

BIO SKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

10. Jg. • Nr. 37 • März 2007

Jenseits der Widerfahrnis

Von Erika Feyerabend

Je nach Epoche, gesellschaftlicher Lage und Profession fallen die Antworten auf die Frage, was ›den‹ Menschen ausmacht, unterschiedlich aus. Theologisch gehört die unsterbliche Seele zum Menschenwesen, philosophisch dominier(t)en Geist und Vernunft. Zur Zeit haben vor allem naturwissenschaftlich orientierte ExpertInnengruppen Hochkonjunktur. Philosophierende HirnforscherInnen entwerfen eine Theorie des Geistes. Sie soll das Verhältnis von Geist und Materie, von Willensfreiheit und Naturnotwendigkeit endgültig klären. Ausgerüstet mit visualisierten Hirnarealen und wissenschaftlicher Autorität wird das Hirn zur Quelle einer Ordnung erhoben, die weitgehend bestimmt, wie wir uns verhalten oder neurowissenschaftlich ein Quäntchen der alten Vernunft und Willensfreiheit übrig lässt (Siehe Seite 15). Die Zunft der MolekularbiologInnen hält die »Gene« für zentral, um gattungstypische Kapazitäten, individuelle Fähigkeiten oder bislang unabsehbare Krankheitsfälle zu erklären und zu registrieren (Seite 14). Was in all diesen Debatten erkennbar wird, ist nicht ein Menschenwesen – sondern das Interesse der Forschenden: Sie reklamieren bestimmte Erklärungstypen und die disziplinierte Definitionsmacht darüber, was der Mensch sei.

Ob nun das »Böse« in der Seele, der »gute Wille« im neuronalen Sektor, das Genie im »Gen« verortet oder Vernunft und Gewissen als körperlos konzipiert wird: Wer nach einem Wesenskern mit hohem Haltbarkeitsdatum sucht, begreift Menschen nicht im Plural und nicht als das, was ihre Biographien ergeben. Die entscheidende Instanz wird jenseits der Widerfahrnisse des konkreten Lebens vermutet. Dort spielen nicht die äußeren Umstände, die sozialen Verhältnisse und die ungeplanten Zufälle eine Rolle, sondern eine notwendige, innere Natur, ein wahrer Charakter oder stabiler Wille. Der Philosoph Friedrich Nietzsche hatte hier frühzeitig Zweifel anzumelden: Der Verweis auf so etwas Notwendiges, das jedoch unsichtbar, verborgen oder jenseitig ist, entwertet das, was vor Augen liegt.

Die Welt muss mit größter Achtsamkeit und Sorgfalt gestaltet werden, wenn es keine Gewissheiten und Sicherheiten gibt über das Wesen des Menschen. Dann bedarf es verlässlicher, sozialer Beziehungen, um moralische Gewohnheiten und Erinnerungen auszubilden. Was man Moralität nennen könnte, das ist ständig bedroht und gedeiht nur unter bestimmten Umständen. Wenn die Gewebeindustrie für kosmetische Angebote der Zahnmedizin oder für lebenssteigernde Techniken die Unversehrtheit von Leichen ignorieren und die Totenruhe stören darf, steht es schlecht um die sozialen Beziehungen (Seite 6). Das Leben mit dem Sterben Anderer droht dann den üblichen Kategorien des geschäftigen Lebens unterstellt zu werden: dem Nutzen, dem Profit und einer entsprechenden Zeitökonomie. Die kulturelle Gewohnheit, am Lebensende inne zu halten, Erinnerung und Gedächtnis zu schulen, nutzlos Zeit verstreichen zu lassen – all dies könnte als Alltagserfahrung verschwinden, um eine optimale Verwendung Toter zu ermöglichen.

Bitte weiter lesen
auf der nächsten Seite

BioSKOP Schwerpunkt Arzneimittelkontrolle

Auf dem Weg zur Dienstleistungsagentur
für die Pharmaindustrie 8
Kosten-Nutzen-Bewertungen 10
Initiative für unbestechliche ÄrztInnen 11

Euthanasie

Anspruch auf den Tod per Gesetz 3
Politik mit Zahlen 3

Kein Fall für die Medien?

Erfahrungen eines Menschen, der ein
selbstbestimmtes Leben am Lebensende
führen will 4

Ersatzteillager Mensch

Projekt Gewebespende 6
Wachsende Kritik am geplanten Gesetz 7

Rationierung

Der Gesundheitsmarkt soll weiter wachsen,
doch die PatientInnen sollen Verzicht üben ... 12

Biobanken

Im Zweifel für die Interessen der Forscher 14

Hirnforschung

Informationelle Begehrlichkeiten 15

Weitere Themen

Schluck & weg 11
Was bringt die Gesundheitsreform? 13
Interessante Veranstaltungen 16
Wunschzettel 16
BioSKOP im Juni 2007 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 66 706 · Fax (02 01) 53 66 705
BioSKOP im Internet: www.bioskop-forum.de
Redaktion: Klaus-Peter Görlitzer (v.i.S.d.P.),
Erika Feyerabend.

Anschrift: Bernstorffstr. 158 · 22767 Hamburg
Tel. (0 40) 43 18 83 96 · Fax (0 40) 43 18 83 97
E-Mail: redaktion@bioskop-forum.de

Beiträge in dieser Ausgabe:

Ute Bertrand, Martina Keller, Oliver Tolmein,
Christian Winter.

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

Satz: www.reviera.de, Essen

Druck: Basis-Druck, Duisburg

ISSN 1436-2368

mit newsletter
Behindertenpolitik

Jenseits der Widerfahrnis

Fortsetzung von Seite 1 →

Kennen Sie schon ...
 ... den E-Mail-Newsletter von BioSkop? Der neue Info-Service hält Sie über aktuelle biopolitische Themen, Aktionen, Kampagnen und Veranstaltungen auf dem Laufenden – prägnant, verlässlich und aus bioSkop-lerischer Perspektive. In der Regel einmal im Monat. Wenn es mal schneller gehen muss und tatkräftige Einmischung gefragt ist, kommt der Newsletter gern auch zwischendurch. Interessiert? Dann mailen Sie uns bitte Ihren Abo-Wunsch für den Gratis-Newsletter an: info@bioskop-forum.de

Anzeige gefällig?

Sie können in
 BioSkop inserieren!
 Rufen Sie uns an:
 Tel. (02 01) 53 66 706

Wenn die Verhältnisse in der Versorgung und Pflege kranker Menschen völlig ökonomisiert werden (Siehe Seite 12) und Fachleute aus Gesundheitsbranche, Wirtschaftswissenschaft und Bioethik politisch gewollte Knappheit als unvermeidlich propagieren, dann wird es schwer, berufsethische Orientierungen, die dem Primat der Ökonomie zuwider laufen, auszubilden und zu verteidigen.

Wenn das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zielstrebig in eine Dienstleistungsagentur für die Pharmaindustrie umgewandelt wird, ist nicht nur das Berufsethos der beteiligten MedizinerInnen in Gefahr, sondern auch – ganz existentiell – die Sicherheit von ProbandInnen und PatientInnen (Seite 8). Hoffnung besteht weiterhin, wenn sich ÄrztInnen der Liaison mit den Arzneimittelherstellern widersetzen und ihre eigenen Wege gehen. Ein Netzwerk, das MedizinerInnen zur Unabhängigkeit ermutigen soll, gibt es jedenfalls (Seite 11).

Der Tod ist das Ende aller Möglichkeiten. Glücklicherweise gilt der Zeitpunkt seinen Eintritts – außer bei Exekutionen und Euthanasie – als ungewiss. Doch das Erkenntnisideal moderner Wissenschaften ist anders: Hier soll alles gewusst, vorhergesagt, berechnet werden können. In der Kunst hat Elias Canetti das moderne Erkenntnisideal in seinem Drama »Die Befristeten« (Siehe Kasten) ausgetestet. Im Theaterstück kennen alle ihren Todeszeitpunkt. Sie wissen, wie alt sie werden. Die Zahl ihrer Lebensjahre ist ihr Name: Sie heißen acht oder achtundfünfzig oder siebenundneunzig. Alle, die ihr Ende nicht in allzu weiter Ferne sehen, fühlen sich als TodeskandidatInnen.

Canettis Fiktion ist nicht weit vom realen Leben entfernt. Jede/r weiß, dass das irdische Leben nicht ewig währt. Doch solange Ungewissheit über die Zeit und die Umstände des Todes herrschen, muss sich niemand als eine Art Gefangener in der Todeszelle fühlen. Menschen aber, die schwerste chronische Krankheiten haben, werden heute nicht mehr als benachteiligte Menschen begriffen, sondern als TodeskandidatInnen. Das ist das einzige, was sie – eingestuft mittels medizinischer Prognostik – noch auszeichnen soll (Seite 4). Als Lösung beworben wird unter diesen Umständen, den Todeseintritt zu planen und den individuellen Anspruch darauf gesetzlich abzusichern (Seite 3).

Es mag ein wissenschaftliches Erkenntnisideal sein, alles wissen, prognostizieren und letzte Gewissheiten über das Menschenwesen verkünden zu können. Aber lebenspraktisch ist Unwissenheit gar kein Mangel, sondern eine Möglichkeit.

Auch bei Elias Canetti garantiert der Staat Todesgewissheit durch ein Gesetz. Ein »Kapselan« überwacht den Eintritt des Todes, öffnet eine Kapsel, die jede/r um den Hals trägt und die das Geburts- wie das Sterbedatum enthalten soll.

Das allerdings, so stellt sich später heraus, beruht auf einer Täuschung. Die Kapseln enthalten nichts.

Das Gedankenexperiment des Schriftstellers zeigt: Es mag ein wissenschaftliches Erkenntnisideal sein, alles wissen, prognostizieren und letzte Gewissheiten über das Menschenwesen verkünden zu können. Aber lebenspraktisch ist Unwissenheit gar kein Mangel, sondern eine Möglichkeit. Nur weil wir auf Zufälle, Krankheitsfälle, auf Umstände aller Art reagieren können, weil wir die Widerfahrnisse des Lebens als offene Möglichkeiten mit unbekanntem Ausgang erfahren können, ist das Leben kein festgelegter Bauplan, kann die Lebenszeit nicht effizient verwaltet werden wie ein Konto. Und deshalb haben wir viel zu erzählen.

Tipps zum Weiterlesen

»Die Befristeten« vollendete Elias Canetti im Jahr 1952. Das Drama, das sich mit der Macht des Todes auseinandersetzt, wurde 1956 in Oxford uraufgeführt. 1981 erhielt Canetti den Nobelpreis für Literatur. 89-jährig, starb er 1994 in Zürich. Ein Band mit sämtlichen Dramen (»Hochzeit«, »Komödie der Eitelkeit«, »Die Befristeten«) des Nobelpreisträgers erschien 1978.

Elias Canetti: Dramen. Frankfurt a.M., 14. Aufl. 2004 (Fischer Taschenbuch Verlag), 245 Seiten, 9,90 €

»Die Macht des Zufalls« beschreibt der Zürcher Philosoph Michael Hampe im gleichnamigen Buch. »Es scheint«, so der Klappentext, »als würde mit dem zunehmenden Streben nach Macht, nach immer mehr Wahl-, Gestaltungs- und Entscheidungsmöglichkeiten auch der Zufall immer bedeutsamer – als das, was diesem Streben eine unüberwindliche Grenze setzt.«

Michael Hampe: Die Macht des Zufalls. Vom Umgang mit dem Risiko. Berlin 2006 (wjs), 223 S., 19,90 €

Anspruch auf den Tod per Gesetz

Bundestag soll Patientenverfügungen bald legalisieren

Spätestens nach Ostern wird es im Bundestag ernst: Angekündigt sind Gesetzentwürfe, die Patientenverfügungen rechtsverbindlich machen sollen. Nicht in Sicht ist bisher, was dringend notwendig ist: eine parlamentarische Initiative gegen die Legalisierung tödlicher Therapie- und Pflegeabbrüche bei Menschen, die überhaupt nicht im Sterben liegen.

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

Politik mit Zahlen

BefürworterInnen von Patientenverfügungen verweisen gern auf Meinungsumfragen. Zum Beispiel die Deutsche Hospiz-Stiftung (DHS): Sie beauftragte das Institut TNS Infratest, 1.000 Menschen ab 14 Jahren repräsentativ auszuwählen und telefonisch zu interviewen. Die Frage »Haben Sie schon eine so genannte Patientenverfügung verfasst?« bejahten 14 % der Angerufenen. Die DHS rechnete hoch und folgte: Hierzulande besitzen »8,6 Millionen« der über 18-Jährigen eine Patientenverfügung.

