

BIO SKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

11. Jg. • Nr. 41 • März 2008

Organisierte Aufmerksamkeit

Von Erika Feyerabend

Aufmerksamkeit ist heutzutage eine Währung, die knapp bemessen ist und mehrfach vergütet wird. Besonders der Forschungsbetrieb ist eine Art organisierter Kampf um Aufmerksamkeit. Das Angebot an Neuigkeiten aus der Welt der Wissenschaft ist groß, ebenso die Möglichkeit, nicht beachtet zu werden. Schon innerhalb der eigenen Disziplin und der angrenzenden Wissensgebiete kann gar nicht alles wahrgenommen werden, was laufend publiziert und erfunden wird. Es muss schon ein gewisser Aufwand betrieben werden, um sich vorzudrängeln und auf sich wirksam hinzuweisen. Nur wenn sie irgendwie auffallen, können Fachleute und Fachwelten es zu etwas bringen. Reputation, also der gute, unverwechselbare Ruf, ist das Anreizsystem von eigenen Gnaden und wesentliche Arbeitsgrundlage jedes Fachgebietes. Davon hängen nicht nur individuelles Selbstwertgefühl und Einkommen ab, sondern auch der kollektive, politisch wirksame Einfluss und der Zufluss finanzieller Drittmittel.

Wissenschaftliches Ansehen oder gar Ruhm lassen sich dauerhaft in Geld und politische Macht ummünzen. Üppig sprudelt diese besondere Wertschöpfung, wenn man von denjenigen beachtet wird, die selbst auch schon reich an öffentlicher Beachtung sind. Unscheinbare Bewunderer helfen wenig. Der aktuelle, reale Wert der Forschung ist dabei gar nicht so entscheidend. Prestigeträchtig sind die Neuigkeiten in der Regel nur, wenn sie zum Gesprächsstoff wichtiger anderer Persönlichkeiten werden. Wer es hier zu einigem Ansehen gebracht hat, kann damit rechnen, sein Einkommen perspektivisch weitgehend leistungsfrei zu beziehen. Der pure Bekanntheitsgrad ersetzt jedes inhaltliche Argument. Wir sind alle Zaungäste bei diesen Tauschgeschäften. Kurswerte in der doppelten Ökonomie von Geld und Aufmerksamkeit hängen längst nicht allein an der Anzahl zitierter Aufsätze oder an Auflagenhöhen innerhalb der wissenschaftlichen Community. Entscheidend ist die Präsenz in den Massenmedien, insbesondere im Fernsehen. Wissenschaft und Politik finden in und für die Medien statt. Im Getöse der öffentlichen Zurschaustellung muss es unterhaltsam zugehen. Die gesellschaftliche Zahlungsbereitschaft bemisst sich auch daran, wie zufrieden das Publikum ist oder erscheint. Mit Spektakel und Versprechen rund um die beworbenen Erkenntnisse, Produkte und Verfahren soll es bei Laune gehalten werden. Selbst kritisch gemeinte Töne können auf dieser Bühne den Kurswert in punkto Aufmerksamkeit steigern.

In der politisch und medial beachteten Arena befindet sich aktuell die Stammzellforschung. Renommiertere Wissenschaftler wollen möglichst unbegrenzt embryonales Zellmaterial aus aller Welt importieren. Dafür benötigen sie eine Reform des Stammzellgesetzes, das – nach langen Auseinandersetzungen – vor nicht einmal sechs Jahren in Kraft getreten ist. Zu gewinnen sind in diesem Forschungszweig derzeit: neue biologische Erkenntnisse ohne therapeutischen Wert, womöglich einige Patente, sicherlich Drittmittel und wahrscheinlich auch ein Zuwachs an Reputation. Dem Publikum werden vor allem künftige Therapien versprochen.

mit newsletter
Behindertenpolitik

Bitte weiter lesen
auf der nächsten Seite

BioSKOP Schwerpunkt Vorgeburtliche Diagnostik

Tödliche Neutralität	8
Unbekannte Testqualität	9
»Skulptur des ungeborenen Lebens«	10
PID auf Expansionskurs	11

Ersatzteillager Mensch

Bedarfsgerechtes Sterben	3
Leberspenden für den Müll	4

Klinik & Geschäft

Lukrative PatientInnen aus dem Ausland	6
Privatversicherte bevorzugt operiert?	7

Euthanasie

Patientenverfügungen: Säkulares Ritual?	12
---	----

Reproduktionsmedizin

Nach-Frage nach neuen Ressourcen	14
--	----

Biobanken

Europäisches Vernetzungsprojekt	15
Nicht mit uns!	15

Weitere Themen

Fair und gentechnikfrei!	13
Gesundheitskarte sofort stoppen!	13
Preisabsprachen »strafrechtlich verfolgen« ...	13
Jetzt BioSKOP unterstützen!	2
Wunschzettel	16
BIO SKOP im Juni 2008.....	16

Impressum **BIO SKOP**

Herausgeber:

BioSKOP e. V. – Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Technologien
Bochumer Landstr. 144 a · 45276 Essen
Tel. (02 01) 53 66 706 · Fax (02 01) 53 66 705
BioSKOP im Internet: www.bioskop-forum.de
Redaktion: Klaus-Peter Görlitzer (v.i.S.d.P.),
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: Annegret Braun,
Martina Keller, Thomas Klie.

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

Satz: www.reviera.de, Essen

Druck: Hohlmann Druck & Medien, Essen
ISSN 1436-2368

Organisierte Aufmerksamkeit

Fortsetzung von Seite 1 →

Jetzt BioSkop unterstützen!

Wer sich bei BioSkop engagieren oder unsere Arbeit unterstützen will, ist herzlich willkommen! Wir sind auf Insider-Wissen aus Medizin und Gesundheitswesen angewiesen – und ebenso auf alltägliche Erfahrungen aus Kliniken, Pflegeeinrichtungen, als PatientIn oder Pflegebedürftige/r. Wir freuen uns über Recherchetipps, und Sie können auch selbst Texte für BioSkop oder unsere Homepage beisteuern. Wollen Sie BioSkop noch bekannter machen? Kein Problem, fordern Sie einfach Probehefte für FreundInnen und Bekannte an! Unsere Arbeit ist nicht umsonst – und kostet, trotz überwiegend ehrenamtlichen Engagements, natürlich auch Geld. Wer BioSkop als Dauer-SpenderIn oder mindestens einmal mit 50 Euro unterstützt, bekommt dafür reichlich Informationen gratis: unsere Zeitschrift, den neuen E-Mail-Newsletter bioskop.bits und weitere Publikationen.

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

BioSkop-Spendenkonto: 555 988-439 bei der Postbank Essen (BLZ 360 100 43)

Bitte beachten!

Georg Franck: **Ökonomie der Aufmerksamkeit.** München 2007 (Deutscher Taschenbuch Verlag), 256 Seiten, 9,50 €

Wissenschaftsgläubige und industrienaher PolitikerInnen begründen ihren Wunsch zur Gesetzesänderung gar mit dem Slogan »Für eine menschenfreundliche Medizin« und plädieren dafür, den Import von embryonalen Stammzellen nach Deutschland ohne jede Einschränkung zuzulassen. Kritische Stimmen in Parlament und Öffentlichkeit wollen höhere Hürden. Doch ein gewichtiges Wort in diesem Disput reden die StammzellforscherInnen selbst mit. Sie sprechen vom Mehrwert zukünftigen Wissens und vom klinischen Nutzen. Mit Reputation und Ruhm versehen, bedarf diese These scheinbar keines weiteren Beweises. Stammzellforscher Hans Schöler empfiehlt den Abbau noch geltender gesetzlicher Hürden – und dazu das Googeln im Internet, um uns von der überragenden Bedeutung seiner MitstreiterInnen zu überzeugen.

Wo Neuigkeitswerte und nie Dagewesenes erwartet werden und nur das den Zugewinn an Aufmerksamkeit garantiert, gibt es keine Gnade mit dem Überholten. Nach Jahrzehnten der Praxis künstlicher Befruchtungen ist heute international die molekulargenetische Prüfung der in zahllosen Petrischalen fabrizierten Embryonen angesagt und auf Expansionskurs (Siehe Seite 11). Doch allerorten rechnen Kliniken nicht nur mit MedizintouristInnen, die beschränkte Ressourcen oder Verbotsregeln ihres Heimatlandes umgehen. PatientInnen hoher Einkommensklassen wollen medizinische (Luxus)-Behandlungen global einkaufen – und werden dazu zielstrebig angeworben (Seite 6). Derweil befragen Bochumer BioethikerInnen – gefördert vom Bundesforschungsministerium – Fachkreise und Laien, um weitere lukrative Handlungsräume legitimieren zu können: »Sollte ein Preisnachlass bei reproduktionsmedizinischer Behandlung gewährt werden, »wenn die Frau einen Teil ihrer Eizellen für die Forschung spendet?« (Seite 14)

Geradezu lawinenartig schwellen die medizinischen Angebote an, und sie kriechen in den Alltag. Beispiel Ultraschall während der Schwangerschaft: Die Testqualität der reihenweise durchgeführten Beschallung der Ungeborenen ist unbekannt (Seite 9). Viele Frauen werden beunruhigt, und bei Verdacht auf eine Fehlbildung der Leibesfrucht hoffen sie auf Hilfe und Orientierung von GynäkologInnen – meist vergeblich. Statt


ermutigender Worte dominieren im Erstgespräch über die Diagnose, ein behindertes Kind zu erwarten, medizinische Begriffe, die oft in einen tödlichen Verlauf führen (Seite 8). Inzwischen macht sich ein Unternehmen die dreidimensionale Ultraschalltechnologie und das Renommee von Gynäkologen für eine neue Dienstleistung zu nutze und vermarktet »Skulpturen des ungeborenen Lebens« aus Gips (Seite 10).

Gesundheit und Sicherheit gelten als beachtliche und symbolische Tauschwerte. Den Produktionsbedingungen dieser Verheißungen wird hingegen wenig Aufmerksamkeit gezollt. Das gilt für Waren und Anerkennungen im Fortpflanzungsgelände, wo der »Embryo« als Resultat wissenschaftlicher Taten die einen beunruhigt und die anderen in Erstaunen versetzt, der Körper und die sozialen Konsequenzen von und für Frauen aber kaum beachtet werden. Das gilt auch für die

Gesundheit und Sicherheit gelten als beachtliche und symbolische Tauschwerte. Den Produktionsbedingungen dieser Verheißungen wird hingegen wenig Aufmerksamkeit gezollt.

Transplantationsmedizin. Die konkreten Bedingungen des »bedarfsgerechten Sterbens« herztoter OrganspenderInnen verbleiben in der Regel in Verfahrensprotokollen und beteiligten Institutionen verborgen (Seite 3). Auch die diffusen Zuständigkeiten und Interessenkonflikte in der menschliches Gewebe verarbeitenden Industrie stehen hinter den schillernden Heilungsoptionen zurück (Seite 4).

Nutzenfreies Sterben eignet sich weder für Karrieren noch für Erweiterungen von Märkten. Hier zeigt sich, dass die Belohnungssysteme im Raum innovativer Medizin und Wissenschaft einen hohen Preis haben: Gewissenlosigkeit. Hier zählen Neuigkeitswerte und das hohe Ideal von Objektivität und Rationalität. Verdeckt werden so aber die vielen, offenen und subtilen, emotionalen Anerkennungsstrategien für Ruhm und Ehre.

Wer aber nur den Kurswert des eigenen Prestige oder mediale Einschaltquoten im Auge hat, kann sich Leid und Lust anderer nicht zu Herzen nehmen. Statt dessen ist Lebenskunst gefragt, die nicht in Geld und Macht stecken bleibt, wohl aber berücksichtigt, dass wir in sehr vielen, sehr unterschiedlichen Lebenslagen von der Wertschätzung anderer abhängig sind. Die Sorge um den Selbstwert und der Wunsch nach Beachtung ist gerade im Angesicht Sterbender und eigener Sterblichkeit ernst zu nehmen. Für diese Lebenskunst gibt es keine Formulare und Patentrezepte (Seite 12). Sie ist das Beste, was wir aus unseren gegenseitigen Abhängigkeiten machen können. 

