 00; Beratungsstelle PUA beim Diakonischen Werk Württemberg, Telefon (0711) 16 56-341.

Elterninitiative fordert: Impfschäden »in vollem Umfang« veröffentlichen!


Die Initiative »Eltern für Impfaufklärung« (EFI) fordert Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt in einem »Offenen Brief« auf, Daten über Impfschäden »in vollem Umfang« öffentlich zu machen und einen »zeitnahen Zugriff darauf zu ermöglichen«.

Seit 2001 sind ÄrztInnen laut Infektionsschutzgesetz (IfSG) verpflichtet, Verdachtsfälle von Schäden nach Impfungen an das Gesundheitsamt zu melden, das anschließend die zuständige Bundesoberbehörde, das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) in Langen, über die vermutete Schädigung informiert.

Bisher hat das PEI nach Darstellung von EFI lediglich eine Auswertung der ersten zehneinhalb Monate nach Einführung der Meldepflicht im *Bundesgesundheitsblatt* (Ausgabe April 2002) publiziert; demnach seien zwischen 1.1. und 19.10.2001 hierzulande 236 Verdachtsfälle registriert worden, darunter zwei Todesfälle. Allerdings räumen die PEI-AutorInnen ein, »dass die seit Anfang 2001 bestehende Meldeverpflichtung noch nicht allen Ärzten bekannt ist«. Und sie fügten hinzu: »Weitere Anstrengungen sind daher erforderlich, um die Meldefreudigkeit zu steigern und so belastbare Aussagen über Impfkomplicationen in der Diskussion um die Stärkung des Impfgedankens zu erhalten.«

Nahe liegender Verdacht

Seit dieser offiziellen Veröffentlichung sickerte immer mal wieder Alarmierendes durch. So wurde im Frühjahr 2003 durch Medienberichte bekannt, dass fünf Kleinkinder unmittelbar nach Impfung mit einem neuen Kombinationsimpfstoff starben, der sie vor sechs Krankheiten hätte schützen sollen. (Siehe *BIO SKOP* Nr. 23) Weitere Todesfälle gab das PEI im August im Fachblatt Kinder- und Jugendarzt zu – eine aktuelle, detaillierte Aufbereitung sämtlicher Schadensmeldungen vermisst EFI jedoch bis heute.

»Der Verdacht liegt nahe«, schreibt die Initiative an Gesundheitsministerin Schmidt, »dass die mittlerweile vorhandenen Meldedaten eben nicht geeignet sind, den Impfgedanken zu stärken.« 

Den Wortlaut des Offenen Briefes und weitere Informationen bei EFI, c/o Angelika Kögel-Schauz, Fax (0821) 815 35 76, Internet: www.efi-online.de

Was Sie immer schon mal wissen wollten ...

... steht vielleicht in einer *BioSkop*-Publikation. Zum Thema »Sterbehilfe«/Patientenverfügungen gibt es einen **Denkzettel**, die Broschüre »**Patientenverfügungen in Frage gestellt**« und eine Dokumentation der Tagung »**Planungssicherheit am Lebensende?**«. Bedenkenswertes zur Transplantationsmedizin findet sich in unserer Broschüre »**Organspende in Frage gestellt**«. Ausführliche *BioSkop*-Denkzettel gibt es auch zu den Themen »**Der frauenlose Embryo**« sowie »**Lebensqualität**« und »**Technik der Zukunft**«.

Sämtliche Publikationen und weitere Infos können Sie bestellen bei *BioSkop*, Bochumer Landstraße 144a, Telefon (0201) 53 66 706, Fax (0201) 53 66 705. Ansprechpartnerin ist Erika Feyeraabend, E-Mail: info@bioskop-forum.de

Anzeige gefällig?

Sie können in *BioSkop* inserieren!

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

**Von Thomas Lemke
(Frankfurt a.M.),
Soziologe**

Sein Buch »Veranlagung und Verantwortung. Genetische Diagnostik zwischen Selbstbestimmung und Schicksal« ist gerade im transcript-Verlag erschienen.

**Gentest als
Qualifikationsnachweis?**

»Einer jungen Frau wird die Einstellung in das Beamtenverhältnis auf Probe als Lehrerin angeboten. Unter Berufung auf das amtsärztliche Gutachten zur Eignung der Bewerberin kommt das Oberschulamt zu folgendem Schluss: Nach dem ärztlichen Gutachten bestehe aus amtsärztlicher Sicht zwar zum gegenwärtigen Zeitpunkt die gesundheitliche Eignung. Aufgrund einer Erbkrankheit bestehe aber nach dem derzeitigen medizinischen Erkenntnisstand eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass es in den nächsten zehn Jahren zu einem Ausbruch der Krankheit und damit zu häufigen Dienstunfähigkeitszeiten und damit letztendlich zum Eintritt vorzeitiger Dienstunfähigkeit kommt. [...] Wird hier nicht indirekt Druck ausgeübt, sich der genetischen Diagnostik zu unterziehen, um sich damit zu rehabilitieren?«

aus einem Referat von Christiane Lohkamp, Vorsitzende der Deutschen Huntington-Hilfe, das sie am 25.9.2003 vor dem Nationalen Ethikrat gehalten hat. Der geschilderte Fall ist real, Hessens Schulbehörde hat es Ende August abgelehnt, die Lehrerin zu verbeamten. Sie versucht nun, ihre Verbeamtung mit Hilfe eines Rechtsanwalts zu erstreiten.

Management »genetischer Risiken« am Arbeitsplatz

Die Bundesregierung will in diesem Jahr ein Gendiagnostik-Gesetz vorlegen. Wahrscheinlich ist, dass Rot-Grün Gentests im Rahmen von Versicherungs- und Arbeitsverträgen nicht kategorisch ausschließen wird. Ohne Verbot besteht jedoch die Gefahr genetischer Diskriminierung so genannter »Risikopersonen«. Wohin die juristische Reise zu gehen droht, hat der Oberste Gerichtshof der USA vorgeführt.

Mario Echazabal arbeitete von 1972 bis 1996 für mehrere Subunternehmen in einer Öltraffinerie des Chevron-Konzerns. In dieser Zeit bewarb er sich zweimal direkt bei Chevron. In beiden Fällen wollte der Ölmulti ihn einstellen, falls das Ergebnis der medizinischen Untersuchung positiv ausfalle. Doch der Werksarzt hielt Echazabal für ungeeignet, Begründung: Ein biologischer Test habe gezeigt, dass die Leber des Bewerbers beeinträchtigt sei. Sie würde weiteren Schaden nehmen, wenn Echazabal chemischen Substanzen ausgesetzt bliebe, die in der Raffinerie üblich sind und für die er besonders anfällig sei.

Chevron zog das Einstellungsangebot zurück; im Anschluss an die zweite Diagnose forderte der Konzern außerdem Echazabals Arbeitgeber auf, ihn nur noch dort einzusetzen, wo er nicht mit jenen giftigen Stoffen in Berührung komme, für die er besonders empfindlich sei – oder ihm zu kündigen. Daraufhin entließ der Subunternehmer seinen langjährigen Mitarbeiter.

Nach der Kündigung klagte Echazabal gegen Chevron. Er berief sich auf das US-amerikanische Antidiskriminierungsgesetz, den American With Disabilities Act (ADA) und wehrte sich dagegen, dass Chevron ihn aufgrund einer Behinderung, des Leberschadens, nicht einstelle bzw. ihn nicht länger in der Raffinerie arbeiten lasse. Außerdem legte er medizinische Gutachten vor, mit denen Leberexperten attestierten, dass die Arbeit in der Raffinerie für Echazabal nicht riskanter sei als für alle anderen dort Beschäftigten. Chevron berief sich dagegen auf eine Ausführungsbestimmung des Gesetzes, wonach der Arbeitgeber

eine Beschäftigung dann verweigern dürfe, wenn die Behinderung eines Arbeiters eine »direkte Gefahr« für sich und andere darstelle. Nachdem die Erinstanz zugunsten von Chevron und das Berufungsgericht für Echazabal entschieden hatte, landete der Fall im Jahr 2002 beim Obersten Gerichtshof der USA, dem Supreme Court.

Zentral für die Urteilsfindung war die Interpretation einer »direkten Gefahr« im Sinne des Gesetzes. Die Vorinstanz hatte entschieden, von Echazabal gehe keine »direkte Gefahr« aus, da dieser nicht KollegInnen gefährde, sondern nur sich selbst. Diese Auslegung wies der Supreme Court zurück. Die obersten RichterInnen halten einen Ausschluss vom Arbeitsplatz bereits für zulässig, wenn ein Individuum dort seine eigene Gesundheit riskieren würde – vorausgesetzt, das Verbot basiert auf dem aktuellen medizinischen Wissensstand.

