

BIO SKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

11. Jg. • Nr. 44 • Dezember 2008

Illusion der Selbstkontrolle

Von Erika Feyerabend

Der Glaube an die Selbstheilungskräfte des Marktes steht momentan nicht hoch im Kurs. Dabei war doch über Jahrzehnte besonders in den Denkfabriken der Wirtschaftswissenschaften das blinde Vertrauen in die Effizienz des Marktes unerschütterlich. Auch in der Politik galt pauschal die Devise: Regulieren für's Privatisieren! Was nicht niet- und nagelfest war, wurde privaten Investoren überantwortet, etwa Altersversorgung, Krankenhäuser, Bildung oder Wasser. Woher kam und kommt das viele Geld, über das beispielsweise Private-Equity-Investoren verfügen, um Kliniken oder Hedgefonds, um marode Unternehmen kurzfristig aufzukaufen? Aus Rentenfonds und von Banken, die bemüht waren, ihre Renditen durch hoch spekulative Börsen- und Kreditgeschäfte in schwindelerregende Regionen zu treiben! Auf den Finanzmärkten der Welt wetten diese großen Spieler auf fallende oder steigende Aktien- oder Wechselkurse, auf Rohstoffe, Zinsen oder Immobilienpreise. Wer die Taschen nicht voll genug hat, leiht sich noch mehr Geld zusammen, ersetzt Eigenkapital durch Schulden und pusht die Renditen weiter.

Beim Finanzroulette um die wundersame, »risikolose« Geldvermehrung sollten alle mitspielen. Wer wenig hat und in eine brüchig gewordene Zukunft im Alter blickt, ist leicht zu verführen, zum Beispiel mit so genannten »Produkten« von Banken, die zwar niemand mehr versteht, aber das Eigenheim für den Lebensabend oder die sichere Rente versprochen. Wer sich gänzlich allein gelassen wähnt, als »Pflegefall« in einem privatisierten Gesundheitswesen, wird schon im Heute animiert, Vorsorge zu treffen. Als einsamer »Homo Oeconomicus« kann, im Namen der Selbstbestimmung, frühzeitig Verzicht erklärt werden. Die politisch erzeugten Sachzwänge werden politisch umgemünzt und in Form kostengünstiger »Selbstentsorgung« bei schwerer Erkrankung angeboten (Siehe Seite 4).

Bei den hoch spekulativen Börsen- und Kreditgeschäften waren Kontrolle und Beobachtungseuphorie in der Politik eher spärlich ausgeprägt. Die BankerInnen wurden hofiert und beim allgemeinen Publikum Risikobereitschaft angemahnt. Das Spiel ist zwar nicht aus, aber viele haben viel verloren, und die ganze Welt steht am Rand – oder im Strudel – einer globalen Wirtschaftskrise. Nun ist selbst aus den Chefetagen und Managementkreisen der Ruf nach restriktiveren Kontrollen der Finanzmärkte zu hören. 700 Milliarden Euro schwere Rettungspakete für marode Geldinstitute und Unternehmen oder Konsum-Gutscheine für jedermann sollen das Schlimmste verhindern. Solch hektisches Treiben soll wenigstens eine verloren gegangene Währung auf den labilen Kapitalmärkten und in den Wirtschaftsbranchen wiederbeleben: Vertrauen.

Bitte weiter lesen auf
der nächsten Seite

BIO SKOP Schwerpunkt Ersatzteillager Mensch

Sehr diskrete Selbstkontrolle im Transplantationsbetrieb	8
Anklage erhoben	8
Suche nach Verantwortlichen	9
Leichtteile ins Forschungslabor?	10
Auch mal ohne Zustimmung	11

Genetische Diagnostik

Lücken im Gesetz, Macht für Experten	3
--	---

Euthanasie

Im Gewand von Autonomie	4
Im Kern gleich – drei Gesetzentwürfe zur Legitimierung von Patientenverfügungen	4

Alltag beim Arzt

Druckmittel im Sprechzimmer	6
-----------------------------------	---

Biobanken

200.000 Freiwillige gesucht	12
-----------------------------------	----

Pharmamarketing

Verhaltenskodex der Pharmaindustrie zur Kooperation mit Patientenorganisationen	14
Gläserner Professor	15

Weitere Themen

Kein Passfoto für die »Gesundheits«-Karte!	7
Fragwürdige Kooperation der Bayer AG mit dem Kölner Universitätsklinikum	7
Zweifel an HPV-Impfung	13
Jetzt BioSKOP unterstützen!	2
Veranstaltungs- und Literaturtipps	16
Wunschzettel	16
BIO SKOP im März 2009	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: Erika-Mann-Bogen 18 · 22081 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: Stefanie Graefe,
Martina Keller, Uta Wagenmann.

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

Satz: www.reviera.de, 45139 Essen

Druck: zeitdruck Thäns, 45276 Essen

ISSN 1436-2368

mit newsletter
Behindertenpolitik

Fortsetzung von Seite 1 →

Illusion der Selbstkontrolle

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 Tipps für unsere Recherchen, und Sie können auch selbst Texte für BioSkop oder unsere Homepage (www.bioskop-forum.de) beisteuern.

Wollen Sie BioSkop noch bekannter machen? 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 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:
 555988-439 bei der Postbank Essen (BLZ 360 100 43)

In weitaus überschaubareren Regionen der Krankenbehandlung dominiert weiterhin das Vertrauen auf die regulierende Wirkung der Selbstkontrolle – zumindest bei den beteiligten AkteurInnen und in der Politik. Gegenläufige Erfahrungen werden ignoriert. Im Transplantationswesen wird seit Jahren eine »sehr diskrete Selbstkontrolle« praktiziert. Ob hier alles mit rechten Dingen zugeht, wenn in Gestalt menschlicher Organe Überlebenschancen verteilt werden, ist für Außenstehende nicht wirklich nachvollziehbar. Selbst offensichtliche Verstöße gegen geltendes

Recht werden im Geflecht der Selbstverwaltung hingenommen, und politische Reaktionen sind kaum auszumachen (Siehe Seite 8). Wer hier nach Verantwortlichen sucht, wenn Zweifel an Diagnosen oder Handlungsabläufen bestehen, bekommt Schwierigkeiten und kaum Antworten (Seite 9).

Auch die Arzneimittelindustrie verweist auf »freiwillige Selbstkontrolle«, zum Beispiel bei Kooperationen mit Patientenorganisationen. Ein Verhaltenskodex soll nun transparent machen, was bislang vielerorts im Dunkeln liegt: Welchen Einfluss üben Pharmakonzerne dort über Spenden und geldwerte Leistungen aus? Kritik am Kodex-Papier melden die Arzneimittelkommission der Bundesärztekammer und andere Fachleute an – ihre Argumente wurden von den industriellen Kodexautoren aber komplett ignoriert (Seite 14).

Vertrauen auf eine Zukunft der wundersamen Gewinne aus gegenwärtigen Spekulationen gibt es nicht nur auf dem Börsenparkett. Im System der medizinischen Forschung wird mit öffentlichen Geldern auf Lebenszeitgewinne gesetzt. 42 Millionen Euro steckt die Deutsche Forschungsgemeinschaft in ein Fünf-Jahres-Projekt mit dem phantasievollen Namen »Rebirth«, zu Deutsch: »Wiedergeburt«. Unter dem schillernden Titel verwerten gewebeverarbeitende Firmen »Rohmaterial«, gewonnen vor allem aus toten, menschlichen Körpern. Die Gewinnerwartungen haben sich für beteiligte Professoren und Risikokapitalgeber bisher nicht erfüllt. Das Vertrauen, in fünfzig Jahren mit Methoden des »Tissue Engineering« Gewebe züchten zu können, bleibt (Seite 10).

Reputationen sind weitgehend unempfindlich gegen das häufige Ausbleiben versprochener Leistungen und Erkenntnisse.

Lange Realisierungsfristen haben auch jene speziellen Banken, in denen nicht Geld, sondern Körpersubstanzen und allerlei Aussagen über Gesundheit und Lebensstile gehortet werden. 200.000 Freiwillige werden hierzulande gesucht, um solche Daten sammeln zu können (Seite 12). Sehr nebulös wird versprochen, späterhin die gängigen Krankheiten dieser Epoche besser erklären und behandeln zu können. In den Forschungswelten gibt es eine besondere Währung, die Reputation, also der gute Ruf der beteiligten WissenschaftlerInnen. Sie funktioniert als

eine Art unbefristeter Wechsel auf zukünftige Wahrheiten, die das Leben verlängern und die Gesundheitswirtschaft ankurbeln können sollen. Stabile Reputationen sind

weitgehend unempfindlich gegen das durchaus häufige Ausbleiben versprochener Leistungen und Erkenntnisse. Weder »Wiedergeburt« noch bessere Behandlungskonzepte werden den enormen Verbrauch öffentlicher Mittel, also von Steuergeldern, krönen.

Wahrscheinlicher ist folgendes Szenario: Wenn die Daten der Biobanken ausgewertet sind, wird die individuelle Selbstkontrolle der Lebensführung gefordert und unter Androhung von Sanktionen verlangt werden. Angeraten wird auch, zu Lebzeiten über den Verbleib der sterblichen Überreste zu befinden, unter Berücksichtigung ihres ökonomischen und biomedizinischen

Nutzens.

Vertrauen in die Finanzmärkte ist unangebracht; an das symbolische Kapital der Wissenschaften zu glauben ebenso. Hier ist Selbstkontrolle

Vertrauen in die Finanzmärkte ist unangebracht; an das symbolische Kapital der Wissenschaften zu glauben ebenso.

Illusion und Orientierung am Gemeinwohl nicht mal so etwas wie ein »echter Schein der Tugend« (Jean Paul). Auch die Politik gibt wenig Anlass zu hoffen. Denn: Wie diese komplexen Gefüge aus Geld und Wissen politisch gesteuert werden können, ist weitgehend unbekannt. Völlig unzureichend ist es, mal hier oder dort individuelles Fehlverhalten von BankerInnen oder ForscherInnen zu tadeln, biowissenschaftliche Kompetenzen und allgemeine Konsumbereitschaft zu beschwören, ansonsten aber den normalen Betrieb unmarkiert gewähren zu lassen. Also muss die Suche nach besseren Beobachtungsposten und politischen Handlungsmöglichkeiten unvermindert weiter gehen.