Bedarfsgerechtes Sterben

TransplanteurInnen wollen verstärkt auch Körperteile von Menschen nutzen, die für »herztot« erklärt wurden

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

Neue Richtlinien in den USA sowie europäische Regelungsinitiativen bezwecken, den Kreis potenzieller OrganspenderInnen zu erweitern. Menschen, deren Herz wenige Minuten still gestanden hat, werden zu Toten erklärt – um ihnen anschließend Nieren, Lebern und Gewebe zielstrebig entnehmen zu dürfen.

Professor Günter Kirste, Medizinischer Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), wirbt von Berufs wegen für die »Gemeinschaftsaufgabe Organspende«. Einige Gedanken, wie mehr transplantable Körperteile beschafft werden könnten, breitete Kirste während der DSO-Jahrestagung 2007 aus: »Derzeit ist hierzulande die so genannte Non Heart Beating Donation (Organspende Herztoter) nach dem Transplantationsgesetz nicht zugelassen. Es wird Zeit, über dieses Vorgehen neu nachzudenken, das weltweit schon lange angewendet und wissenschaftlich anerkannt ist.«

Es gibt Vorreiterstaaten. In den USA dürfen zwei bis fünf Minuten nach dem Herzstillstand eines Patienten dessen Nieren und Leber explantiert werden. In Österreich, der Schweiz, den Niederlanden, Belgien und Spanien haben sich Transplantationsgesellschaften und Ärztekammern auf eine Wartezeit von zehn Minuten geeinigt. Schon seit 1998 sieht die europäische Organvermittlungszentrale Eurotransplant diese Todesdefinition als »Äquivalent zum Hirntod« an. In Großbritannien werden rund achtzehn Prozent der Nieren dieser PatientInnengruppe entnommen. In spezialisierten Kliniken wie dem San-Carlos-Hospital in Madrid wird mit rund zehn herztoten OrgangeberInnen pro Monat kalkuliert. Begründet wird das Vorgehen unisono mit der Behauptung, dass viele Kranke auf Wartelisten sterben und ein Mangel an Organen herrsche.

Ungestört sterben ist unter diesen Umständen nicht möglich. Verschiedene Lebenslagen führen in den »kontrollierten« Tod auf der Intensivstation oder im Operationssaal. Die größte Anzahl der für herztot erklärten OrganspenderInnen war unheilbar krank und wurde intensivmedizinisch betreut. Die Beatmung wurde in Absprache mit den Angehörigen beendet und der Tod nach

landesspezifischer Wartezeit erklärt. Unverzögert beginnen Explantationsteams dann mit ihrer Arbeit.

Doch schon vor dem erklärten Herztod werden fremdnützige Vorbereitungen getroffen. Um organschädigende Thrombosen zu verhindern, wird häufig Heparin injiziert, das innere Blutungen bedingen – also den Tod herbeiführen – kann. In einigen US-amerikanischen Kliniken wird schon vor dem Herzstillstand ein Katheter in die Leistenarterie geführt, um ohne Verzögerung nach der Todesfeststellung gekühlte Perfusionslösungen in den Leib pumpen zu können. Die Organe werden im Körper gekühlt, um die gewesenschädigende Zeitspanne bis zur Explantation möglichst kurz zu halten. Mittlerweile werden – wenn auch wesentlich seltener – Lunge und Bauchspeicheldrüse aus dem toten Leib herauspräpariert. In Einzelfällen haben Transplanteure sogar versucht, ein Herz zu verpflanzen, das zeitweilig stillgestanden hatte. Dabei setzten sie außerkörperliche Blutkreislauf-Apparaturen ein.

Neue Verfahrensregeln

Die Organentnahme bei Herztoten gelingt nicht immer. Rund zwanzig Prozent dieser speziellen Gruppe von »SpenderInnen« stirbt zu langsam. Ihr Herz bleibt nach dem Abbruch der Beatmung nicht gleich stehen. In der Transplantationsmedizin versuchen Ärzteteams auch den unerwarteten, plötzlichen Tod bedarfsgerecht zu gestalten. Viele versterben, so der Fachjargon, »unkontrolliert« – auf der Straße nach Unfällen, im Notarztwagen oder in Klinikabteilungen, nach gescheiterten Wiederbelebungsversuchen. Nur wenige Zentren in Maastricht, Newcastle oder Madrid haben ihre Notfall-Teams entsprechend instruiert. In diesen Fällen werden die Organe im Körper der Unfallopfer oder Kranken mittels Kühllösungen haltbar gemacht – so lange, bis die Explanteure vor Ort sind und, wo möglich, die Angehörigen entschieden haben.

Einzelne, einflussreiche Transplantationszentren im US-amerikanischen Pittsburgh oder im niederländischen Maastricht haben sich eigene Verfahrensregeln gegeben, um die Prozeduren der Todesfeststellung, Haltbarmachung und Entnahme von Organen der Kranken ohne schlag-

Anwenden verboten, Forschen erlaubt?

Organe von Herztoten (NHBD) dürfen hierzulande weder entnommen noch auf PatientInnen übertragen werden. Aber experimentiert wird in deutschen Kliniken trotzdem, zumindest am sogenannten »Tiermodell«. Etwa in Hannover, wo es eine »Klinische Forschergruppe Lungentransplantation« gibt. Der Jahresbericht 2003 der Hannoveraner »Klinik für Thorax, Herz- und Gefäßchirurgie« verweist u. a. auf ein experimentelles Projekt zum Konservieren von Schweine-Lungen: »Hier soll ein verlässliches Regime der Organkonservierung zur Lungentransplantation von sogenannten »Non Heart Beating Donors, NHBD« entwickelt werden. Dies könnte die Verfügbarkeit von Spenderlungen deutlich erhöhen«, verheißt die Kurzbeschreibung. Daraus ist bisher nichts geworden – schon wegen der geltenden Rechtslage. Fachkreise schätzen die Klinische Forschergruppe (KF) in Hannover durchaus: So verlängerte die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) Ende 2006 die finanzielle Förderung der KF Lungentransplantation um weitere drei Jahre. Insgesamt 1,46 Millionen Euro stellt ihr die DFG für zehn Projekte zu unterschiedlichen Fragestellungen zur Verfügung.

Fortsetzung nächste Seite →

Leberspenden für den Müll

Gewebebesetz lässt Gewebeverteilung offen

Von **Martina Keller**
(Hamburg), Journalistin

Wenn Herzen oder Lebern von Organspendern nicht zur Transplantation taugen, können sie immer noch für die Gewebespende genutzt werden: Herzen entnimmt man die Klappen, Leberzellen werden zu Arzneimitteln verarbeitet. Seit Monaten allerdings wandern gespendete Organe auf den Müll, weil Zuständigkeiten nicht geklärt sind.

Die meisten Gewebetransplantate stammen von sogenannten kalten Leichen aus Rechtsmedizin oder Pathologie. Eine wichtige Quelle sind aber auch hirntote Organspender, deren Herz noch schlägt. Allerdings leitet die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) solche Gewebe seit Monaten nicht an Gewebebanken oder -verarbeiter weiter. Der Grund: Die DSO ist vom Gesetzge-

ber beauftragt, die Organspende zu koordinieren. Sie hat aber kein Mandat, sich um die Gewebespende zu kümmern.

Die unklare Rechtslage hat Folgen, insbesondere bei nicht-transplantablen Lebern. Die Firma Cytonet mit Sitz in Weinheim besitzt hierzulande als einzige das Know-how, aus einer nicht-transplantablen Leber eine Zellsuspension herzustellen – das sind isolierte Leberzellen, die einen Teil der Organfunktion ersetzen sollen. Die neuartige Therapie wird seit 2007 in einer klinischen Studie als Alternative zum Organersatz bei akutem Leberversagen erprobt. »Wir bekommen derzeit Lebern, aber nicht aus Deutschland«, sagt ein Sprecher von Cytonet. Im Umkehrschluss heißt das: In deutschen Kliniken entnommene, aber nicht-transplantable Lebern wandern in den Müll. →

Fortsetzung von Seite 3 →

Unkonkrete Befürchtung?

»Das EU-Konsultationspapier enthielt auch Non-heart-beating-donors (Organentnahme nach Herzstillstand) als Lösungsstrategie zur Behebung des Organmangels.

Dies leistet allerdings der unkonkreten Befürchtung der Bevölkerung Vorschub, dass nicht mehr alles medizinisch Mögliche zur Lebensrettung getan werden könnte, um Organe für eine Transplantation zu erhalten. Damit stellt dies in bestimmten EU-Mitgliedsstaaten eine kontraproduktive Maßnahme zur Behebung des Organmangels dar.«

aus einem gemeinsamen Positionspapier, das Deutsche Krankenhausgesellschaft und Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen am 22. Januar 2008 vorgelegt haben

dem Herzen abzusichern. Seit 2007 hat in den USA die Joint Commission allgemeinverbindliche Standards für die »Spende« nach dem Herztod formuliert. Die Organverteilungsagenturen haben alle Transplantationskliniken und Organbeschaffungsorganisationen aufgefordert, diesen Regeln zu folgen. Mehr noch: Institutionen, die sich nicht beteiligen möchten, müssen aktiv widersprechen und ihre Gründe darlegen.

Gewebemarkt gleich mitbedacht

Auch die Britische Transplantationsgesellschaft hat ausführliche Richtlinien für den Umgang mit »kontrolliert« wie »unkontrolliert« Versterbenden formuliert, die zu Organspenderrinnen gemacht werden sollen. Kranke, deren lebenserhaltende Behandlung beendet wird, werden bereits nach fünfminütiger Wartezeit für tot erklärt. Sollten Menschen plötzlich versterben und Angehörige nicht erreichbar sein, kann auch ohne deren Erlaubnis die Kühlflüssigkeit in den Körper fließen. Auch der wachsende Markt für Gewebe wurde von den Transplantationsexperten gleich mit bedacht. Die Haltbarmachung und Zustimmung der Angehörigen zur Verwertung von Gewebe spricht das Richtlinienpapier ebenfalls an.

Die Europäische Kommission fühlt sich dem Ziel verpflichtet, die Transplantationsrate zu steigern und einheitliche Regeln zu schaffen. Ihr Bericht zur »Organspende und -transplantation: Maßnahmen auf EU-Ebene« schlägt neben

gemeinsamen Qualitätsstandards und Spendeausweisen auch den Ausbau von Lebendspenden sowie Organentnahmen bei Herztoten vor. Bundesärztekammer sowie Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (Siehe Randbemerkung links) kritisieren die Vorschläge. Sicher nicht ausschließlich, um neue, potenzielle SpenderInnen zu schützen. Die Erfahrungen mit der EU-Geweberichtlinie mahnen sie zur Vorsicht – vor überhand nehmender Bürokratie und teuren Sicherheitsstandards.

Gefährliche Synergieeffekte

Das US-amerikanische Institut für Medizin (IOM) hat mehrere Berichte zum Umgang mit herztot erklärten OrganspenderInnen verfasst. Sie listen auf, welche Instrumente die Organentnahme bei Menschen ohne schlagendem Herzen fördern sollen: Patientenverfügungen (Seite 12) oder Vorabklärungen, keine Wiederbelebungsversuche zu wollen sowie Gerichtsurteile für die Beendigung von Basisversorgung schwerkranker, aber keineswegs sterbender Menschen.

Ein Pionier dieser Variante der Organbeschaffung, der Pittsburger Transplanteur Michael DeVita, denkt noch weiter: Sollte die assistierte Selbsttötung in Zukunft gesellschaftlich akzeptiert werden, dann wäre eine Diskussion um Organspende auch bei diesem Personenkreis sicher vernünftig und begründet.



→ Von der DSO ist derzeit keine Stellungnahme zu bekommen. Auch Cytonet kommentiert die unklare rechtliche Situation nicht. »Da ist akuter Handlungsbedarf«, meint dagegen Holger Baumann, Sprecher der Deutschen Gesellschaft für Gewebetransplantation (DGfG). Für Baumann wäre es »ein hochgradig fahrlässiges Verfahren«, wenn ein für die Gewebespende infrage kommendes Organ verworfen würde, weil eine vertragliche Grundlage fehlt. Vor allem dürfte das Image der Organspende leiden: Wenn Angehörige eines Hirntoten einer Leberspende zugestimmt haben und nach dem Verbleib des Organs fragen, werden sie kaum Verständnis dafür aufbringen, dass die gespendete Leber in den Müll gewandert ist.