Das höchstrichterliche Urteil vom Juni 2002 zeigt, dass selbst der ADA nicht umfassend vor Diskriminierung schützen kann. Bei Echazabal lag zwar eine Beeinträchtigung der Leberfunktion vor, die schließlich als asymptomale Hepatitis C diagnostiziert wurde, doch Chevron stützte sich auf die Aussagekraft eines biologischen Tests, der ein individuell erhöhtes Gesundheitsrisiko aufgezeigt habe. Es ist wahrscheinlich, dass die RichterInnen das Beschäftigungsverbot auch dann gerechtfertigt hätten, wenn ein molekula-

Ziel ist es nicht mehr, krank machende Stoffe abzuschaffen – sondern »empfindliche« Beschäftigte auszuschließen!

genetischer Test eine erhöhte Empfindlichkeit des Arbeitnehmers vorhergesagt hätte. Sollten in Zukunft immer mehr Gentests

zur Prognose von Krankheiten und Anfälligkeiten als »aktueller medizinischer Wissensstand« anerkannt werden, werden immer mehr »Risikopersonen« ins Raster der Arbeitsmedizin geraten. Diese könnten dann zum »eigenen Wohl« gekündigt werden – auch gegen ihren erklärten Willen.

Der Fall signalisiert eine Trendwende in der Arbeits- und Umweltmedizin. Konzentrierte sich die Forschung früher vor allem auf die Bedeutung externer Risiken für Beschäftigte, so verlagert sich das Interesse inzwischen darauf, individuelle Risiken für Krankheiten zu identifizieren. Ziel ist es nicht mehr, krank machende Stoffe und Arbeitsbedingungen abzuschaffen – sondern »empfindliche« Beschäftigte auszuschließen! Setzt sich dieser Trend fort, so dürfte das formal garantierte »Recht auf Nicht-Wissen« im Alltag bald einer Pflicht zum Management individueller genetischer Risiken weichen.



Ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung

In der Schweiz dürfen MedizinerInnen künftig beim Suizid mitwirken, in Deutschland wird bald darüber diskutiert

In der Schweiz sollen ÄrztInnen künftig todkranken PatientInnen bei der Selbsttötung helfen dürfen. Solche Praktiken werden bald auch hierzulande zum Thema gemacht – auf einem Symposium von BioethikerInnen in Gießen. Willkommen heißen wird sie dort ein Vorständler der Bundesärztekammer, die zurzeit ihre Grundsätze zur Sterbebegleitung überarbeitet.

Das Zürcher Institut für Rechtsmedizin führt eine bedrückende Statistik: Es registriert, wie viele Menschen in der Schweiz alljährlich mittels Beihilfe zum Suizid ums Leben kommen. Wurden für 1999 noch rund 100 Fälle erfasst, waren es 2003 bereits über 250. Beteiligt waren dabei in der Regel »Sterbehilfe«-Organisationen, »Marktführer« ist Exit mit einem Anteil von über 60 Prozent.

Die »Sterbehilfe«-Branche könnte bald Konkurrenz bekommen – ausgerechnet durch ÄrztInnen. Denn die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat Anfang Februar eine neue »medizinisch-ethische Richtlinie zur Betreuung von Patienten am Lebensende« vorgestellt, die geeignet ist, das ärztliche Selbstverständnis zu pervertieren: Zwar hält die SAMW an dem Grundsatz fest, dass ÄrztInnen ihre »Kompetenzen zur Heilung, Linderung und Begleitung einzusetzen« haben. Aber die Richtlinie stellt ihnen auch frei, »im Einzelfall« und auf Bitte des Patienten »Beihilfe zum Suizid zu leisten«. Voraussetzung ist, dass das Lebensende des zur Selbsttötung Bereiten nach Einschätzung des Arztes »nahe« sei, der Betroffene »urteilsfähig« und sein »Wunsch« dauerhaft und »ohne äußeren Druck entstanden« sei.

Die Richtlinie der SAMW ist noch nicht in Kraft; sie befindet sich im »Vernehmlassungsverfahren«, was bedeutet, dass jedermann Proteste (und Zustimmung) zu diesem brisanten Papier kund tun kann, Tel.: (0041) 61-26 99 030, Präsident Prof. Werner Stauffacher, www.samw.ch

Geschwiegen hat dazu bisher die deutsche Bundesärztekammer (BÄK), die sich in der Vergangenheit wiederholt an schweizerischen Standespapieren orientiert hat. Untätig ist sie in Sachen »Sterbehilfe« jedoch nicht. Professor Eggert Beleites, Vorsitzender des BÄK-Ausschus-

ses für medizinisch-juristische Grundsatzfragen, wird am 19. März ins Universitätsklinikum Gießen reisen, um dort ein 3-tägiges, internationales Symposium per »Welcome Address« (Willkommensgruß) persönlich zu eröffnen. Thema der hierzulande wohl beispiellosen akademischen Veranstaltung: »Ärztlich assistierter Suizid«. Gastgeber sind Gießener MedizinerInnen und JuristInnen. In ihrer Einladung heißt es: »Der Schatten von Hitler sollte nicht die Tatsache verdecken, dass es alternative Wege gibt, um unnötiges Leiden zu verringern und todkranken Patienten einen würdevollen Tod zu ermöglichen. Diese Alternative, die in Deutschland selten erwähnt wird, ist die ärztlich unterstützte Selbsttötung.«

Referieren würden »einige der weltweit führenden Experten in Sachen ärztlicher Beihilfe zum Suizid«, verheißen die Veranstalter. Tatsächlich werden in Gießen viele Größen der Bioethik- und »Sterbehilfe«-Szene reden, darunter der niederländische Euthanasie-Arzt Pieter Admiraal und der britische Bioethiker John Harris. Aus Deutschland sind – neben Beleites – vier ProfessorInnen angekündigt: Dieter Birnbacher (Düsseldorf), Reinhard Merkel (Hamburg), Bettina Schöne-Seifert (Münster), Gabriele Wolfslast (Gießen).

Keine Berührungsängste?

Beleites scheint keine Berührungsängste zur »Sterbehilfe«-Lobby zu haben; noch im November diskutierte er in Berlin auf einem Podium jener »Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben« mit, die dafür wirbt, PatientInnentötungen auf Verlangen zu entkriminalisieren.

Welche Schlüsse Beleites aus derartigen Diskursen zieht, wird sich bald zeigen. Die BÄK ist nämlich dabei, ihre umstrittenen »Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung« von 1998 zu überarbeiten. Ein erster Entwurf (Stand: November 2003) lehnt sowohl »aktive Sterbehilfe« als auch das Mitwirken von ÄrztInnen bei Selbsttötungen weiterhin ab. Dagegen befürwortet die BÄK »Patientenverfügungen« Ein darin vorab erklärter Verzicht auf medizinische Behandlung, der tödlich wirken würde, ist nach Ansicht der BÄK »für den Arzt bindend, sofern die konkrete Situation derjenigen entspricht, die der Patient in der Verfügung beschrieben hat«.

Von Christian Winter (Heidelberg), Jurastudent und BioSkopler

Anreize zur Senkung der Kosten im Gesundheitswesen

»Die Errichtung von Patientenverfügungen ist aber wegen der hohen und fortlaufend steigenden Kosten des Gesundheitswesens auch ein allgemeines Anliegen. Die Hälfte der Gesundheitskosten, die ein Mensch in seinem Leben verursacht, entsteht in seinen letzten sechs bis zwölf Monaten. Patientenverfügungen, die die Beendigung eines sonst noch jahrelangen, unumkehrbaren Siechtums rechtlich ermöglichen, können also die Kosten des Gesundheitswesens senken. [...] Der wahrscheinlich wirksamste Anreiz, Patientenverfügungen zu errichten, sind finanzielle Anreize. Deshalb wird der Vorschlag gemacht, dass diejenigen, die bei ihrer gesetzlichen Krankenkasse oder privaten Krankenversicherung eine rechtswirksame Patientenverfügung hinterlegen, eine Beitragsermäßigung erhalten oder einen Sonder tarif abschließen können.«

Vorschläge des pensionierten Vormundschaftsrichters Rolf Coeppicus aus Oberhausen, die er in der renommierten »Zeitschrift für Rechtspolitik« (Heft 5, 2003, Seiten 175-178) unterbreitet hat.

Zum Wohle von PatientInnen?

Ethikkommissionen arbeiten höchst fragwürdig, doch ihre Gutachten sollen bald rechtsverbindlich werden

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

Eigene Interessen

»Die meisten Mitglieder von (universitären) Ethikkommissionen sind selbst Forscher und direkte Kollegen der Antragsteller. Sie vertreten in erster Linie ihre eigenen Interessen bzw. die Interessen der Abteilungen, welchen sie angehören. Ein erhöhtes Interesse an einem effektiven Grundrechtsschutz der Prüfungsteilnehmer besteht nur insoweit, wie dies nicht zu belastenden Konsequenzen für die eigene Forschung bzw. den Drittmittelzufluss führt.

Um den Wissenschaftsstandort der jeweiligen Universität zu wahren, sind die dort angesiedelten Ethikkommissionen bemüht, die Anforderungen an klinische Forschungsvorhaben nicht zu hoch anzusiedeln und ignorieren daher zum Teil als zu eng empfundene (verfassungs-)rechtliche Anforderungen oder legen diese entgegen ihrem Schutzzweck zu Lasten des Forschungsteilnehmers aus.«

Erfahrungen des Juristen Christian von Dewitz, nachzulesen in einer Stellungnahme (Stand: 21.1.2004) für den Gesundheitsausschuss des Bundestages. Von Dewitz ist Geschäftsführer der Ethikkommission des Berliner Universitätsklinikums Charité.