Lücken im Gesetz, Macht für Experten

Entwurf der großen Koalition zur Regulierung genetischer Diagnostik soll schon im Frühjahr beschlossen werden

Im März 2009 soll der Regierungsentwurf für ein Gendiagnostikgesetz (GenDG) vom Bundestag beschlossen werden. Dies sollte das Parlament lieber sein lassen.

Der Satz klingt ziemlich bürokratisch, aber durchaus viel versprechend: »Der Gesetzgeber sieht angesichts der Entwicklungen der Human genomforschung die Notwendigkeit, die Bürgerinnen und Bürger in die Lage zu versetzen, ihr Recht auf informationelle Selbstbestimmung ausüben.« So steht es in der Zielbeschreibung des – mit Begründung – über 100 Seiten dicken GenDG, formuliert von der schwarz-roten Bundesregierung. Doch der verheißene Schutz hat Lücken und Schlupflöcher.

Was viele Stimmen seit Jahren anmahnen, enthält der Gesetzentwurf gerade nicht: einen verbindlichen Rechtsrahmen für den Umgang mit genetischen Proben und Daten auch im Forschungsbereich, zum Beispiel beim Betreiben von Biobanken (Siehe Seite 12). Aber § 13 ermöglicht, dass genetische Proben, die in medizinischen Zusammenhängen entnommen wurden, später auch für andere Zwecke verwendet werden dürfen, wenn ein Gesetz dies erlaubt oder der Betroffene einwilligt.

Bemerkenswerte Ausnahmen

Das »Benachteiligungsverbot«, das § 4 betont, wird in anderen Paragraphen relativiert. Zum Beispiel am Arbeitsplatz: Zwar soll kein Chef vor der Einstellung eines Bewerbers einen Gentest verlangen dürfen. Im Rahmen arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen billigt der Gesetzentwurf aber Genproduktanalysen, um Beschäftigte herausfiltern zu können, die wegen ihrer genetischen Ausstattung als anfällig für gesundheitsgefährdende Werkstoffe gelten. Das stellt den Arbeitsschutz praktisch auf den Kopf.

Die Versicherungsbranche würde mit dem geplanten GenDG auch ganz gut leben können. Grundsätzlich soll die Assekuranz zwar nicht auf Gentest-Ergebnisse zugreifen können, wenn jemand eine Lebens-, Pfegerenten- oder Berufsunfähigkeitsversicherung abschließt. Aber auch hier gibt es eine Ausnahme, die tendenziell Wohlhabende betrifft: Wird eine Leistung von

mehr als 300.000 Euro oder eine Jahresrente von über 30.000 Euro vereinbart, darf das Versicherungsunternehmen vom Interessenten verlangen, die Ergebnisse bereits vorgenommener Gentests zu offenbaren.

Massen-Gentests erwünscht?

Besonders brisant: Das geplante GenDG will erstmals auch genetische Reihenuntersuchungen bei Menschen legitimieren, die überhaupt keine Krankheitssymptome aufweisen. Vorausgesetzt wird, dass sie freiwillig mitmachen und die gesuchte genetische Eigenschaft bedeutsam sein soll für eine Erkrankung, die als behandelbar gilt oder deren Ausbrechen vorgebeugt werden könne. Dass solche Massen-Gentests auch gesundheitsökonomisch interessant sein können, wollen die Kaufmännische Krankenkasse (KKH) und Humangenetiker aus Hannover schon vor Jahren am Beispiel der Eisenspeicherkrankheit bewiesen haben – mit ihrem »Modellversuch Hämochromatose-Screening« (Siehe *BioSkop* Nr. 13 + 27).

Die Macht, per Richtlinien zu definieren, welche genetischen Eigenschaften für Krankheiten relevant, welche Reihenuntersuchungen sinnvoll und welche Gentests erforderlich und geeignet sein sollen – all diese Kompetenzen will die Bundesregierung auf 17 ExpertInnen übertragen. Sie bilden, laut Gesetzentwurf, die »Gendiagnostik-Kommission«, die beim Robert-Koch-Institut eingerichtet und vom Bundesgesundheitsministerium berufen wird. Dass dieses Gremium droht, ein Werbe-Club für prädiktive Gentests mit begrenzter Aussagekraft zu werden, dafür spricht schon seine Zusammensetzung: 13 der 17 Sachverständigen sollen die Bereiche Medizin und Biologie repräsentieren, je eine/r vertritt die Disziplinen Recht und Ethik. Zwei Kommissionsmitglieder sollen ausdrücklich den Interessen von PatientInnen und VerbraucherInnen verpflichtet sein.

Bevor es so weit kommt und der Gesetzentwurf endgültig zur Abstimmung steht, sollen sich, so jedenfalls der gegenwärtige Zeitplan, im Januar noch mal Sachverständige zu den Regelungen äußern. Auf ihre Stellungnahmen darf man gespannt sein.

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

Weit reichende Eingriffe

»Aus der Verfügbarkeit genetischer Tests und der Finanzierungskrise der staatlichen Sicherungssysteme leiten viele Bioethiker, aber auch staatliche Entscheidungsträger eine »genetische Verantwortung« und eine moralische Pflicht zur Mitwirkung an molekular-genetischen Forschungszielen ab. [...]

Der öffentliche Appell an eine (wie auch immer gestaltete) »genetische Verantwortung« widerspricht zudem dem Recht auf Nichtwissen und zieht unter Umständen weit reichende Eingriffe in das Persönlichkeitsrecht nach sich: Sie betreffen Fragen des Lebensstils, der Familienplanung, aber auch das Verhältnis zu Familienangehörigen. Der Gesetzgeber hat die Verantwortung, diese Persönlichkeitsrechte zu schützen und muss deshalb möglichst weit reichende Schutzvorkehrungen zu ihrer Wahrung formulieren.«

Berechtigte Bedenken und Anregungen des Gen-ethischen Netzwerkes, formuliert in einer kritischen Stellungnahme zum geplanten Gendiagnostikgesetz

Im Gewand von Autonomie

Patientenverfügungen könnten sich als Instrument politisch unverdächtiger »Selbstentsorgung« erweisen

Von **Stefanie Graefe**
(Hamburg), Soziologin

Selbstbestimmt leben – bis zuletzt. Kaum ein Wert wird in unserer Gesellschaft so hoch geschätzt wie Autonomie. Wo institutionelle Zwänge der Selbstbestimmung entgegenstehen, sollen Rechtsprechung und Gesetzgeber die Interessen des Einzelnen stärken. Zum Beispiel mit Hilfe der Patientenverfügung. Deren vollständige Legalisierung soll aus hilflosen Kranken mündige Bürger machen, die selbst entscheiden, wann und wie sie sterben wollen. Die Werbung der Verfügungsbefürworter blendet aber regelmäßig aus, unter welchen sozialen und ökonomischen Bedingungen hierzulande Patienten behandelt und gepflegt werden.

Jeder kann, so das mit Patientenverfügungen verbundene Versprechen, seine je eigenen Vorstellungen vom Sterben verwirklichen, indem er noch in gesunden Tagen festlegt, welche Behandlungen er im Falle einer späteren »Nichteinwilligungsfähigkeit« ablehnt: Reanimation oder lieber nicht? Künstliche Beatmung oder lieber nicht? Ernährungssonde oder lieber nicht? Flüssigkeitszufuhr oder lieber nicht?

Patientenverfügungen verheißen die Machbarkeit des selbstbestimmten Sterbens durch die Möglichkeit der Abwahl lebenserhaltender Versorgung und Behandlung – und dies unabhängig davon, welche Variante sich am Ende durchsetzt, ob die Verfügungen regelmäßig erneuert, ihrer Abfassung eine Beratung vorausgehen oder ihre Reichweite auf bestimmte Krankheitsfälle be-

grenzt bleiben muss. Jede Patientenverfügung verspricht, meinen persönlichen Willen auch dann in Realität umsetzen zu können, wenn ich selbst diesen Willen nicht mehr äußern kann. Unterstellt wird eine Kontinuität des eigenen, stets rationalen Selbst, die bis zum tatsächlichen Eintritt des Todes ungebrochen funktioniert. Doch wer sagt, dass ich – etwa im Prozess der existenziellsten Veränderung, die Menschen üblicherweise erleben, dem Sterben – tatsächlich immer noch die sein werde, die ich jetzt bin? Warum sollte eine solche Veränderung nur meine Artikulationsfähigkeit, nicht aber meine konkreten Wünsche nach Behandlung, Beatmung, Nahrung, Zuwendung oder Weiterleben beeinflussen?

Immer wieder wird berichtet, dass Menschen, die vielleicht nur noch wenige Zeit zu leben haben, über diese verbleibende Lebenszeit sehr anders denken als vorher. Dass ihnen jeder Tag, jede Stunde plötzlich sehr viel wert ist. Das heißt nicht, dass es immer so ist. Es heißt lediglich, dass es so sein *kann* und dass es bei einem Menschen, der sich nicht mehr äußern kann, keine Gewissheit darüber gibt, ob er jetzt in diesem Moment weiterleben möchte oder nicht – auch wenn er zu »einwilligungsfähigen Zeiten« noch so viele Formulare ausgefüllt hat.

Entscheidend aber ist: Patientenverfügungen regeln keineswegs nur den bereits eingetretenen Sterbeprozess. Die Rede von der »Autonomie am Lebensende« ist irreführend. Denn es geht immer auch um Pflegebedürftige oder Schwerkranke, die gar nicht im Sterben liegen, wie zum Beispiel Wachkoma- und Demenzpatienten. Deren Dasein →

Zum Weiterlesen
Biopolitik, Ökonomisierung und die Debatte um Sterbehilfe hat Stefanie Graefe in ihrer Dissertation eingehend untersucht. 2008 erschien ihr 334 Seiten starkes Werk »Autonomie am Lebensende?« als Buch im Campus-Verlag. Zurzeit forscht Graefe an der Universität Jena zum Thema »Alter«.

Kurz vor Weihnachten, am 19. Dezember, wird im Deutschen Bundestag mal wieder über Patientenverfügungen geredet. Zur Diskussion stehen zwei Gesetzentwürfe, die Alternativen zum so genannten Stünker-Entwurf (Siehe *BIO SKOP* Nr. 43) darstellen sollen.