Das war im September 2005. Bereits 1999 hatte die DHS eine ähnliche Umfrage initiiert. Ja, sie hätten eine Patientenverfügung, sagten damals 8 % der Antwortgeber dem Institut Emnid. Diese Zahl macht seitdem politisch wirksam Karriere: »Auch die Bundesregierung zitierte, etwa in dem später zurückgezogenen Gesetzentwurf von Justizministerin Zypries, diese acht Prozent«, betont die Stiftung.

Registrierte »Willenserklärungen«

Allen, die spenden oder Mitgliederbeiträge zahlen, bietet die DHS Beratung beim Verfassen von Patientenverfügungen. Und sie fordert den Gesetzgeber auf, derartige Beratungen zur Pflicht zu machen. Im September 1999, zeitgleich mit der Präsentation der Emnid-Ergebnisse, gründete die DHS ein »Bundeszentralregister für Willenserklärungen«, das Patientenverfügungen sammelt. Der Bedarf für diesen »Service« sei da, schließlich hätten 83 % der von Emnid Befragten eine Zentralregistrierung befürwortet, erklärte die Stiftung 1999. Heute sieht die Realität laut DHS-Pressestelle so aus: Rund 3.200 Verfügungen sind bei der DHS registriert – knapp 6 % der über 55.000 Mitglieder und Förderer der Stiftung haben also tatsächlich eine solche Erklärung hinterlegt. DHS-Konkurrent Humanistischer Verband gibt an, über 12.000 Patientenverfügungen zu lagern.

Klaus-Peter Görlitzer

Noch liegen keine Gesetzentwürfe auf dem Tisch. Allerdings gibt es drei Politiker, die seit Wochen für ihre Ideen von »Selbstbestimmung« werben und über Fraktionsgrenzen hinweg nach UnterstützerInnen suchen: Joachim Stünker (SPD), Wolfgang Bosbach (CDU) und René Röspel (SPD). Die »Alternativen« der drei Wortführer unterscheiden sich im Kern nicht. Allesamt billigen sie den Stopp lebenserhaltender Maßnahmen bei Kranken, die zwar ihren Willen persönlich nicht äußern können, sich aber keineswegs in der Sterbephase befinden – jeweils vorausgesetzt, dass die Betroffenen die tödlichen Unterlassungen in einer Patientenverfügung vorab verlangt haben. Gesetzlich legitimiert würde also das gezielte Herbeiführen des Todes, gerechtfertigt durch eine frühere Erklärung, die als aktueller Sterbewunsch interpretiert wird.

Meinungsverschiedenheiten gibt es jedoch in Detailfragen. Stünker will den vorausverfügt Behandlungsstopp stets legitimiert sehen, also nicht von Art und Umfang einer Erkrankung abhängig machen. Röspel fordert, die Anweisungen einer Patientenverfügung dürften nur dann bindend sein, »wenn die betreute Person an einer tödlich verlaufenden Grunderkrankung leidet, deren Fortschreiten durch ärztliche Kunst nicht aufgehalten werden kann«. So sieht es auch Bosbach, der aber – anders als Röspel – einen gewünschten Therapie- und Ernährungsstopp auch bei Menschen im Wachkoma erlauben will, falls MedizinerInnen ein Wiedererlangen des Bewusstseins für unwahrscheinlich halten.

Außerparlamentarischer Druck jetzt!

»Tasten Sie das gesellschaftliche Tötungsverbot nicht an! Patientenverfügungen dürfen nicht rechtsverbindlich werden!« Dieser Appell, Ende 2004 von BioSkop und der Hospizvereinigung Omega initiiert und seinerzeit von über 100 ErstunterzeichnerInnen und Organisationen unterstützt, droht nun im Bundestag auf taube Ohren zu stoßen. Also muss der außerparlamentarische Druck jetzt lauter und stärker werden.

Der Appell im Internet: www.bioskop-forum.de/appell/appell_toetungsverbot.html

»(Un)geregelter Tod« dokumentiert

Im Hintergrund der Debatte um »Sterbehilfe« und Patientenverfügungen stehen auch ökonomisch motivierte Ziele wie das Rationieren von Gesundheitsleistungen und Kosten-Nutzen-Kalküle. Veranschaulicht haben das sachkundige ReferentInnen bei der Tagung »(Un)geregelter Tod«, die im September 2006 in Essen stattfand – veranstaltet von BioSkop und der Arbeitsstelle Neonazismus der Fachhochschule Düsseldorf in Kooperation mit der Hospizvereinigung OMEGA und dem Bildungswerk der Humanistischen Union.

Nun gibt es die CD zur Tagung: Sie dokumentiert spannende Beiträge von Christel Bienstein (Pflegerwissenschaftlerin), Grit Böttger-Kessler (Ärztin), Bettina Rudhof (Innenarchitektin), Stephan Sahm (Mediziner), Oliver Tolmein (Rechtsanwalt und Journalist), Adelheid Schmitz (Arbeitsstelle Neonazismus), Inge Kunz (OMEGA) und Erika Feyerabend (BioSkop).

AbonnentInnen können die Doku-CD gratis anfordern bei BioSkop, Telefon (0201) 5366706, info@bioskop-forum.de

Kein Fall für die Medien?

Erfahrungen und Wünsche eines Menschen, der ein selbstbestimmtes Leben am Lebensende führen will

Von Oliver Tolmein (Hamburg), Rechtsanwalt und Journalist

Berichte über PatientInnen, die fordern, lebensnotwendige Therapien und Pflege zu stoppen, häufen sich. Der Alltag in Kliniken und Heimen wie auch die sozialpolitischen Rahmenbedingungen werden dabei meist ausgeblendet. Oliver Tolmein, Rechtsanwalt und Buchautor (Siehe Randbemerkung links), schildert eine Geschichte, die für JournalistInnen offenbar nicht attraktiv ist: Erfahrungen, Bedürfnisse und der Kampf eines Menschen, der ein selbstbestimmtes Leben am Lebensende führen will.

Sterbehilfe, Pflegenotstand und das Recht auf Selbstbestimmung beleuchtet fundiert Oliver Tolmein in seinem Buch *»Keiner stirbt für sich allein«*. Der Autor plädiert für einen Perspektivenwechsel in der »Sterbehilfe«-Debatte: Sie solle nicht vorrangig darum kreisen, wie der Gesetzgeber Eingriffe oder Unterlassungen legitimieren könne, die den Tod gezielt herbeiführen oder seinen Eintritt beschleunigen. Vielmehr müssten »die eigentlichen Hindernisse für ein selbstbestimmtes Lebensende« in den Blick genommen werden – nämlich: Pflegenotstand, Kostendämpfung und der technokratisch-kalte Umgang mit dem Tod. Das 256 Seiten starke Werk, für das Tolmein auch in Hospizen und Palliativstationen recherchiert hat, erschien 2006 im C. Bertelsmann Verlag (München) und kostet 14.95 Euro.

Der Fall hat es leider nicht in die Medien geschafft – sondern nur in mein Buch. Es geht um einen meiner Mandanten, der an Amyotropher Lateralsklerose (ALS) erkrankt ist. In den EU-Staaten ist diese Erkrankung durch das Schicksal der Britin Diane Pretty bekannt geworden. Sie ist bis zum Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte in Straßburg gezogen, um dort dafür zu streiten, dass ihr Mann ihr Beihilfe zum Suizid leistet. In England sind die juristischen Verhältnisse anders als in Deutschland, wo – anders als in Großbritannien – Beihilfe zum Suizid nicht verboten ist. An Diane Prettys Schicksal, an ihrer Angst vor dem Tod, den sie sich als qualvollen Erstickungstod vorgestellt hatte, und an ihrer Situation haben sehr viele Menschen Anteil genommen. Die Reaktion in den Medien war überwiegend positiv – die JournalistInnen konnten gut verstehen, dass Frau Pretty mit dieser überaus schweren Krankheit nicht weiter leben wollte. Sie sahen es als Akt der Humanität, ihr dieses Recht auf Beihilfe zum Suizid zu gewähren.

Mein Mandant hat es, wie gesagt, nicht in die Medien geschafft – obwohl ich mich sehr darum bemüht habe. Ich habe das nicht etwa versucht, weil ich denke, dass es attraktiv und unterhaltsam wäre, solche Geschichten medial zu verbreiten, sondern weil ich gehofft habe, dass wenigstens das, also eine gewisse, empathische Öffentlichkeit, eine Chance sein könnte zu erreichen, was für den Mandanten so wichtig ist: ein selbstbestimmtes Leben am Lebensende.

Die Geschichte ist kurz erzählt: Als mein Mandant mit seiner Diagnose ALS überlegte, wie es weitergehen kann, hat er den Fehler begangen, sich von seiner Krankenkasse beraten zu lassen. Die Krankenkasse hat ihm nach Diagnose der Erkrankung vor allem klar gemacht, wie schwerwiegend ALS ist und dass er mit so einer schweren Erkrankung auf keinen Fall zu Hause gepflegt werden könne, sondern statt dessen sich dringend ein Heim suchen müsse.

Mein Mandant ist kein widerspenstiger, sondern ein freundlicher, gutwilliger Mensch. Er hat geglaubt, was die Kasse ihm gesagt hat und ist in ein Heim gezogen. Je schwerer die Krankheit wurde, desto mehr musste er allerdings feststellen, dass das kein guter Rat war, den er von der Kasse bekommen hatte. Denn auf seine Bedürfnisse nimmt im Heim kaum jemand Rücksicht – wie auch, angesichts der personellen Besetzung. Er hatte mehrere Erstickungsanfälle. Auf seiner Etage sind ein bis zwei Pflegekräfte für rund zehn Pflegebedürftige zuständig. Die können nicht plötzlich einen Pflegevorgang abbrechen, um dann zu ihm zu eilen und dafür zu sorgen, dass sein Beatmungsgerät richtig funktioniert.

Es ist auch sehr schwierig, mit meinem

Auf seine Bedürfnisse nimmt im Heim kaum jemand Rücksicht – wie auch, angesichts der personellen Besetzung.

Mandanten zu kommunizieren, weil er nicht reden kann, denn er wird künstlich beatmet. Schreiben kann er auch nicht mehr. Er kann sich

nur noch mit Augenblinkern verständigen. Das geht eigentlich sehr gut, aber es dauert seine Zeit – Zeit, die auf so einer Pflegestation fehlt. Deswegen gibt es mittlerweile dort ein Set von sechs Tafeln auf denen jeweils ein bis zwei Worte stehen. »Fernsehen aus!«, »Umbetten«, »Schlafen«. Das und noch ein bisschen mehr reicht nach Auffassung des Pflegedienstes für die Bewältigung seines Alltags aus. Er hat also sechs Äußerungen zur Verfügung – und damit soll es gut sein. Halt, dreimal die Woche für jeweils dreißig Minuten setzt sich eine Pflegekraft an sein Bett und hat Zeit für ihn. Für Extras. Für Kommunikation. Für Vorlesen. Der Sozialhilfeträger bezahlt das als »Eingliederungshilfe«. Der Mandant möchte aber trotzdem nach Hause. →

→ Das ist nachvollziehbar, aber durch das Sozialgesetzbuch XII mit gewissen Schwierigkeiten behaftet. Denn weil der Mandant nunmehr seit über zwei Jahren im Heim lebt und freiwillig dorthin gekommen ist, ist ihm die Pflege dort – so die Auffassung der Verwaltung – zuzumuten. Und eine ambulante Pflege käme zudem erheblich teurer – sie wäre allerdings, was in diesem Zusammenhang den Sozialleistungsträger nicht interessiert, auch besser, denn bei ambulanter Versorgung wäre jemand rund um die Uhr für ihn da und nicht nur dreimal 30 Minuten in der Woche. Es gibt Menschen in seiner Lage mit ALS, die ambulant gepflegt und nicht ins Heim gezwungen werden, weil bei ihnen die zwangsweise Verbringung ins Heim nicht als zumutbar angesehen wird. Wenn aber jemand schon im Heim lebt, hat er es viel schwerer, wieder raus zu kommen.

In der Sterbehilfe-Debatte werden Lebenssituationen nicht mehr in einem sozialen Zusammenhang begriffen.