Rot-Grün will klinische Prüfungen von Arzneimitteln erleichtern – vor allem, um die »Konkurrenzfähigkeit des Pharmastandorts Deutschland zu verbessern«. Dass der Schutz von ProbandInnen dabei nicht auf der Strecke bleibt, sollen so genannte »Ethikkommissionen« gewährleisten. Können sie das überhaupt?

Medizinische Versuche gehören hierzulande zum alltäglichen Forschungsgeschäft. Je nach Studienphase wirken zwischen zehn bis zu mehreren tausend Menschen mit. Am häufigsten getestet werden Arzneimittel, also Medikamente, Diagnostika, Impfstoffe, Sera. Klinisch geprüft werden auch Medizinprodukte wie Herzschrittmacher oder künstliche Gelenke; experimentiert wird mit neuen Operationsmethoden und Strahlenbehandlungen. Auf ProbandInnen hoffen auch Transplanteure und Reproduktionsmediziner, die bemüht sind, ihre Methoden zu optimieren. Und wissenschaftliches Neuland wird bei gentherapeutischen Versuchen betreten.

Testperson darf nur werden, wer zuvor »informiert eingewilligt« hat. (Siehe Seite 9) MedizinerInnen, die klinische Versuche vornehmen oder mit persönlichen Daten von PatientInnen forschen wollen, müssen sich zuvor von einer Ethikkommission beraten lassen. Diese Gremien, eingerichtet bei Universitätskliniken und Landesärztekammern, sollen Nutzen und Risiken eines Forschungsvorhabens sorgfältig abwägen. »Klinische Prüfungen«, wollen PolitikerInnen wie der SPD-Gesundheitsexperte Horst Schmidbauer Glauben machen, »werden streng überwacht.« Dafür sorgen würden »Ethikkommissionen gemeinsam mit staatlichen Stellen«.

Fachleute sehen das differenzierter. Zum Beispiel Christian von Dewitz, Geschäftsführer der Ethikkommission des Berliner Universitätsklinikums Charité. Dem Gesundheitsausschuss des Bundestages schilderte der Jurist Ende Januar in einer Anhörung, was er im Alltag hinter verschlossenen Türen so alles erlebt. Rund 240 Forschungsvorhaben seien im Jahr zu begutachten. Pro beantragter Studie könne sich die Kommission durchschnittlich gerade mal zwanzig Minuten Zeit nehmen. Dabei seien die ehrenamt-

lich tätigen Mitglieder – es handelt sich überwiegend um ÄrztInnen, PharmakologInnen und JuristInnen – längst nicht auf allen Gebieten der Medizin kompetent. Trotzdem verzichteten sie meist darauf, unabhängige ExpertInnen zu Rate zu ziehen. Von einer sachgerechten Entscheidung könne dann »aufrichtigerweise wohl kaum gesprochen werden«, meint von Dewitz. Obendrein seien viele Kommissionsmitglieder aus Universitäten einem erheblichen »Loyalitätsdruck« und »Interessenskonflikt« ausgesetzt: »Die meisten«, weiß von Dewitz, »sind selbst Forscher und direkte Kollegen der Antragsteller.« (Siehe Randbemerkung links)

Von alledem erfährt die Öffentlichkeit nichts: Strikte Geheimhaltung der Kommissionsarbeit, die von PolitikerInnen stillschweigend geduldet wird, schließt gesellschaftliche Einflussnahme und Kontrolle praktisch aus. Welche Versuche gebilligt und welche warum abgelehnt werden, wer Forschungsanträge gestellt hat und welche Pharmafirmen den WissenschaftlerInnen (neben den SteuerzahlerInnen!) finanziell unter die Arme greifen – darüber kann die Öffentlichkeit mangels Aufklärung allenfalls spekulieren.

Gemengelage mit ernsten Folgen

Dabei kann die Gemengelage aus Rücksichtnahmen und Überforderung ernste Folgen zeitigen: »Immer wieder«, schreibt von Dewitz, »kommt es zur Missachtung der Grund- und Schutzrechte von Prüfungsteilnehmern und in der Folge auch von Prüfärzten, Pharmafirmen und sonstigen Behörden.«

Angesichts solcher Zustände erscheint es schlüssig, dass die Kommissionsvoten bisher nicht mehr sind als Empfehlungen, denen die StudienleiterInnen zwar folgen sollten, aber keineswegs müssen. Mit solcher Unverbindlichkeit wird es allerdings vorbei sein, wenn der Bundestag tatsächlich beschließen sollte, was das Bundesgesundheitsministerium als Entwurf vorgelegt hat: das Zwölfte Gesetz zur Änderung des Arzneimittelgesetzes (BT-Drucksache 15/2109). Mit der geplanten Reform, die auch fremdnützige Medikamententests mit kranken Menschen erstmals erlauben würde (Siehe Seite 10) und voraussichtlich Ende März im Parlament zur Abstimmung



→ steht, will Rot-Grün die Ärzteberatergremien nämlich mächtig aufwerten: zu einer »Patientenschutzinstitution mit Behördencharakter«.

Die Bewertungen zu beantragten Arzneiversuchen werden künftig rechtsverbindlich sein – und auch mit juristischen Mitteln anfechtbar. Sollten Testpersonen oder Pharmafirmen

»Informierte Einwilligung«?

Die Teilnahme an einem medizinischen Versuch ist freiwillig. Voraussetzung ist, dass die Testperson »informiert einwilligt«. Wie dies in der Praxis vor sich gehen kann, zeigen Erfahrungen einer Patientin, die sie in einem niedersächsischen Universitätsklinikum machen musste.

Per Ultraschalluntersuchung wird eine Zyste am linken Eierstock diagnostiziert. Kurz darauf sagt die Ärztin, eine »Totaloperation« sei nun dringend erforderlich. Die Patientin ist geschockt, stimmt aber einige Stunden später auch der nächsten, wie sie es empfindet, »ärztlichen Anordnung« zu: In ihre Armvene soll ein Ultraschallkontrastmittel gespritzt werden. Der Eingriff sei notwendig um festzustellen, ob die Zyste gutartig oder bösartig sei.

Die Aufmerksamkeit, die dieser Untersuchung beigemessen wird, kommt der Patientin etwas sonderlich vor. Mehrmals wird ihr Blut entnommen, Puls und Blutdruck werden wiederholt gemessen, ihr Urin wird überprüft. Schließlich verlangt sie mit Nachdruck, die bereits geschehenen Eingriffe erläutert zu bekommen. Als Antwort erhält sie ein 2-seitiges Papier. Ganz oben steht in großen Buchstaben der Name einer Firma: SCHERING, darunter dann: »Patienteninformation zur Teilnahme an der klinischen Prüfung eines Ultraschallkontrastmittels«.

Im weiteren Text erfährt die Leserin dann, dass das an ihr erprobte Präparat »noch nicht im Handel erhältlich« sei. Ein ähnlich zubereitetes Kontrastmittel sei aber bereits von mehr als 2.000 PatientInnen »gut vertragen« worden. Beruhigend soll wohl auch dieser Satz wirken: »Sie sind als Teilnehmer, wie bei jeder klinischen Prüfung gesetzlich vorgeschrieben, gegen etwaige im Zusammenhang mit der Prüfung auftretende Gesundheitsschädigungen versichert.« Und: »Die Teilnahme ist freiwillig.« Dieser Hinweis kommt für die Probandin zu spät. Dass sie sich frei entscheiden konnte, ist ihr nicht klar gewesen.

Klaus-Peter Görlitzer

nachweisen können, dass ihnen in Folge eines mangelhaften Votums gesundheitliche oder finanzielle Schäden entstanden sind, drohen den Kommissionen und ihren Trägern Regressansprüche in mehrstelliger Millionenhöhe. Dabei stehen die GutachterInnen unter enormem Zeitdruck: Binnen maximal 60 Tagen müssen sie eine beantragte Studie verbindlich bewertet haben.

Bei solchen Perspektiven wird manchen ExpertInnen und Ärztekammern schon jetzt ein wenig mulmig. (Siehe Randbemerkung rechts) Vorseilender Gehorsam gegenüber Arzneiherstellern, mit deren Rechtsabteilungen man sich lieber nicht anlegen möchte, dürfte wohl noch häufiger werden als bisher schon.