Doch im Kern verfolgen beide Entwürfe, initiiert von Wolfgang Bosbach (CDU) sowie Wolfgang Zöller (CSU), dasselbe Ziel wie Sozialdemokrat Joachim Stünker: Alle drei wollen sie, sofern eine Patientenverfügung des Betroffenen vorliegt, tödlich wirkende Therapie- und Versorgungsabbrüche bei Menschen legitimieren,

die überhaupt nicht im Sterben liegen – etwa PatientInnen, die im Koma oder mit Demenz leben.

Politische Differenzen gibt es allerdings in Form- und Verfahrensfragen. Die werden sicherlich ausführlich erörtert, wenn Anfang 2009 diverse Sachverständige angehört werden; im Frühjahr soll der Bundestag dann tatsächlich Paragraphen beschließen, die Patientenverfügungen rechtsverbindlich machen. Vielleicht blockieren sich die Macher aber auch gegenseitig und keiner der drei Gesetzentwürfe findet eine parlamentarische Mehrheit. Das wäre eine wirkliche, sachgerechte Alternative.

Im Kern gleich



→ wird aber de facto als eine vorgezogene Form des Sterbens definiert, wenn es genauso individuell »abwählbar« sein soll wie lebenserhaltende Maßnahmen im Sterbeprozess.

So wird mit Hilfe der Patientenverfügung die gesellschaftliche Verantwortung für den Umgang mit Alter, Demenz, Gebrechlichkeit, Sterben und Tod der »planerischen Vernunft« der Einzelnen aufgebürdet. Autonomie, die Möglichkeit, über die Umstände des eigenen Lebens selbst zu bestimmen, erscheint als definierbarer Zustand und als gefährdetes Gut, das durch einen Vertrag zwischen Individuum und Staat gesichert werden muss – nicht als vielschichtiger und bedingungsabhängiger Prozess. Familiäre, ökonomische und soziale Bedingungen »am Lebensende« werden damit de facto auf den Status von Nebensächlichkeiten herabgewürdigt – schlicht, weil sie nicht in ja/nein-Optionen organisierbar sind. Der ideale, vorausschauende Patient ist weniger ein gesellschaftliches Wesen, als vielmehr ein rationaler Entscheidungsakteur, der aus verschiedenen Optionen die für sich passenden auswählt. Es ist letztlich der Mensch als Kunde, der hier beschworen wird.

Und das ist kein Zufall. Denn die Debatte um Patientenverfügungen wird geführt vor dem Hintergrund der »Verbetriebswirtschaftlichung« von Gesundheitsversorgung und Pflege, der Entsicherung von

Die Debatte um Patientenverfügungen wird geführt vor dem Hintergrund der »Verbetriebswirtschaftlichung« von Gesundheitsversorgung und Pflege, der Entsicherung von

Alter und Krankheit – und begleitet von der beständigen Aufforderung, für sich selbst zu sorgen, Kosten einzusparen und den eh schon leer gepumpten Sozialkassen nicht selbstverschuldet zur Last zu werden. Längst regiert – vermittelt durch Budgetierung und Privatisierung – in Krankenhäusern und Pflegeheimen neben der medizinischen die betriebswirtschaftliche »Vernunft«. Dabei handelt es sich nicht um ein harmonisches Nebeneinander. Oft gerät die eine zur anderen Logik in Widerspruch. Was medizinisch oder pflegerisch geboten ist, kann buchhalterisch zum Problem werden. Eine Patientenverfügung, in der erklärt wird, man wolle keine »lebensverlängernden Maßnahmen«, kann diesen Widerspruch entschärfen und die ärztliche Entscheidung für das kostengünstigere »Sterbenlassen« erleichtern.

Auch in die häusliche Pflege greift eine Patientenverfügung unter Umständen gravierend ein. In dem Maße, in dem die Sicherheit, im eigenen Alter, bei Krankheit und/oder Pflegebedürftigkeit umfassend versorgt zu werden, brüchig wird,

erhöht sich sowohl der Druck auf die privat Pflegenden wie insgesamt auf das »Pfllegesystem Familie«, auch hier geraten moralische (Selbst-) Erwartungen mit psychischen und ökonomischen Belastungen in Konflikt. Wer weiß oder ahnt, wie sehr eine häusliche Dauerpflege alle Beteiligten belastet, der entscheidet sich vielleicht etwas leichter für den präventiv verfügten und ärztlich assistierten Versorgungsabbruch – ganz einfach um die Belastung der eigenen Angehörigen zu begrenzen. Patientenverfügungen könnten sich so als Instrument einer kostengünstigen und politisch unverdächtigen »Selbstentsorgung« erweisen: Im Gewand von Autonomie und Selbstbestimmung werden Staat und die Gesellschaft von sozialpolitischer Verantwortung entlastet. Pflegeintensive Lebenssituationen werden – durch individuelle Abwahl – »vermeidbar«.

Zugespitzt: Der idealtypische Protagonist der Patientenverfügung ist ein einsamer »Homo Oeconomicus«, der sich – paradoxerweise im Namen seiner individuellen Selbstbestimmung – noch im Akt des Sterbens politisch produzierten »Sach-

zwängen« unterwirft, indem er eine individuelle Antwort auf folgende, die Gesellschaft betreffende Fragen gibt: Wie gehen wir mit Situationen existenziellen Angewiesenseins auf Zuwendung, Pflege,

Versorgung und Therapie um? Wie lassen sich diese Situationen so gestalten, dass die je konkreten Bedürfnisse der Kranken oder Sterbenden und ihrer Angehörigen weitmöglichst befriedigt werden? Welche institutionellen Strukturen, welche professionellen Kompetenzen, welche sozialen und finanziellen Ressourcen, welche räumlichen Bedingungen, welche Form der Absicherung von Alter, Krankheit und Pflegebedürftigkeit brauchen wir – und wer entscheidet über ihre Gestaltung und Verteilung?

So herum gefragt, geht es weniger um die Ausarbeitung von juristischen Verfahrensdetails als um die Herstellung einer die Einzelnen auch in Situationen existenzieller Bedürftigkeit tragenden Gesellschaftlichkeit, die alle umfasst – auch diejenigen, die nach herrschenden Maßstäben nicht mehr »rational« entscheiden können. Und das heißt auch: Nicht die Entscheidung »zum Tod« steht dann im Mittelpunkt der gesellschaftspolitischen Debatte, sondern die Gestaltung der Möglichkeiten, mit (schwerst-)pflegebedürftigen Menschen gut zu leben.

Untaugliche Entwürfe

Keiner der drei im Bundestag diskutierten Gesetzentwürfe zu Patientenverfügungen (Siehe Seite 4) kann das »Dilemma der praktischen und ethischen Entscheidungsfindung« für Ärzte, Angehörige und rechtliche Vertreter lösen. Das meint die Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG). Das Positionspapier der Alters- und PflegewissenschaftlerInnen, das auch vom Deutschen Hospiz- und Palliativverband unterstützt wird, verweist zudem auf praktische Erfahrungen: »Der Umgang mit Patientenverfügungen in Krankenhäusern und Heimen führt nicht selten zu einem Rückgang von Patientenkontakten. Nachweislich führt alleine das Faktum einer vorhandenen Patientenverfügung zu dem Umstand, dass medizinische Maßnahmen Patienten vorenthalten werden, obwohl sie angezeigt und durch die Patientenverfügung gar nicht ausgeschlossen sind. Der Inhalt der Patientenverfügungen bleibt in den meisten Situationen auslegungsoffen, da die konkreten Entscheidungssituationen nicht in ihrer Spezifität vorweggenommen werden können.«

Der Wortlaut der Erklärung steht auf der Homepage der DGGG: www.dggg-online.de/diskussionsforum/index.php

DGGG-Präsident Prof. Thomas Klie erreicht man an der Ev. Fachhochschule Freiburg, Telefon: (0761)47812-32



Druckmittel im Sprechzimmer

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

»Woran erkennt man eine gute Arztpraxis?«

So heißt der Titel einer hilfreichen Checkliste für PatientInnen, präsentiert auf der Homepage der Bundesärztekammer – Leseprobe: »Ihr Arzt hört Ihnen gut zu und nimmt Ihre Besorgnis und Ängste (auch wenn diese aus seiner Sicht unbegründet sein mögen) ernst.« Oder: »Ihr Arzt fragt nach, ob Sie seine Erläuterungen verstanden haben und ermutigt Sie, auch selbst Fragen zu stellen.« Oder: »Ihr Arzt lässt Ihnen, wenn das möglich ist, ausreichend Bedenkzeit bei wichtigen Entscheidungen.«

Die Checkliste kann man bei den Herausgebern anfordern (Telefon: 030-40052500) oder gleich im Internet downloaden: www.bundesaerztekammer.de/downloads/Checkliste_Arztpraxis_3_Auflage.pdf

Macht wird auch in der Arztpraxis ausgeübt. Wie Patienten mit sprachlichen Mitteln unter Druck gesetzt werden, zeigt eine diskursanalytische Studie.

Die oft geforderte kooperative Entscheidungsfindung findet oft nicht statt«, sagt Tim Peters von der Ruhr-Universität Bochum. Der Germanist hat untersucht, wie im Sprechzimmer geredet und dabei – bewusst oder unbewusst – Macht ausgeübt wird. Das Arsenal ist reichhaltig: Ärzte benutzen unverständliche Fachbegriffe und strukturieren Gespräche durch geschlossene Ja-/Nein-Fragen; sie halten belehrende Monologe, lassen Kranke nicht ausreden oder erhöhen Sprechtempo und Lautstärke, um Druck aufzubauen.

Grundlage der linguistischen Analyse waren Tonbandmitschnitte von 100 Konsultationsgesprächen in 52 Düsseldorfer Hausarztpraxen, ursprünglich aufgenommen für eine Studie der Düsseldorfer Uniklinik. Die Mediziner hatten zuvor schriftlich zugestimmt, ihre Worte zu Studienzwecken heimlich aufzeichnen zu lassen. Einige Monate später bekamen sie unangekündigten Besuch von so genannten »standardisierten Patienten«.

In Wahrheit handelte es sich aber nicht um Kranke, sondern um Studentinnen, die Kopfschmerzen simulierten.