Das Problem ist akut, seit das Gewebegesetz im August 2007 in Kraft getreten ist. Bis dahin hatte die DSO Gewebeentnahmen und -transport mitorganisiert, obwohl sie keinen gesetzlichen Auftrag dazu hatte. Die DSO-G hatte als 100-prozentige Tochter der DSO privilegierten Zugriff auf die Gewebe.

Diese Interessenvermengung wurde vielfach kritisiert. »Die DSO war dabei, ein Monopol zu errichten und alle anderen aus dem Feld zu schlagen«, sagt beispielsweise Roland Hetzer, der ärztliche Direktor des Deutschen Herzzentrums in Berlin. Der Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) sah sich veranlasst, zu prüfen, ob Mittel für die Organspende zweckentfremdet würden. »Die Zahlen waren in Ordnung«, sagte Daniela Riese vom VdAK, »aber diese Verflechtung bleibt problematisch.

Der DSO blieb nichts anderes übrig, als sich von ihrer Gewebetochter zu trennen. Kurz vor Inkrafttreten des Gewebegesetzes kaufte ein Konsortium aus drei Universitätskliniken die DSO-G, die nun DGfG heißt (Siehe *BioSKOP* Nr. 39). Allerdings ist die DSO nach wie vor eine wichtige Schnittstelle zwischen Organ- und Gewebespende. Herzen, Lebern oder Nieren werden zunächst stets entnommen, um sie als Ganzes zu verpflanzen – die Transplantation hat gesetzlich Vorrang vor der Gewebeverwertung. Aufgabe der DSO ist es, die Entnahme zu koordinieren. Falls dann eine von ihr beauftragte Person feststellt, dass ein Organ nicht transplantabel ist, endet ihre Zuständigkeit.

Nun stellt sich die Frage, wie das ausgemusterte Organ von der Klinik in eine Gewebebank oder zu einem Hersteller kommt. Laut dem

Gewebegesetz können Gewebeeinrichtungen Kooperationsverträge mit Kliniken schließen. Unter dem Dach des Vertragspartners haben die Kliniken dann das Recht, Gewebe zu entnehmen, zu verpacken und zu verschicken. Auf diese Weise können zum Beispiel Körperteile verteilt werden, die aus kalten Leichen gewonnen wurden, wie Knochen, Häute oder Herzklappen. Bei frischen Leberzellen allerdings ist das Zeitfenster für den Transport zu eng. Die Kliniken müssten rund um die Uhr eine Bereitschaft vorhalten, um eine Leber zur Not auch mitten in der Nacht zu Cytonet zu bringen – der Aufwand ist zu groß.

Damit wenigstens nicht-transplantable Herzen genutzt werden, geht man derzeit pragmatisch vor: Die lokalen Entnahmeteams entnehmen die Herzklappen für die eigene Gewebebank. Allerdings ist das Verfahren nicht transparent.

Laut DGfG-Geschäftsführer Martin Börgel lässt sich beispielsweise nicht ausschließen, dass ein Entnahmeteam ein grenzwertiges Organ als

nicht-transplantabel bewerte, um es als Gewebe der hauseigenen Bank zuzuführen, statt es einem anderen Krankenhaus zur Transplantation zu überlassen. Zudem müssen nach der EU-Geweberichtlinie alle Interessenten den gleichen Zugang zu Gewebe haben. »Da muss eine Allokationsregel gefunden werden«, sagt der Juraprofessor Hans Lilie, Vorsitzender der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer (BÄK), »möglicherweise sind ja mehrere Bewerber am Markt.«

Die DSO hat unterdessen beim Regierungspräsidium Darmstadt eine Genehmigung für die Gewinnung von Geweben nach § 20b des Gewebegesetzes beantragt. Aufgrund einer Übergangsregelung ist sie als Antragsteller vorerst berechtigt, Gewebe zu entnehmen, zu verpacken und zu transportieren.

Allerdings verzichtet die DSO wegen der unklaren Rechtslage zurzeit darauf, von dieser Genehmigung Gebrauch zu machen. Statt dessen meldet sie sämtliche von Organspendern entnommene Gewebe an das Bundesministerium für Gesundheit. Offenbar strebt sie zumindest ein beschränktes gesetzliches Mandat für die Gewebespende an. Das müsste allerdings so formuliert sein, dass die DSO in ihrer Kernfunktion glaubwürdig bleibt: »Wenn die DSO Gewebe treuhänderisch weiterleitet, dürfen keine Interessenkonflikte entstehen«, sagt BÄK-Jurist Hans Lilie.

Erst spenden, dann streiten

»Im Hinblick auf die Frage, wie die derzeit immer noch rar zur Verfügung stehenden Organe und Gewebe verteilt werden, gibt es für das Organ eine eindeutige Regelung nach dem Transplantationsgesetz. Für die Gewebe gibt es die Rarität nicht in gleicher Ausprägung, aber es gibt sie. Der Regelungsbedarf bezüglich einer Verteilung tritt erst nach dem Spendenvorgang ein. Wenn die Koordinierungsstelle, als die die Spende regelnde und verwirklichende Stelle, die Gewebe abgibt, wäre die Frage, an wen sie das Gewebe abgeben muss, d. h. an unterschiedliche Gewebeeinrichtungen in der Bundesrepublik, die entsprechend festzulegen wären. Der Streit um das rare Gewebe darf aber nicht beim Spender im Krankenhaus stattfinden, sondern muss später erfolgen, wenn die Spende durchgeführt ist. Dann kann man sich darüber unterhalten, wie man das Gewebe verteilt.«

Ratschläge von Günter Kirste, Medizinischer Vorstand der Deutschen Stiftung Organtransplantation. Professor Kirste äußerte sich bei einer Sachverständigenanhörung zum Entwurf des (inzwischen in Kraft getretenen) Gewebegesetzes. Veranstalter der Anhörung, die am 7. März 2007 in Berlin stattfand, war der Gesundheitsausschuss des Bundestages.

Es stellt sich die Frage, wie das ausgemusterte Organ von der Klinik in eine Gewebebank oder zu einem Hersteller kommt.



Lukrative GastpatientInnen

Viele Kliniken werben Kranke aus dem Ausland an

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

Viele Krankenhäuser werben gezielt zahlungskräftige PatientInnen aus dem Ausland an. GesundheitsökonomInnen haben Krankheiten als globale »Zielmärkte« im Blick und suchen nach Strategien, wie noch mehr lukrative SelbstzahlerInnen aus Asien und Osteuropa nach Deutschland gelockt werden können.

Serviceorientierung
»Immerhin planen 40 Prozent der Universitätskliniken die Einrichtung von Büros zur intensiven Betreuung der Auslandspatienten. Für eine komfortable Unterbringung von (Low-Care-) Patienten und Mitreisenden greifen die meisten Krankenhäuser auf die örtliche Markthotellerie zurück, da ihre Zimmerausstattung oft hinter den Leistungen eines Hotels zurückbleibt und die Kapazität für die Unterbringung von Begleitpersonen oft beschränkt ist. Abhilfe könnten Hotels auf dem Klinikgelände oder Hotelstationen sein, wie sie von einigen Universitätskliniken (Schleswig-Holstein, Köln) geplant sind. Die Kooperation mit Hotelgesellschaften bei der Betreuung dieser Einrichtungen sichert auch die Serviceorientierung des Personals, die bei Pflegekräften im Krankenhaus oft noch Verbesserungspotenzial aufweist.«
aus dem Aufsatz »Ausländische Krankenhauspatienten: Studie zeigt: Top-Service gefragt«, veröffentlicht am 19. Mai 2006 im Deutschen Ärzteblatt. Gemeinsame AutorInnen sind Jens Juszcak und Mirjam Nöthen vom Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Fachhochschule Bonn-Rhein-Sieg.

Das Klinikum Nürnberg gehört zu den größten kommunalen Krankenhäusern in Europa. Das hat sich auch in osteuropäischen Staaten wie Russland oder Kasachstan herumgesprochen. Bei PatientInnen aus dieser Region seien die Nürnberger ÄrztInnen »bundesweit Marktführer«, sagt Tanya Porter vom »International Department« des Klinikums, wachsenden Zulauf gebe es auch aus arabischen Staaten wie Kuwait, Bahrain oder Saudi-Arabien. Wer aus fernen Ländern zur Operation nach Nürnberg reist, erhält dort mehr als medizinische Beratung, Diagnostik und Therapie. Der Extra-Service reicht von Hilfe bei Visa-Formalitäten über Flugambulanz und Dolmetscherservice bis zur Gestaltung des Freizeitprogramms für Begleitpersonen. KlinikmitarbeiterInnen haben sogar einen Schnellkurs in Arabisch belegt. Was das bringen soll, erläutert die klinikeigene Zeitschrift: »Auch wenn die im Kurs erlernten Grundkenntnisse nicht ausreichen, sich über alle medizinischen Themen auszutauschen, so können damit doch Ängste und Distanzen sehr viel besser überwunden werden.«

Gute Kontakte

2005 haben sich nach Darstellung der Klinik-Postille noch knapp 200 Frauen, Männer und Kinder aus dem Ausland bewusst für Nürnberg entschieden, inzwischen habe sich die Zahl verdoppelt. Diese Bilanz klingt nicht gerade sensationell angesichts der Gesamtzahl von rund 85.000 PatientInnen pro Jahr, die das Klinikum stationär oder teilstationär versorgt. Dennoch lohnt sich der Medizintourismus-Aufwand, den viele Universitäts- und Großstadtkliniken treiben: Im Durchschnitt setzten die Nürnberger pro Gastpatient rund 10.000 Euro um, berichtete die *Financial Times Deutschland*. Am Hamburger Universitätskrankenhaus sollen im Jahr rund fünf Millionen Euro von GastpatientInnen gezahlt werden – immerhin ein Prozent der Gesamteinnahmen.

MedizintouristInnen werden von spezialisierten Klinikabteilungen und von kommerziellen Vermittlungsagenturen angelockt, die auf die Vielfalt des medizinischen Angebots und den guten Ruf diverser ChefarztInnen verweisen. Die Werbung erfolgt im Internet, auf Tourismus-Messen, ärztlichen Fachtagungen. Hilfreich sind auch gute Kontakte zu Regierungsstellen. Das Klinikum Nürnberg zum Beispiel hat einen Vertrag mit der kuwaitischen Botschaft in Berlin abgeschlossen, der für kontinuierliche Nachfrage von PatientInnen aus dem reichen Emirat am Persischen Golf sorgen soll. Gewünscht werden vor allem Leistungen aus den Bereichen Chirurgie, Gynäkologie, Orthopädie, Kardiologie und innerer Medizin.

Wachsender Markt

Warum die ausländischen Gäste so begehrt sind, erläutert der Gesundheitsökonom Jens Juszcak von der Fachhochschule Bonn-Rhein-Sieg: Die Beträge, die im Ausland wohnenden PatientInnen für ihre Behandlung zahlen, kommen zum Jahresumsatz der Kliniken dazu. »Über dieses Geld«, sagte Juszcak im WDR-Hörfunk, »können die Kliniken frei verfügen, ohne beispielsweise mit den Krankenkassen Rücksprache zu halten.« Anders als bei einheimischen Kranken, die gesetzlich oder privat versichert sind, können deutsche Hospitäler ihre Leistungen zu frei verhandelbaren Preisen an ausländische GastpatientInnen verkaufen, und die Abrechnung darf außerhalb des sektoralen Klinikbudgets erfolgen. Ermöglicht hat dies eine Reform der Bundespflegesatzverordnung, die seit zehn Jahren gilt.


Laut aktueller Statistik stieg die bundesweite Zahl von PatientInnen mit Wohnsitz im Ausland von 2004 auf 2005 um knapp sieben Prozent auf über 54.000. Etwa 14.000 davon seien ganz gezielt zur medizinischen Behandlung nach Deutschland gekommen, rechnet das Gelsenkirchener Institut Arbeit und Technik (IAT) vor; kräftig zugelegt hätten vor allem Bayern und Baden-Württemberg.

Das IAT findet die Bilanzen eher ernüchternd: »Zurzeit werden lediglich zwei Prozent der Patienten weltweit in der Bundesrepublik behandelt. Damit lässt sich auf Dauer eine internationale Spitzenposition der Gesundheitswirtschaft nicht behaupten.« Das will das Bundesforschungs- ➔

→ nisterium (BMBF) ändern. Es fördert eine »Health Care Export Initiative«, sie soll die »Vermarktung des Gesundheitsstandortes Deutschland« voran bringen.