Strukturelle Defizite offen legen, Alternativen sorgfältig prüfen

Verantwortungsbewusst wäre es, endlich inne zu halten, strukturelle Defizite schonungslos offen zu legen und eine breite gesellschaftliche Diskussion über Sinn und Unsinn klinischer Versuche zu befördern. Wobei auch Interessen transparent gemacht werden müssten: ökonomische, forschungspolitische, karriererebedingte. Außerdem wären Alternativen zu prüfen. Von Dewitz schlägt vor, die Kommissionsarbeit, die bisher eine reine »Feierabendveranstaltung« sei, zu professionalisieren. Den ehrenamtlichen Mitgliedern solle künftig ein ständiger und »kompetenter Mitarbeiterstab« aus JuristInnen und MedizinerInnen zur Seite gestellt werden. Um mehr Ausgewogenheit zu ermöglichen, müssten außeruniversitäre und pharmaunabhängige ExpertInnen in die Gutachtergremien berufen werden. Ihre Voten sollten veröffentlicht und externen Qualitätskontrollen unterzogen werden.

Dagegen plädierte der Berliner Arzt Johannes Spatz bereits vor Jahren dafür, Ethikkommissionen abzuschaffen. Statt dessen schwebt ihm vor, »Patientenschutzkommissionen« zu etablieren, in denen ausschließlich medizinische Laien sitzen, entsandt von Initiativen und Wohlfahrtsverbänden. ÄrztInnen und JuristInnen könnten ihren Sachverstand weiterhin beratend einbringen. Die Entscheidung aber, ob ein Versuch vertretbar sein soll oder nicht, würde laut Spatz-Modell allein das neue Laiengremium treffen – in öffentlichen Sitzungen.

Beide Ansätze sind nicht ohne Probleme und werfen reichlich Fragen auf. Sicher ist aber: Ethikkommissionen können nicht einfach weiter wursteln wie bisher, wenn sie ernsthaft dem Anspruch gerecht werden wollen, ProbandInnen vor gesundheitlichen Risiken zu bewahren.

Sorgen einer Ärztekammer

»Der vorliegende Gesetzentwurf zur Umsetzung der EU-Richtlinie 2001/20 definiert die Aufgabe der Ethikkommissionen neu: Danach verändert sich die Rechtsstellung der Ethikkommissionen von beratenden Gremien, die ein Votum mit Empfehlungscharakter erteilen, zu Genehmigungseinrichtungen, die rechtsverbindliche Verwaltungsakte mit Widerspruchsmöglichkeiten durchführen. [...] So sind Haftungsansprüche in mehrstelliger Millionenhöhe aus Regressansprüchen geschädigter Patienten im Falle unsachgemäßer Voten oder als Ansprüche von Pharmaunternehmen wegen Fristversäumnissen oder ungerechtfertigt ablehnender Voten (verzögerter Studienbeginn, entgangene Patentrechte etc.) nicht auszuschließen. Laut Auskunft aus der Versicherungswirtschaft sind diese Risiken aufgrund ihrer Größenordnung für Kammern nicht versicherbar. Wie kann der Gesetzgeber verhindern, dass Ärztekammern als Träger von Ethikkommissionen im Haftungsfall gezwungen sind, sogar auf die Rücklagen der Versorgungswerke, also die Altersversorgung von Pflichtmitgliedern zuzugreifen?«

Feststellungen und Fragen der Ärztekammer Berlin zur geplanten Novelle des Arzneimittelgesetzes. Die Stellungnahme wurde eingereicht zu einer Öffentlichen Anhörung, die der Gesundheitsausschuss des Bundestages am 28. Januar 2004 in Berlin veranstaltete.

Gesetz für fremdnützige Tests

Kranke Kinder sollen an klinischen Prüfungen teilnehmen, die ihnen weder Heilung noch Linderung bringen können

Fokus auf Bewährtes

»Da es sich um Kinder handelt, sind schwere, unter Umständen irreversible unerwünschte Arzneimittelwirkungen und Tod durch Verabreichung neu eingeführter Substanzen ebenso wie bei Schwangeren besonders gravierende Ereignisse [...] Deshalb sollte gelten, dass neue Substanzen nur wenn unbedingt notwendig Kindern verabreicht werden. Hierzu sind vorherige Studien nötig, aber auch solche Studien können seltene Risiken nicht sicher ausschließen. Deshalb ist der Fokus auf die sichere Anwendung von bei Erwachsenen (und bei Kindern) schon lange angewandten Substanzen zu legen. Auf keinen Fall darf eine Situation provoziert werden, in der verstärkt Reklame für die Anwendung neuer Substanzen bei Kindern gemacht wird, nur weil die Industrie hierfür eine Studie vorgelegt hat. Dies könnte von der Industrie induziert werden, indem dem Arzt haftungsrechtliche Konsequenzen bei der Anwendung älterer, nicht bei Kindern geprüfter oder bewährter Substanzen suggeriert werden.«

aus einer 2002 veröffentlichten Stellungnahme von Prof. Bruno Müller-Oerlinghausen zum Thema »Arzneimittelforschung an Kindern«. Müller-Oerlinghausen ist Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft.

Was hierzulande bisher zumindest rechtlich tabu war, will Rot-Grün nun erlauben: klinische Prüfungen mit kranken Kindern und Erwachsenen, die ihnen persönlich weder Heilung noch Linderung bringen können. Dies sieht der Entwurf zur Novelle des Arzneimittelgesetzes (Siehe auch Seite 8) vor, der noch im März den Bundestag passieren soll.

Neue Wirkstoffe und Diagnostika dürfen gegenwärtig nur dann an PatientInnen ausprobiert werden, wenn ein therapeutischer Nutzen für die Testpersonen wahrscheinlich ist. Diese Bedingung soll nach dem Willen des Bundesgesundheitsministeriums nicht mehr zwingend gelten; künftig soll die Mitwirkung kranker Kinder auch zulässig sein, wenn die klinische Prüfung »für die Gruppe der Patienten, die an der gleichen Krankheit leidet wie die betroffene Person, mit einem direkten Nutzen verbunden« ist.

Diese vielfältig interpretierbare Formulierung ermöglicht zum Beispiel, dass – Einwilligung der Eltern vorausgesetzt – kleine PatientInnen als Kontrollgruppe benutzt werden können, um Aufschluss über Wirkungen und Risiken einer Arznei zu bekommen: Während ein Teil der ProbandInnen das zu prüfende Präparat erhält, wird der Kontrollgruppe ein Placebo (Scheinmedikament) verabreicht; anschließend wird untersucht, wie sich das Krankheitsbild bei allen VersuchsteilnehmerInnen verändert hat.

Fragwürdig ist dieses Vorgehen vor allem, wenn eine neue Arznei gegen eine Erkrankung erprobt werden soll, für die es längst eine wirksame Standardtherapie gibt. Selbst dann hält es das Gesundheitsministerium »zur Gewinnung verlässlicher wissenschaftlicher Aussagen« für gerechtfertigt, den PatientInnen der Placebo-Gruppe das bewährte Arzneimittel vorzuenthalten, sofern dies nur mit einem »minimalen Risiko« verbunden sei. Allerdings definiert der Gesetzesentwurf nicht, was ein »minimales Risiko« ist.

Reine Placebo-Gabe an Kranke bei gleichzeitiger Existenz einer erprobten Therapie verstoße

gegen die geltenden ärztlichen Berufsordnungen, kritisiert dagegen der stellvertretende Vorsitzende der Medizinethik-Enquete, Hubert Hüppe (CDU). Auch die Bundesärztekammer sieht einen »erheblichen ethischen Konflikt« bei gruppennützigen klinischen Prüfungen an Kindern und Jugendlichen, sie will derzeit aber nicht eindeutige Position beziehen.

Gleichwohl wird die geplante AMG-Reform von diversen forschenden Kinderärzten und Pharmaunternehmen seit Jahren gefordert. Nach Darstellung des Marburger Professors Hannsjörg W. Seyberth gibt es für circa 70 Prozent der in der Kinderheilkunde eingesetzten Medikamente »keine gesicherten wissenschaftlichen Daten« – mangels Studien müssten sich KinderärztInnen häufig auf Erfahrungswerte verlassen und Präparate verordnen, die zwar für Erwachsene, nicht aber speziell für Minderjährige zugelassen seien. »Das Fehlen einer klinischen Prüfung im Kindes-

und Jugendalter«, behauptet Seyberth, »führt dazu, dass bestimmte Arzneimittel im Kindesalter nicht angewendet werden

und damit Kindern potenziell wirksame Arzneistoffe vorenthalten werden.«

Eine Übersicht, die veranschaulicht, gegen welche Krankheiten und bei welchen Wirkstoffen es Versorgungslücken bei Kindern gibt, haben bisher weder Seyberth noch das Gesundheitsministerium öffentlich vorgelegt. Und Belege dafür, dass Minderjährige auffällig häufiger als Erwachsene durch Medikamente geschädigt würden, sind ebenfalls nicht bekannt geworden.

Eher zurückhaltend äußert sich denn auch der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. »Neue Substanzen«, schreibt Professor Bruno Müller-Oerlinghausen, sollten Kindern nur verabreicht werden »wenn unbedingt notwendig«. Er rät, sich auf die sichere Anwendung schon lange eingesetzter Wirkstoffe zu konzentrieren und mahnt MedizinerInnen, sich nicht von der Pharmaindustrie unter Druck setzen zu lassen. (Siehe Randbemerkung links) →

Die Medizinethik-Enquete traut sich bisher nicht, fremdnützige Forschungseingriffe an kranken Kindern kategorisch abzulehnen.