Für diese Rolle waren die Darstellerinnen sprachlich und psychisch geschult worden, um zwei gängige Patienten-Typen zu verkörpern: den »ängstlich-drängenden« und den »neutral-akzeptierenden«. Ihr unterschiedlich bestimmtes Auftreten veranlasste Ärzte zu bemerkenswert abweichenden Empfehlungen. »Ängstlich-drängende Patientinnen erhielten acht Mal eine Überweisung, sechs Mal einen Rat zum Besuch eines Facharztes sowie fünf Verweise auf eine Klinik oder eine Notaufnahme«, referiert Peters die Auswertung der Düsseldorfer Forscher um Professor Heinz-Harald Abholz; dagegen wurde nur einer »neutral-Akzeptierenden« empfohlen, einen Facharzt aufzusuchen.

Wie ein repräsentatives, rund 9-minütiges Gespräch mit einer »neutral-akzeptierenden« Kopfschmerz-Patientin verlief, protokolliert und seziiert Sprachforscher Peters in seiner Studie »Macht im


Kommunikationsgefälle: der Arzt und sein Patient«. Ohne sich nach dem Befinden der vermeintlich Kranken zu erkundigen, fordert der Arzt sie direkt auf, ihre Krankheit zu beschreiben. Schon nach fünf Sekunden unterbricht er die Patientin erstmals. Mit diesem Vorgehen, das er im Laufe der Anamnese kontinuierlich fortsetzt, bezwecke der Mediziner, sein Rederecht zu bekräftigen und den Gesprächsverlauf zu kontrollieren, befindet Peters. Dazu dienen auch Entscheidungsfragen, die der Patientin nahe legen, kurz mit ja oder nein zu antworten – und dem Arzt ermöglichen, schnell zu seiner nächsten Frage überzugehen. Peters stellt fest: »Der Arzt folgt direkt der für ihn wahrscheinlichsten Diagnosemöglichkeit und versucht, seine Hypothese durch gezielte Fragen zu untermauern, ohne dabei auf die weiteren Eingaben von Patientinnenseite zu achten.«

Das Gespräch mündet im Vorschlag des Hausarztes, eine »Neuraltherapie oder Quaddeltherapie« zu starten. Gemeint sei die Gabe eines Schmerzmittels, das unter die Haut gespritzt werde und sehr rasch wirke, erklärt der Allgemeinmediziner knapp – der Einsatz solcher Fremdwörter solle ärztliches Expertenwissen betonen und ziele auf »patienten-

tenseitige Therapieakzeptanz«, erläutert Peters. Als die Adressatin zu erkennen gibt, dass sie die Spritze nicht wünsche, fragt der Mediziner laut nach, ob dies denn wirklich so sei. »Durch die starke Betonung versucht der

Arzt, die Patientin vermutlich unter sprachlichen Druck zu setzen«, folgert Germanist Peters.

Die angestrebte Einwilligung der Patientendarstellerin bleibt dennoch aus. Schließlich ändert der Arzt seine therapeutische Empfehlung und verordnet Tabletten und Tropfen, die Muskeln entspannen und Kopfschmerzen beseitigen sollen. Dazu gibt er eine prägnante Anweisung, die weiteren Widerspruch scheinbar nicht duldet: »Das machen Sie heute und dann sehen wir uns morgen Vormittag wieder.«

Der Bochumer Sprachwissenschaftler will nicht einzelne Ärzte an den Pranger stellen; er versteht seine Arbeit vielmehr als »Beschreibung von sprachlichen Machterscheinungen in einem institutionellen Umfeld«. Vorherrschend sei hier chronischer Zeitmangel sowie die Tatsache, dass ärztliche Beratungsgespräche gering vergütet würden – was deren Bedeutung und Image negativ beeinflusse. Allerdings plädiert Peters auch sehr dafür, im Rahmen medizinischer Aus- und Fortbildungen intensiv über »Machtphänomene« im Arzt-Patientenverhältnis nachzudenken. 

Mediziner sollten im Rahmen ihrer Aus- und Fortbildung über Machtphänomene nachdenken.

Vertrag zwischen Uniklinik Köln und Bayer AG »vollständig offen legen«

»Bevorzugte Partnerschaft« – unter dieser Überschrift meldete *BioSKOP* im Juni, dass die Universitätsklinik Köln und der Bayer-Konzern bei Medikamentenstudien künftig eng zusammenarbeiten wollen. Nun haken zehn Organisationen nach: Sie fordern die Hochschule auf, den Kooperationsvertrag »vollständig offen zu legen«.

Geplant sind gemeinsame klinische Studien, die zu neuen Präparaten gegen Krebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und neurologische Leiden führen sollen. Inhaltliche Details und Vereinbarungen zu Geldflüssen und Verwertungsrechten wollten aber weder Repräsentanten der Uni noch von Bayer verraten, als sie im Frühjahr ihre »bevorzugte Partnerschaft« in Begleitung des nordrhein-westfälischen Innovationsministers Andreas Pinkwart (FDP) bekannt gaben.

Dass die pharmakologische Forschung an der Kölner Uniklinik nun »nach rein wirtschaftlichen Kriterien« ausgerichtet wird, befürchten zehn Verbände und studentische Interessenvertretungen, darunter der Verein demokratischer Ärztinnen und

Ärzte, medico international, die BUKO Pharma-Kampagne sowie die Coordination gegen BAYER-Gefahren (CBG). Mit einem »Offenen Brief« haben sie im November die Kölner Hochschulleitung gebeten, brisante Fragen (Siehe Randbemerkung) zu beantworten; die Antworten stehen noch aus.

Die Organisationen verweisen in ihrem Brief auch auf eine bemerkenswerte Aussage von Thomas Lönngrén. Der Chef der Europäischen Arzneimittelzulassungsbehörde (EMA) hatte – angesichts der verbreiteten Abhängigkeit der Pharma-Forschung von der Industrie – gefordert: »Wir brauchen mehr unabhängige Studien, die mit öffentlichen Mitteln finanziert werden«.

Rechte abgetreten?

Die FragestellerInnen möchten nun auch »öffentlich diskutieren, wie viele Rechte eine staatliche Einrichtung wie die Universität Köln an ein privatwirtschaftliches Unternehmen abtritt«.

Infos zum Offenen Brief, den man per Unterschrift unterstützen kann, gibt es bei der CBG, Telefon: (0211) 333911 und im Internet: www.cbgnetwork.de/2730.html

Brisante Fragen ...

... zur Zusammenarbeit zwischen der Uniklinik Köln und der Bayer AG stehen in einem Offenen Brief, den die Hochschulleitung bisher nicht beantwortet hat. Eine Auswahl aus dem Fragenkatalog:

»In der Regel legt Bayer seinen Partner-Universitäten einen ausgearbeiteten Vertrag vor. War das auch im Kölner Fall so?

Verzichtet die Uniklinik auf die negative Publikationsfreiheit – also darauf, auch fehlgeschlagene Experimente publik zu machen?

Wird wegen der Wahrung von Betriebsgeheimnissen und Patentrechten der akademische Austausch eingeschränkt?

Müssen Studien vor ihrer Veröffentlichung der Bayer AG vorgelegt werden?

Wie wird sicher gestellt, dass Konzeption und Auswertung pharmakologischer Studien nicht allein durch ökonomische Interessen beeinflusst werden?

Wie sind die Rechte an Arznei-Entwicklungen geregelt? Gibt es eine Vorausabtretung an Bayer? Gibt es eine Bestseller-Klausel, so dass die Universität im Fall erfolgreicher Erfindungen mit Erfolgsprämien rechnen kann?

»Senden Sie Ihrer Krankenkasse kein Passfoto!«

Ab 2009 soll die elektronische Gesundheitskarte (eGK) schrittweise eingeführt werden. Der Widerstand wächst.

Die so genannten »Feldtests« zwecks Erprobung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) in sieben ausgewählten Regionen laufen noch bis Ende Januar. Schon wenige Wochen später, noch im ersten Quartal 2009, sollen die bundesweit ersten Chipkarten-Lesegeräte in der Region Nordrhein ausgegeben werden, anschließend würden benachbarte Gebiete folgen. Ob dieser Zeitplan des Bundesgesundheitsministeriums wirklich aufgeht, ist zumindest zweifelhaft. Denn Anfang Dezember stellte sich plötzlich die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNo) quer: Sie forderte den KVNo-Vorstand mit knapper Mehrheit auf, die Einführung der Chipkarte auszusetzen.

Praktische Möglichkeiten zum Widerstand gegen die unerwünschte eGK nennt das Komitee für Grundrechte und Demokratie: »Senden Sie

Ihrer Krankenkasse kein Passfoto!« Die Weigerung zielt darauf, die Ausgabe der eGK weiter zu verzögern; akuter Handlungsbedarf besteht, wenn gesetzlich Versicherte angeschrieben und um ein Foto für die eGK gebeten werden, das ja biometrisch vermessbar sein soll.

Wenn die Aufforderung kommt, könnten Mitglieder sich erst einmal freundlich bei ihrer Kasse schlau machen: »Fragen Sie«, rät das Komitee, »auf welcher Rechtsgrundlage sie das Passbild anfordert und in welcher Datenbank und bei wem dieses Bild gespeichert wird.« Und sollte die Versicherung beizeiten ungeduldig werden und das Foto regelrecht anmahnen, böte sich folgender Hinweis an: »Informieren Sie Ihre Kasse, dass Sie am Aufbau eines zentralen Informationnetzes für Gesundheitsdaten nicht mitwirken wollen und die alte Versichertenkarte weiterhin nutzen wollen.«

Weitere Infos beim Grundrechtekomitee, Ansprechpartnerin ist Elke Steven: Telefon (0221) 9726930

Sehr diskrete Selbstkontrolle

Für Außenstehende ist kaum nachvollziehbar, ob es im Transplantationsbetrieb mit rechten Dingen zugeht

Von Erika Feyerabend (Essen), Journalistin und BioSkoplerin

Anklage erhoben

»Transplanteur im Fokus der Staatsanwälte« titelte BioSkop im Juni 2007. Nun haben die Strafverfolger Anklage gegen Prof. Christoph E. Broelsch vor der Wirtschaftsstrafkammer des Landgerichts Essen erhoben, sie werfen ihm u.a. »Vorteilsannahme« und »gewerbsmäßige Bestechlichkeit« vor. Ob das Landgericht die Anklage zulässt, wird es Anfang 2009 entscheiden. Die Taten, die Broelsch bestreitet, sollen zwischen Juni 2002 und Juli 2007 passiert sein. In 19 Fällen soll der angeschuldigte Chirurg vor der Operation eine Spende von PatientInnen verlangt und erhalten haben. So seien insgesamt 86.000€ auf ein Drittmittelkonto der von Broelsch geleiteten Klinik geflossen. In weiteren 20 Fällen habe er gegenüber PatientInnen den Eindruck erweckt, eine zeitnahe Behandlung vor anderen Kranken sei »nur nach Zahlung der Spende« möglich. »Die Summe dieser »Spenden« betrug 133.000€«, bilanziert die Staatsanwaltschaft. Weitere Ermittlungen gegen den seit Oktober 2007 suspendierten Ex-Klinikchef dauern noch an. Die Strafverfolger prüfen, ob es im Uniklinikum Essen bei Lebendorganspenden für ausländische PatientInnen (Siehe z.B. BioSkop Nr. 21) zu Verstößen gegen das Transplantationsgesetz gekommen ist.