Das Sozialgericht in Hamburg hat im Eilverfahren gesagt, die Kosten sind zu hoch, es ist zumutbar, dort zu sein, denn er ist freiwillig ins Heim gegangen. Außerdem habe er jetzt ja auch kein Zuhause mehr, in das er gehen könnte. Die Berufungsinstanz, das Landessozialgericht, hat das ähnlich gesehen und schließlich auch im Eilverfahren das Bundesverfassungsgericht, das die Verfassungsbeschwerde nicht angenommen, aber gleichwohl auf die Finanzierungsnöte der Sozialleistungsträger verwiesen hat, was angesichts der erheblichen Mehrkosten ein Abwägungsgrund sei.

Das heißt: Mein Mandant lebt heute noch im Heim – allerdings in einem anderen. Das erste Heim hat ihm nämlich, wegen des Verfahrens, gekündigt. Wir haben zwar der Kündigung widersprochen. Daraufhin hat der Landesbetrieb Pflege in Hamburg, der Träger der Einrichtung, einen anderen Weg eingeschlagen. Mein Mandant hat eine Bevollmächtigte, seine Tochter. Der Landesbetrieb Pflege wollte statt dessen einen Berufsbetreuer einsetzen, der den Heimvertrag kündigen und eine Verlegung in eine andere Institution ermöglichen sollte. Auch das gelang nicht. Im letzten halben Jahr ist dieser Mensch, der durchaus andere Probleme hat, so damit beschäftigt, Übergriffe von Betreuungsgerichten, des Landesbetriebes Pflege und anderer Institutionen abzuwehren. Das Heim hat er schließlich freiwillig gewechselt, weil es im neuen Heim eben dreimal 30 Minuten psychosoziale Betreuung gibt, im alten Heim waren es nur einmal 30 Minuten. Menschen können genügsam werden. Das Verfahren wird nunmehr – wieder vor dem Sozialgericht Hamburg – weitergeführt.

Ob der Mandant den Ausgang erlebt, erscheint ungewiss ...

Was man aus diesem Fall für die Sterbehilfe-Debatte lernen kann: Dieser Fall ist nicht attraktiv für die Medien und für die Öffentlichkeit. Eine Journalisten-Kollegin fragte: Ja, warum will der denn nicht sterben? Das wäre eine so elende Situation, das könnte sie nicht nachvollziehen. Die Kollegen von einer Tageszeitung meinten: Das ist sehr kompliziert, und wenn die Gerichte doch auch gesagt haben, dass ambulante Pflege zu teuer sei, können wir das unseren LeserInnen nicht plausibel machen, dass es anders ist. Die Redaktion eines öffentlich-rechtlichen, investigativen TV-Politikmagazins hat festgestellt: Wir kriegen ja keine Drehgenehmigung im Heim. Es sei zudem auch ein sehr atypischer Fall, der wahrscheinlich keine allgemeine gesellschaftliche Relevanz habe.

Die Geschichte dieses Menschen, der auch am Ende noch menschenwürdig und selbstbestimmt leben will, ist mehr oder weniger ungeschrieben. Sie wird die öffentliche Sterbehilfe-Debatte nicht beeinflussen, denn der betroffene Mensch will nicht, was alle Welt von ihm erwartet: schnell sterben. Hätte ich einen Mandanten, der schnell sterben möchte, würden viele Medien sofort rührselig reportieren: Er kämpft gegen das Heim, um sich nicht mehr künstlich ernähren lassen zu müssen ...

Die Sterbehilfe-Debatte ist verbunden mit ausgeprägten Vorannahmen von dem was ist, was erträglich ist, was sein soll und was nicht sein kann. Die Freiheit und Autonomie, die hier gefordert wird, ist immer eine Freiheit und Autonomie des Verzichts, nie eine von Anspruchsleistungen. So wie die Debatte derzeit geführt wird, werden Lebenssituationen nicht mehr in einem sozialen Zusammenhang begriffen. Sie werden nicht eingeordnet in die Kontexte der gesundheitspolitischen und -ökonomischen Debatte, in die pflegepolitische Diskussion, in den Kontext einer Debatte über Antidiskriminierungs- und Gleichbehandlungsgesetze. Menschen, die schwerste chronische – irgendwann zum Tode führende – Krankheiten haben, werden nicht als Benachteiligte begriffen, sondern als Todeskandidaten. Das ist das einzige, was sie auszeichnet. Diese Dekontextualisierung, dieses Herausreißen des Sterbens aus den gesellschaftlichen Zusammenhängen, führt dann zur einzigen Frage: Wie kann man diese Menschen möglichst schnell und schmerzlos und ohne dass sie – aber auch die Gesellschaft – »leiden« müssen, in ihren Tod begleiten?

Mit dem Sterben leben

»Politisch streiten wir für eine angemessene medizinische, pflegerische und finanzielle Unterstützung sterbender Menschen, ob zu Hause, im Hospiz, im Krankenhaus oder Pflegeheim. Diese Unterstützung ist bis heute alles andere als selbstverständlich und muss oft den Kostenträgern gegenüber durchgesetzt werden. [...]

Der Tod trifft alle – auch mit oder trotz medizinischer Prognose – unvorbereitet und kommt immer zum ersten Mal. Mal wird er herbeigesehnt, mal ignoriert, mal hilflos erwartet. Das gilt für die Sterbenden, für ihr soziales Umfeld, auch für uns Begleiter/innen. Und das Sehnen von gestern kann heute schon wieder dem Hoffen gewichen sein. Kleinste Fortschritte oder neue Einschränkungen können die momentane Stimmung beeinflussen. Voraussehen lässt sich all das nicht. Unsere Erfahrung ist: Bei guter Betreuung und sozialem Einsatz lässt sich mit dem Sterben leben. Genau darin sehen wir unsere Aufgabe. Wir setzen uns gegen Euthanasie-Tendenzen ein. Unkritisches Werben für Patientenverfügungen und Vorsorgepakete gefährdet – kaum merklich – dieses Ziel.«

aus dem Aufruf zur Kampagne »Für ein Leben bis zuletzt – mit Menschen statt Papieren«, initiiert von der Hospizvereinigung OMEGA und BioSkop. Kern ist die Selbstverpflichtung, vorformulierte Patientenverfügungen weder anzuerkennen noch zu verbreiten. Menschen und Verbände, die den Aufruf unterstützen und weiter verbreiten wollen, sind herzlich willkommen. Kontakt: OMEGA, Telefon (0209)9132811; BioSkop, Telefon (0201)5366706.

Projekt Gewebespende

Hamburger Uniklinikum will Entnahme von Knochen, Knorpeln, Sehnen und Haut bundesweit organisieren

Von Martina Keller (Hamburg), Journalistin

Gemeinnützige GmbH für Zell- und Gewebeersatz

Das Deutsche Institut für Zell- und Gewebeersatz (DIZG) wurde 1994 gegründet, auf Initiative von Medizinern und Naturwissenschaftlern der Universitäten Berlin, Leipzig und Erlangen. Das Biotech-Unternehmen hat die Rechtsform einer gemeinnützigen GmbH und ist über ein so genanntes »Merger Agreement« (Fusionsvertrag) mit der weltgrößten Gewebebank verbunden, der ebenfalls gemeinnützigen Musculoskeletal Transplant Foundation in Edison, New Jersey. Das DIZG produziert Transplantate aus Geweben lebender und toter »Spender«. Verarbeitet werden zum Beispiel Knochen, Sehnen, Bänder, Haut und Plazentas (Nachgeburten). Der Marktanteil in Deutschland beträgt nach eigenen Angaben 60 bis 70 Prozent. Kunden sind vornehmlich Krankenhäuser, übertragen werden die Gewebeprodukte auf PatientInnen in Chirurgie, Orthopädie, Augenheilkunde, Urologie, Sport- und Verbrennungsmedizin. Neben Gewebeersatz für therapeutische Zwecke offeriert das DIZG auch Präparate für Lehre und Forschung; zudem forscht das Unternehmen selbst auf dem Gebiet der Zell- und Gewebekonservierung.

Die Organspende kennt jeder, von der Gewebespende weiß kaum jemand etwas. Dabei ist der Gewebemarkt ein stark expandierender Medizinsektor, von dem viel mehr Menschen profitieren als von der Organspende. Fast alles am toten menschlichen Körper lässt sich verwerten – Haut, Hornhäute, Herzklappen, Leberzellen, Sehnen, Knochen, Knorpel. Während ganze Organe lebensfrisch bei so genannten »Hirntoten« entnommen werden müssen, deren Herz ja noch schlägt, dürfen viele Gewebe auch aus Leichen gewonnen werden, die bei rechtsmedizinischen Instituten angeliefert werden.

Sogar am zweiten Weihnachtstag morgens um elf Uhr ist ein zweiköpfiges Entnahmeteam des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf (UKE) im Einsatz. Auf dem Sektionstisch im Keller liegt die Leiche einer 90-jährigen Frau. Sie ist nackt, nur Kopf, Bauch und Scheide sind mit Tüchern abgedeckt, um das Operationsfeld möglichst keimfrei zu halten. Die Haut der Spenderin ist für ihr Alter erstaunlich glatt und sieht gelblich aus – sie wurde mit Desinfektionsmitteln eingerieben. Mit einem langen Schnitt trennt Rechtsmediziner Christian Braun die Haut am linken Bein auf, vom Beckenkamm bis zum Innenknöchel. Dann beginnt er, Schicht für Schicht den ersten Knochen freizulegen.

Die Frau wurde am Vortag von ihrem Sohn tot in der Wohnung gefunden. Da der Hausarzt über die Feiertage nicht zu erreichen war, um einen natürlichen Tod zu bescheinigen, wurde sie in die Rechtsmedizin gebracht – das übliche Verfahren bei ungeklärten Todesfällen. Die Rechtsmediziner befassen sich beispielsweise mit Menschen, die Opfer eines Verbrechens wurden, sich selbst getötet haben oder durch einen Unfall ums Leben kamen, bei dem Fremdverschulden nicht auszuschließen ist. Bei der 90-Jährigen waren die äußeren Bedingungen für eine Gewebeentnahme günstig: eine schnell gekühlte Leiche, an Vorerkrankungen nur Alzheimer und ein Lungenleiden bekannt.

»Man trifft auf die unglücklichste Familie zum unglücklichsten Zeitpunkt mit der unglücklichsten Frage.«

In solchen Fällen telefoniert Braun mit den nächsten Angehörigen, um zu fragen, ob eine Gewebeentnahme im Sinne der Verstorbenen wäre – keine leichte Aufgabe. »Man trifft auf die unglücklichste Familie zum unglücklichsten Zeitpunkt mit der unglücklichsten Frage«, sagt Dietmar Horch, bis Dezember 2006 kaufmännischer Leiter des rechtsmedizinischen Instituts am UKE. Viele Angehörige empfinden es als Zumutung, im Moment der Trauer mit Fragen der Gewebeentnahme konfrontiert zu werden. Die Mitarbeiter des UKE wurden in psychologischen Schulungen darauf vorbereitet, mit solchen Situationen umzugehen, etwa die Wut eines Angehörigen nicht als Angriff auf die eigenen Person zu verstehen, sondern als Teil der Trauerreaktion.

Im Fall der verstorbenen 90-Jährigen erinnert sich der Sohn, dass seine Mutter der Organspende positiv gegenüberstand. Er selbst sieht das ebenso und willigt ein. Anschließend beantwortet er am Telefon einen umfangreichen Fragenkatalog, der die Krankengeschichte der Verstorbenen erkunden soll, aber auch sexuelle Orientierung umfasst, um »Risikogruppen« wie Homosexuelle von der Gewebeentnahme auszuschließen. Der Hausarzt wird ebenfalls in die Recherche einbezogen, sofern die Angehörigen einverstanden sind. Es folgt die äußere Leichenschau, bei der nach sichtbaren Hinweisen auf Erkrankungen gesucht wird. Wenn die Staatsanwaltschaft die Leiche frei gegeben hat, kann die Explantation beginnen.

Das Team beschränkt sich an diesem Tag auf das Minimalprogramm: Oberschenkelknochen, Schienbeine, Fersenbeine, Oberarmknochen und ein Stück Beckenkamm rechts und links. »Wenn diese Dame jünger wäre, dann müsste ich hier an der Außenseite vom Oberschenkel sehr aufpassen, weil wir dann auch die so genannte Fascia Lata entnehmen würden«, sagt Mediziner Braun, während er sich mit dem Skalpell langsam vorarbeitet. Die Fascia Lata ist ein elastisches Bindegewebe, das vom Oberschenkelmuskel stammt und etwa bei der Behandlung von Leistenbrüchen verwandt wird. Doch der Verwertung einer 90-Jährigen sind Grenzen gesetzt. Das schwammartige Innere von →

→ Knochen kann nach Prüfung bis zum 100. Lebensjahr verwertet werden, bei den Weichgeweben wie Sehnen oder Häuten ist das 65. Lebensjahr die Grenze.