Pharmahersteller kontrollieren sich gern selbst

Der Verband Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) hat einen Verein gegründet, der »freiwillige Selbstkontrolle« fördern und schwarze Schafe in den eigenen Reihen zur Rechenschaft ziehen soll.

Ärztefortbildungen im Urlaubsparadies, ganz ohne wissenschaftliches Programm? Üppige Geschenke für MedizinerInnen, die ein bestimmtes Medikament bevorzugt verschreiben oder regelmäßig Produkte (z.B. Herzklappen) zu übersteuerten Preisen bestellen – nein, so etwas will sich die Industrie künftig nicht mehr leisten, geschweige denn darüber Nörgeleien (Korruptionsverdacht!) in der Zeitung lesen.

Also ist der VFA, dem 41 weltweit agierende Pharmakonzerne mit fast 100 Tochter- und Schwesterfirmen angehören, in die (PR-)Offensive gegangen. Beim neuen Verein »Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie«, den der VFA Mitte Februar öffentlichkeitswirksam vorgestellt hat, soll sich jeder Mann und jede Frau beschweren können, der/die unanständige finanzielle Zuwendungen von Firmen an ÄrztInnen vermutet. Bei nachgewiesenen Verstößen soll ein interner »Spruchkörper« einschreiten und Geldstrafen bis zu 250.000 € gegen uneinsichtige Unternehmen verhängen können; der 9-köpfige »Spruchkörper« besteht aus JuristInnen, ÄrztInnen, IndustrievertreterInnen und einem Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte.

Orientierung geben soll ein Vereinskodex, der es zum Beispiel als nicht korrekt ansieht,

dass eine Firma unter dem Motto »Fortbildung« ein Unterhaltungsprogramm für Ärzte nebst Gattin arrangiert. Seriöser werden sollen auch »Anwendungsbeobachtungen« über (Neben-) Wirkungen von Arzneien. Dafür sollen Hersteller nur noch Vergütungen zahlen, die »keinen Anreiz zur Verordnung eines bestimmten Arzneimittels« entstehen lassen.

Die neue »Selbstkontrolle« ist indes lückenhaft. So müssen Firmen nicht veröffentlichen, welche Honorare sie ÄrztInnen überweisen, die PatientInnen zur Teilnahme an Arzneimitteltests animieren und neue Medikamente wärmstens empfehlen. Auch steht im Kodex nicht, wie seriöse Produktinformation durch PharmavertreterInnen auszusehen hat – was angesichts zweifelhafter Werbematerialien aber dringend notwendig wäre. (Siehe Randbemerkung)

Für »legitim und sinnvoll« hält es VFA-Chef Andreas Barner nach wie vor, dass Unternehmen MedizinerInnen zu wissenschaftlichen Fortbildungen »einladen«. Auch Repräsentanten der Ärzteschaft finden das in Ordnung, jedenfalls wenn die Zuwendungen »nicht über Reisekosten und Tagungsgebühr hinausgehen«, erklärt Prof. Ingo Flenker, Vorsitzender des »Ausschusses Berufsordnung« der Bundesärztekammer. »Ein Infragestellen der üblichen Kooperations- und Unterstützungsformen der Industrie«, meint Flenker, »würde zu einer Gefährdung des Wirtschafts- und Forschungsstandortes Deutschland führen und letztlich auch zu einer Stagnation in der Versorgung der Patienten.«

Von Ute Bertrand (Hamburg), Journalistin und BioSkoplerin

Werbematerialien für ÄrztInnen

»Insgesamt werden die Informationen in 94% der Werbeprospekte der pharmazeutischen Industrie nicht durch valide wissenschaftliche Untersuchungen nachvollziehbar belegt. Die Beschreibung der Sicherheit und Wirksamkeit der pharmakologischen Produkte kann auf diese Weise einseitig verzerrt und die medizinische Qualität und Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Verschreibungspraxis wesentlich beeinträchtigt werden.«

aus dem Aufsatz »Sind die Aussagen medizinischer Werbeprospekte korrekt?«, den das Fachblatt »arznei-telegramm« im Februar 2004 auf den Seiten 21-23 druckte. Ein Team um Prof. Peter T. Sawicki schildert Ergebnisse einer Studie des Kölner Instituts für evidenzbasierte Medizin. Die WissenschaftlerInnen hatten 175 Werbeprospekte analysiert, die Pharmafirmen im Juni 2003 an 43 Praxen niedergelassener ÄrztInnen im Raum Nordrhein geschickt hatten.

→ Der Verband Forschender Arzneimittelhersteller (VFA), der seit Jahren dafür wirbt, fremdnützige Forschung an nichteinwilligungsfähigen PatientInnen zu ermöglichen, »begrüßt« die geplante AMG-Novelle. Allerdings haben die Firmen bewiesen, dass sie auch mit der geltenden Rechtslage gut zurecht kommen. »Allein in den Jahren 2002 und 2003«, schreibt der VFA, »wurden zusammen 35 Medikamente und Applikationshilfen für Kinder und Jugendliche zugelassen.« Die Einsatzgebiete reichen von Neurodermitis über Epilepsie bis zur Vermeidung von Nebenwirkungen bei der Leukämiebehandlung.

Im Bundestag können die Pharmaunternehmen wohl mit vielen offenen Ohren rechnen; kritische Stimmen waren bisher nur vereinzelt

aus der Medizinethik-Enquete zu vernehmen. Die Kommission traut sich bisher allerdings nicht, fremdnützige Forschungseingriffe an kranken Kindern kategorisch abzulehnen. Statt dessen empfiehlt sie, in das AMG eine »Ausnahmeregelung« aufzunehmen, die exemplarisch aufzählt, welche Untersuchungen ohne therapeutischen Nutzen für die ProbandInnen unter Umständen erlaubt sein können, zum Beispiel: Messen, Wiegen, Befragen, Beobachten, Auswerten von Speichel-, Blut-, und Urinproben.

Wer die auf diese Weise gewonnenen Körpersubstanzen und (genetischen) Daten zu welchem Zweck nutzen wird, werden die Versuchspersonen weder bestimmen noch kontrollieren können.

Klaus-Peter Görlitzer

Bonus fürs Wohlverhalten

Von Erika Feyerabend (Essen), Journalistin und BioSkoplerin

Phantasien der Gesundheitsministerin

»Die Versicherten erhalten die Möglichkeit, durch Mitmachen bei Gesundheitsprogrammen und durch gesundheitsbewusstes Verhalten Zuzahlungen zu reduzieren. Sie können also steuern. Der Wettbewerb über Preis und Qualität bringt richtig Musik rein. [...]

Wir werden nie ein Volk nur aus Olympioniken sein. Das wäre auch schrecklich. Aber ganz, ganz viele Menschen könnten sich durch speziellen Sport, Bewegung und gesunde Ernährung mit viel Obst, Gemüse viele Jahre frei von so genannten Wohlstandskrankheiten halten. Weniger Arztbesuche, weniger Medikamente, weniger Krankenhausaufenthalte, weniger teure Therapien und Untersuchungen. Es würde mich nicht wundern, da es da nur Schätzungen gibt, wenn die Kassen dadurch langfristig 20 Prozent weniger Ausgaben hätten.«

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) in einem Interview zur Gesundheitsreform, das die Zeitung »Welt am Sonntag« am 5. Dezember 2003 veröffentlichte

Die »Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung« belastet vor allem die Kranken. Die zugemuteten, zusätzlichen Kosten sollen die Versicherten allerdings minimieren können – durch individuelles Wohlverhalten. Dafür können sie seit diesem Jahr Bonuspunkte sammeln, die sich in Geldwert umrechnen lassen. Die Krankenkassen belohnen vermeintlich gesunde Lebensstile, und einige honorieren sogar Blutspenden und die Bereitschaft zur Organentnahme.

Das »GKV-Modernisierungsgesetz« vom Dezember 2003 hat nicht nur Praxisgebühren und Zuzahlungen zur alltäglichen Erfahrung werden lassen. Die Krankenkassen dürfen nun auch Bonusprogramme anbieten für Aktivitäten, die sie als »gesundheitsbewusst« deklarieren. Punkte und Prämien sammeln kann nun bei fast jeder gesetzlichen Kasse, wer sich in die durchaus umstrittenen Krebs-Früherkennungsprogramme einfügt, nachweislich Sport treibt, sich impfen lässt, Kurse zur »gesunden Ernährung« besucht oder für die »Solidargemeinschaft« zertifiziert Stress bewältigt.

Das definierte Wohlverhalten honorieren die meisten der großen Versicherer mit Sachleistungen: Wer den Bonus-Vorgaben folgt, kann Prämien wie Wok-Sets oder elektrische Zahnbürsten ergattern; zudem winken Rabatte auf Fitness-Geräte oder Wellness-Wochenenden, die in den Mitgliederzeitschriften angepriesen werden. Auch wer krank ist, kann finanziell belohnt werden – vorausgesetzt, er/sie schreibt sich in so genannte »Disease-Management-Programme« ein, welche die Therapie von Erkrankungen wie Diabetes und Brustkrebs standardisieren und dabei PatientInnen wie ÄrztInnen kontrollieren sollen. (Siehe BioSkop Nr. 19). TeilnehmerInnen können mit reduzierten Praxisgebühren und Zuzahlungen oder Erstattung von rund 40€ rechnen.