Ein Nutznießer ist das IAT. Insgesamt 693.000 BMBF-Euro darf es bis April 2009 ausgeben, um Erfolg versprechende Strategien zum »Patientenimport und Serviceexport« wissenschaftlich zu erarbeiten. Dass unter 17 Millionen PatientInnen, die jährlich in deutschen Krankenhäusern behandelt werden, nur 54.000 aus dem Ausland einreisen, zeigt nach Ansicht des IAT, dass die vom BMBF gewünschte »Internationalisierung noch in den Anfängen steckt«. Dabei sei in den nächsten Jahren mit einem »enormen internationalen Nachfragewachstum« zu rechnen, insbesondere bei chronischen Erkrankungen. Die Zahl der Diabetes-Kranken etwa werden sich bis 2025 in China und Indien mehr als verdoppeln, orakelt das IAT. »Die Erschließung dieses Wach-

tums für die Gesundheitsanbieter«, empfiehlt das IAB, »erfordert eine enge Zusammenarbeit von Gesundheitsdienstleistern, Pharmaindustrie und Medizintechnikunternehmen.« Die »Wertschöpfungskette« reiche von der Diagnose über die Blutzuckereinstellung bis zur Dialyse und werde den Medizintourismus befördern: »Aus der vielschichtigen Monitoring- und Behandlungskette, die es zu etablieren gilt, resultieren auch Patientenströme, die gezielte Angebote, etwa bei Nierentransplantationen in der Bundesrepublik mit sich bringen«, prophezeit das IAT.

Dabei sollten sich die Kliniken nach Meinung des IAT nicht nur um zusätzliche GastpatientInnen bemühen, sondern auch erwägen, im Ausland eigene Kliniken zu betreiben. Neben Diabetes sieht das IAT noch mehr vielverbreitete Krankheiten als »Zielfelder« für seine Globalisierungs-Strategie: Herz-Kreislaufkrankungen, Schlaganfälle, Nierenleiden, orthopädische Versorgung. 

Unerfreuliches Urteil für ChefärztInnen

»Universitätsprofessoren des Fachs Medizin, denen in ihrer Eigenschaft als Chefärzte von Universitätskliniken die stationäre Behandlung von Privatpatienten in der Klinik aufgrund eines Behandlungs- und Liquidationsrechts gestattet ist, haben für die Inanspruchnahme der Infrastruktur der Klinik ein Nutzungsentgelt zu entrichten. Das Bundesverwaltungsgericht in Leipzig hat heute entschieden, dass ein Nutzungsentgelt, das die Erstattung der Kosten des Krankenhauses sowie einen Vorteilsausgleich in Höhe von 20 Prozent der Bruttoeinnahmen aus den Privatbehandlungen umfasst, nicht zu beanstanden ist.«

aus einer Pressemitteilung des Bundesverwaltungsgerichts zu einem Urteil vom 27. Februar 2008 (Aktenz.: BVerwG 2 C 27.06)

Auffällige Prozente

»Während im Jahr 2005 der Anteil Privatpatienten an der Gesamtbevölkerung 10,25 Prozent ausmachte, erhielten sie 14,96 Prozent aller in den Jahren 2004 und 2005 transplantierten Organe.«

aus der Zusammenfassung der Studie »Struktur der Transplantationen in Deutschland in den Jahren 2004 und 2005«. Die Auswertung, im Dezember publiziert vom Kölner Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie, steht im Internet: www.uk-koeln.de/kai/igmg/sgmg/2007-10_transplantationen.pdf

Privatversicherte bevorzugt operiert?

Einige Transplantationskliniken bevorzugen offenbar privat versicherte PatientInnen. Gegen diese These, aufgestellt von den SPD-Politikern Wolfgang Wodarg und Karl Lauterbach (Siehe *BioSKOP* Nr. 40) und gestützt durch eine Studie des Kölner Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie, geht die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) in die PR-Offensive.

Laut Professor Günter Kirste, Medizinischer Vorstand der DSO, fußen die Bevorzugungsvorwürfe auf einer »falschen Datenbasis«. Das ist ziemlich kurios, denn die Kölner Studie, derzufolge in 2004 und 2005 knapp 15 Prozent der OrganempfängerInnen hierzulande privat versichert gewesen seien, wertete Original-Zahlen aller deutschen Transplantationszentren aus; die DSO selbst hatte die Klinik-Bilanzen auf ihrer Homepage publiziert.

Seit Anfang 2008 sind die umstrittenen Zahlen allerdings von der DSO-Internetseite verschwunden. Dazu vermerkt die DSO, ohne weitere Erklärungen, einfach nur: »Die Berichte nach Transplantationsgesetz für das Jahr 2005 werden derzeit überprüft und sind daher nicht verfügbar.« Unmöglich ist auch ein Vergleich mit den Bilanzen der Vorjahre, da frühere Tätigkeits-

berichte ebenfalls nicht online stehen. Das seit über zehn Jahren geltende Transplantationsgesetz verlangt mehr Transparenz: Die DSO muss korrekte, auf die einzelnen Kliniken bezogene Daten veröffentlichen und Vergleiche zwischen den Zentren ermöglichen – aus gutem Grund: In bundesweiten Durchschnittswerten drohen regionale Auffälligkeiten unterzugehen und faktisch verschleiert zu werden.

Auf diverse Fragwürdigkeiten hatte Gesundheitspolitiker Wodarg mehrfach hingewiesen.

Zum Beispiel Hannover: Laut Zahlen der Medizinischen Hochschule (MHH), die im Dezember 2007 stolz ihre eintausendste

Lungentransplantation vermeldete (»Europaweiter Rekord!«), standen dort Ende 2005 exakt 130 privat versicherte und nur 38 gesetzlich versicherte PatientInnen auf der Warteliste für eine fremde Lunge. MHH-Pressesprecher Stefan Zorn, alarmiert durch einen Zeitungsbericht über die Hannoveraner Auffälligkeiten, erklärt, beim Übertragen der Zahlen sei »den DSO-Kollegen ein gravierender Fehler unterlaufen«. In Wahrheit liege die MHH »im Verhältnis Kassen- zu Privatpatienten sogar noch unter dem Bundeschnitt«. Welche Version denn nun stimmt, wird die Öffentlichkeit wohl erst erfahren, wenn DSO und Transplantationskliniken ihrer gesetzlichen Verpflichtung vollständig nachkommen und endlich belastbare Zahlen publizieren.

Klaus-Peter Görlitzer 

»Die Berichte werden derzeit überprüft und sind daher nicht verfügbar.«

Tödliche Neutralität

Vorgeburtliche Diagnostik und ärztliche Beratung

Von Annegret Braun (Stuttgart), Leiterin der PUA-Beratungsstelle zu vorgeburtlichen Untersuchungen beim Diakonischen Werk Württemberg

Guter Hoffnung sein

»Lassen Sie sich Zeit, sich ausführlich zu informieren, holen Sie sich Unterstützung und Beratung, bevor Sie bestimmte Untersuchungen in Anspruch nehmen. (...) Vorgeburtliche Diagnostik entwickelt sich ständig weiter. Immer früher und detaillierter können Diagnosen gestellt werden. Dennoch sind die Aussagen begrenzt und in den wenigsten Fällen bieten sie Möglichkeiten einer vorgeburtlichen Behandlung des Kindes. Deshalb heißt Schwangersein nach wie vor, guter Hoffnung sein und die Ängste und Unsicherheiten, die zu dieser Lebensphase gehören, anzunehmen. (...) In Bezug auf vorgeburtliche Diagnostik gibt es nicht die richtige, sondern nur die eigene Entscheidung.«

aus einer Information für werdende Eltern, verfasst und veröffentlicht vom Hamburger »Netzwerk PräNatalDiagnostik«.

Die Initiative, in der unter anderem Hebammen, FrauenärztInnen und Behinderteneinrichtungen mitwirken, hat sich zum Ziel gesetzt, »die Praxis der PND öffentlich und kritisch zu thematisieren und zu diskutieren«.

Kontakt: Hebammen-Verband-Hamburg, Angelica Ensel, Telefon (040) 392878, Internet: www.pndnetz.hamburg.de

Erfahrungen mit vorgeburtlichen Untersuchungen zeigen: Frauen und Paare sind verunsichert – und ihre Entscheidung zum Abbruch einer Schwangerschaft wird maßgeblich beeinflusst durch die Erst-Information von ÄrztInnen. Ein einheitliches Maß für Qualität kann es hier nicht geben, aber mehr Reflexion.

Die per Ultraschall, Fruchtwasseruntersuchung oder Chorionzottenbiopsie begründete Diagnose, ein Kind mit einer Behinderung zu erwarten, trifft werdende Eltern hart. Sie befinden sich im seelischen »Aus«, wenn sie entscheiden sollen, ob sie die Schwangerschaft mit einem gewollten Kind fortsetzen oder abbrechen sollen. Viele erwarten Hoffnung und Halt von GynäkologInnen – meist vergeblich.

Meiner Erfahrung nach beginnt hier schon, flankiert von der vermeintlichen Neutralität medizinischer Begriffe, der tödliche Verlauf. So

berichten mir fast alle Frauen: Mit der Diagnosemitteilung wird erläutert, dass 95 Prozent aller Betroffenen in vergleichbarer Situation die Schwangerschaft abbrechen. Viele »wählen« den Abbruch nicht allein in Folge einsamer »Selbstbestimmung«. Wenn FrauenärztInnen unverzüglich das mögliche äußere Erscheinungsbild, den Krankheitswert, die Defizite und Normabweichungen betonen, bleibt kaum Spielraum für andere Vorstellungen.

Zu was werden Frauen und Paare ermutigt, wenn ihnen Sätze wie die folgenden gesagt werden: »In meiner 30-jährigen Berufspraxis habe ich nie ein Paar erlebt, dass sich bei so einem Befund für ein Austragen entschieden hat.« Oder: »Das Kind wird so oder so sterben, ersparen sie ihm und sich diesen langen Weg.« Oder: »Die Gefahren, dass Sie eine Gestose entwickeln und ein Kaiserschnitt erforderlich wird oder eine Frühablösung der Plazenta passiert, sind bei so einer Risikoschwangerschaft höher.« Es kommt auch vor, dass MedizinerInnen den Abbruch direkt empfehlen.

Die Möglichkeiten eines gelingenden Lebens, geschildert im ärztlichen Beratungsgespräch, beschränken sich oft auf die Information, dass »solche Kinder ganz nett sind, manche Familie

sich dadurch bereichert fühlt und heutzutage gute Förderungen möglich sind«. Meist folgt den positiven Schilderungen umgehend ein »Aber«, »dass man zum Beispiel im Voraus nicht weiß, ob das Kind die Familie durch eine nicht so erwartete, ausgeprägtere Behinderung doch mehr belastet und schon vorhandene Kinder in Mitleidenschaft gezogen werden, oder ob die Ehe scheitert«. Oder: »In meiner Praxis sehe ich die alleinstehenden Frauen mit behinderten Kindern, wie sie an den Grenzen ihrer Kräfte sind.«

Eine mir bekannte Frau, die ein Kind mit Trisomie 18 erwartete, entschied sich gegen den Abbruch. In der 34. Schwangerschaftswoche wurde ihr eine vorzeitige Geburtseinleitung, sprich ein Abbruch der Schwangerschaft, dennoch dringend empfohlen, da der Kopf des Kindes möglicherweise

noch wachsen und im Becken stecken bleiben könnte. In 25 Jahren klinischer Berufserfahrung habe ich noch kein einziges Kind mit Trisomie 18 erlebt, das einen

zu großen Kopfumfang hatte. Im Gegenteil: Eines der Symptome ist ein kleiner Kopf. Das Kind starb kurz nach der Geburt, die Prozedur bis dahin hatte volle sechs Tage gedauert.