Drei Stunden dauert die Entnahme. Dann liegen die herausgelösten Knochen auf dem Sektionstisch. Präparator Jürgen Brillinger macht sich daran, den entbeinteten Körper wieder herzurichten. »Wir haben die Verantwortung, den Trauerprozess der Angehörigen nicht dadurch zu stören, dass wir schlechte ästhetische Arbeit leisten«, erläutert Dietmar Horch. Brillinger steckt anstelle der Knochen vorher zugeschnittene Rundhölzer in die Gelenke – Holz brennt im Krematorium rückstandsfrei – und formt mit Zellstoff die Konturen der Gliedmaßen nach. Dann näht er in groben Stichen die langen Schnitte zu und säubert die

Zunächst ist eine modellhafte Zusammenarbeit mit einer anderen Hamburger Klinik geplant, die zu diesem Zweck der Aufsichtsbehörde in Berlin als Entnahmeeinrichtung angezeigt werden muss. Sobald im pathologischen Institut der kooperierenden Klinik eine geeignete Leiche angeliefert würde, müsste erst die Einwilligung der Angehörigen eingeholt werden, dann könnte ein Entnahmeteam des UKE anreisen, um die Gewebe zu gewinnen. Zunächst will das UKE mit diesem Modell Erfahrungen sammeln, dann soll es auf weitere Kliniken in Hamburg und Umgebung ausgedehnt werden. Das Fernziel beschreibt Horch folgendermaßen: »So wie die Deutsche Stiftung Organtransplantation deutschlandweit agiert, will das UKE gern mit den rechtsmedizinischen Instituten ein eigenes System in Deutschland etablie-

»Verführerische Leichen«
Der Rohstoff für seine Geschäfte sind Tote: Die Rede ist von Gunther von Hagens, der menschliche Leichen per so genannter »Plastination« konserviert und anschließend öffentlich zur Schau stellt. Sein »Körperwelten«-Spektakel haben allein in Deutschland rund fünf Millionen Menschen besucht. Nun geht der umstrittene Anatom, der ständig »Körperspender« sucht, noch einen Schritt weiter: Im brandenburgischen Guben eröffnete er Mitte November ein »Plastinarium«, in dem die Herstellung anatomischer Dauerpräparate von Mensch und Tier demonstriert wird. »Gunther von Hagens bedient Eitelkeit, Größenwahnphantasien von Unsterblichkeit und vollkommener Körperkontrolle«, meint der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen. Seine Sektion für Politische Psychologie hat einen Sammelband in Auftrag gegeben, um gesellschaftliche Wirkungen der Plastination aus unterschiedlichen Perspektiven zu beleuchten. 16 psychologische, sozial- und kulturwissenschaftliche Analysen liegen inzwischen vor und füllen 448 Seiten des Buches »Verführerische Leichen – verbotener Verfall. »Körperwelten« als gesellschaftliches Schlüsselereignis«. HerausgeberInnen sind Liselotte Hermes da Fonseca und Thomas Kliche. Der Gutachtenband, verlegt von Pabst Science Publishers in Lengerich, kostet 30 Euro.

Wachsende Kritik am geplanten Gesetz

Spätestens im Sommer soll der Bundestag ein »Gewebe-gesetz« verabschieden. Der vorliegende Entwurf regelt das Beschaffen, Testen, Verarbeiten, Lagern und Verteilen menschlicher Zellen und Gewebe. Und er billigt die fremdnützige, riskante Entnahme von Knochenmark bei Kindern und nichteinwilligungsfähigen Erwachsenen zugunsten von »Verwandten 1. oder 2. Grades«, sofern ihre gesetzlichen VertreterInnen einwilligen (Siehe BIOSKOP Nr. 36).

Dagegen wehren sich inzwischen potenziell Betroffene und ihre Interessenvertretungen: In einer gemeinsamen Stellungnahme vom 5. Januar lehnen neun Behindertenverbände

die geplante Ermächtigung kategorisch ab. Zur Begründung heißt es u.a.: »Stellvertretende Entscheidungen für Menschen, die nicht selbst für ihre Rechte eintreten können, haben sich einzig an deren Wohlergehen und nicht am Wohlergehen Dritter auszurichten.« Zudem warnen die UnterzeichnerInnen, durch das geplante Gesetz könnten menschliche Zellen und Gewebe »zu handelbaren Waren werden«.

Diese und noch viel mehr Kritikpunkte erläuterte Erika Feyerabend am 7. März dem Gesundheitsausschuss des Bundestages. Die BioSkoplerin war eine der Sachverständigen bei einer öffentlichen Anhörung zum Gewebegesetz in Berlin. Ihr Positionspapier kann man anfordern, per Telefon (0201) 5366706 oder Mail: info@bioskop-forum.de

Leiche mit Schwamm und Brause. Wenn der Bestatter sie angezogen hat, sieht man nichts mehr.

Christian Braun packt die Knochen unterdessen einzeln in Plastiktüten und Baumwollstrümpfe, klebt jeweils Schildchen mit Spenderkennung und Knochenbezeichnung auf die Hüllen und bringt sie in einen Gefrierschrank. Bei minus 80 Grad werden die Gebeine hier gelagert, bis eine größere Sendung an den Empfänger abgeht, das gemeinnützige Deutsche Institut für Zell- und Gewebeer-satz (DIZG) in Berlin (Siehe Randbemerkung Seite 6). DIZG und UKE fanden im vergangenen Jahr zueinander – das Berliner Unternehmen besitzt eine Herstellererlaubnis für Gewebezubereitungen, das UKE fungiert unter seinem Dach als Betriebsstätte. Die Kooperation soll erst der Anfang sein. »Wir haben mit unserem Modell ein transportierbares Modul entwickeln, das relativ schnell auch woanders umgesetzt werden kann«, sagt Horch.

ren.« Mehr als 20 Institute könnten im Projekt Gewebee-spende nach Hamburger Vorbild mittun.

Bewusst will das UKE die Gewebee-entnahme vorerst auf Leichen beschränken, die schon länger tot sind und für die Organspende nicht mehr infrage kommen: »Von den Organspendern sollten wir die Finger lassen, bis die Gewebee-spende in der Bevölkerung wirklich akzeptiert ist«, sagt Horch. Im Moment sieht das nicht so aus. Wenn Angehörige gefragt werden, ob sie mit der Organspende für lebensbedrohlich Erkrankte einverstanden sind, stimmen gut 60 Prozent zu. Fragt man aber nach der Gewebee-spende, bei der es meist nicht um Lebensrettung geht, sondern darum, Patienten Erleichterung zu verschaffen, sind laut UKE nur 13 Prozent einverstanden. Dietmar Horch: »Sie können sich vorstellen, was passieren würde, wenn man die Aufklärung über die Organ- und Gewebee-spende zusammenführen würde.«

Dienstleister für Pharmafirmen

Eine marktwirtschaftlich orientierte Agentur soll ab Juli die Zulassung und Kontrolle von Arzneien übernehmen

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

»Wichtiger Beitrag für den Pharmastandort«

»Mit diesem Gesetzentwurf will die Bundesregierung einen wichtigen Beitrag für den Pharmastandort Deutschland leisten und die Sicherheit von Arzneimitteln und Medizinprodukten erhöhen. Wir schaffen eine moderne Zulassungsstelle, die den Wirtschafts- und Wissenschaftsstandort Deutschland im internationalen Wettbewerb nachhaltig stärken wird. Gerade im europäischen Kontext wird dies immer wichtiger, weil die Arzneimittelbehörden ihre Aufgaben mehr und mehr im europäischen Verbund wahrnehmen und dabei auf die Dauer nur besonders kompetente, leistungsfähige und flexible Agenturen konkurrenzfähig sind. Die stark mittelständisch geprägte deutsche Arzneimittelindustrie braucht einen starken Partner in Deutschland, um sich in Europa wirksam zu positionieren.«

Erläuterungen von Rolf Schwanitz, Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit. Der SPD-Politiker äußerte sich am 1. März 2007 im Bundestag anlässlich der ersten Lesung des »Gesetzes zur Errichtung der Deutschen Arzneimittel- und Medizinprodukteagentur«.

Die Bundesregierung plant eine brisante Strukturreform: Künftig soll in Deutschland eine marktwirtschaftlich orientierte Agentur für Zulassung und Kontrolle von Arzneimitteln, Medizinprodukten und klinischen Studien zuständig sein. Das Vorhaben stößt auf Wohlwollen bei der pharmazeutischen Industrie. KritikerInnen warnen vor einer Gefährdung der PatientInnen-Sicherheit.

Der erste Anlauf wurde abrupt gestoppt: Mit dem Zusammenbruch der rot-grünen Koalition im Sommer 2005 ging auch ihr Entwurf eines »Gesetz zur Errichtung einer Deutschen Arzneimittel- und Medizinprodukteagentur« (DAMA) unter. Die Urheberin Ulla Schmidt (SPD) aber behielt ihr Amt – und nun demonstriert die alte und neue Bundesgesundheitsministerin, dass sie betagte Papiere nicht unbedingt in den Reisswolf steckt, im Gegenteil: Ein gleichnamiger, weitgehend unveränderte DAMA-Entwurf wurde am 1. März in erster Lesung im Bundestag beraten; geht es nach Schmidt, soll das parlamentarische Procedere ganz schnell durchgezogen werden und das Gesetz bereits im Juli dieses Jahres in Kraft treten.

Erklärtes Ziel ist es, das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in eine Agentur zu verwandeln, die – so die Begründung des Gesetzentwurfs – »weitgehend eigenverantwortlich und nach ökonomischen Grundsätzen geführt« wird. Tun soll die projektierte Agentur, was die rund 1.000 MitarbeiterInnen des in Bonn ansässigen BfArM bislang schon machen müssen: Medikamente und Medizinprodukte zulassen und registrieren, die Sicherheit vermarkteter Präparate kontrollieren, Anträge auf klinische Arzneimittelprüfungen genehmigen.

Verändern soll die neue, »stärker marktorientierte« Struktur offenbar Geist und Arbeitsabläufe des alten BfArM; die neue Agentur soll zu einem Dienstleister mit viel Verständnis für die Gesundheitsindustrie werden, die sich im zunehmenden, globalen Wettbewerb befindet. »Die Beratungsleistungen für die pharmazeutischen Unternehmen auf den verschiedenen Stufen der Arzneimittelentwicklung bis zur Zulassung bedürfen eines erheblichen Ausbaus«, heißt es in der Begründung zum Gesetz. Solche Fürsorge soll laut

Bundesgesundheitsministerium (BMG) bewirken, dass die Bearbeitungszeit für Arzneizulassungen von derzeit durchschnittlich 17 Monaten auf sieben Monate verkürzt wird. Prima findet das der Verband Forschender Arzneimittelhersteller (VFA), er begrüßt die vorgesehene Agentur als »dringend notwendigen Schritt«, der die »Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Zulassungsstelle auf EU-Ebene« verbessern werde.

Der Hintergrund: Arzneimittel, die auch für den deutschen Markt bestimmt sind, können längst in jedem beliebigen EU-Land zugelassen werden, die nationalen Behörden konkurrieren also um Anträge von Pharmaunternehmen. Der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) arbeiten derzeit 42 Institutionen zu. Bei der Auftragsvergabe durch die EMA soll Deutschland derzeit auf Rang 5 liegen. »Wir wollen im Wettbewerb aufholen und wieder zur Nummer eins werden«, sagt Ulla Schmidt kämpferisch, dies trage auch dazu bei, 120.000 Arbeitsplätze der Pharmabranche in Deutschland zu sichern. Obendrein sei eine Verschärfung der Situation absehbar: Die EU-Kommission strebt an, die Zahl der EMA-Zuarbeiter »mittelfristig auf wenige Centers of Excellence zu reduzieren«, liest man im Gesetzentwurf; gern wolle Deutschland mit der DAMA dabei sein.

»Falsche Anreize«

Dass Konkurrenz und Beschleunigung auch den PatientInnen dienen, bezweifeln diverse Fachleute. Zum Beispiel Professor Wolf-Dieter Ludwig. »Das bedeutet, dass wir zum Zeitpunkt der Zulassung immer weniger über Risiken eines Arzneimittels wissen«, gab der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) im Januar dem ZDF-Magazin *Frontal 21* zu bedenken.