Solche Angebote basieren auf Wettbewerb – die Kassen konkurrieren, vor allem um lukrative Versicherte, die gut verdienen und als gesund gelten. Unter wohlklingenden Labels wie

»Fünf-Sterne-Programm« (Barmer Ersatzkasse) oder »Profit« (Deutsche BKK) hält die Logik der privaten Versicherungen auch bei den gesetzlichen Kassen Einzug. Freiwillig Versicherte können, vergleichbar einer Teilkasse, einen Tarif mit »Selbstbehalt« wählen, wofür sie pro Jahr 250€ bekommen. Wer dennoch zum Arzt geht, muss Behandlungskosten bis zu 320€ selbst tragen.

Mit Scheckheften können alle »aktiv plus-punkten« (Barmer) und lernen, dass sich ein dokumentierter Lebensstil rund um »Bewegung«, »Ernährung«, »Stressbewältigung« und »Früherkennung« kalkulierbar auszahlt. Die Kassen hoffen derweilen auf ein kostengünstigeres Versicherungskollektiv. Wer nicht mit punktet, wird zunehmend begründungspflichtig – vor allem im Krankheitsfall.

Unter dem Motto »Anderen helfen« berücksichtigt die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) sogar den Besitz von Organspendeausweisen. Wer einen hat, kann 250 Punkte sammeln, Gegenwert: 1,56 Euro. Positiv zu Buche schlagen bei Kassen wie DAK und Techniker zudem Blutspenden sowie die erklärte Bereitschaft zur Knochenmarkspende.

Mit dem programmatischen Motto einer »individuellen Gesundheitsförderung« haben derartige Belohnungen nichts zu tun. Vielmehr wird, ganz unspektakulär, die Spendebereitschaft mit finanziellen Anreizen verknüpft. Die Tendenzen, das Hergeben von Körperteilen in gesunden

Tagen (»Lebenspende«) oder im Falle eines diagnostizierten »Hirntodes« mit Geld zu fördern, sind international.

Wer Blut spendet und einen Organspendeausweis besitzt, erhält geldwerte Punkte.

Symbolische Zugewinne, die »Organspenden« als »Lebensrettung« und »Nächstenliebe« deklarieren und honorieren, werden in Millionenaufgabe verteilt.

Die Bonusprogramme erziehen zum Mitmachen im Design spielerisch anmutender Sparbücher, die »Lebenszeit« und Geld versprechen. Das Offenlegen alltäglichen Verhaltens und die finanzielle Förderung der Spendebereitschaft werden so selbstverständlich.

Dies dürfte, im Zeitalter der elektronischen Datenverarbeitung und Vernetzung, Folgen haben. Technisch unterstützt von der so genannten Gesundheitschipkarte (Siehe BioSkop Nr. 19), die ab 2006 eingeführt werden soll, werden sich Verhaltensdaten schnell abrufen, kontrollieren, verknüpfen und verarbeiten lassen – ohne Einflussnahme der PatientInnen und sicher nicht zu ihrem Vorteil.

Biometrische Aufrüstung

Innenminister Schily will bald digitalisiertes Gesichtsbild und Fingerabdrücke in Pässen speichern lassen

Die Innen- und Justizminister der EU-Staaten haben Ende November beschlossen, computerlesbare Fingerabdrücke und ein Gesichtsbild in Visa und Aufenthaltspapiere für Angehörige so genannter Drittstaaten einzuführen. Und bald sollen auch alle EU-BürgerInnen Pässe mit digitalisierten Körpermerkmalen bekommen. Diese Politik passt perfekt in die Überwachungskonzepte der US-Regierung.

Seit den Ereignissen des 11. September 2001 eskaliert die Aufrüstung an den Landesgrenzen und die Überwachung im Innern der US-amerikanischen Gesellschaft. Bereits einen Monat nach den Anschlägen wurde der »Patriot Act« verabschiedet. Das Gesetz erlaubt es, ImmigrantInnen auf bloßen Verdacht zu inhaftieren und zu deportieren. Es erleichtert auch die Überwachung von Telefonen, Computern und Konten »verdächtiger« AusländerInnen, StudentInnen oder politisch Engagierter sowie geheimdienstliche Aktivitäten, die vor Grenzen nicht halten müssen.

Unter Generalverdacht geraten vor allem die EinwohnerInnen jener Staaten, die in den letzten Jahren zum Ziel offensiv geführter Kriege wurden. Von afghanischen Gefangenen im kubanischen Lager Guantanamo – ob überzeugte Taliban oder irrtümlich Festgenommene – wurden Fingerabdrücke abgenommen, die Iris eingescannt, die Stimmen aufgezeichnet, Fotografien gemacht, DNA-Analysen gefertigt und in einer Datenbank gespeichert.

Patriotic Act und die Reform des »Gesetzes zur verbesserten Grenzsicherheit und Visazutritt« ermöglichen in den USA den Abgleich der Datenbank für vermeintliche TerroristInnen mit derjenigen für mobile AusländerInnen. An den 115 Flughäfen und an 14 wichtigen Seehäfen des Landes gelten seit Anfang 2004 verschärfte Einreisebedingungen: Wer zwischen 14 und 79 Jahre alt ist, erhält nur noch ein Visum, wenn er sie zwei maschinenlesbare Fingerabdrücke und ein digitales Foto auf einem Chip speichern lässt.

Der größte US-Geheimdienst, die National Security Agency, hat gemeinsam mit dem US-Institut für Standards und Technologie und dem


Heimatschutzministerium die biometrischen Standards festgelegt. Alle gewonnenen Informationen werden grundsätzlich gespeichert und mit bestehenden Datenbanken verglichen.

Das vom Bundestag Anfang 2002 beschlossene Sicherheitspaket II legitimiert zunächst automatisierte Fingerabdrücke und Sprachaufzeichnungen von AsylbewerberInnen. Der Vorlage aus Berlin ist der europäische Rat der Justiz- und Innenminister im November 2003 ebenso gefolgt wie den technologischen Standards der US-Geheimdienste. Die einheitliche Gestaltung der Visa- und Aufenthaltspapiere innerhalb Europas wird zwei Fingerabdrücke sowie ein digitales Foto in diesen Dokumenten obligatorisch machen. Ein europäisches Visa-Informationssystem soll ebenfalls mit Bildern und biometrischen Daten ausgestattet werden. Möglich wird damit der grenzüberschreitende Austausch von Informationen über Visa-AntragstellerInnen. Die ohnehin schon als normal geltenden Fingerabdruck-Dateien für Flüchtlinge sind seit 2003 über das Erfassungssystem EURODAC vernetzt.

Den Druck der US-Regierung sollen bald auch EU-BürgerInnen, die das »Land der unbegrenzten Möglichkeiten« besuchen wollen, zu spüren bekommen. Ab 26. Oktober 2004 wollen die US-Grenzschilder digitalisierte Gesichtsbilder auch in europäischen Pässen verlangen.

»Vorreiterrolle Deutschlands«

Seit Mitte Februar läuft ein sechsmonatiger Modellversuch des Bundesgrenzschutzes zur Iris-Erkennung am Frankfurter Flughafen; den Start besorgte Innenminister Otto Schily (SPD) persönlich, wobei er um »Akzeptanz« der Reisenden warb und die »Vorreiterrolle Deutschlands« demonstrativ betonte. Tatsächlich will Schily noch weiter gehen, als dies die US-Regierung und auch die EU-Kommission verlangen: Er plädiert dafür, sich nicht nur auf ein digitalisiertes Gesichtsbild zu beschränken, sondern zusätzlich auch Fingerabdrücke in den Reisepässen zu speichern. Unwahrscheinlich ist allerdings, dass es technisch und organisatorisch überhaupt möglich ist, schon in diesem Jahr biometrische Daten in die Pässe der BundesbürgerInnen zu integrieren.

Erika Feyerabend 

Gläserne Passagiere

Durch einseitigen Rechtsakt haben die USA die Fluggesellschaften, die ihr Land anfliegen, unter Androhung teilweise empfindlicher Strafen verpflichtet, den US-Zoll- und Sicherheitsbehörden den Zugang zu ihren Reservierungsdatenbanken zu eröffnen, um anhand der darin enthaltenen Informationen über die Fluggäste mögliche terroristische oder kriminelle Aktivitäten frühzeitig zu erkennen. [...] Es werden z.B. Name, Reiseverlauf, Buchungsstelle, Art der Bezahlung, bei Zahlung mit Kreditkarte deren Nummer, Sitzplatz, Essenswünsche, notwendige Reisevorkehrung wegen einer Erkrankung eines Fluggastes, Hotel- und Mietwagenreservierungen im Buchungssystem gespeichert. [...] Die US-Zollbehörden wollen alle Reservierungsdaten mindestens dreieinhalb Jahre speichern – ungeachtet der Tatsache, ob gegen eine Person ein Verdachtsmoment vorlag oder nicht. [...]