Ärztliche Aufgabe ist es zu heilen, zu lindern und – wenn nötig – in den Tod zu begleiten. Das muss auch für Kinder mit Behinderung ohne Einschränkung gelten. Nicht der Abbruch, sondern alle Aspekte des Lebens mit Behinderung müssen im Zentrum der Beratung stehen. Sie bieten die Basis für eine Entscheidung, in welche Richtung auch immer. Erst dann kann auch eine tragfähige Entscheidung, die eventuell auf eine Beendigung der Schwangerschaft hinausläuft, durchgestanden und verarbeitet werden. Denn nur wenn alles ausgelotet ist, kann sich der Abbruch als letzter Ausweg erweisen. Um die psychischen Folgen solcher Entscheidungen wissen nur wenige ÄrztInnen. Die Diagnose Trisomie 21 (Down-Syndrom) etwa wird, statistisch gesehen, bei einer von 700 Schwangerschaften gestellt. In vielen Frauenarztpraxen bei durchschnittlich 70-100 Schwangeren im Jahr kommt dies also jahrelang gar nicht vor. Andere Fehlbildungen sind noch seltener. Über die medizinischen Seiten des Abbruchs sind die betroffenen Schwangeren nach medizinischer Auf-

Mit der Diagnose wird erläutert, dass 95 Prozent aller Betroffenen in vergleichbarer Situation die Schwangerschaft abbrechen.

Unbekannte Testqualität

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat einen Vorbericht zum Ultraschallscreening in der Schwangerschaft vorgelegt. Das Fazit: Ob diese Reihenuntersuchungen richtige Diagnosen liefern und möglichst viele Behinderungen vorgeburtlich identifizieren, lässt sich verlässlich nicht sagen.

Welche Leistungen die gesetzlichen Krankenkassen erstatten, bestimmt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA). Im Herbst 2005 beauftragte er das IQWiG, die »diagnostische Güte« vom Fehlbildungs-Ultraschall im ersten und zweiten Schwangerschaftsdrittel als Reihenuntersuchung zu prüfen. Wie groß das »Risiko« sein soll, ein Kind mit Trisomie 21 (Down-Syndrom) zu gebären, wird im ersten Trimester (Drittel) der Schwangerschaft anhand bestimmter Kriterien kalkuliert: Alter der Mutter, biometrische Berechnungen am Fötus und Ultraschallaufnahmen der Nackenfalte.

Das Test-Angebot ist eine »individuelle Gesundheitsleistung (IGeL)«, die Schwangere selbst bezahlen müssen. Bekannte PränatalmedizinerInnen wünschen sich dieses »Ersttrimester-Screening« aber als Kassenpflichtleistung. Gefordert wird auch die Kostenübernahme für einen großen Fehlbildungsultraschall, der bislang nur »Risiko-Schwangeren« gewährt wird. Der Vorbericht des IQWiG ist kaum dazu angetan, den Wünschen der PND-Lobby zu dienen. Im Frühjahr soll ein Endbericht folgen, auf dessen Grundlage der G-BA dann entscheidet, ob die Krankenkassen zukünftig Fehlbildungsscreenings finanzieren müssen.

Nach intensiver Literaturrecherche hatten die IQWiG-ExpertInnen 62 internationale Studien aus-

gewählt, um die Entdeckungsrate der Reihenuntersuchungen sowie beeinflussende Faktoren wie Erfahrung des Untersuchers und Qualität der Diagnosegeräte zu bewerten. Auf Basis dieser Recherchen könne man vage schätzen, so das IQWiG, dass in einem Ersttrimester-Screening bei 1.000 Frauen sieben ein Kind mit Chromosomen-Anomalien erwarten würden. Fünf davon könnten durch die Diagnostik entdeckt werden, zwei blieben jedoch unerkannt. Mit einem »positiven Testergebnis« wären aber nicht nur besagte fünf Frauen konfrontiert – sondern insgesamt 53, denen das Screening eine Auffälligkeit meldet. Zwecks Abklärung wird ihnen eine Fruchtwasseruntersuchung angeboten, deren Risiko, eine Fehlgeburt zu verursachen, auf 0,5 Prozent beziffert wird. Von 1.000 Frauen, die diese Untersuchung vornehmen lassen, würden fünf eine Fehlgeburt durchmachen.

All das sind Schätzungen. Denn die begutachteten Studien sind so unterschiedlich, dass sie keine allgemeingültigen Aussagen gestatten. Dass die Qualität von Geräten und UntersucherInnen die Entdeckungsrate beeinflussen, kann nur vage vermutet werden. Die Qualitätssicherer vom IQWiG fordern für Screeningprogramme mehr begleitende Studien. »Sinnvoll« erscheint ihnen außerdem ein »Perinatalregister«, um »auffällige Feten« lückenlos nachverfolgen und alle Kinder mit Fehlbildungen, negativen Befunden oder ohne Screening identifizieren zu können.

Dass solche Register problematisch sind, findet im Bericht ebenso wenig Erwähnung wie die gesundheitspolitischen und individuellen Folgen von vorgeburtlichen Screenings als Kassenleistung. Aber es gibt Hinweise von Sachverständigen. Annegret Braun (Siehe Seite 8), Leiterin der PUA-Beratungsstelle in Stuttgart, schreibt in ihrer kritischen Stellungnahme zum IQWiG-Vorbericht: »Als IGeL kann die Nackentransparenz-Messung noch als ein ›Geschäft mit der Angst‹ angesehen werden. Als Vorsorgeleistung wird dieser Gesichtspunkt verschleiert.« **Erika Feyerabend**

»Vorläufige

Nutzenbewertung«

Über 200 Seiten lang ist der Vorbericht des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zum Ultraschallscreening in der Schwangerschaft. Die »vorläufige Nutzenbewertung« zur »Testgüte hinsichtlich der Entdeckungsrate fetaler Anomalien« steht auf der Homepage des Instituts:

www.iqwig.de/download/S05-03_Vorbericht_Ultraschallscreening_in_der_Schwangerschaft.pdf

→ klärung einigermaßen im Bilde, die psychischen Folgen werden meist nur in ein, zwei Sätzen angesprochen.

Selbst wenn Eltern einen Abbruch ablehnen oder zumindest noch sehr schwankend sind, gibt es SpezialistInnen, die dies nicht respektieren wollen. So konnte es zu dieser perversen Begründung kommen: »Sie wollen dieses kranke Kind und das alles doch nicht mit in die Weihnachtszeit mitnehmen, das sollten wir vorher lösen.« Noch deutlicher wird zuweilen auf Fachkongressen

geredet. Zum Beispiel der Londoner Professor Kypros Nicolaides, Begründer der Nackentransparenzmessung und des Ersttrimester-Screenings, das bezweckt, Kinder mit Entwicklungsstörungen frühzeitig herauszufiltern. Im Januar 2004 verkündete Nicolaides in Ludwigsburg auf dem 3. Baden-Württembergischen Kongress für Pränatal-Medizin vor über 600 ÄrztInnen, sein Ziel sei es, ganz England frei von Down-Syndrom und Spina bifida (gespaltene Wirbelsäule) zu machen. Er erntete brausenden Beifall.

»Skulptur des ungeborenen Lebens«

Eine Firma baut Föten-Abbilder aus Gips – und hofft, dass FrauenärztInnen ihr bei der Produktwerbung helfen

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

Die Phacon GmbH hat ein Verfahren entwickelt und zum Patent angemeldet, das einzigartig sein soll: Aus dreidimensionalen Ultraschallaufnahmen des Föten stellt die Leipziger Firma eine Skulptur her – als »exklusive Erinnerung an die Schwangerschaft«, wie die Werbung verheißt. Bei der Vermarktung sollen GynäkologInnen helfen, die aus Erfahrung wissen, wie man Selbstzahler-Leistungen an die Frau bringt. Zum günstigen Geschäftsumfeld gehört auch, dass die Visualisierung von Lebensprozessen in Laboren und Kliniken alltäglich ist.

»Wir lüften eines der bestgehüteten Geheimnisse der Natur.« So euphorisch bewerben die Jungunternehmer Ronny Grunert und Hendrik Möckel ein neues Produkt für werdende Eltern. Ihre Firma Phacon, gegründet im April 2007 in Leipzig, bietet eine »Skulptur des ungeborenen Lebens« an. Auf Grundlage von dreidimensionalen Ultraschallbildern wird ein Spezialgips geformt, der eine »originalgetreue Abbildung des Babys« sein soll. Schon vor der Geburt könnten so »die Mimik betrachtet und Vergleiche angestellt werden, wem der Nachwuchs ähnlich sehe«, verspricht Grunert. Potenzielle Kundinnen können per Internet oder auf Anregung ihrer GynäkologInnen zwischen den Preisklassen »Classic«, »Premium« oder »Individuell« wählen und sich für verschiedene Farben oder Gravuren entscheiden. Rund 500 Euro kostet die sogenannte »Chance, Ihr Kind – wenn es noch im Mutterbauch wächst und gedeiht – schon einmal in die Arme zu nehmen«, ist auf der Firmenhomepage zu lesen.

Ultraschallbilder gehören seit langem zum Leben schwangerer Frauen. Die rauschenden, schwarz-weißen Einblicke ins Körperinnere ließen anfänglich nur mit gutem Willen und Expertenkommentaren eine Kontur vom Ungeborenen erahnen. Heute ist die Bildauflösung besser und bunter. So manches Familienalbum beginnt mit einem Polaroidabzug vom Ultraschall. Auch Videoaufzeichnungen vom Ungeborenen sind im Angebot, um Partner oder Angehörige zumindest visuell an der Schwangerschaft zu beteiligen. Phacon bietet nun ein »greifbares Modell«, das man nicht nur ansehen, sondern auch anfassen kann.

Die junge GmbH ist eine Ausgründung des Zentrums Innovationskompetenz für computerassistierte Chirurgie (ICCAS) der Universität Leipzig; sie hat im Rahmen diverser Wettbewerbe und Gründerinitiativen Lorbeeren verdient. Umsatz macht das Unternehmen vor allem mit Simulationsmodellen für Operationen und die chirurgische Weiterbildung. Das sind Körpermodelle vom Ohr oder in Zukunft beispielsweise auch vom Herzen, die mit einem Computer verbunden werden und es ermöglichen, mit »realen« Instrumenten Operationen zu planen und zu üben. Für den zusätzlichen Geschäftsbereich »Skulpturen des ungeborenen Lebens« werden die Ultraschall-Daten – zuvor vom behandelnden Arzt auf einer CD abgespeichert – bei Phacon für einen dreidimensionalen Drucker bearbeitet, der dann einen Gipsabdruck erstellt. Das Verfahren ist zum Patent angemeldet, und die Leipziger Firma gilt damit als einziger Anbieter. Nach Unternehmensangaben wurden seit Dezember 25 Abbilder von Föten aus Gips erstellt, weitere 15 Anfragen sollen vorliegen.

Geschäftstüchtige GynäkologInnen

Ein Verzeichnis der Frauenarztpraxen in Deutschland und den USA ist bereits erstellt, um systematisch und aktiv den Markt für pränatale Gipsfiguren zu erschließen. Tatkräftige Hilfe bekam das kleine Unternehmen von Renaldo Farber. Der Professor organisiert an der Uni Leipzig die ärztliche Weiterbildung für das Ersttrimester-Screening, um mit Ultraschall und Blutuntersuchungen vorgeburtlich behinderte Föten erkennen zu können.

Das Feld für die pränatalen Gipsfiguren ist schon bestellt. Das wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen (WlO) hat neulich eine repräsentative Befragung zu »individuellen Gesundheitsleistungen« (IGeL) gemacht. Die ForscherInnen schätzen, dass ein Viertel aller gesetzlich Versicherten im Rahmen ihrer Arztbesuche solche privaten Dienstleistungen angeboten oder in Rechnung gestellt bekamen. Der hochgerechnete Umsatz: rund eine Milliarde Euro im Jahr.

Spitzenreiter in diesem wachsenden und wenig transparenten Privatmarkt sind die gynäkologischen Praxen, Bestseller sind die Ultraschall-Untersuchungen. Das Ersttrimester-Screening →

Anzeige gefällig?

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

→ (Siehe Seite 9) ist beispielsweise ein IGeL-Angebot für rund 150 Euro. Zusätzlich zu den drei Ultraschalls, die von den Krankenkassen bezahlt werden, können weitere privat hinzu gekauft werden. Kostenpunkt: rund 40 Euro pro Beschallung.

PID auf Expansionskurs

Die EU-Kommission dringt auf europäische Leitlinien zur Präimplantationsdiagnostik (PID). Standardisiert werden sollen Qualität und rechtliche Voraussetzungen – für ein Testverfahren, das in Deutschland laut Embryonenschutzgesetz gar nicht eingesetzt werden darf.

Mittels PID wird ein im Reagenzglas gezeugter Embryo auf genetische Risiken für Krankheiten getestet; anschließend entscheiden Reproduktionsmediziner und Kinderwunsch-Patientin, ob der gecheckte Embryo in die Gebärmutter implantiert oder verworfen wird.