Vor einer drohenden »Verschlechterung der Patientensicherheit« hatte die AkdÄ bereits im Frühjahr 2005 gewarnt, als sie Position zum ersten DAMA-Gesetzentwurf bezog: »Es liegt nahe, dass eine Agentur, die sich aufgrund der Effizienz der Zulassungen (Zahl der Anträge von Herstellern, Zulassungszeiten) finanziert, falsche Anreize für die Qualität des Zulassungsprozesses bekommt.«



→ Die harsche Kritik zielt auf die – im alten wie im neuen Entwurf – vorgesehenen »Zielvereinbarungen«, die das BMG alljährlich mit dem zweiköpfigen DAMA-Vorstand schließen soll. Die Vergütung der Manager, die einen auf fünf Jahre befristeten Anstellungsvertrag mit Verlängerungsoption bekommen, enthält auch einen »leistungsbezogenen Bestandteil«, der »an der Erfüllung der Zielvereinbarungen« bemessen werden soll.

Fragwürdige Zielvereinbarungen

Wie diese Zielvereinbarungen konkret ausgestaltet werden, steht nicht im Gesetz. Die Vermutung, dass das Einwerben von Zulassungsanträgen vom BMG als wichtiger Leistungsnachweis gewertet wird, liegt aber nahe. Denn sein erklärtes Ziel ist es ja, den Bundeshaushalt »mittel- und langfristig« zu entlasten. Ab 2012 muss sich die DAMA im Bereich der Arzneimittelzulassung und -registrierung vollständig aus den Gebühren und Entgelten der antragstellenden Pharmahersteller finanzieren; für Arzneien, die sich nach der Zulassung als vergleichsweise umsatzstark erweisen, darf zudem ein Zuschlag erhoben werden.

Gefährlich finden solche Perspektiven auch diejenigen, die sie bald in die Tat umsetzen sollen. Deshalb schrieben Vertrauensleute der verdi-Betriebsgruppe im BfArM einen Brief an Ministerin Schmidt und den Gesundheitsausschuss im Bundestag: »Die 100%ige Gebührenfinanzierung der Arzneimittelzulassung stellt die wirtschaftliche Unabhängigkeit der Beurteilung in Frage. Dadurch kommt es unmittelbar zu einer Gefährdung der Patientensicherheit.« Behörden, die sich auf diese Weise finanzierten, stünden zunehmend in der Kritik, so etwa die britische Zulassungsagentur MHRA, der im Parlament schwerwiegende Defizite bescheinigt worden seien (Siehe Randbemerkung Seite 10).

Unerwünschte Nebenwirkungen

Resonanz fanden die Gewerkschafter bisher offenbar nur beim Abgeordneten Frank Spieth (Fraktion Die Linke). Bei der ersten Lesung des DAMA-Gesetzes im Bundestag warnte er jedenfalls vor einem Absinken des Sicherheitsniveaus durch beschleunigte Prüfungen. Spieth erinnerte an Erfahrungen aus Staaten wie Großbritannien und den USA. Sie sind für schnelle Zulassungen bekannt – aber auch dafür, dass sie wiederholt Medikamente aus dem Markt nehmen mussten.

Bei der Überwachung bereits zugelassener Arzneien, in Fachkreisen »Pharmakovigilanz«

genannt, liegt allerdings auch hierzulande einiges im Argen. Wie wichtig Kontrollen sind, verdeutlichte der AkdÄ-Vorsitzende Just im ZDF: »Es gibt viele neue Arzneimittel, so genannte zielgerichtete Arzneimittel, die in normale Vorgänge in Körperzellen eingreifen und wir wissen nicht, welche Nebenwirkungen auftreten können. Wir wissen das häufig erst, wenn wir mehrere tausend Patienten mit diesen Arzneimitteln behandelt haben.« Und viele unerwünschte Arzneimittelwirkungen bleiben schlicht unerkannt. Die Meldequote liege in Deutschland »vermutlich nur bei 5 bis 10 Prozent«, stellte die AkdÄ bereits 2005 fest, und fast jeder fünfte Arzt kenne nicht einmal die entsprechenden Meldewege.

Bundesstelle für Pharmakovigilanz

In die DAMA soll nun eine Bundesstelle für Pharmakovigilanz integriert werden. Ulla Schmidt erklärt, dadurch werde »der Schutz der Bürgerinnen und Bürger weiter gestärkt«. Die AkdÄ hat die Einrichtung der Bundesstelle im DAMA-Haus begrüßt, auch wenn es Gründe für die Annahme gebe, »dass die Personen, welche ein Arzneimittel zugelassen haben, eine höhere Hemmschwelle haben, an seiner Rücknahme beteiligt zu sein«. Formal besteht diese Gefahr nicht: Arzneimittelzulassung und Pharmakovigilanz sollen zwar unter einem Dach, aber inhaltlich und personell getrennt arbeiten. Die Überwachungsstelle soll dauerhaft aus dem Bundeshaushalt, also aus Steuergeldern, mitfinanziert werden. Wie hoch der Zuschuss ist und nach welchen Kriterien er bemessen wird, lässt der Gesetzentwurf allerdings offen.

Alternativvorschläge

Grundsätzlicher als die AkdÄ argumentiert der Bremer Pharmakologe Peter S. Schönhöfer, Mitherausgeber der Zeitschrift *arznei-telegramm* (a-t), die Wert auf unbedingte Unabhängigkeit von der Pharmaindustrie legt. Schönhöfer fordert, Service und Gefahrenabwehr, also Medikamentenzulassung und Pharmakovigilanz, durch unterschiedliche Einrichtungen ausführen zu lassen. Arzneimittelsicherheit sei eine staatliche Aufgabe und müsse deshalb vollständig aus staatlichen Mitteln finanziert werden.

»Die Ablösung staatlicher Verantwortung«, findet das a-t, werfe auch verfassungsrechtliche Fragen auf. Und die Zeitschrift unkt: »Der Bundespräsident könnte die Unterzeichnung des Gesetzes wegen verfassungsrechtlicher Bedenken ablehnen.«

Britisches Vorbild?

»Eine noch schnellere Zulassung bedeutet weniger Sicherheit. Die EU hat bereits als Standard verankert, dass die Bewertung eines Arzneimittels nicht länger als 210 Tage dauern darf – viel weniger, als früher üblich. Die britische Behörde MCA hat sich damit gebrüstet, dass sie eine Bewertung in ganzen 53 Tagen geschafft hat. Ob höchste Geschwindigkeit ein Qualitätskriterium ist, bleibt allerdings zweifelhaft. Das MCA war beispielsweise für die Zulassung von dem später wegen unvertretbarer Risiken abgestürzten Cholesterinsenker Cerivastatin (Lipobay) verantwortlich. [...]

Ein Untersuchungsbericht des britischen Parlaments fällt vor zwei Jahren ein vernichtendes Urteil über das britische Gesundheitsministerium und die Zulassungsbehörde. Sie habe eine zu positive Haltung zur Industrie. Die Kontrollbehörde MCA, heute Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency MHRA, sei bestenfalls zu vertrauensselig und schlimmstenfalls zu eingeschüchtert. Der Bericht forderte mehr Distanz zur Industrie und verlangte, therapeutischen Fortschritt zum Kriterium für die Zulassung neuer Medikamente zu machen.«

aus dem instruktiven Artikel »Kontrolle als Profit-Center?«, nachzulesen im »Pharma-Brief« (Nr. 1/2007, S. 1-3) der BUKO-Pharma-Kampagne (Siehe Seite 11). Autor und BUKO-Mitarbeiter Jörg Schaaber beobachtet die Aktivitäten zur Errichtung der DAMA kritisch und fundiert – und er freut sich über Resonanz, Telefon: (0521) 96879483.



Kosten-Nutzen-Bewertungen

Neue Aufgabe und mehr Einfluss für das IQWiG

Zur geplanten DAMA (Siehe Seite 8) hat Professor Peter Sawicki im Frühjahr 2005 klar gestellt, welche Prioritäten er für richtig hält: »Eine solche Agentur muss zunächst dem Schutz der Bevölkerung dienen und nicht den Gewinnen der Industrie.« Wichtige therapeutische Verbesserungen würden auch heute schon zügig für den Markt zugelassen. Bei der »Masse der Medikamente« sei »ein besonders hohes Tempo aber unnötig und sogar gefährlich«.

Sawicki leitet das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Seine MitarbeiterInnen haben seit zwei Jahren reichlich damit zu tun, den Nutzen verbreiteter pharmazeutischer Innovationen und therapeutischer Verfahren auf den Prüfstand zu stellen (Siehe *BIOskop* Nr. 35).

Auftrag und Einfluss des IQWiG werden mit Inkrafttreten der Gesundheitsreform weiter wachsen: Künftig soll das Kölner Institut auch »eine wirtschaftliche Bewertung des medizinischen Zusatznutzens für Arzneimittel« vornehmen. Solche Kosten-Nutzen-Analysen kann der mächtige Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Auftrag geben. Das Gremium entscheidet, welche Leistungen die gesetzliche Krankenversi-

cherung (bis zu welchem Betrag) bezahlen muss und welche nicht.

Seine Bewertungsmethoden soll das IQWiG selbst entwickeln dürfen. Sobald die Kriterien fertig sind, sollen sie im Internet veröffentlicht werden. Vorerst abzuwarten bleibt, ob Sawickis Team ähnliche »Schwellenwerte« richtig finden wird wie das britische Pendant NICE.

Vage Aufklärung

Ziemlich vage fallen die Aufklärungsversuche aus, die das Bundesgesundheitsministerium im Internet anbietet. Die Kosten-Nutzen-Bewertung, so die ÖffentlichkeitsarbeiterInnen des BMG, »soll die Belange der Patienten, aber auch die der Krankenkassen angemessen berücksichtigen«. Beim Nutzen für PatientInnen stünden »insbesondere die Verlängerung der Lebensdauer, die Verbesserung der Lebensqualität und die Verkürzung der Krankheitsdauer im Vordergrund«. Die wirtschaftliche Bewertung solle dafür sorgen, dass »auch die Angemessenheit und Zumutbarkeit einer Kostenübernahme durch die Versicherungsgemeinschaft angemessen berücksichtigt« werde.

Klaus-Peter Görlitzer

Beteuerung der Gesundheitsministerin

»Das Gesetz führt die Kosten-Nutzen-Bewertung ein, damit sichergestellt wird, dass der Preis, der für ein Medikament oder eine Therapie verlangt wird, einen Bezug zum therapeutischen Nutzen im Vergleich zu bestehenden Therapien hat. Wir machen das doch nicht aus Jux und Tollerei, sondern wir machen dies, damit sichergestellt wird, dass auch in Zukunft alle Menschen unabhängig von dem, was sie in ihrem Portemonnaie haben, an den Fortschritten in der Medizin teilhaben können, aber nur an den Fortschritten, die tatsächlich etwas nutzen und den Menschen mehr Versorgungsqualität bringen.«

aus einer Rede von Ulla Schmidt (SPD), gehalten am 2. Februar 2007 im Deutschen Bundestag. Die Gesundheitsministerin der Großen Koalition rechtfertigte damit ihr »Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung« (Siehe Seite 13), das gemeinhin »Gesundheitsreform« genannt wird.

»Schwellenwerte«

Vorbild des deutschen IQWiG ist das bereits 1979 gegründete Institut NICE in London. Das Kürzel steht für Institute for Health and Clinical Excellence. Deren Chef Prof. Sir Michael Rawlins nahm im Oktober 2006 an der Jahrestagung des Nationalen Ethikrates in Berlin teil. Unter dem Titel: »Gesundheit für alle – wie lange noch?« wurde über Rationierung und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen referiert und diskutiert.