Das Transplantationsgesetz (TPG) ist seit elf Jahren in Kraft. Aber noch immer ist undurchsichtig, ob beim Beschaffen und Verteilen menschlicher Körperstücke stets die geltenden Regeln eingehalten werden.

Anfang 2008 bekamen die Transplantationszentren Post vom Vorsitzenden der Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer (BÄK). Professor Hans Lilie macht sich Sorgen: Die Praxis der Organverteilung ist auffällig unübersichtlich. So gibt es PatientInnen, die Organe von der Vermittlungszentrale Eurotransplant (ET) erhalten, obwohl sie gar nicht in den ET angeschlossenen Staaten leben. Mangels exakter Datenlage ist ungewiss, ob privat Versicherte bei der Organzuteilung bevorzugt werden. Und Lilie spricht auch von »erheblichen Auffälligkeiten bei der Anmeldung von Patienten für besondere Dringlichkeitsstufen«, die jenseits der normalen Warteliste Organe erhalten. Zudem beschäftigt Lilie das »heimliche Verbringen eines Spendeorgans aus dem ET-Verbund in eine außereuropäische Klinik«. Die Konsequenzen? Die KollegInnen in den Transplantationszentren werden gebeten, die gesetzlichen Regeln und Richtlinien zu beachten und ihre obligatorischen Tätigkeitsberichte »zeitnah« an die Koordinierungsstelle DSO zu schicken.

Die Transplantationszentren müssen gemäß TPG eine einheitliche Warteliste führen, an der sich ET bei der Organvergabe zu orientieren hat. Doch es gibt Ausnahmen. Für das »Senior-Programm« von ET gibt es eine gesonderte Warteliste. Organe von über 65-jährigen SpenderInnen werden an betagte EmpfängerInnen verpflanzt. Die Körperteile sind vorgeschädigt und dürfen nicht lange transportiert werden. Sie werden deshalb zentrumsnah – im eigenen Haus oder in einer nahe gelegenen Klinik – verpflanzt.

Gleiches gilt für die vielen »marginalen Organen«, die in »modifizierten« oder »beschleunigten« Verfahren zugeteilt werden. Das sind verfettete Lebern, Organe von Menschen, die lange in Intensivstationen versorgt wurden, oder an bestimmten Krebs- oder Infektionserkrankungen litten. Rund 30 % aller Körperstücke – die Zahlen

schwanken und sind je nach Organ verschieden – werden jenseits der regulären Warteliste lokal verteilt, die EmpfängerInnen »individuell« ausgewählt. Transplanteur Richard Viebahn aus Bochum fragt, »ob ein solches Organ in dem Transplantationszentrum, dessen Chirurgen die Organentnahme durchführen, an Patienten der »eigenen« Warteliste vermittelt werden darf«. Zudem will der Professor wissen, »ob solche Organe bevorzugt an Empfänger außerhalb des Eurotransplantbereiches vermittelt werden, die unmittelbar in Kliniknähe z. B. im Hotel wohnen und auf eine Transplantation warten«.

Die einheitliche Warteliste wird auch umgangen, wenn PatientInnen vom behandelnden Chirurgen den HU-Status »high urgent« (»sehr dringend«) attestiert bekommen. Nach ärztlicher Einschätzung würden sie wahrscheinlich in Tagen oder Wochen sterben, wenn kein Herz, keine Leber oder Lunge zur Verfügung gestellt werde. 2001 wurden 30 % der rund 400

Herzen an diese Kranken vergeben, heute sind es 70 %. Die Ausnahme ist zur Regel geworden.

Unbekannt ist, wie sich diese Praxis auf die regulär Wartenden auswirkt und wie sich der hohe Anteil der HU-Fälle erklären lässt. Ist die Gruppe der wartenden HerzpatientInnen kränker als früher? Verschaffen sich Zentren auf diese Weise möglichst viele Organe? Die Prüfungskommission, eingesetzt von BÄK, Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft, kann ET nach Gründen fragen. Doch im einschlägigen Paragraphen 12 des TPG sind die Transplantationszentren nicht erwähnt. Dort aber wird die Dringlichkeitsstufe vergeben. Organverteilung oder Registrierungen des »high urgent«-Status werden nicht unabhängig beobachtet. Die Prüfungskommission kann um kollegiale Mitarbeit bitten. Das Recht, Akten einzusehen oder Auskünfte von den Transplantationszentren zu verlangen, hat sie nicht.

Auch offensichtliche Verstöße gegen das TPG werden im Geflecht der Selbstverwaltung einfach hingenommen. Vor fast drei Jahren berichteten Medien über eine dialysepflichtige Frau, die der Organentnahme bei ihrem »hirntoten« Ehemann nur zustimmen wollte, wenn sie dessen Niere bekäme. BÄK-Vizepräsident Andreas Crusius →

Die Ausnahme ist zur Regel geworden.

Suche nach Verantwortlichen

Kommt es hinter den Kulissen der Transplantationsmedizin zu beunruhigenden Vorfällen, kann eine unabhängige Überprüfung mühsam sein – oder unmöglich. Ein Fallbeispiel.

Karin Muster [Name von der Redaktion geändert] arbeitet seit Jahren als Koordinatorin bei der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) in der Region Nordrhein-Westfalen. Wird ihr ein Patient als »hirntot« gemeldet und liegt ein Einverständnis zur Organentnahme vor, fährt sie umgehend in die mitteilende Klinik. Dort prüft die Koordinatorin, ob zwei Untersucher die Hirntod-Diagnostik ausgeführt und protokolliert haben, ob dieses Verfahren im vorgeschriebenen Abstand wiederholt oder zum Beispiel eine EEG-Zusatzuntersuchung gemacht wurde, um die Zeit bis zur Entnahme von Körperstücken zu verkürzen. Sie ermittelt Vorerkrankungen des potenziellen »Spenders«, prüft die aktuellen Werte seiner Organe und schaut, was das Klinikpersonal über Gespräche mit Angehörigen dokumentiert hat. Sind alle Papiere vollständig und die Laborwerte in Ordnung, dann kümmert sich die Koordinatorin um Organentnahme, Transport und Operationsvorbereitungen für die EmpfängerInnen.

Im Januar 2006 wird Karin Musters Routine gestört: Bei der monatlichen Teambesprechung kommt die Rede auf eine Organentnahme in Düsseldorf. Dem zuständigen Kollegen war eine Unregelmäßigkeit spät aufgefallen: Nur eines der vorgeschriebenen beiden Protokolle von zwei Untersuchern war vor der Explantation auffindbar. Die Entnahmeteams waren bereits unterwegs. Nach Absprache mit der geschäftsführenden Ärztin der Region und der medizinischen Leitung der DSO wurde die Explantation dennoch durchgeführt. Muster und die meisten ihrer KollegInnen waren geschockt. Das fehlende Protokoll tauchte –

auf ungeklärte Weise – Tage später in einer anderen Krankenakte auf.

In ohnehin belasteter Arbeitsatmosphäre geriet das Ereignis in der Düsseldorfer Universitätsklinik zum dauerhaften Konflikt. Dürfen Organe ohne formal korrekt durchgeführte oder dokumentierte Hirntod-Diagnostik entnommen werden? War dieser Patient juristisch gesehen tot? Diese Fragen beschäftigen die Koordinatorin bis heute. DSO-Vorstand und die geschäftsführende Ärztin bestreiten den Vorfall nicht. Deren Anwälte teilen mit, dass der Vorgang gar kein Problem sei. Der Mitarbeiterin wird gekündigt, im wesentlichen wegen ihrer betriebsintern angestrebten Suche nach Aufklärung. Das Arbeitsgericht Essen wies die Kündigung der DSO im Januar 2008 zurück.


Karin Muster lässt das Ereignis keine Ruhe. Wer kann unabhängig nachprüfen, was im Dezember 2005 wirklich geschah? Sie schreibt Briefe: an den Stiftungsrat der DSO ebenso wie an die Vorsitzenden der Ständigen Kommission Organtransplantation (Prof. Hans Lilie) der Bundesärztekammer (BÄK) und der gemeinsamen Überwachungskommission von BÄK, Krankenkassen und Krankenhausgesellschaft (Prof. Heinz Angstwurm); sie telefoniert mit dem Bundesgesundheitsministerium (BMG).

Schwarze-Peter-Spiel

Die Reaktionen bringen keine Aufklärung, sie erinnern an ein Schwarze-Peter-Spiel: Das BMG sagt, es sei nicht zuständig und verweist auf die Verantwortung der Bundesländer in Gesundheitsangelegenheiten. In Telefonaten erklärt Prof. Lilie, nicht seine Kommission sei zuständig, sondern die Prüfungs- und Überwachungskommission. Deren Vorsitzender, Prof. Angstwurm, hält Lilies Kommission für zuständig.

Stand im Dezember 2008: Nach Wochen und Karin Musters hartnäckigen Fragen hat Prof. Lilie nun in Aussicht gestellt, dass sich die Prüfungskommission möglicherweise mit ihrem Anliegen beschäftigen kann. Im Februar 2009 soll es dazu kommen.