Ihre Forderung stützt die EU-Kommission auf eine im Dezember veröffentlichte Studie. Die beauftragten ForscherInnen, darunter der Kieler Reproduktionsmediziner Andreas Schmutzler, hatten eine Umfrage unter 160 Spezialkliniken gestartet. Die PID »expandiert«, stellten sie nach der Auswertung fest; im EU-Gebiet sowie in der Schweiz sollen insgesamt 53 Zentren den Gencheck nach künstlicher Befruchtung anbieten. Die meisten Behandlungen gibt es in Spanien, Belgien und der Tschechischen Republik – wobei ein beträchtlicher Teil der Patientinnen aus Staaten anreise, die PID nicht erlauben, also auch aus Deutschland.

Die Rechtslage zu ändern, fordern seit Jahren ÄrztInnen, die an der Befruchtung außerhalb des Mutterleibs verdienen. Etwa der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin, Hans-Rudolf Tinneberg: »Wir wünschen uns«, sagte er Ende November der Zeitung *Tagesspiegel*, »dass wir die besten Blastozysten, also Embryonen, die schon mehrere Tage im Reagenzglas gereift sind, für die Einpflanzung auswählen dürfen.«

Möglich, dass die Lobbyisten den Gesetzgeber demnächst auch per gezieltem Rechtsbruch herausfordern. Jedenfalls sagte Tinneberg im *Tagesspiegel*-Interview auch: »Inzwischen raten uns einige Juristen schon, auf dem Weg der Selbstanzeige Präzedenzfälle zu schaffen, die dann vor Gericht entschieden werden müssen.« (Siehe auch Randbemerkung rechts)

Klaus-Peter Görlitzer



Offensiv und ohne jeden medizinischen Bezug wirbt das GynWeb, dem sich 900 Praxen zugehörig fühlen, für dreidimensionale visuelle Abbildungen vom Ungeborenen: »Von Anfang an live dabei: Bestaunen Sie die individuellen Gesichtszüge Ihres Kindes bereits vor der Geburt.« Ganz selbstverständlich sind Lifestyle-Werbungen in den gynäkologischen Unternehmenskulturen, unter anderem für die Kategorien Anti-Aging, Wellness oder Schönheitsoperationen und Schminktipp. Schwangere werden seit längerem und selbstverständlich als Patientinnen wahrgenommen. Im IGeL-Zeitalter werden sie zu Kundinnen, die auch dann mit bunten Bildern, Gipsföten oder Offerten in Sachen Körpergestaltung konfrontiert werden, wenn sie medizinischen Rat im öffentlichen Gesundheitswesen suchen.

Technogene Körperansichten

Die Visualisierung von Lebensprozessen ist zentral für alle Bereiche wissenschaftlicher Arbeit in Labor und Klinik. Mit dem inflationären Einsatz des Ultraschalls in den gynäkologischen Praxen, mit den endlos reproduzierten Bildern toter Föten von Lennart Nilsson, wurde die Darstellung des vormals unsichtbaren Ungeborenen Teil der Alltagskultur, der Selbstwahrnehmung und der Geschlechterverhältnisse. Die sozialen Folgen sind tiefgreifend. Das öffentliche Bild vom Fötus ist zum Emblem des rein biologisch und abstrakt verstandenen »Lebens« geworden, dem Frauen zu dienen haben. Auch die Debatten um den Abtreibungsparagrafen, Embryonenschutzgesetz und Stammzellforschung haben diese Sicht verstärkt.

Was von Frauen erwartet wird und was WissenschaftlerInnen zu tun erlaubt ist, wird wesentlich am moralischen und juristischen Bild von Embryo oder Fötus diskutiert. Die Zumutungen für die individuelle Frau, ihr sozialer Kontext und die Geschlechterverhältnisse sind kaum im Gespräch. Schwangerschaft als ein biografischer, körperlich-seelischer Prozess, den Frauen eingehen oder nicht, der mit Zufällen und Überraschungen behaftet ist, ist aus der Mode. Geschlecht und Gesundheitszustand ihrer Leibesfrucht werden pränatal ermittelt und als »Qualitätsprüfung des Fötus« angesehen.

Mit dreidimensionalen Bildern soll nun auch die Mimik vorzeitig sichtbar werden. Die Leipziger Unternehmer wollen mit ihrer »Skulptur des ungeborenen Lebens« gar ein Kind zum Anfassen liefern, bevor es überhaupt geboren ist. Doch die beschleunigte Menschwerdung ist nicht sinnlicher. Sie ist technologisch und ökonomisch vermittelt.

Keine Kassenleistung

Der Streit um die Präimplantationsdiagnostik (PID) wird inzwischen auch vor Gericht ausgetragen – bislang ohne Erfolg für diejenigen, die diese Selektionstechnik beanspruchen. Das Berliner Sozialgericht wies im Juni 2007 die Klage einer 32-jährigen ab, die ihre Krankenkasse zwingen wollte, die PID zu finanzieren. Da die Untersuchung in Deutschland nicht erlaubt ist, wollte die Berlinerin in eine belgische Klinik reisen, um dort künstliche Befruchtung und Embryo-Check ausführen zu lassen. Dies dürfe ihre Krankenkasse nicht bezahlen, urteilten die Berliner Richter. Zur Begründung schrieben sie, die PID stehe nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, den ja der »Gemeinsame Bundesausschuss« (G-BA) festlegt. Würde der G-BA dies beizeiten ändern und die PID zur Kassenleistung erklären, reicht auch ein solcher Beschluss nach Meinung der Berliner Richter allein nicht, um eine Pflicht zur Kostenübernahme zu rechtfertigen. Denn mit der PID verbunden sei »ein schwerer Eingriff in den Schutzbereich des menschlichen Lebens«, so dass zuallererst die Politik gefordert sei: Der Bundestag selbst müsse entscheiden, ob die PID per Gesetz zugelassen werden soll. »Wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Angelegenheit« hatte das Berliner Gericht die Sprung-Revision gegen das Urteil (Aktenzeichen: S 86 KR 660/04) zum Bundessozialgericht zugelassen. Die Beteiligten haben aber keine Rechtsmittel eingelegt, das Berliner Urteil ist rechtskräftig.



Ein säkulares Ritual?

Patientenverfügungen sollten nicht geregelt werden

Von Thomas Klie (Freiburg), Professor für Öffentliches Recht und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie

Noch in dieser Legislaturperiode soll der Deutsche Bundestag entscheiden, ob Patientenverfügungen per Gesetz verbindlich gemacht werden sollen oder nicht. Thomas Klie, Jurist und Mitverfasser des Freiburger Appells »Cave – Patientenverfügung!« (Siehe BioSKOP Nr. 39), rät davon ab.

Solidarität in Frage gestellt

»Es ist gerade ein Zeichen einer solidarischen und kulturell reichen Gesellschaft, dass sie allen Menschen ein Lebensrecht zuspricht und jenen einen besonderen gesellschaftlichen Wert zuordnet, die Menschen in Grenzsituationen ihres Lebens begleiten, wie etwa Angehörige, Pflegende und freiwillig Tätige. Patientenverfügungen stehen in der Gefahr, dass in der Bevölkerung mit bestimmten Krankheitsbildern Vorstellungen von lebensunwertem Leben assoziiert werden. Damit verstellen sie den Blick auf ein Leben, dem unter anderen Vorzeichen durchaus Lebenswert innewohnt. Die Offenheit des Menschen für eine andere Art des Seins wird durch die Propagierung von Patientenverfügungen ebenso in Frage gestellt wie die Solidarität der Gesellschaft mit denen, die ihr Leben trotz der schweren Krankheiten und Behinderungen leben wollen.«

aus dem »Appell: Cave Patientenverfügung!«, adressiert an den Bundestag. Wer den Freiburger Appell unterstützen möchte, findet den Wortlaut auf der Internetseite von Professor Christoph Student: <http://christoph-student.homepage.t-online.de/42853.html>

Es ist vernünftig, auch rechtlich Vorsorge zu treffen – für den Fall, dass ich einmal nicht mehr selbst entscheiden kann. Führt man sich die rechtliche Situation vor Augen, so drängt sich rechtliche Vorsorge als persönliches Muß geradezu auf: sind doch etwa nahe Angehörige gar nicht berechtigt, für mich zu entscheiden und auch Ärzte darauf verwiesen, sich an meinem Willen zu orientieren. Eine Patientenverfügung, verbunden mit einer Vorsorgevollmacht, die einen Vertrauten zur Vertretung meiner Interessen bestimmt, verschafft entsprechende Legitimität. Auch die Bilder von Wachkoma-Patienten, Schilderungen von in der Sterbephase wiederbelebten und per Schlauch beatmeten Kranken, legen es nahe, sich mit dem Thema »Patientenverfügung« konstruktiv auseinanderzusetzen. Entsprechend sehen inzwischen mehrere europäische Rechtsordnungen Regelungen zur Verbindlichkeit von Patientenverfügungen vor, so etwa in Österreich, Dänemark, Großbritannien, Belgien und den Niederlanden. Allerdings sind sie in ihrer Ausgestaltung durchaus unterschiedlich.

Das was nahe liegt, das was im Trend der Zeit liegt – nämlich die Selbstbestimmung und Autonomie bis zum Lebensende zu verteidigen, wird von etwa zehn Prozent der Bevölkerung genutzt. Das besagen jedenfalls die (neuen) Zahlen, vorgelegt vom Erlanger Psychogerontologen Frieder Lang. Hört man genauer hin, dürften es nur 2,5 Prozent der Bevölkerung sein, die tatsächlich eine Patientenverfügung unterzeichnet haben. Die Bereitschaft, derartige Willenserklärungen zu verfassen, steigt, insbesondere bei älteren Menschen.

Der Bundestag hat sich in einer seiner so genannten »Sternstunden« im April 2007 parteiübergreifend und kontrovers mit Patientenverfügungen und deren Reichweite auseinander gesetzt. Nach Österreich (Siehe BioSKOP Nr. 34) ist nun auch für

Deutschland ein Gesetz zu erwarten, das die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen regelt.

Im Freiburger Appell »Cave – Patientenverfügung!« (Siehe Randbemerkung links) warnen wir allerdings vor einer gesetzlichen Regelung. Denn was allzu vernünftig erscheint, was sich für einen aufgeklärten Menschen gehört, ist möglicherweise gar nicht so »rational« wie es scheint. Abgesehen von den bekannten Gefahren der Verbreitung von Patientenverfügungen – Verankerung sozialer Normen im Umgang mit schwerer Krankheit und Behinderung, gesundheitsökonomische Hintergründe, die Schwierigkeit, für qualitativ andere Lebenssituationen vorab tragfähige Entscheidungen zu treffen – lösen Patientenverfügungen auch in anderer Hinsicht Nachdenklichkeit aus: Inwieweit kommt ihnen eigentlich eine rituelle Bedeutung zu?

Ohne Rituale funktioniert keine Gesellschaft, und jede Zeit gebiert ihre eigenen. Rituale vereinfachen die Bewältigung komplexer lebensweltlicher Situationen, indem sie durch Wiederholungen hochaufgeladene, krisenhafte Ereignisse in routinierte Abläufe überführen. Auf diese Weise erleichtern Rituale den Umgang mit der Welt, das Treffen von Entscheidungen und die Kommunikation. Rituale ermöglichen darüber hinaus die

Rituale zeichnen sich dadurch aus, dass ihre vordergründige Aussage eine andere sein kann als der eigentliche Bedeutungsgehalt.

symbolische Auseinandersetzung mit Grundfragen der menschlichen Existenz, dem Streben nach Sicherheit und Ordnung, dem Wissen um die eigene Sterblichkeit.

Das passt in mancher Hinsicht zu Patientenverfügungen: Sie lassen uns dort, wo religiöse Rituale ihre Bedeutung verlieren, traditionale Autorität Legitimation einbüßt, gleichwohl in gleichförmiger Weise Grundfragen der Existenz, des Sterbens und Leidens »fassen«, Entscheidungen rechtfertigen und Sicherheit und Ordnung der letzten Dinge herstellen.