Die Expertisen von NICE zur Bewertung von Arzneien, Therapien und Methoden basieren, so Rawlins, auf einer »Kombination aus klinischer Wirksamkeit und Kostenwirksamkeit«. Gefragt, was er deutschen GesundheitspolitikerInnen empfehle, hielt der NICE-Chef sich vornehm zurück: »Ich habe genug Probleme in Großbritannien. Ich werde Ihnen hier keinen Rat geben.« Bereitwillig

schilderte Rawlins allerdings, welche Kalkulationen in seinem Hause üblich sind:

»Das eigentliche Problem ist zu entscheiden, ob etwas kostenwirksam oder kostenunwirksam ist. [...] Wir sind hier mit einigen Informationen von Gesundheitsökonomien und empirischen Faktoren zu dem Kompromiss gekommen, dass es bei 20.000 bis 30.000 britischen Pfund pro gewonnenem Lebensjahr Gründe gibt, eine bestimmte Technik als kostenwirksam zu betrachten. Das ist natürlich keine rigide Schwelle; denn das würde implizieren, dass die Kostenwirksamkeit wichtiger wäre als die klinische Wirksamkeit. Wir orientieren uns also an Schwellenwerten. Es wird kein Schwellenwert willkürlich festgelegt. Das würde in einer bestimmten Art und Weise auch die technische Entwicklung hemmen. Die Bewertungskommission und andere Beiräte sind auch schon über 30.000 Pfund hinausgegangen.«

Schluck & weg

Geschäftspraktiken von Arzneimittelfirmen, vornehmlich in ärmeren Staaten dieser Welt, nimmt die BUKO-Pharmakampagne seit Anfang der 1980-er Jahre kritisch unter die Lupe. Zwecks Aufklärung tourt sie auch alljährlich durchs Land – mit einem Straßentheater namens »Schluck & weg«, das aktuelle Kampagnenthemen anschaulich transportiert.

Ende Mai ist es wieder soweit: Die geplante Route führt zunächst nach Rostock zum G-8-Gengipfel, Endstation soll Köln werden, wo der evangelische Kirchentag vom 6. - 10. Juni stattfindet. Die SchauspielerInnen sind keine Profis, sondern Laien.

Unterstützt durch eine erfahrene Theaterpädagogin, studieren sie ihr Stück im Rahmen mehrerer Wochenendseminare ein; als inhaltliche Grundlage dienen medizinische und entwicklungspolitische Informationen der BUKO-Pharmakampagne.

Weitere DarstellerInnen sind willkommen, Voraussetzung zum Mitmachen sind »Spaß an der Sache, politisches Interesse, Begeisterungsfähigkeit und Engagement«. Wer Lust und Zeit hat, mit auf Tournee zu gehen, sollte schnell BUKO-Mitarbeiterin Claudia Jenkes in Bielefeld anrufen, Telefon: (0521) 968 794 82. Und Einladungen für weitere Gastspiele im Bundesgebiet nimmt das Straßentheater auch gern an.

Einmal mit auf Tournee gehen

»Der zentrale Partner«

»Auch die Pharmaunternehmen erwarten in den nächsten Jahren eine weitere Zunahme ihrer Vertriebs- und Marketingaktivitäten. Diese Erwartung beruht auf verschiedenen Faktoren:

- Es wird zunehmend wichtiger, der hohen Komplexität und den kurzen Innovationszyklen von Arzneimitteln durch eine hoch qualifizierte und intensive Kommunikation Rechnung zu tragen.
- Die sich stetig verkürzende time-to-market stellt ebenfalls immer höhere Anforderungen an den Vertrieb der Pharmaunternehmen.
- Der Arzt wird trotz Versandhandels in der nahen Zukunft weiterhin der zentrale Partner für die Pharmaunternehmen bleiben. Diese Kommunikation wird weiterhin eine große Zahl Außendienstmitarbeiter erfordern.

In der Folge belaufen sich die Ausgaben der Pharmaunternehmen für Vertrieb und Marketing auf etwa 25 bis 30% des Umsatzes.«

aus der Studie »Innovative Pharmaindustrie als Chance für den Wirtschaftsstandort Deutschland«, gemeinsam erstellt von der Unternehmensberatung A.T. Kearney und dem Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung. Die Studie, publiziert im März 2006, entstand im Auftrag US-amerikanischer Pharmaunternehmen, die auch in Deutschland agieren. Das 92-seitige Papier findet man auch auf der Homepage des Verbands Forschender Arzneimittelhersteller: www.vfa.de

»Mein Essen zahl' ich selbst«

Eine Initiative für »unbestechliche Ärztinnen und Ärzte«

Der Name ist Programm: »Mein Essen zahl' ich selbst – Initiative unbestechlicher Ärzte und Ärztinnen« (MEZIS). Entstehen soll ein Netzwerk von MedizinerInnen, »die nach intelligenten und praktikablen Strategien gegen die allgegenwärtigen Geschenke und Beeinflussungen der Pharmahersteller suchen«.

Rund 15.000 PharmareferentInnen reisen durchs Land, um ÄrztInnen neue Medikamente und deren Vorzüge nahe zu bringen – und die Hersteller wollen ihre Werbeanstrengungen noch intensivieren (Siehe Randbemerkung). Dabei gehen pharmazeutische Unternehmen und ihre AußendienstmitarbeiterInnen, die auch auf Kongressen und Messen Präsenz zeigen, durchaus planmäßig vor, wie man auf der Initiativen-Homepage www.mezis.de lesen kann: »Mit langem Atem und zusammen mit dem Marktforschungsinstitut IMS analysieren sie das Verschreibungsverhalten jedes Verschreibers und beeinflussen es durch Gespräche, Bücher, Ärztemuster und andere geldwerte Leistungen.«

Künftig könnten die reisenden Klinkenputzer öfter mal vor verschlossenen Türen landen – wenn denn die zentrale Forderung der »unbestechlichen ÄrztInnen«, die seit Ende Januar offiziell ein gemeinnütziger Verein sind, tatsächlich im KollegInnen-Kreis beherzigt wird: »Keine Besuche von Pharmavertretern in Praxen und

Krankenhäusern!« Außerdem verlangt die Initiative, es müsse stets offengelegt werden, wer genau hinter einer Fortbildung für MedizinerInnen stecke und diese finanziere. Die begehrten Fortbildungspunkte sollten künftig nur noch für die Teilnahme an herstellerunabhängigen Veranstaltungen vergeben werden.

Solche überhaupt zu finden, kann durchaus mühsam sein: »Praktisch alle relevanten Weiterbildungskongresse der Ärzte«, so die Darstellung von MEZIS, würden von Pharmaherstellern finanziert, und bei regionalen Aktivitäten sehe es nicht viel anders aus: »Innovative« Medikamente«, schlussfolgert die Initiative, »bilden deshalb nicht ohne Grund den Hintergrund von geschätzten zwei Dritteln aller Fortbildungen für niedergelassene Ärzte.«

Unabhängigkeit braucht Vernetzung

Wer unabhängige Bildungsangebote haben und den »Versuchungen seitens der Hersteller« widerstehen wolle, brauche die Vernetzung, meinen die beiden Initiatoren von MEZIS, der Allgemeinmediziner Dr. med. Eckhard Schreiber-Weber und Dr. med. Arne Schäffler, der auch im Vorstand der Antikorruptionsorganisation Transparency International mitwirkt. Kontaktiert werden wollen sie vorzugsweise per E-Mail: info@mezis.de

**Ute Bertrand (Hamburg),
Journalistin und BioSkoplerin**

Verdeckte Wachstumsstimulanzen

Der Gesundheitsmarkt wird weiter liberalisiert – und Rationierung als ökonomisch unausweichlich hingestellt

Von Erika Feyerabend (Essen), Journalistin und BioSkoplerin

»Ein neuer Geist«

Im Februar 2006 wurde in Gießen und Marburg das erste Uniklinikum in Deutschland privatisiert. Nun führt dort der Rhön-Konzern die Geschäfte, der Chef heißt Gerald Meder. »Ein neuer Geist hält Einzug«, titelte am 2. März 2007 das Deutsche Ärzteblatt. Im Bericht von Jens Flintrap lesen wir: »Die Ärzte in Gießen und Marburg sind zunächst einmal froh, dass unter der Führung des neuen Betreibers überfällige Investitionen in Gebäude und Medizingeräte erfolgten oder geplant sind. Auf weniger Gegenliebe hingegen stößt das zweite Standbein der rhönischen Geschäftsführungsstrategie: ,die Schaffung neuer Ablaufstrukturen mit dem Ziel einer qualifizierten humanen Patientenversorgung, der Sicherung der Produktivität des Klinikums und damit seiner Zukunftsfähigkeit' (Meder). So müssen sich leitende Chirurgen in »Performance-Gesprächen« die Frage gefallen lassen, was sie eigentlich den ganzen Tag lang tun. Ihre Abteilungen stehen plötzlich in Konkurrenz mit vergleichbaren Abteilungen in anderen Rhön-Kliniken. Verglichen werden der »Case-Mix«, die Fallzahlen und die Zahl der Ärzte. Stimmt die »Performance« nicht, werden ärztliche Stellen gestrichen.«

Jede »Gesundheitsreform« ist begleitet vom Ruf, die öffentlichen Kassen seien leer, die Menschen würden immer älter und ihre medizinische Versorgung teurer. Die Eigenbeteiligung der PatientInnen wird als das Steuerungselement vorgestellt, um Verschwendung, Fehlverhalten und Rationierung medizinischer Dienstleistungen zu verhindern. Stimmt das?

Gesundheitsökonominnen wie Jürgen Zerth von der Universität Bayreuth sehen der Zukunft richtig optimistisch entgegen. Eine »stärkere Vergreisung«, ein gesteigertes »Gesundheitsbewusstsein« lassen Nachfrage und private Zuzahlungsbereitschaft wachsen. Der »freie Gesundheitsmarkt« könnte bis zu einer Billion Euro wert sein. Bei einem geschätzten Gesamtgeldvermögen von vier Billionen Euro könne einiges für Gesundheit und Wellness mobilisiert werden. Sein Fazit: Wer nicht selbst zuzahlen kann, müsse eben früher sterben. Aber: Auch wer sich einen Mercedes leisten könne, würde einen Unfall eher überleben als ein Golf-Fahrer. Sein »Bayreuther Versicherungsmodell«: ein »wettbewerbliches und europataugliches Gesundheitssystem« mit individuellen, am persönlichen Risiko orientierten Versicherungsprämien.

Der Bayreuther Fachbereich »Gesundheitsökonomie« ist Ende der 1990-er Jahre gegründet worden, in Kooperation mit der Rhön-Klinik AG. 45 der rund 2.200 Krankenhäuser in Deutschland werden mittlerweile von dem Konzern geleitet. Seit Ende 2005 zählt das Universitätsklinikum Gießen/Marburg (Siehe Randbemerkung) dazu. Auch Rhön-Vorstandschef Wolfgang Pföhler sieht in der »an Kraft gewinnenden Privatisierungswelle« unternehmerische Chancen. Die »Eigenbeteiligung« der PatientInnen ist ihm da eine willkommene »Wachstumsstimulanz«. Die »Sozialverwaltung entwickelt sich zum Gesundheitsmarkt«, in dem das »Konsumgut Gesundheit« zirkuliert und »Patientenströme« über neueste Geräteparks und Versicherungsangebote gegen Wartelisten ins Unternehmen »Krankenhaus« gelockt werden.

Selten ist zu hören, dass die solidarisch finanzierten Versicherungsleistungen rationiert werden müssen, weil der Gesundheitsmarkt privat wachsen soll. Es dominieren zwei andere Argumentationsmodelle, um die Rationierung öffentlicher Leistungen als unvermeidlich zu erklären: Der Verweis auf die Demografie in Gestalt vieler alter Menschen, die viel mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch nähmen als gesellschaftlich bezahlbar sei. Und: PatientInnen müssten zur »Eigenverantwortung« angehalten werden, um deren gesundheitsschädliches Fehlverhalten und grenzenloses Anspruchsdenken einzudämmen. Rationales Verhalten sei nur über »Eigenbeteiligung« zu erzielen. Wer so redet, reklamiert, die Belange des Gemeinwesens zu vertreten und nicht etwa partikuläre Einzelinteressen im Aktionärswesen und Unternehmertum.

Zwei Argumentationsmodelle dominieren: Der Verweis auf die Demografie und die Notwendigkeit, angebliches Fehlverhalten einzudämmen.

Sind die betagten Kranken zukünftig nicht mehr bezahlbar? Das Max-Planck-Institut für demografische Forschung hat Krankenhausdaten in Westfa-

len-Lippe und Thüringen analysiert und kommt zu ganz anderen Ergebnissen. Die SeniorInnen bekommen, bei gleicher Krankheit, weniger kostspielige Therapien als jüngere PatientInnen. Über 90-Jährige verursachen laut dieser Studie knapp die Hälfte der Klinikkosten von 65-Jährigen. Andere Untersuchungen ermittelten das letzte Lebensjahr – und zwar egal in welchem Lebensalter – als das kostenintensivste. Auch das Einnahmeproblem der gesetzlichen Krankenkassen ist kein demografisches. Arbeitslosigkeit, Selektion von ArbeitnehmerInnen nach Alter und Verschleiß über Arbeit, lassen die Einnahmen sinken. Der politische Wille, die so genannten Lohnnebenkosten zu Lasten der Versicherten zu senken, führt in den freien Gesundheitsmarkt – nicht die zukünftige und ohnehin schwer abzuschätzende Bevölkerungsentwicklung.