Erika Feyerabend 

absichtigt, auch in Zukunft so vorzugehen – also von den Vorgaben des TPG einfach abzuweichen. In einem Schreiben an die geschäftsführenden Ärzte der DSO heißt es: »Jeder Fall wird akut in einer Telefonkonferenz zwischen der DSO, ET unter Hinzuziehung von Herrn Prof. Schreiber oder Herrn Professor Lilie diskutiert und entschieden.« Gesundheitsbehörden und PolitikerInnen haben zu Kirstes Vorstoß geschwiegen. 

Reformwünsche von Transplantationschirurgen

Das Transplantationsgesetz (TPG) könnte bald geändert werden. Denn die EU-Kommission plant eine Richtlinie, um Transplantationssysteme in Europa zu harmonisieren – so wie dies schon im Gewebesektor geschehen ist. Auf Einladung der Bundesärztekammer diskutierten im November Transplanteure und JuristInnen, wie mehr Organe beschafft und verteilt werden könnten. Mehrheitsfähig erscheint unter Transplantationschirurgen folgende Wunschliste an den Gesetzgeber:

- **Zulassung der »gerichteten Organspende«** nach dem Hirntod an Familienangehörige. Bislang müssen Körperstücke gemäß gemeinsamer Warteliste der Transplantationszentren verteilt werden;
- **Überkreuzspende** von Nieren bei Paaren, die zuvor nicht miteinander bekannt waren. Bislang verlangt das TPG den Nachweis, dass sich Spender und Empfänger »offenkundig« persönlich nahe stehen;
- **keine Nachrangigkeit der Lebendorganspende** mehr. Bislang dürfen Körperstücke gesunder Menschen nur verpflanzt werden, wenn kein passendes Organ eines »Hirntoten« zur Verfügung steht.
- **mehr Organe für Kranke, die nicht im Eurotransplant-Gebiet wohnen.** Bislang gilt eine freiwillige Selbstverpflichtung der Kliniken, höchstens fünf Prozent der Organe an solche Empfänger zu vergeben;
- **Notstandsregeln.** Geklärt werden soll, wer bei »hirntoten« Alleinstehenden berechtigt sein soll, einer Explantation stellvertretend zuzustimmen.

→ schätzt solche Anliegen auf »drei bis fünf Fälle im Jahr«. Im bekannt gewordenen Berliner Fall hatten der damalige Vorsitzende der Ständigen Kommission Organtransplantation, Hans-Ludwig Schreiber, sowie DSO-Chef Günter Kirste und der ärztliche Direktor der Berliner Klinik in einer Telefonkonferenz gemeinsam beschlossen, die regulär wartenden PatientInnen zu übergehen und der Ehefrau die Niere persönlich zuzuteilen. Kirste be-

Leichenteile ins Forschungslabor?

Drei Universitätskliniken organisieren die Gewebespende – und profilieren sich zugleich im Tissue Engineering

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

Im Organspendeausweis können Menschen auch ankreuzen, dass sie sich nach dem Tod Gewebe wie Knochen, Sehnen oder Haut entnehmen lassen. Wer dies zu Lebzeiten erklärt, denkt vermutlich an uneigennützig Hilfe für Kranke. Gewebe ist jedoch auch ein wertvoller Rohstoff für Forschung und Gewebezüchtung. Damit sind therapeutische Hoffnungen verbunden – und finanzielle Erwartungen.

Professor Axel Haverich ist ein findiger Kopf. Der Chirurg von der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) hat eine Herzklappe konstruiert, die im Körper von Kindern angeblich mitwächst. Zunächst experimentierte das Forscherteam um Haverich im Tierversuch mit Herzklappen von Schafen. Die ersten Heilversuche an Menschen startete Haverich Mitte 2002 – nicht in Hannover, sondern im fernen Moldawien. »In Deutschland konnte die Methode damals nicht angewandt werden, da die Genehmigungsbehörden auf die Ausgestaltung des europäischen Zulassungsrechts warteten«, erklärte die MHH-Pressestelle. Hingegen stellt der Mediziner Jochen Taupitz in einem Gutachten fest: »Prof. Haverich hätte die Versuche auch in Deutschland durchführen dürfen.« (Siehe Kasten auf Seite 11)

Ausgangsmaterial für die Operationen in Moldawien waren menschliche Herzklappen, entnommen von Leichen. Im ersten Arbeitsgang wurden die Klappen durch Spülen von sämtlichen Zellen der früheren Besitzer befreit, so dass nur Stützgerüste aus Kollagen übrig blieben. Diese wurden mit Zellen besiedelt, die man zuvor von den kranken Kindern gewonnen hatte, für die die Herzklappen gedacht waren. Die Hoffnung der Forscher: Nach dem Einpflanzen sollten die Patienten die mit eigenen Zellen besiedelten Klappen wie körpereigenes Gewebe annehmen.

Erst nachdem 18 Kinder in Moldawien die neuartige Klappe offenbar mit Erfolg eingepflanzt bekommen hatten, wagte Haverich, sie im September 2008 erstmals auch einem Kind in Deutschland zu transplantieren; nach dem Eingriff sei der vierjährige David »putzmunter« gewesen, teilte sein Operateur anschließend der Presse mit. Dass der neuartige Therapieansatz langfristig hilft

und sicher ist, muss noch geprüft werden – Haverich hofft, dass die Klappe im Jahr 2011 arzneimittelrechtlich zugelassen werden kann.

Die Kreation ist ein Produkt des Tissue Engineering, der Gewebezüchtung. Es ist nicht Haverichs einziges Projekt auf diesem Gebiet, das Transplanteure gern als »Zukunftstechnologie« darstellen. Auch Venen, Venenklappen und Luftschläuche sollen in Hannover nach dem Prinzip der mitwachsenden Herzklappe von Spenderzellen befreit und mit patienteneigenen Zellen besiedelt werden.

Die ehrgeizigen Projekte sind Teil des »Exzellenzclusters Rebirth – From Regenerative Biology to Reconstructive Therapy«, das Haverich selbst koordiniert. »Rebirth« wird fünf Jahre lang von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert: mit insgesamt 42 Millionen Euro bis Ende 2011. Damit zählt Hannover zur deutschen Spitzenforschung im Tissue Engineering – ebenso wie Dresden mit dem Exzellenzcluster »From Cells to Tissues to Therapies« und Leipzig mit dem Translationszentrum für Regenerative Medizin.

Verplaudert?

Eben diese drei Kliniken schlossen sich zu einem Konsortium zusammen und kauften im August 2007 die Gemeinnützige Gesellschaft für Gewebetransplantation (DSO-G), die seither Deutsche Gesellschaft für Gewebetransplantation (DGFG) heißt. Über den Preis wollen die Beteiligten öffentlich nicht reden, aber sie nennen Gründe für den Kauf: Eine Hauptmotivation der MHH sei der aus der Transplantationsmedizin heraus betriebene Forschungsschwerpunkt Tissue Engineering gewesen, »insbesondere im Herzbereich«, erklärte Konsortiumssprecher Holger Baumann Ende 2007 in einem Hintergrundgespräch. Moment mal. Hat Baumann sich da verplaudert? Die DGFG soll doch – wie ihre Vorgängerin – ausschließlich die Spende und Verteilung menschlicher Gewebe in Deutschland organisieren. Rasch ergreift DGFG-Geschäftsführer Martin Börgel das Wort und versichert, alle drei Universitäten hätten die DSO-G in dem Bewusstsein übernommen, dass es ihnen primär um die klassische Gewebetransplantation gehe. Und das werde auch die nächsten 15 Jahre so bleiben. →

Anzeige gefällig?

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

→ Die DGFG hat offenbar erkannt, dass die Öffentlichkeit sensibel registriert, wofür Gewebe verwertet werden sollen. Die Zustimmung zur Gewebespende könnte abnehmen, wenn diese mit kommerziellen Aspekten in Verbindung gebracht wird. Forschungsprojekte im Bereich Tissue Engineering gehen jedoch mittelfristig fast immer mit geschäftlichen Interessen einher.

Ein auffälliges Beispiel ist Professor Haverich selbst. Als wissenschaftlicher Kopf der 2001 gegründeten Firma Artiss hatte er bereits den Börsengang vor Augen, berichtete die *Neue Presse* in Hannover zur Inbetriebnahme der Labors im Medical Park der Stadt. Artiss sollte unter anderem die biotechnologisch veränderte Herzklappe von Haverich zur Marktreife bringen. Die Beteiligungsgesellschaft Pricap Venture Partners AG spendierte zur Gründung von Artiss 3,3 Millionen Euro. Dann allerdings entwickelten sich die Projekte nicht so, wie die Risikokapitalgeber sich das vorstellten. Als 2006 das Aus für Artiss kam, gründete Haverich die Corlife GbR. Die Firma, direkt neben der MHH angesiedelt, bemüht sich seitdem um Herstellung und Zulassung der biotechnologisch veränderten Herzklappe.

Eine Gewebebank im näheren Zugriff zu haben könnte von Vorteil sein, wenn man Forschungsprojekte im Bereich des Tissue Engineerings anstoßen will, meint ein Insider der Szene. Universitäten seien in der Forschung und bei der Vergabe von Forschungsgeldern benachteiligt, wenn sie bei der Gewebeverteilung nicht zum Zuge kämen. Ohne den nötigen, menschlichen Rohstoff werde es keine Uni zu einem »Silicon Valley des Tissue Engineerings« bringen.

Aber dürfen Gewebe, die für die Versorgung von Patienten entnommen werden, überhaupt für Forschungszwecke benutzt werden? Und wie müsste eine Einwilligungserklärung gestaltet werden, damit sie die Forschung und gegebenenfalls die Herstellung von Tissue-Engineering-Produkten umfasst? Im offiziellen Organspendeausweis steht dazu nichts.

Die Hamburger Politologin Ingrid Schneider hält von Verstorbenen entnommenes Gewebe für zu wertvoll, als dass damit geforscht werden dürfe. Wissenschaftler sollten sich mit Operationsabfällen begnügen, sagte sie während einer Expertentagung der DGFG Anfang November in Berlin. Wolfgang Fleig, Medizinischer Vorstand der Universitätsklinik Leipzig, sieht das anders. Es sei zu klären, inwieweit auch bei knappen Geweben die Forschung mitversorgt werden könne. Andernfalls werde es keinen medizinischen Fortschritt mehr geben. Mittels Tissue Engineering, prophe-

zeit Fleig, würden Chirurgen in zehn bis zwanzig Jahren »wahrscheinlich in der Lage sein, aus wenigen Ausgangsmaterialien sehr viele verschiedene Endprodukte für die Verwendung am Patienten herzustellen«.