Rituale zeichnen sich dadurch aus, dass ihre vordergründige Aussage eine andere sein kann als der eigentliche Bedeutungsgehalt. In Vordrucken für Patientenverfügungen, in Kraft gesetzt mit einer Unterschrift, legt der aufgeklärte Mensch eine Willensäußerung für den Fall nieder, dass er selber nicht mehr entscheiden kann, ohne in der Regel genau zu wissen, welche Situation ihn →

»Strafrechtlich verfolgen«

Illegale Preisabsprachen in der Pharmabranche fliegen immer mal wieder auf. Den beteiligten Firmen drohen dann millionenschwere Bußgelder, mitunter auch Ansprüche auf Schadensersatz. Aber die Verantwortlichen müssen nicht mit persönlichen Konsequenzen rechnen – und so können schlimmstenfalls weiter agieren wie gewohnt. Ein unhaltbarer Zustand, findet die »Coordination gegen BAYER-Gefahren« (CBG). Der Düsseldorfer Verein macht sich nun dafür stark, KartellbetrügerInnen auch strafrechtlich zu verfolgen.

In einem »Offenen Brief« an Bundesjustizministerin Brigitte Zypries (SPD) schreibt die CBG, es sei eine »gesetzgeberische Fehlleistung ersten Ranges«, dass Verstöße gegen Kartellvorschriften nur mit Bußgeldern, nicht aber mit Strafen belegt sind. Denn von einem »abschreckenden Effekt« könne erst dann ausgegangen werden, »wenn die verantwortlichen Manager Gefängnisstrafen fürchten müssen«. Zypries hat dazu bislang geschwiegen.

Weitere Hintergrundinformationen stehen auf der Homepage der CBG, wo man ihre Forderung auch direkt unterstützen kann:
<http://www.cbgnetwork.de/1568.html>



→ zukünftig erwartet. Es mögen berechtigte Sorgen und Ängste sein, dass nicht in seinem Sinne entschieden werden wird, es mag auch die Vorstellung sein, unter ganz bestimmten Bedingungen nicht mehr leben zu wollen. Der Sprachgehalt der Patientenverfügung liegt in der Betonung dieser Autonomie des eigenen Willens, der Selbstbestimmung.

Schauen wir mit dem Arzt und Medizinethiker Stephan Sahm genauer hin. Laut seiner Studie »Sterbebegleitung und Patientenverfügung« (BIO SKOP Nr. 36) ist es gar nicht dieses in jedem Fall Am-eigenen-Willens-festhalten-wollen – sondern oft eher der Wunsch, dass mit mir und für mich eine Entscheidung getroffen wird, die mir entspricht, die mich nicht übergeht, die meine Integrität schützt. Es ist davon auszugehen, dass man mit der Unterschrift unter eine Patientenverfügung Befürchtungen entgegentritt, genau dieses könnte nicht

Fair und gentechnikfrei!

Am 12. Mai beginnt in Bonn eine Konferenz der Vereinten Nationen (UN). DelegiertInnen aus 190 Staaten reden dann drei Wochen lang über globale Biodiversität, sie verhandeln über die Kontrolle des Saatguts und die Sicherung der sogenannten »genetischen Ressourcen«. Auf der Agenda stehen auch weltweite Mindeststandards zum Umgang mit gentechnisch veränderten Organismen sowie für die Haftung von Schäden durch Gentechnik.

Am selben 12. Mai (Pfungstmontag) wird es in Bonn eine Großdemonstration geben. Zahlreiche Verbände rufen dazu auf, unter anderem die Arbeitsgemeinschaft bäuerliche Landwirtschaft, Greenpeace und das Gen-ethische Netzwerk. »Für biologische Vielfalt – regional, fair, gentechnikfrei!« heißt das Motto, das den UN-DelegiertInnen den richtigen Weg weisen soll. Ab 14 Uhr steigt dann in den Bonner Rheinauen ein »Festival der Vielfalt«.

Tags drauf geht es mit dem international besetzten Gegen-Kongress namens »Planet Diversity« weiter. Bis einschließlich 16. Mai werden Menschen aus Initiativen und Zivilgesellschaft über die Zukunft von Landwirtschaft und Lebensmitteln diskutieren. Zu Demo und Kongress darf jede/r kommen, das umfangreiche Programm steht im Internet: www.planet-diversity.org/de



geschehen. Autonomie und Fürsorge sind in der modernen Ethik keine Gegensätze, sondern sie »bedingen« sich: Patientenverfügungen als kollektive Auflehnung gegen Fremdbestimmung, gegen die Furcht, nur noch Objekt einer seelenlosen Medizin und ausgeliefert zu sein; aber auch

darüber hinausgehend als Versuch, krisenhaften Ereignissen und der Angst vor ihnen etwas entgegenzusetzen.

Patientenverfügungen, so will es der Gesetzgeber scheinbar regeln,

sollen verbindlich sein. Was sie im Einzelfall bedeuten, ist oft erst im Wege der Interpretation richtig zu erschließen – gerade dann, wenn man den Einzelnen ernst nehmen will. Patientenverfügungen als Phänomen unserer Zeit lassen sich ebenfalls deuten, eben auch als Ritual, als kollektiver Versuch, sich in einer säkularisierten Welt individuell mit dem Sterben auseinanderzusetzen.



Gesundheitskarte sofort stoppen!

Der Widerstand gegen die geplante »elektronische Gesundheitskarte« (eGK) wird stärker: Ein breites Bündnis von Bürgerrechtsorganisationen, DatenschützerInnen, PatientInnen und Ärztenverbänden fordert das Bundesgesundheitsministerium auf, das Kartenprojekt sofort zu stoppen. »Die Öffentlichkeit ist bisher in keiner Weise objektiv über die Folgen der Einführung einer zentralen Krankendatei auf Servern bei Krankenkassen oder kommerziellen Anbietern informiert worden«, heißt es in einer gemeinsamen Pressemitteilung. Schlechte Ergebnisse bisheriger Kartentests würden »regelmäßig unterschlagen«; es sei zu befürchten, »dass durch dieses verfehlte Projekt deutlich weniger Geld für die Versorgung der Versicherten zur Verfügung stehen wird«. Auf der Homepage der Ärztevereinigung IPPNW steht eine Protest-Erklärung, adressiert an Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD). Rund 1.000 Menschen haben sie bislang unterschrieben, weitere UnterstützerInnen erwünscht: www.ippnw.de/SozialeVerantwortung/E-Card_stoppen/form/E-Card_stoppen!.html

Zum Weiterlesen

Thomas Klie und Johann-Christoph Student: Die Patientenverfügung – Was Sie tun können, um richtig vorzusorgen. 10. neubearbeitete Auflage. Januar 2008 (Verlag Herder, Freiburg), 192 Seiten, Preis: 9,90 €.

Was Patientenverfügungen im Einzelfall bedeuten, ist oft erst im Wege der Interpretation richtig zu erschließen – gerade dann, wenn man den Einzelnen ernst nehmen will.



Nach-Frage nach neuen Ressourcen

Lieferantinnen für die Stammzellforschung

»Embryo- und Eggsharing-Programme setzen finanzielle Anreize zur Abgabe von IVF-Embryonen und Eizellen. Sie sprechen daher vor allem ökonomisch unterprivilegierte Frauen an, die sich ansonsten keine IVF-Behandlung [künstliche Befruchtung, die Red.] leisten können. Dies kann als Ausnutzen einer ökonomischen Notlage betrachtet werden. Frauenorganisationen sprechen von einer Ausbeutung von Frauen und ihrer Degradierung zu »Rohstofflieferantinnen« für die Stammzellforschung. Außerdem besteht die Gefahr, dass Ärzte Frauen gezielt stärker hormonell stimulieren, um mehr Eizellen oder Embryonen zu gewinnen. Dies setzt Frauen jedoch einem höheren Risiko aus, ein Überstimulationssyndrom zu erleiden, das mit erheblichen gesundheitlichen Gefährdungen assoziiert ist. Diese Entwicklungen weisen darauf hin, dass der Embryo- und Eizellbedarf der Stammzellenforschung in die Praxis der Reproduktionsmedizin eingreift und diese sowohl in technischer wie auch in ethischer Hinsicht überformt und verändert.«

aus einer Stellungnahme der Biologin und Technikfolgenforscherin Regine Kollek. Die Professorin von der Universität Hamburg äußerte sich im Rahmen einer »Öffentlichen Anhörung zur Änderung des Stammzellgesetzes«, die der Forschungsausschuss des Bundestages am 3. März 2008 in Berlin abhielt.

An der Ruhruniversität Bochum (RUB) gibt es ein Institut für Medizinische Ethik. Dessen Leiter Jochen Vollmann wirbt für Patientenverfügungen und Klinische Ethikkomitees, die Ärzten und Angehörigen empfehlen sollen, ob lebensnotwendige Therapien bei schwerkranken Patienten fortgesetzt werden sollen oder nicht (Siehe *BIO-SKOP* Nr. 35). Ökonomische Fragen und solche zur Allokation (Ressourcenverteilung) hat Professor Vollmann seit langem im Blick: »Angesichts hoher Krankenhausbehandlungskosten am Lebensende«, schrieb er 2001 in einer Expertise für das Robert-Koch-Institut, »wird insbesondere bei hochbetagten Patienten zu entscheiden sein, ob diese Ressourcen nicht besser in eine gemeindenahere palliative Medizin investiert werden sollen.«

Im April 2006 wurde an Vollmanns Abteilung eine Nachwuchsforschergruppe unter Leitung des Biologen Oliver Rauprich eingerichtet. Ihr langer Titel soll Arbeitsprogramm sein: »Gerechtigkeit in der modernen Medizin. Leistungsansprüche und Kostenerwägungen als Probleme gerechter Allokation öffentlicher Mittel im Gesundheitswesen«. Gefördert mit 737.000 Euro vom Bundesforschungsministerium (BMBF), beschäftigen sich die Nachwuchsethiker fünf Jahre mit einem Projekt, das »Modellcharakter« haben soll. Herauskrigen wollen sie, »ob es ethisch angemessen und geboten erscheint, reproduktionmedizinische Behandlungen als Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung bereitzustellen.«

Zurzeit übernehmen die Krankenkassen die Hälfte der Behandlungs- und Arztkosten von bis zu drei Zyklen einer In-Vitro-Fertilisation (IVF = Künstliche Befruchtung). Ob dies gerechtfertigt sei oder mehr oder weniger Zuschuss sein dürfe, erfragen die Bochumer Ethiker derzeit bei handverlesenen Politikern, Medizinerinnen, potenziellen Patienten und einer Stichprobe zufällig ausgewählter Bürger. Studienleiter Rauprich selbst ist wohl schon festgelegt: Die Gesellschaft solle die Kosten für die »Behandlung des unerfüllten Kinderwunsches« künftig stärker tragen, dafür sprächen »moralische Überlegungen im Rahmen einer Konzeption vom gelungenen Leben«, erläuterte er im Oktober bei einem Vortrag an der Technikfolgenabschätzungsakademie in Bad Neuenahr-Ahrweiler.

Rabatte für Frauen, die Eizellen für die Forschung »spenden«

Der umfangreiche Erhebungsbogen von Rauprich und Kollegen geht noch weiter – er stellt auch das Embryonenschutzgesetz suggestiv in Frage. Zum Beispiel so: »Inwieweit stimmen Sie der folgenden Aussage zu: In Deutschland sollte die Durchführung der Embryonenselektion per reproduktionsmedizinischen Behandlungen erlaubt sein.« Abgefragt wird so ein Votum zur Präimplantationsdiagnostik, deren Förderung derzeit auch der EU-Kommission am Herzen liegt (Siehe Seite 11).

Nach geltender Rechtslage verboten ist hierzulande auch, was Stammzellforscher (Siehe *Randbemerkung links*) sehr wünschen: die »Spende« von Eizellen im Zusammenhang mit einer reproduktionsmedizinischen Behandlung. Ob derartige Spenden zugunsten von Wissenschaftlern oder anderen Paaren mit »Kinderwunsch« künftig erlaubt werden sollten, fragen die RUB-Ethiker ebenso ab wie Meinungen zu folgender Aussage: »Paaren sollte ein Preisnachlass bei reproduktionsmedizinischen Behandlungen gewährt werden, wenn die Frau einen Teil ihrer Eizellen für die Forschung spendet.« Vorbild der Bochumer ist offenbar Großbritannien, wo solche Geschäfte seit Mitte 2006 ausdrücklich erlaubt sind (Siehe *BIO-SKOP* Nr. 35). Im IVF-Zentrum in Newcastle erhalten Frauen einen 50-prozentigen Rabatt in Höhe von 1.500 britischen Pfund, wenn sie Eizellen, die nicht transferriert wurden, für Stammzell-Experimente zur Verfügung stellen. Bis Anfang 2008 sollen sich 100 Frauen auf

den Eizellen-Deal eingelassen haben, meldeten die Stammzellforscher um Professor Alison Murdoch »erfreut« über diese »ausgezeichnete Resonanz«.