»Eigenverantwortung« unterstellt, dass Kranke nicht etwa hilfebedürftig und ratsuchend sind. Wie auf anderen Märkten auch, konsumieren sie als »KundInnen« Arztbesuche und Klinikaufenthalte ebenso unvernünftig wie Genussmittel, →

Verhalten steuern, belohnen, bestrafen

Ab April tritt eine neue Reform der Krankenversicherung stufenweise in Kraft. **»Besonders betont«, so die Begründung des umkämpften Gesetzes, werde künftig »die Verpflichtung der Versicherten gegenüber der Versichertengemeinschaft zu gesundheitsbewusstem und eigenverantwortlichem Verhalten«.**

Fehrlicher wäre eine andere Parole: »Entweder Sie folgen unseren ökonomisch motivierten Regeln zur Steuerung Ihres Verhaltens, oder Sie werden finanziell bestraft.« Besonders betroffen sind Menschen, die auf Heil-, Hilfs- und Arzneimittel dauerhaft angewiesen sind. Wer als chronisch krank gilt, muss für Zuzahlungen zurzeit bis zu einem Prozent seiner jährlichen Bruttoeinkünfte aufbringen; bei allen anderen Versicherten, ausgenommen Kinder und Jugendliche, liegt die »Belastungsgrenze« bei 2 %.

Im Grundsatz soll die 1-%-Regelung bei Menschen mit chronischen Leiden bestehen bleiben – laut Reform allerdings nur unter der Voraussetzung, dass ein Arzt dem Versicherten jährlich bescheinigt, sich »therapiegerecht« verhalten zu haben, »beispielsweise durch Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm«. Solche »Disease-Management-Programme« (DMP) gibt es für PatientInnen mit Diabetes, Asthma, Brustkrebs oder koronarer Herzkrankheit; das medizinische Niveau dieser standardisierten Versorgung ist in der Ärzteschaft nach wie vor umstritten. Die DMP-Teilnahme soll zwar freiwillig bleiben. Aber wer die Programmkriterien erfüllt und trotzdem nicht mitmachen will, muss ab 2008 damit rechnen, taxiert zu werden wie ein halbwegs Gesunder, also bis zu 2 % zuzahlen.

Finanzielle Bestrafungen drohen auch Menschen, die bewusst oder unbewusst darauf verzichten, Untersuchungen zur Früherkennung kostspieliger Krankheiten wie Krebs, Diabetes oder Herz-Kreislauf- und Nierenleiden wahrzunehmen. Wer irgendwann erkrankt, aber keine regelmäßige Teilnahme an »Vorsorge«-Checks nachweisen kann, soll auch als »Chroniker« bis zu 2 % seiner jährlichen Einkünfte für die Behandlungskosten aufbringen. Betroffen von der Neuregelung sind bei Krebs alle Frauen, die nach dem 1. April 1987 geboren sind, Stichtag bei Männern ist der 1. April 1962. Dabei sind Tests zur Früherkennung nicht per se sinnvoll, und sie können auch falschen Alarm sowie weitere, belastende Untersuchungen auslösen. Verständlich erläutert dies die Stiftung Warentest in einem Ratgeber, der Nutzen und Risiken häufig angebotener Tests zur Früherkennung diverser Krebsarten auf Basis wissenschaftlicher Literatur bewertet.

Wahltarife für Verzichtsbereitschaft

Die von Reformern behauptete Sorge um die Gesundheit der Regierten ist wenig glaubwürdig, das zeigen auch die neuen »Wahltarife«. Versicherte, die gezielt Verzicht üben, können kleine Vergünstigungen mit ihrer Krankenkasse vereinbaren: Zulässig sind zum Beispiel Prämien für Mitglieder, die ein Jahr lang keine Kassenleistungen in Anspruch genommen haben. Möglich ist auch eine Art Teilkasko-Regelung, bekannt aus der Kfz-Versicherung: Ein Kassenmitglied verpflichtet sich vorab, bei Krankheit einen bestimmten Teil der Kosten selbst zu zahlen. Als Gegenleistung darf die Kasse eine Prämie gewähren.

Klaus-Peter Görlitzer

stehen in Konflikt mit berufsethischen Normen. Szenarien vom »eigenverantwortlichen Kunden«, der sich bewusst ungesund verhält oder einfach auf das Absichern persönlicher Risiken verzichtet, mildern das moralische Unbehagen der Leistungsanbieter ein wenig ab, aufgrund ökonomischer Erwägungen notwendige Therapien zu rationieren. Bei der Legitimationsbeschaffung will und wird eine weitere Branche zu Diensten sein: die professionalisierte Ethik (Siehe Randbemerkung rechts). Deren VertreterInnen liefern Kriterien für Rationierungen, die sie in ihren Diskursen bereits als ökonomisch unausweichlich kennzeichnen.

»Verwertung der moralischen Konflikte«

»Die Konjunktur des Ethikbetriebes in der Medizin fällt zeitlich zusammen mit der Ökonomisierung der medizinischen Versorgung und Forschung. Üblicherweise wird das erklärt mit einer damit verknüpften moralischen Orientierungslosigkeit. Weit eher dürfte jedoch das Bedürfnis nach moralischer Entlastung, nach Ent-Antwortung seine Expansion vorangetrieben haben. [...] Obwohl die meisten Bioethiker nicht müde werden, die Pluralität der dargebotenen Konzepte zu betonen, obsiegt in ihren Abhandlungen stets die Entscheidung zugunsten einer von »zunehmender Knappheit« geplagten »Gesellschaft« oder »Gemeinschaft« über den Egoismus eines einzelnen Patienten. Bezogen auf die Ökonomisierungstendenz in der Krankenversorgung sind die Dienstleistungen vieler Ethikexperten also in der Regel eher eine Form der Verwertung der moralischen Konflikte im ökonomisierten Gesundheitswesen als deren Lösung.«

Feststellungen des Soziologen Hagen Kühn vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). Sein lesenswerter Aufsatz »Der Ethikbetrieb in der Medizin. Korrektur oder Schmiermittel der Kommerzialisierung?« (33 Seiten) erschien im März 2006 in der Veröffentlichungsreihe der WZB-Forschungsgruppe Public Health, zu finden im Internet: www.wz-berlin.de/ars/ph/publikationen.de.htm

→ die als Krankheiten verursachend angesehen werden und allen gesellschaftlich teuer zu stehen kommen sollen. Tatsächlich ist das Gesundheitssystem, entgegen dieser marktförmigen Ideologie, anbieterdominiert. Auf gedeckelte Budgets für gesetzlich Versicherte reagieren ÄrztInnen und Krankenhäuser mit diversen Methoden, um Einkommensverluste auszugleichen – etwa mit Mehreinnahmen über PrivatpatientInnen oder selbst zu zahlende, individuelle Gesundheitsleistungen und mit Leistungseinschränkungen.

Die Markt und Wettbewerbslogiken, die in Gesundheitspolitik und -ökonomie Raum greifen,

Vorreiterregeln für Biobanken

Im Zweifel für die Interessen der Forschung

Von Klaus-Peter Görlitzer
(Hamburg), Journalist,
redaktionell verantwort-
lich für BioSkop



Die BioSkop-Kampagne
»Biobanken? Nicht mit uns!«
will für Transparenz sorgen,
Einfluss auf Gesetze nehmen
und – vor allem – den zivilen
Ungehorsam stärken. Sie
können mitmachen: Schrei-
ben Sie an Kliniken und
Labore, fragen Sie Ihre Ärzt-
Innen! Lassen Sie sich über
den Verbleib entnommener
Körperstoffe aufklären!
Verlangen Sie die Aushändi-
gung der Proben und gespei-
cherten Daten oder deren
sofortige Vernichtung! Beim
Formulieren helfen wir gern,
Musterbriefe und ein Bioban-
ken-Dossier stehen im Inter-
net: www.bioskop-forum.de
Wir freuen uns auf Ihre
Rückmeldung!

BioSkop, c/o Erika Feyerabend,
Telefon (0201) 5366706,
Mail: info@bioskop-forum.de

Das angekündigte Gendiagnostikgesetz der Großen Koalition soll auch den Betrieb so genannter Biobanken regeln. Ein Entwurf steht aber noch aus. Derweil wurden in Hamburg, ohne großes Aufsehen, Fakten geschaffen: Das Parlament des Stadtstaates beschloss erstmals Regeln für Sammlungen von Körpersubstanzen und PatientInnen-daten. Der hanseatische Datenschutzbeauftragte ist zufrieden, das Uniklinikum auch. Schwer haben werden es dagegen BürgerInnen, die den Zugriff von GenforscherInnen auf ihre Blut- und Gewebeproben verhindern wollen.

Das Geflecht der Biobanken ist nicht leicht zu durchschauen, das geht auch DatenschützerInnen so. Sehr bemüht ist hier zweifellos die Hamburger Datenschutzbehörde. Deren Chef Hartmut Lubomierski stellte im Mai 2005 fest: »Die Sammlung von Zellen, Gewebe, Blutbestandteilen oder DNS »auf Vorrat«, d.h. für spätere, noch nicht konkret festgelegte Forschungsaufgaben, ist insbesondere für das Universitätsklinikum Eppendorf (UKE), aber auch für private Krankenhäuser und Labore ein Aufgabenfeld der Zukunft geworden.« Notwendig sei daher, was bisher nicht immer Praxis sei: das Befolgen datenschutzrechtlicher Anforderungen. So hatten sich Mitarbeiter Lubomierskis nach einem Prüfbesuch bei der Serumbank der UKE-Urologie veranlasst gesehen, »Änderungen der Patientenaufklärung und der Einwilligungserklärung« zu verlangen. Und für bundesweites Aufsehen sorgte ihre Entdeckung, dass die UKE-Kinderklinik viele Jahre lang Restblutproben Neugeborener gehortet hatte – ohne Wissen der Eltern (Siehe BIOSKOP Nr. 31).

Im Herbst 2006 hat das Parlament der Hanseaten das Landeskrankenhausgesetz reformiert. Dabei wurde auch ein neuer Biobanken-Paragraf eingefügt, der ein bedenkliches Vorbild für andere Bundesländer abgeben könnte und – so stellen das jedenfalls die GesundheitspolitikerInnen dar – »überwiegend« vom Datenschützer formuliert worden sei. Grundsätzlich sieht § 12a des Hambur-

gischen Krankenhausgesetzes vor: BiobankerInnen dürfen Proben und Daten von PatientInnen stets dann »zu allgemeinen«, also nicht eindeutig definierten Forschungszwecken sammeln und bevorraten, wenn die Betroffenen zugestimmt haben. Zuvor müssen sie darüber aufgeklärt worden sein, wofür die Sammlung potenziell zur Verfügung stehe, wobei auch auf kommerzielle Nutzungen hinzuweisen sei.

Wer das Speichern einmal per Einwilligung zulässt, stellt faktisch einen unbefristeten Freibrief für (geschäftstüchtige) WissenschaftlerInnen aus: Laut Hamburger Recht muss er später weder gefragt noch informiert werden, wenn seine Proben und Daten für Forschungsvorhaben weitergegeben werden; auch fehlt im Gesetz die Möglichkeit, die Einwilligung nachträglich widerrufen und das Herausgeben oder Vernichten von Proben verlangen zu können. § 12a verpflichtet BiobankerInnen nur, die Identität der GeberInnen zu verhüllen, indem sie Proben und Daten pseudonymisieren, also mit einem Code versehen. Solche Verschlüsselungen behindern die Arbeit der ForscherInnen praktisch nicht; sie lassen ihnen bewusst die Option, bei Bedarf namentlich nicht bekannte PatientInnen zu kontaktieren.

Die Transparenz für potenzielle »SpenderInnen« hat in Hamburg noch mehr Grenzen: Werden nämlich Proben und Daten, die während einer medizinischen Behandlung entnommen und anschließend im Krankenhaus aufbewahrt wurden, vor der Weitergabe an eine Biobank »anonymisiert«, sollen die Betroffenen davon gar nichts erfahren. Der Einwilligung der betroffenen Personen bedürfte es dann nicht, heißt es im § 12a, und dies gelte auch für anonymisierte Proben aus klinischen und rechtsmedizinischen Sektionen von Leichen.