Die Bundesregierung sollte sich demgegenüber für eine Lösung einsetzen, die Sicherheitsaspekte und den Schutz der Persönlichkeitsrechte in ein angemessenes Verhältnis setzt. [...] Ein unmittelbarer pauschaler Zugriff auf europäische Datenbanken, wie er zur Zeit praktiziert wird, muss ausgeschlossen werden.“

aus einer Entschließung der Konferenz der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder vom 13. Februar 2004

Mangel macht mobil

Globalisierte Geschäfte mit der Gesundheit

Von Tobias Michel (Oberhausen), Betriebsrat im privaten Essener Alfred-Krupp-Krankenhaus und aktiv in der AG Soziale Sicherung von Attac

GATS, das internationale Abkommen über den freizügigen Handel mit Dienstleistungen, hat den Argwohn der GlobalisierungskritikerInnen geweckt. Beschwichtigend haben vor einem Jahr Welthandelsorganisation und Weltgesundheitsorganisation in einer gemeinsamen Studie empfohlen, zumindest der Gesundheitsversorgung Vorrang einzuräumen gegenüber unbeschränkten Handelsinteressen. Doch es gibt keinen Grund zur Entwarnung!

Weitgehend unbemerkt von der öffentlichen Diskussion, reißen GesundheitsministerInnen und LobbyistInnen derzeit die Grenzen in Europa nieder. PatientInnen und medizinisches Personal, Medikamente und Organe, Krankenhausketten und Versicherungen – sie alle werden im EU-weiten Medizingeschäft um die Euro-Milliarden grenzüberschreitend gehandelt. In diesem Strudel werden die Verantwortlichen unsichtbar. Die Gesetzgeber in den einzelnen EU-Mitgliedsländern laufen bei ihren Gesundheitsreformen nur den Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs hinterher; der EuGH hält sich stur an die Richtlinien der EU-Kommission, die EU-BürokratInnen setzen die Politik um, die von den EU-GesundheitsministerInnen vorgegeben wurde ...

»Neue Einnahmequelle«
»Deutsche Krankenhäuser und Chefärzte haben eine neue Einnahmequelle entdeckt: Zu Tausenden reisen reiche Araber ins Medizin-Wunderland Deutschland, um sich kurieren und pflegen zu lassen. Viele Gäste kehren mit neuer Niere oder neuer Leber in die Heimat zurück.«

Einleitung des Reports »Petrodollar in der Klinikasse«, den das Nachrichtenmagazin »Der Spiegel« am 22. September 2003 publizierte

Seit deutsche GesetzgeberInnen 1998 Kliniken einen finanziellen Anreiz gesetzt haben, internationale PatientInnen zu behandeln, gibt es zahlreiche Bemühungen, diesen Markt zu erschließen. Sie reichen von der Gründung des Kuratoriums zur Förderung deutscher Medizin im Ausland e.V. über Marketingaktionen einzelner Häuser, die Präsenz auf internationalen Gesundheitsmessen, Verhandlungen mit internationalen Krankenversicherungen bis zur Gründung von PatientInnenvermittlungsbüros.

NiederländerInnen werden bereits auf Grundlage einer Vereinbarung mit den Krankenkassen in NRW behandelt. Im kleinen Grenzverkehr werden die Folgen der drastischen Sparpolitik im Nachbarland insbesondere bei Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung von Krankheiten ausgebügelt.

Die Henriettenstiftung in Niedersachsen prahlt damit, wie sie sich auf englische PatientInnen spezialisiert hat – mit zweisprachiger Ausschilderung, mit angepasstem Essen, Sprachkursen für das Personal, umlaufenden Vorhängen um die Betten. Die ambulanten und stationären Wartelisten im britischen Gesundheitswesen sind unerträglich über die Millionengrenze angewachsen. Die Labour-Regierung weicht auf Anbieter im Ausland aus. Englische Privatkliniken verlangen beispielsweise 11.000 Euro für eine Hüftoperation mit 10-tägiger »Verweildauer«; die deutsche Konkurrenz macht es in 21 Tagen für knapp 10.000 Euro, etwa im Essener Lutherkrankenhaus oder in Hannover.

Weil es in Norwegen insbesondere an Operateuren fehlt, verkürzen die mobilen PatientInnen dort ihre bis zu sechsjährigen Wartezeiten und jetten für eine Augenoperation nach Deutschland. So kauft Norwegen für seine BürgerInnen jährlich 50.000 Operationen im Ausland ein.

Damit die Kliniken ihre Angebote international bewerben können, hat das deutsche Verfassungsgericht ihnen im August den Weg zum Marketing im Internet geöffnet. Insbesondere seit den Anschlägen des 11. September 2001 interessieren sich arabische und russische Reiche, die nicht mehr so einfach in die USA

einreisen können, für Privatkliniken, die sich auf Sonderwünsche verstehen: Für Minister und Blaublüter gibt es Leibwächter und

PatientInnen und Personal, Medikamente und Organe, Kliniken und Versicherungen werden grenzüberschreitend gehandelt.

Decknamen. Durchaus vieldeutig fasst dies das Kurmotto in Bad Homburg: »rich in health«. Mit arabischen Hausprospekten und gezielten Werbeaktionen versuchen die Universitätskliniken in Frankfurt a.M., Marburg oder Hamburg-Eppendorf mitzuhalten.

Nun gibt es auch hierzulande Wartelisten und Unterversorgung. Und die PatientInnen beginnen sich angesichts steigender Zuzahlungen und Eigenanteile über die Grenzen hinaus nach Dumpingangeboten umzuschauen. Darum ermöglicht das Paket der modernisierten Gesundheitsgesetze den deutschen Krankenkassen erstmals, auch Verträge mit Leistungsanbietern im europäischen Ausland abzuschließen. →

→ So viel Krankentourismus mag unbefangenen BetrachterInnen unsinnig, teuer und nicht »kundenorientiert« erscheinen. Die neoliberalen ÖkonomInnen besinnen sich. Sie fassen dabei zunächst die WohlstandsmigrantInnen und die GesundheitsmigrantInnen (ab ins milde Klima!) ins Auge. So zeichnet sich der »Ich-Patient« laut einer Studie der Hypo-Vereinsbank durch die Bereitschaft aus, hohe private Gesundheitsausgaben zu tätigen. Mutig geht das diakonische Johanneswerk in Bielefeld voran und investiert in ein Seniorenzentrum mit 55 Appartements, einer Pflegestation und 17 Einzelzimmern – nicht in Bielefeld, sondern im spanischen Almunecar; und noch ein zweites Mal in Alicante. Dort leben nun Menschen aus England, Belgien, Deutschland und Spanien.

Bei solcher Entwicklungshilfe geht es durchaus darum, von einander zu lernen. Die Zeitschrift *Care concret* titelte am 12.9.2003 – »Privatisierung: Ausländische Anbieter sondieren den Markt« – und fasste eine Gesundheits-Markt-Studie von *HPS research* des Branchenanalysten und Privatisierungspropheten Hartmut Schmidt zusammen: »Innerhalb Europas ist die Privatisierung in Deutschland am weitesten vorangeschritten. Deshalb wird der deutsche Markt auch eine zentrale Rolle spielen.« Als potenzielle Käufer im Gespräch seien dabei Konzerne und Ketten wie die schwedische Capio (Kliniken), die US-amerikanische Sunrise (Senioren-Wohneinrichtungen) und HCA oder die französische Bonitas (ambulante Pflege) oder die englische CARE UK. Die ausländischen Interessenten brächten wenig anderes als ihr Kapital ein, um so Wissen für ihre heimischen Märkte abzugreifen. Ohne einen Handschlag werden wohl die deutschen AktionärInnen bei den GewinnerInnen sein, denn die ausländische Nachfrage pflegt zumindest die deutschen Börsenkurse gut. Die PatientInnen hier profitieren davon allerdings nicht.


Im verschärften Konkurrenzkampf haben die Krankenhäuser sich zunächst davon verabschiedet, hierzulande für die Zukunft auszubilden; diese Aufgabe soll das Ausland übernehmen. »In Slowenien und Polen«, berichtet Joachim Döring von der Henriettenstiftung in Hannover, »entstanden und entstehen Pflegeschulen unter deutscher Beteiligung.« Und die EU-Kommission reformiert – ebenso vorausschauend – die gegenseitige Anerkennung beruflicher Qualifikationen im Gesundheitswesen.