Solchen Vorhersagen traut auch Arlinke Bokhorst, medizinische Direktorin der Gewebeverteilungsstelle Bio Implant Services im niederländischen Leiden: »Das ist die Zukunft«, sagt sie: »In 50

Auch mal ohne Zustimmung

Die ersten »mitwachsenden« Herzklappen hat der Hannoveraner Chirurg Axel Haverich moldawischen Kindern eingepflanzt. Mutmaßungen, es habe sich um fragwürdige Experimente im armen Ausland gehandelt, wies die Bioethikerin Bettina Schöne-Seifert am 30. Oktober 2008 in einem Aufsatz für die *FAZ* kategorisch zurück. Haverich habe ethisch korrekt und mit Einwilligung der Eltern agiert, erläuterte Schöne-Seifert, die Mitglied im wissenschaftlichen Beirat des von Haverich koordinierten Exzellenzclusters »Rebirth« ist.

Der Professor, den die Medizinische Hochschule Hannover (MHH) gern als »Vater der Gewebezüchtung« vorstellt, kann offenbar auch anders. Im Interview mit dem *MHH-Info* vom Juni 2006 bekannte Haverich, er habe auch schon mal »ohne eine Zulassung oder Zustimmung operiert«, zum Beispiel beim Herzmuskel-Ersatz. Bei zwei Patienten sei dies der Fall gewesen. »Einmal«, so Haverich, »haben wir bei einer Tumorerkrankung den gesamten rechten Vorhof des Herzens mit einem per Gewebezüchtung hergestellten Implantat ersetzt.« Möglich sei dies beim »Heilungsversuch«, wenn es für den Patienten in Notfallsituationen keine bessere Alternative gebe. »Im April 2006«, so Haverich, »haben wir in solch einer Situation erstmals eine per Gewebezüchtung hergestellte Vene verpflanzt.« **Klaus-Peter Görlitzer** 

Jahren werden die Gewebebanken als solche nicht mehr existieren. Wir werden dann die Organisationen sein, die den Tissue-Engineering-Firmen das Rohmaterial für ihre Produkte liefern.«

Die Zukunft hat offenbar bereits begonnen. In den vergangenen fünf Jahren klopfen bereits zahlreiche Interessenten bei Bio Implant Services an. »Wir wurden von Tissue-Engineering-Firmen angesprochen, die mit allen Arten von Gewebe arbeiten. Kommerzielle wie universitäre Gruppen wollten kooperieren.« 

»Gesellschaftlicher Konsens« benötigt

Transplanteur Axel Haverich ist auch als Politikberater gefragt. Seine Visionen zum Tissue-Engineering erläuterte er schon am 22. September 2004, als der Nationale Ethikrat sein »Forum Bioethik« in Berlin abhielt. Dabei ging es auch ums Geld, u.a. sagte Haverich:

»Wir haben bei den bisherigen traditionellen Verfahren – bei der Augenhornhaut, Knochenhaut, Herzklappe usw. – im universitären Bereich entsprechende Gewebebanken gehabt. Ziel war es, eine Bedarfdeckung zu erreichen. [...] Die neuen Verfahren werden eine Veredelung – so habe ich es hier genannt – beinhalten. Dies wird mithilfe komplexer Verfahren geschehen, die wir auch als Tissue Engineering bezeichnen. Aber wir werden Industriekooperation beim Aufbau solcher Laboratorien benötigen; denn wir sprechen hier von zig Millionen Euro, die notwendig sind, um solche Labors zu entwickeln und diese Gewebe unter GLP-Bedingungen und nach den gesetzlichen Vorschriften herzustellen. Natürlich wollen diese risikokapitalfinanzierten Unternehmen dann auch Gewinne machen. Dies ist etwas, worüber gesellschaftlicher Konsens erzielt werden muss. Wenn das nicht gelingt, dann können wir diese Konzepte für unsere Patienten nicht anbieten.«

200.000 Freiwillige gesucht

Krebsforschungszentrum und Helmholtz-Zentrum wollen Deutschlands größte Biomaterialbank aufbauen

Von Uta Wagenmann (Berlin), Soziologin, engagiert beim Gen-ethischen Netzwerk

»Belastung für die Gesundheitssysteme«
»Chronische Krankheiten sind eine immer größer werdende Belastung für die Gesundheitssysteme und stellen auch die Gesundheitsforschung vor neue Herausforderungen. Gerade bei Krankheiten mit vielen Ursachen wie zum Beispiel Lebensgewohnheiten, Umwelteinflüsse und angeborenen Risikofaktoren können mit solchen Kohorten neue Strategien zur Früherkennung und Prävention entwickelt werden.«

Einschätzungen von Professor Jürgen Mlynek. Der Präsident der Helmholtz-Gemeinschaft äußerte sich am 22. Oktober 2008 in einer Pressemitteilung, mit der Deutschlands größte Wissenschaftsorganisation (Jahresbudget: 2,4 Milliarden Euro) bekanntgab, sie werde binnen fünf Jahren »rund 20 Millionen Euro für den Aufbau einer groß angelegten Langzeit-Kohorte investieren«.

Noch mehr Informationen zur »Helmholtz-Kohorte« stehen in einem ausführlichen Artikel von Uta Wagenmann, erschienen im Dezember-Heft des Gen-ethischen Informationsdienstes (GID). Zu beziehen beim Gen-ethischen Netzwerk, Brunnenstr. 4, 10119 Berlin oder per E-Mail: gid@gen-ethisches-netzwerk.de

Dieser Biobanken-Plan ist hierzulande ohne Beispiel: Ab 2012 sollen medizinische Daten und Proben von 200.000 Freiwilligen aus ganz Deutschland zentral gesammelt und gespeichert werden. Die Vorbereitungen starten im Januar 2009 – Politik und Öffentlichkeit haben das bisher offensichtlich nicht mitgekriegt.

Der Name der projektierten Biobank klingt eher unscheinbar: »Helmholtz-Kohorte« (HK). Das epidemiologische Großprojekt, initiiert von der Helmholtz-Gemeinschaft Deutscher Forschungszentren, will über Jahrzehnte mindestens 200.000 Menschen beobachten, die repräsentativ für die Gesamtbevölkerung sein sollen. Was dabei ermittelt werden soll, skizzieren die Organisatoren in einer Pressemitteilung: »chronische Erkrankungsrisiken in Bezug auf den Lebensstil, psychosoziale Faktoren, umweltbedingte Belastungen und Stoffwechsellmarker – alleine oder im Zusammenspiel mit individuellen genetischen Risikofaktoren«. Geschätzt 100 bis 200 Millionen Euro soll das Projekt binnen zehn Jahren kosten, eine Finanzierung vom Bund und damit aus Steuergeldern wird erwartet.

Nach etwa dreijähriger Vorbereitungsphase soll die »Rekrutierung« in mehreren Regionen der Bundesrepublik starten – gesucht werden zehntausende, gesunde Freiwillige. Gesammelt werden neben Blut- und Urinproben auch Daten zur Ernährung, zum Lebenswandel und zum sozialen Hintergrund der ProbandInnen. Dabei ist die HK als nationales Kooperationsprojekt konzipiert: Unter Federführung des Helmholtz-Zentrums München Gesundheit und Umwelt (HMGU) und des Deutschen Krebsforschungszentrums Heidelberg (DKFZ) soll die populationsweite Biobank »gemeinsam mit Universitäten und anderen nationalen Forschungseinrichtungen geplant und durchgeführt werden«.

Auf Erkrankungen warten

Potenzielle ForscherInnen brauchen allerdings Geduld. 10 bis 20 Jahre soll es dauern, bis die erfassten Daten der Biobank für konkrete Forschungsprojekte nutzbar sind – sinnvoll sei dies nämlich erst, wenn Krankheiten unter den TeilnehmerInnen auftreten. »Das ist die Idee einer

prospektiven Kohorte«, sagt einer der beiden Koordinatoren der HK, Rudolf Kaaks vom DKFZ. »Wir beginnen mit Gesunden, um später Vergleiche machen zu können zwischen denjenigen, die Krankheiten entwickeln und denjenigen, die gesund geblieben sind.« Veränderungen bestimmter Werte im Blut oder im Hormonspiegel könnten analysiert und mit den Werten vor und nach einer Erkrankung verglichen werden. Anschließend könnten sie, je nach vorgefundener Häufigkeit, als »Biomarker« zwecks Früherkennung genutzt werden; auch sei es möglich, krankmachende Umweltfaktoren herauszufiltern – etwa durch Vergleich von Lebenswandel oder Ernährungsgewohnheiten Gesunder und Kranker, die genetische Ähnlichkeiten aufweisen.

Methodische Schwächen

Dabei gehe es aber nicht vorrangig um genetische Studien, wird betont. Zwar seien Gene ein Risikofaktor für Krankheiten, sagt der Mentor des HK-Projektes, Professor Erich Wichmann vom HMGU. Die spannende Frage sei aber nicht, »was die Gene machen, sondern wie bestimmte Verhaltensweisen oder Umwelteinflüsse mit genetischen Faktoren interagieren«.

Statistische Repräsentativität sollen Bevölkerungsstichproben plausibel machen: Mit Hilfe der Meldeämter werden EinwohnerInnen ausgewählter Regionen angeschrieben; wie die Stichprobe genau aussehen wird, hängt also letztlich davon ab, welche Menschen ausgewählt werden und ob sie bereit sind mitzumachen.