Die politische Diskussion um den Sammel-Paragrafen wurde in der Hansestadt eher im kleinen Kreis geführt, und die Medienresonanz fiel gering aus. Immerhin, es gab kritische Stimmen aus den Oppositionsparteien SPD und GAL. So forderten die Grün-Alternativen, was doch selbstverständlich sein sollte: Der Patient müsse stets persönlich entscheiden können, ob und welche seiner Daten und Proben genutzt werden dürfen – egal ob die nun anonymisiert seien oder nicht. Damit konnte sich die GAL nicht durchsetzen, die meisten ParlamentarierInnen orientierten sich lieber an Bedürfnissen des Uniklinikums. Dessen Vertreter hatte ihnen erklärt, dass es für die Forschung außerordentlich wichtig sei, mit Biobanken zu kooperieren – um zu einem späteren Zeitpunkt Fragen beantworten zu können, die jetzt noch gar nicht bekannt seien.

Informationelle Begehrlichkeiten

Visionen, Ziele und Risiken angewandter Hirnforschung im Licht von Persönlichkeitsrechten und Datenschutz

Binnen fünf Jahren will die Bundesregierung 34 Millionen Euro für die Hirnforschung ausgeben. Ein Netzwerk so genannter »Bernstein-Zentren« in Berlin, Freiburg, Göttingen und München soll bis 2010 die neuronalen Grundlagen von Hirnleistungen entdeckt haben. »Das Denken verstehen« heißt die einprägsame »Leitvision«. Ihre Promotoren verheißen, was auch Genforscher und Nanotechnologen in Aussicht stellen: Heilung von Krankheiten wie Alzheimer, Parkinson oder Creutzfeld-Jacob. Mit den Neurowissenschaften verwoben sind aber auch ganz andere Ziele: Kontrolle, Stigmatisierung, Selektion.

Die Gedanken sind frei ... Hirnforschung und Persönlichkeitsrechte« lautete der Titel eines spannenden Symposiums im November in Düsseldorf. Gastgeberin Bettina Sokol, Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit in NRW, brachte die Brisanz gleich auf den Punkt: »So ist im Zusammenhang mit den neueren Erkenntnissen der Hirnforschung sofort die Forderung nach einem Gehirnscreening bei Kindern und Jugendlichen erhoben worden, um spätere Verbrecher erkennen zu können.«

Es gibt tatsächlich Professoren, die solche Ideen vertreten. Zum Beispiel der Hamburger Strafrechtler Reinhard Merkel. Unschuldige hätten zwar das Recht, in Ruhe gelassen zu werden, »daneben aber steht die Aufgabe des Staates, seine Bürger zu schützen«, erläuterte Merkel der Zeitschrift *GEO Wissen*, warum er es für vertretbar hält, in Gehirnen nach Merkmalen für abweichendes Verhalten zu fahnden. Derartige Reihenuntersuchungen, findet der Mainzer Philosoph Thomas Metzinger, könnten »im Interesse der Gesellschaft« sein; beim Abwägen des potenziellen Nutzens müsse man sich die Zahl der Verbrechen und deren Folgekosten vor Augen führen.

Wer meint, derartige Screenings seien bisher allenfalls Science Fiction, sollte sich mit Professor Dieter Braus unterhalten. Der Hamburger Psychiater glaubt, die Technik schon zu beherrschen. Per Pilotstudie und mittels Kernspintomographie will er nachgewiesen haben, dass der Blutfluss

in bestimmten Gehirnrealen bei pädophilen StraftäterInnen verändert sei.

Datenschützerin Sokol warnt, einmal wissenschaftlich anerkannt und zugelassen, werde das Hirnscreening weitere soziale Bereiche erobern. Beispiel Bildung: Eingesetzt im Vor- oder Grundschulalter, würden aus standardisierten Hirn-Checks weit reichende Schlüsse gezogen werden: »Möglich wären dann ganz fürsorglich individuelle Bildungskonzepte und frühes Training. Möglich wäre aber auch eine schnelle Einsortierung in die Kategorie: »Bildungsinvestition« lohnt hier nicht.« Mit noch mehr Neugierigen ist zu rechnen: »Auch das Militär, selbstverständlich auch Arbeitgeber oder Versicherungen könnten an einem Blick ins Gehirn interessiert sein«, prophezeit Sokol.

Ihr Datenschützer-Kollege aus Berlin, Alexander Dix, beleuchtete eine weitere neurowissenschaftliche Errungenschaft: Gehirnimplantate. Eingesetzt werden sie etwa bei Menschen mit Parkinson, um Symptome wie Zittern zu lindern. Allerdings stelle sich auch die Frage nach der informationellen Selbstbestimmung: »Ist ein Mensch mit Gedächtnisimplantat eigentlich noch identisch mit dem Menschen vor Einpflanzung des Chips?« Perspektivisch, befürchtet Dix, könnten bestimmte PatientInnen gedrängt werden, technische Eingriffe in ihr Gehirn vornehmen zu lassen – mit dem Ziel, Pflegekosten zu sparen (Siehe Randbemerkung).

Vorschlag von EthikexpertInnen

Zudem denken Fachleute schon darüber nach, unter welchen Bedingungen Gehirnimplantate für Überwachungszwecke nutzbar gemacht werden können. So auch die bei der EU-Kommission angesiedelte »European Group on Ethics in Science and New Technologies«. 2005 legten die Ethik-ExpertInnen einen dicken Bericht vor. Darin verlangen sie, der Einsatz von Implantaten zwecks Überwachung dürfe nur dann zulässig sein, wenn ein unabhängiges Gericht dies genehmigt habe. Solche Vorschläge findet Datenschützer Dix ziemlich absurd: »Was nützt es eigentlich, wenn der Gesetzgeber anfängt, so etwas zu regeln?« Dix plädiert dafür, die Anwendung von Neuroimplantaten außerhalb medizinischer Anwendungen rechtlich auszuschließen.

Von Ute Bertrand (Hamburg), Journalistin und BioSkoplerin

Gehirnchips und Pränataldiagnostik

»Das eine staatlich verordnete Einpflanzung von Gehirnchips unter der Geltung des Grundgesetzes ausgeschlossen ist, dürfte unbestritten sein. Aber auch hier muss man über andere Entwicklungen schon heute nachdenken. Es könnte sich eine Tendenz abzeichnen, wie sie auch bei der pränatalen Diagnostik befürchtet wurde und wird. Ein Mensch etwa mit gravierenden Gedächtnislücken oder massiveren psychischen Störungen könnte, wenn in Zukunft dafür technische Hilfsmittel verfügbar sein sollten, mit der Frage konfrontiert werden, warum er eigentlich den Etat seiner Pflegekasse über Gebühr strapaziert, statt die nach dem Stand der Technik möglichen maschinellen Ergänzungen seines Gehirns vornehmen zu lassen, mal unterstellt, dass das kostenmäßig darstellbar ist.«

Orakel von Alexander Dix, Berliner Beauftragter für Datenschutz und Informationsfreiheit. Dix referierte beim Symposium »Die Gedanken sind frei – Hirnforschung und Persönlichkeitsrechte« am 10. November in Düsseldorf. Die Dokumentation der Tagung gibt es gratis bei der nordrhein-westfälischen Datenschutzbehörde, Telefon (0211) 384240, www.lidi.nrw.de

Vorschau

Themen im Juni 2007

- ◆ *Schwerpunkt*
Gläserne PatientInnen
- ◆ *Euthanasie*
Das Verfügungsgesetz
- ◆ *Biopolitik*
Bioethik auf dem Lehrplan

Veranstaltungstipps

Di. 17. April, 17 Uhr
Hamburg (Kath. Akademie, Herrengraben 4)

◆ Beihilfe zur Selbsttötung?

Kolloquium

»Sensible und höchst brisante Fragen« will die Katholische Akademie mit Ethikern, Medizinern und Juristen diskutieren – zum Beispiel: »Widerspricht ärztliche Beihilfe zum Suizid dem beruflichen Auftrag des Arztes oder kann sie in bestimmten Fällen sogar ethisch geboten sein?« »Freitodbegleitung«, vermittelt durch Organisationen wie »Exit« und »Dignitas«, soll ebenfalls zur Spache kommen. U.a. reden mit: die Professoren Alberto Bondolfi (Lausanne) und Dietmar Mieth (Tübingen) sowie Weihbischof Hans-Jochen Jaschke und Psychologe Michael Wunder (beide Hamburg).
Anmeldung unter Telefon (040) 36952-111

Di. 17. April, 16-19 Uhr
Berlin (Institut Mensch, Ethik, Wissenschaft-IMEW, Warschauer Str. 58a)

◆ Körper und Seele

Vorträge mit Diskussion

»Psychische Krankheit – zwischen Mystifizierung und Stigmatisierung« heißt das Thema des Tübinger Medizinhikers Matthias Bormuth. Anschließend referiert der Philosoph Marco Stier (Rostock) über »Hirnforschung, Person und Identität«. Infos und Anmeldung bei Frau Entezami, Telefon (030) 29381770

Fr. 20.4. 17.30 Uhr – So. 22.4. 13 Uhr
Bonn (Gustav-Stresemann-Institut, Langer Grabenweg 68)

◆ Frühjahrstagung der Bioethik-Gruppen

Tagung

Für alle, die sich kritisch mit Biopolitik beschäftigen, ist die Tagung ein Muss. Dieses Mal geht es um die geplante elektronische »Gesundheitskarte« sowie Anforderungen an eine EU-Verfassung aus Sicht engagierter BürgerInnen. Neben Referaten und Arbeitsgruppen gibt es auch einen Film – Titel: »Orwell hat sich geirrt«. Infos und Anmeldung bei der Fried.-Ebert-Stiftung, Frau Ursula Clauditz, Telefon (0228) 883342

Fr. 27.4. 15.30 Uhr – So. 29.4. 13 Uhr
Loccum (Ev. Akademie, Münchehäger Str. 6)

◆ 10 Jahre Transplantationsgesetz – Resümee und Reformbedarf

Tagung

Im Dezember 1997 trat das Transplantationsgesetz in Kraft. Das propagierte Hauptziel, den so genannten »Organmangel« zu beheben, wurde verfehlt. »Demzufolge«, so die bioethisch orientierte ev. Akademie Loccum, »gewinnen Fragen nach den Bedingungen der Organentnahme, nach möglichen Anreizen zur Organspende und nach den Kriterien für die Organverteilung erneut an Bedeutung.« Reformideen sowie das geplante Gewebegesetz (Seite 7) wird die Tagung erörtern – mit ExpertInnen, die mit dem Transplantationswesen beruflich verhandelt sind. Nachdenkliche Töne könnte eine

von Erika Feyerabend (BioSkop) geleitete AG einbringen, Thema: »Kommerzielle und nichtkommerzielle Anreize für potentielle Spender«.

Infos und Anmeldung unter Telefon (05766) 81-0

Do. 3. Mai, 10 - 17 Uhr
Berlin (Kaiserin-Friedrich-Stiftung, Robert-Koch-Platz 7)

◆ Der mündige Patient?

Symposium

Selbsthilfe, Informationen und Recherche im Internet beleuchtet das Symposium der Psoriasis Selbsthilfe Arbeitsgemeinschaft. PatientInnen erläutern ihre Wünsche und Erfahrungen. Fachleute aus Medizin, Medien und Krankenkassen stellen Infoquellen vor. Erika Feyerabend moderiert. Anmeldung bei Rolf Blaga, Tel. (030) 61283090

Mi. 13. Juni, 18.15 Uhr
Halle/Saale (Melancthonianum, Universitätsplatz 8/9)

◆ Mit diesen Genen haben Sie bei uns keine Chance!

Vortrag mit Diskussion

Genests können als Instrument zur Verteilung von Lebenschancen genutzt werden. »Der Staat, private Arbeitgeber und Versicherungen könnten zukünftig auswählen, wer für ihre Zwecke genetisch am besten ausgestattet ist«, fürchtet die ev. Akademie in Sachsen-Anhalt und fragt: »Sind wir auf dem Weg zu einer Gen-Klassengesellschaft?« Antworten wird der Frankfurter Soziologe Thomas Lemke, Autor der Studie »Die Polizei der Gene«.

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

Telefon

Straße

E-Mail

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