Falls in den Kliniken tatsächlich ernst ge-

macht wird und Pflegepersonal, ÄrztInnen und Medizinisch-Technische-AssistentInnen nicht mehr zu Schichten mit bis zu 34 Stunden Länge eingeteilt werden, kommt auf die Krankenhäuser eine Welle der Neueinstellungen zu. Zur »Abmilderung« dieser Folgen eines EuGH-Urteils lässt sich der Vorsitzende des Gruppenausschusses der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeber, Otto Foit, in einer Presseerklärung zitieren: »Die Politik muss die Möglichkeit schaffen, auch in Nicht-EU-Staaten Ärzte rekrutieren zu können, weil auf dem EU-Binnenmarkt nicht genügend ausgebildetes Personal zur Verfügung steht.« Brauchen wir wirklich eine Green-Card, um gut ausgebildete indische, russische und afrikanische Schwestern und ÄrztInnen anzulocken? Wie verheerend wirkt sich das auf die Gesundheitsversorgung der Herkunftsländer aus?

Grenzüberschreitend ist nicht nur der Verkehr von Kranken, ÄrztInnen und Pflegepersonal. Die globalisierten Wertschöpfungsketten haben auch die Qualität unserer Nahrung und den Handel mit Körpersubstanzen unkontrollierbar gemacht – noch frisch in Erinnerung sind die Skandale um BSE und um HIV-verseuchte Blutkonserven und Blutgerinnungspräparate in Frankreich.

»Blutprodukte sind heute für eine Hochleistungsmedizin unverzichtbar«, beschwört der Staatssekretär des Ministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung, Klaus Theo Schröder (SPD). Die EU-Richtlinie zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Gewinnung, Testung, Verarbeitung, Lagerung und Verteilung von menschlichem Blut und Blutbestandteilen muss bis zum 8. Februar 2005 in nationales Recht umgesetzt werden. »Die Bundesregierung«, so Schröder, »begrüßt das. Es ist notwendig, dass die Standards europaweit angeglichen werden.«

Zweifel am europäischen Markenprodukt »Blut« sind allerdings angebracht. Die wachstumsorientierte Ökonomie befördert eine weniger viel versprechende Realität: In Europa werden sozial Benachteiligte gegen Bares zur Blutspende gelockt – auch in Deutschland. Die internationale Erfahrung belegt, dass diese bezahlten SpenderInnen auch gesundheitlich benachteiligt sind. Selbst bei den Blutspenden können sie Schaden nehmen. Und die »Qualität« ihres Blutes ist unterdurchschnittlich, denn sie sind oft lebensgefährlichen Erregern ausgesetzt. Mit dem internationalisierten Bluthandel geht die soziale Kluft im europäischen Maßstab buchstäblich unter die Haut. 

»Innerhalb Europas ist die Privatisierung in Deutschland am weitesten vorangeschritten.«

»Gesundheit ist keine Ware«

PolitikerInnen sind selten konsequent. Aber auch WählerInnen können sich widersprüchlich verhalten, das zeigt die Hamburger Bürgerschaftswahl vom 29. Februar: Fast jede/r Zweite (47,2%) machte sein/ihr Kreuz bei der CDU. Gleichzeitig lehnten aber 76,8% der WählerInnen ein zentrales CDU-Ziel per »Volksentscheid« ab: die Privatisierung des Hamburger Landesbetriebs Krankenhäuser (LBK). Gegen den Mehrheitsverkauf des LBK, der mit rund 13.000 Beschäftigten größter Arbeitgeber in der Hansestadt ist und 725 Millionen € im Jahr umsetzt, mobilisierte ein Bündnis »Gesundheit ist keine Ware«. Die Gewerkschaft Verdi, Initiatorin des Volksentscheids, hält den LBK für »wirtschaftlich gesund«, würde ein privater Träger einsteigen, drohe massiver Arbeitsplatzabbau; Christoph Kranich von der Hamburger Verbraucherzentrale warnte: »Privatisierung gefährdet Ihre Gesundheit«. Formal gilt der Volksentscheid nur als dringende Empfehlung an die Politik, rechtlich bindend ist er nicht. Tatkräftige Opposition wird also weiter notwendig sein, um die von der früheren CDU-Schill-FDP-Regierung schon unterschrittsreif eingestielte 74,9-prozentige Übernahme des LBK durch die Klinikgruppe Asklepios GmbH zu verhindern. Deren Geschäftsführer Elmar Willebrand, der bislang 319 Millionen € für die LBK-Anteile ausgeben mochte, gab sich nach dem Volksentscheid gelassen: »Das Ergebnis schreckt mich nicht. Der Senat wird sicherlich innerhalb der nächsten Tage auf uns zukommen.«

Vorschau

Themen im Juni 2004

- ◆ *Schwerpunkt
Pharmakogenetik*
- ◆ *Pathologie
MedizinerInnen fordern
mehr Obduktionen*
- ◆ *Genforschung
Public Health Genetics*

Veranstaltungstipps

Sa. 20.3.2004, 10-18 Uhr
Heidelberg (Deutsch-Amerikanisches Institut,
Sofienstraße 12)

◆ »Biopolitik und Menschenbild«

Tagung

Vorgeburtliche Diagnostik, Klonen, Gendiagnostik – das sind die »Herausforderungen der modernen Biotechnologie«, um die sich die Tagung der Heinrich-Böll-Stiftung dreht. In der Diskussion mit PolitikerInnen und WissenschaftlerInnen soll untersucht werden, »inwiefern die Möglichkeiten der modernen Biotechnik zu unseren Wertvorstellungen passen«.

Anmeldung bei Frau Goerlich,
Tel. (0711) 26 33 94 10

Do. 25.3., 13.30 Uhr – Sa. 27.3.2004, 15 Uhr
Freiburg (Universitätsklinikum, Hauptstraße 5)

◆ »Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen«

Tagung

Das Bundesgesundheitsministerium fördert Modellprojekte »zum Anschlag der partnerschaftlichen Kooperation von Ärzten und Patienten«. Beispiele sollen auf der Tagung vorgestellt und erörtert werden. Anmeldung im Tagungssekretariat: Ingeborg Hügler, Telefon (0761) 27 06 988. Weitere Informationen gibt es auch im Internet: www.patient-als-partner.de

Fr. 16.4.2004, 20 Uhr
Essen (Kulturzentrum Grend, Westfalenstr. 311)

◆ »Organhandel in Europa«

Vortrag

International agierende Vermittler organisieren Geschäfte mit Körperteilen, auch in Deutschland haben sie Spuren hinterlassen. Belege dafür hat die freie Journalistin Martina Keller in der *Zeit* veröffentlicht – nach monatelangen Recherchen, die sie nach Israel, Moldawien und Essen führten. Über Strukturen, Profiteure und Opfer des internationalen Organhandels wird Keller ausführlich informieren. Ihr Vortrag findet im Rahmen des BioSkop-Treffens statt, zu dem Interessierte ebenso herzlich eingeladen sind. (Siehe Seite 2)

Mo. 26.4.2004, 19 Uhr
Dresden (Deutsches Hygiene-Museum,
Lingnerplatz 1)

◆ »Für den Fall, dass ...«

Podiumsdiskussion

Patientenverfügungen sind zentral für die Euthanasie-Lobby. Doch auch viele, die »aktive Sterbehilfe« rhetorisch ablehnen, werben für den vorab erklärten Verzicht auf medizinische Behandlung. Kontrovers soll es dagegen im Hygiene-Museum zugehen. Auf dem Podium dabei: Christa Paulick (Frauenselbsthilfe Sachsen), die KirchenvertreterInnen Ursula Beykirch und Joachim Krause sowie Chefarzt Frank Oehmichen und Juraprofessor Detlef Sternberg-Lieben. Es moderiert Erika Feyerabend (BioSkop).

Mi. 5.5.2004, 19.30 Uhr
Minden (Martinikirche, Am Martinikirchhof)

◆ »Tödliche Dienstleistung«

Vortrag

PolitikerInnen, Lobbyverbände, JuristInnen und RepräsentantInnen der Ärzteschaft arbeiten hartnäckig daran, Euthanasie und Sterbeplanung in Europa gesellschaftsfähig zu machen. (Siehe Seite 7) Ihre Strategien, Ziele, Hintergründe und Alternativen zur »Sterbehilfe« beleuchtet BioSkoplerin Erika Feyerabend auf Einladung der Mindener Aktionsgemeinschaft Friedenswoche und der Gesellschaft für christlich-jüdische Zusammenarbeit.

Di. 1.6.2004, 16-19 Uhr
Berlin (Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft, Warschauer Straße 58a)

◆ »Lebensqualität und psychische Erkrankung«

Vorträge mit Diskussion

In der medizinethischen Debatte ist ein Begriff allgegenwärtig: »Lebensqualität«. Doch »ist eine objektive Beurteilung von Lebensqualität überhaupt möglich?« Antworten auf diese grundsätzliche Frage will der Mannheimer Philosoph Thomas Schramme bei der Veranstaltung des Instituts für Mensch, Ethik und Wissenschaft geben. Anschließend referiert der Psychologe Morus Markard (Berlin) über »gesellschaftliche Bedingungen für die Lebensqualität psychisch Kranker«.

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 o.g. 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:
- 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

Tel.

Straße

Fax

PLZ + Wohnort

Datum Unterschrift

Nur für Abonentinnen 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 · Erika Feyerabend · Bochumer Landstr. 144 a · 45276 Essen