Noch ungewiss ist, wann die Bochumer Nachwuchsforscher die Auswertung ihrer Umfrage bekannt geben; Ziel des Projektes ist es laut Rauprich, »dem öffentlich-politischen Diskurs sowie Entscheidungsträgern eine wissenschaftliche Grundlage anzubieten«. Im Klartext: mit Verweis auf bioethische Expertise schlicht und einfach Meinung zu machen!

Forschungsministerin Annette Schavan tut allerdings so, als säßen die von ihrem Haus geförderten Bioethiker im wissenschaftlichen Elfenbeinturm. Es sei schon »starker Tobak«, erzählte die CDU-Politikerin der *Katholischen Nachrichten-Agentur*, bei diesem Projekt einen Zusammenhang zu ihren Aussagen zum Embryonenschutzgesetz herzustellen, welches weder sie noch ihr Ministerium in Frage stellen würden. Tatsache ist: Genau darum geht es – im Interesse der Ressourcenbeschaffung für Stammzellforscher, deren Aktivitäten die herrschende Politik derzeit nach Kräften fördert.

Klaus-Peter Görlitzer 

Sammeln, standardisieren, vernetzen

EU-Kommission fördert länderübergreifenden Zugang zu Biobanken für ForscherInnen und Pharmafirmen

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

In europäischen Kliniken lagern Millionen Proben mit DNA und menschlichen Körper-substanzen wie Blut, Gewebe und Urin. GenforscherInnen und Pharmafirmen wünschen sich eine Vernetzung der kaum überschaubaren Sammlungen, die Fachleute »Biobanken« nennen. Die EU-Kommission will mit Fördermillionen helfen.

Die Wiener Tageszeitung *Der Standard* kündigte Erstaunliches an: »Europas Gene vereinigen sich«. So weit wird es sicher nicht kommen. Aber tatsächlich im Gange ist, was den *Standard* zu seiner kuriosen Schlagzeile vom 19. Februar veranlasst hat: der Aufbau einer Infrastruktur, die bezweckt, viele der in Europa bestehenden Biobanken zu vernetzen. Angepeilt ist, die gelagerten Proben vergleichbar und länderübergreifend zugänglich zu machen. Voraussetzung ist eine umfassende »Harmonisierung«, beispielsweise von technischen Verfahren, medizinischen Dokumentationen und rechtlichen Rahmenbedingungen. Verheißen werden von den Biobankern neue Erkenntnisse über verbreitete Krankheiten wie Krebs, Diabetes oder Alzheimer sowie neue Arzneien und Therapien, die an individuelle genetische Profile von PatientInnen angepasst würden.


Die EU-Kommission hat das BBMRI-Großprojekt initiiert und zahlt eine Anschubfinanzierung von fünf Millionen Euro – BBMRI steht für »Bio-banking and Biomolecular Research Infrastructure«. Dimensioniert ist es auf Jahrzehnte, derzeit läuft die zweijährige Vorbereitungsphase. Beteiligt sind viele, die in den EU-Staaten den Forschungskurs bestimmen: Ministerien, Förderorganisationen, führende Institute; mehr als 100 Biobanken wollen mitmachen. Aus Deutschland dabei sind neben dem Bundesforschungsministerium unter anderem Max-Planck-Gesellschaft, Helmholtz-Gemeinschaft und Fraunhofer-Gesellschaft. BBMRI-Ansprechpartner hierzulande ist Heinz-Erich Wichmann. Der Professor leitet in München die Biobank Kora-gen, die ihr Reservoir im Internet so anpreist: »Von mehr als 18.000 Probanden ist im Moment genomische DNA verfügbar.«

Chefkoordinator des BBMRI-Projekts ist Professor Kurt Zatloukal vom Institut für Pathologie der Medizinischen Universität Graz. Deren Bio-

bank, eine der größten weltweit, will über drei Millionen Proben verfügen. Zatloukal, Inhaber von 14 Patenten und Gründer der Firma Oridis-Biomed, meint, es sei »im Eigeninteresse der Universitäten«, Biobanken zu unterhalten und Standards zu setzen. Standardisiertes Material könne »die Basis für internationale Kooperationen und damit die Akquisition von Fördergeldern sein«. Außerdem, erläuterte Zatloukal dem Fachblatt *Laborwelt*, »kann dieses Material auch in Kooperationen mit der Industrie eingebracht werden – damit vergrößern sich die Chancen, erfolgreich Drittmittel einzuwerben«.

Die Grazer Pathologen sind auch Partner der CRIP-Gewebedatenbank. Sie wird vom Fraunhofer Institut für für Biomedizinische Technik in Potsdam geführt und erfasst Gewebeprobe und anonymisierte PatientInnen-daten, die in kooperierenden Kliniken in Berlin, München und Graz lagern. Als »Industriepartner« werden sieben Pharmafirmen genannt, von A wie Altana bis S wie Schering; begleiten soll CRIP ein Beirat, in dem auch die BioethikerInnen Peter Dabrock, Jochen Taupitz und Christiane Woopen sitzen. Die von CRIP gespeicherten Daten werden InteressentInnen aus Unis und Industrie für »grundlagenwissenschaftliche, präklinische und klinische Forschungsprojekte« angeboten.

Verwertung von »Altproben«

Möglich, dass mancher Experte CRIP als kleines Vorbild für das große EU-Projekt empfehlen wird, so auch in punkto »ethisch-rechtlicher Standards«. Die sehen laut CRIP zwar vor, dass »SpenderInnen« neuer Proben eine Einwilligungserklärung ausfüllen sollen – der Wortlaut, der Aufschluss über Reichweite und Rückholbarkeit einer solchen Erklärung geben könnte, steht nicht im Internet. Gar nicht gefragt werden Menschen, deren Proben im Rahmen einer früheren Behandlung entnommen wurden und nun anonymisiert für Forschungsprojekte vorgehalten werden. »Diese »Altproben«, heißt es auf der CRIP-Homepage, »sind für die Forschung besonders wertvoll, da zu ihnen die Daten zum Krankheitsverlauf zum Teil über Jahre vorliegen oder erhoben werden können.« Wie gesagt: ohne Einbeziehung der Betroffenen, die derartige Forschungen womöglich gar nicht gut finden. 

Die BioSkop-Kampagne

»Biobanken? Nicht mit uns!« will für Transparenz sorgen, Einfluss auf das angekündigte Gesetz zur Gendiagnostik nehmen und – vor allem – den zivilen Ungehorsam stärken. Wie wirksam die Kampagne ist, hängt maßgeblich davon ab, wie viele Menschen sich einmischen und ihr Recht auf informationelle Selbstbestimmung auch praktisch durchsetzen wollen.



Sie können mitmachen:

Schreiben Sie an Kliniken und Labore, fragen Sie Ihre ÄrztInnen! Lassen Sie sich über den Verbleib entnommener Körperstoffe aufklären! Verlangen Sie die Aushändigung der Proben und gespeicherten Daten oder deren sofortige Vernichtung! Geben Sie diese Info an FreundInnen, Bekannte und Aktive im Gesundheitswesen weiter. Beim Formulieren von Anfragen helfen wir gern, Musterbriefe und ein Biobanken-Dossier stehen im Internet: www.bioskop-forum.de Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldung!

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

Vorschau

Themen im Juni 2008

- ◆ *Schwerpunkt*
Uni-Forschung und Industrie

◆ *Euthanasie*
Patientenverfügungsgesetz?

◆ *Transplantationsmedizin*
»Marginale Organe«

Veranstaltungstipps

Mi 2. April, 18 - 20 Uhr
Wittenberg (Ev. Akademie, Schlossplatz 1d)
◆ **Welche Auswirkungen hat die Pflegereform?**

Vortrag
Als Zukunftsprojekt der großen Koalition wurde die Reform der Pflegeversicherung groß angekündigt. Eberhard Jüttner, Vorsitzender des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, erläutert im Rahmen des »Forums Medizinethik«, welche Folgen die Neuregelung für Pflegebedürftige, Angehörige und AnbieterInnen von Pflegeleistungen hat.

Do 3. April, 14 Uhr – Sa 5. April, 14 Uhr
Wien (Palais Auersperg, Auerspergstr. 1)
◆ **Hospizliche und palliative Versorgung weiterentwickeln**

Symposium
»Damit der Mensch nicht zum Fall und die Versorgung zur Falle wird« – der Anspruch des Symposiums ist dringlicher denn je. Das Institut für Palliative Care in Wien und das Österreichische Rote Kreuz haben ein spannendes Programm zusammengestellt: Soziologe Klaus Feldmann spricht über Todesbilder in der modernen Gesellschaft, Psychiater Klaus Dörner denkt über das Sterben außerhalb von Institutionen nach, Jurist Thomas Klie (*Siehe Seite 12*) beleuchtet die Verrechtlichung des Sterbens. Und BioSkoplerin Erka Feyerabend fragt: »Wie lässt sich über das Sterben verfügen?«

Mi 23. April, 19 - 22 Uhr
Hamburg (Universität, Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, Von-Melle-Park 9)

◆ **Patienten behandeln – ein Risiko?**

Podiumsdiskussion
Welchen Umfang haben Fehlbehandlungen in Deutschland? Wie können sie vermieden werden? Welche Erfahrungen gibt es national und international mit Indikatoren zur Sicherheit von PatientInnen? Sollten Berichte über unerwünschte Ereignisse gesetzlich verbindlich gemacht werden? Solche Fragen diskutiert eine Männerrunde aus Medizin, Patientenvertretung und Versicherungswesen während der Veranstaltung, zu der die Hamburger Ärztekammer alle Interessierten einlädt.

Do 24. April, 20 - 22 Uhr
Bocholt (Familienbildungsstätte, Ostwall 39)

◆ **Selbstbestimmtes Leben bis zum Tod?**

Vortrag
BefürworterInnen von Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen propagieren »Selbstbestimmung bis zum Tod«. Verheißungen und Wirklichkeit nimmt Inge Kunz, Vorsitzende der Hospizvereinigung Omega, kritisch unter die Lupe. Kunz hatte gemeinsam mit BioSkop die Kampagne »Leben bis zuletzt – mit Menschen statt Papieren« gestartet. Zentraler Aspekt ist die Selbstverpflichtung von Pflegenden, vorformulierte Patientenverfügungen weder zu verbreiten noch als Richtschnur für die Begleitung schwerkranker Menschen zu akzeptieren.

Di 29. April, 16 - 19 Uhr
Berlin (Institut Mensch, Ethik, Wissenschaft – IMEW, Warschauer Str. 58a)

◆ **Selbstbestimmung und Eigenverantwortung**

Vorträge mit Diskussion
Zwei Schlagworte, ohne die kaum eine Debatte über Biomedizin und Biopolitik auskommt. So ist es auch beim Thema Reproduktionsmedizin. »Wie autonom ist ein Klon?« nennt die Sozialwissenschaftlerin Katja Kailer ihren Vortrag, der analysiert, wie populäre Spielfilme Reptechnologie und Selbstbestimmung darstellen. Außerdem spricht die Ethnologin Michi Knecht über »Verwandtschaft im Prozess der Biomedikalisierung«. Anmeldung: Frau Entezami, Tel (030) 29381770

Mi 28. Mai, 15.30 Uhr
Mainz (Universitätsklinikum, Langenbeckstr. 1)

◆ **Was macht die Pharmaindustrie mit unserem Gesundheitswesen?**

Vortrag
Welche Auswirkungen Werbung für Medikamente hat und wie man damit verbundene Beeinflussungen und Risiken abwehren kann, will Peter Mansfield erläutern. Der Arzt und Begründer der Organisation »Healthy Skepticism« mit Sitz in Australien gilt als einer der weltweit führenden pharmakritischen Wissenschaftler. Eingeladen hat ihn die ÄrztInnen-Initiative MEZIS, die bewusst Wert auf strikte Unabhängigkeit von Arzneimittelherstellern legt.

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. 144a · 45276 Essen