Im Blick haben die ForscherInnen Krankheiten wie Krebs, Diabetes, neurodegenerative Leiden, rheumatoide und Herz-Kreislauf-Erkrankungen, erklärt Mitkoordinator Kaaks. Welche Forschungsprojekte in 15, 20 Jahren oder später realisiert werden, ist zum Zeitpunkt der Datenerhebung ungewiss – eine grundsätzliche methodische Schwäche, die auch beim britischen HK-Vorbild namens UK Biobank offenbar wurde. »Die Hypothesenfreiheit prospektiver Sammlungen gehörte in der Diskussion um die UK Biobank zu den wichtigsten Einwänden aus wissenschaftlicher Sicht«, so Katrin Grüber, eine der Gutachterinnen für die 2007 abgeschlossene Biobanken-Technikfolgenabschätzung des Deutschen Bundestages. »Man →

→ sammelt Daten, ohne wirklich genau zu wissen, was man später damit herausfinden will.«

Einige HK-Ideen unterscheiden sich allerdings von ihrem britischen Pendant. »Von den 200.000 Personen, die wir vorgesehen haben, möchten wir etwa 40.000 in vertieften Studien untersuchen«, erklärt Professor Kaaks. »Das heißt, dass wir die Teilnehmer im Detail phänotypisieren, zum Beispiel durch Bildgebung.« So sei denkbar, mit Hilfe der Magnetresonanstechnologie Bilder des Gehirns einer älteren Subgruppe zu machen, um später Aufnahmen von Menschen, die an neurodegenerativen Leiden wie etwa Alzheimer erkrankt sind, mit denen der gesund Gebliebenen zu vergleichen. Bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen wären Bildgebungsverfahren zur Analyse von Veränderungen der Herzstruktur möglich. Heraus kommen sollen auch hier Aussagen zum Erkrankungsrisiko.

Produziert würde so individualisierendes Wissen nicht zu Ursachen, sondern über statistisch gestützte Risiken von Erkrankungen. Fragwürdig ist aber nicht nur die Methodik, Wachsamkeit erfordern auch die Datenvernetzungen im Gesundheitssystem. »Im Falle der UK Biobank kristallisiert sich immer deutlicher heraus, dass es nicht nur um wissenschaftliche Fragestellungen im Zusammenhang mit Genetik geht«, hat Grüber erkannt. »Motor des Projektes war wahrscheinlich auch, einen Zugang zu 500.000 elektronischen Krankenakten zu erhalten.«

Schweigepflicht – im Prinzip

Angesichts der Unterschiede zum britischen Gesundheitssystem mag dies zunächst abwegig erscheinen. Aber die informationstechnischen Möglichkeiten der Datenverknüpfung werden in zwanzig Jahren sicherlich auch hierzulande weiter wachsen. Laut Wichmann ist geplant, beispielsweise Krebsregister oder die Mortalitätsstatistik für die »Nachbeobachtung« zu nutzen. Gemeint ist die Phase nach der Ersterhebung von Daten, also wenn in regelmäßigen Abständen überprüft wird, wie sich die Gesundheit der TeilnehmerInnen entwickelt hat.


Die erhobenen HK-Daten würden zwar der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, behaupten die Epidemiologen. Dass die durchaus antastbar sein kann, zeigt das projektierte Gesetz zu den Befugnissen des Bundeskriminalamtes. Es ermöglicht, »bei konkreter Gefahr für eine terroristische Straftat« die ärztliche Schweigepflicht außer Kraft zu setzen. Tritt der Gesetzentwurf wie vorgesehen ab Januar 2009 in Kraft, könnten künftig Polizei und Staatsanwaltschaften bestimmen, wann MedizinerInnen verpflichtet sind, Auskunft zu geben. 

Zweifel an HPV-Impfung

Im März 2007 empfahl die Ständige Impfkommission (STIKO) allen Mädchen zwischen 12 und 17 Jahren die Impfung gegen Humane Papillom-Viren (HPV). Die STIKO-Positionierung wirkte für das Unternehmen Sanofi Pasteur MSD wie eine Geldspritze: Dessen heftig beworbener Impfstoff Gardasil, der gegen die HPV-Typen 16 und 18 wirken soll, avancierte 2007 zur Arznei mit dem höchsten Umsatz (267 Millionen Euro) in Deutschland, und auch das Konkurrenzprodukt Cervarix von GlaxoSmithKline liegt gut im Verkaufrennen.

Für kräftigen Gegenwind sorgen nun 13 WissenschaftlerInnen, darunter Prof. Wolf-Dieter Ludwig von der Arzneimittelkommission der Bundesärztekammer und Prof. Jürgen Windeler vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen. In einer Stellungnahme (Siehe Randbemerkung) schreiben die ExpertInnen: »Die entscheidende Frage der Wirksamkeit, im Sinne einer Senkung der Neuerkrankungen an Gebärmutterhalskrebs, ist bisher nicht ausreichend geklärt.« Die 13 fordern die STIKO auf, ihre Empfehlung zur HPV-Impfung zu überprüfen, fehlende Daten von den Herstellern zu verlangen und neue Studienergebnisse zu berücksichtigen.

Zur Begründung verweisen sie auf Fragwürdigkeiten klinischer Zulassungsstudien. »Die wichtigsten« zu Gardasil seien erstmals im Mai 2007, also zwei Monate nach der STIKO-Empfehlung, im Fachblatt *New England Journal of Medicine* beschrieben worden. Die Studien namens FUTURE I und II hätten aber keineswegs die Wirksamkeit der Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs nachgewiesen.

Untersucht wurde nach Darstellung der unabhängigen ExpertInnen vielmehr, wie oft höhergradige Zellveränderungen auftraten, die als mögliche Krebsvorstufen gelten – beobachtet wurden 12.000 junge Frauen zwischen 15 und 26 Jahren. Unter denjenigen, die noch nicht mit HPV 16 und 18 infiziert waren, seien Krebsvorstufen, die mit diesen beiden Virentypen in Verbindung stehen sollen, in Folge der Impfung zwar um 98 % vermindert worden. Das habe »viele zu der optimistischen Annahme verleitet«, dass die Impfung 70 % der Krebsfälle verhindere, die mit den Typen 16 und 18 assoziiert werden. »Diese Annahme«, stellen die 13 klar, »ist aber bislang nicht durch Studienergebnisse belegt.« **Klaus-Peter Görlitzer** 

»Falsche Behauptungen müssen unterbleiben«

»Wir wenden uns entschieden dagegen, dass zur Gefährdung durch Gebärmutterhalskrebs mit falschen Informationen Angst und Schuldgefühle erzeugt werden. Wir fordern, dass die Unsicherheiten in der Datenlage thematisiert werden. Behauptungen, die Impfung reduziere Gebärmutterhalskrebs um 70% oder gar 98%, müssen unterbleiben und durch studiengestützte Informationen ersetzt werden, die allen Beteiligten eine dem Kenntnisstand entsprechende Bewertung und Entscheidung ermöglichen.«

aus dem Appell von 13 WissenschaftlerInnen, die eine Neubewertung der HPV-Impfung fordern. Ansprechpartner ist Ansgar Gerhardus, Leiter des Arbeitsfeldes »Evidence-Based Public Health« an der Universität Bielefeld – Telefon: (0521) 106-4668. Die vollständige Stellungnahme steht im Internet: www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag3/downloads.html

›Ethisch einwandfrei, transparent‹?

Arzneihersteller haben sich einen Verhaltenskodex zur Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen verordnet

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

Bitte keine Werbung!

Für verschreibungspflichtige Medikamente darf im EU-Europa nicht geworben werden. Das Verbot soll medizinische Laien schützen, aber Pharma- und Medienunternehmen sähen es gern abgeschafft. Deren geschäftlichen Interessen will EU-Industriekommissar Günter Verheugen offensichtlich dienen – mit einer neuen Arzneimittel-Richtlinie. Sie sieht auch vor, dass Pharmaunternehmen potenzielle KonsumentInnen künftig über rezeptpflichtige Präparate »informieren« dürfen, etwa via Internet oder Zeitungsanzeigen. EU-Gesundheitskommissarin Androulla Vassiliou geht das zu weit. Sie ist zwar nicht grundsätzlich gegen Pharmawerbung, plädiert aber für eine Vorabgenehmigung der »Information« und gegen Inserate in Printmedien. Zahlreiche Organisationen, darunter BioSkop, haben sich klar positioniert: In einem gemeinsamen Brief, initiiert von der BUKO Pharma-Kampagne, forderten sie EU-Kommissionspräsident José Manuel Barroso im November erneut auf, am kategorischen Werbeverbot festzuhalten. Eine Antwort Barrosos stand bei Redaktionsschluss noch aus.

Weitere Infos bei der BUKO Pharma-Kampagne, Telefon (0521)96879481

Die Marktführer der pharmazeutischen Industrie haben sich einen neuen Kodex verordnet, um die Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen »auf eine transparente und ethisch einwandfreie Basis zu stellen«. Unabhängige Arzneimittelexperten bezweifeln, dass das Selbstverpflichtungspapier halten kann, was es verspricht – und fordern Korrekturen.

Pharmaunternehmen sind gern bereit, mit Patientenverbänden zu kooperieren und sie finanziell zu unterstützen. Ein »enger Austausch«, etwa bei der Beobachtung und Weiterentwicklung bereits eingeführter Medikamente, sei »forschungs- und gesundheitspolitisch erwünscht«, meint Cornelia Yzer, Hauptgeschäftsführerin des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller (VFA).

»Nutzenkalküle« der Industrie beobachtet dagegen der Bremer Gesundheitsökonom Gerd Glaeske. Ziel kooperationswilliger Firmen sei »der direkte Zugang zum Endverbraucher über die Selbsthilfe«. Diese Marketingstrategie sei »kosteneffektiver« umzusetzen als Mediziner zu einem wohlwollenden Arzneimittel-Verordnungsverhalten zu bewegen – wofür die Pillenbranche nach Professor Glaeskes Darstellung pro niedergelassenem Arzt jährlich rund 35.000 Euro aufwände. Die Glaubwürdigkeit von Selbsthilfeorganisationen sei gefährdet, wenn sie nicht öffentlich und durchschaubar machen, welche Sponsorengelder an sie fließen.

Transparenz verheißt ein Kodex, den das Bundeskartellamt Mitte Oktober als verbindliche Wettbewerbsregel anerkannt hat. Entworfen hat ihn der Verein »Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie« (FSA), in dem sich 82 konkurrierende Pharmaunternehmen gegenseitig auf die Finger schauen wollen. In einer Mitteilung für die Presse sagt Lobbyistin Yzer, der FSA-Kodex gehöre »europaweit zu den strengsten«; das Papier verlange, dass Firmen ihre finanzielle Unterstützung an Patientenverbände veröffentlichen müssen und keinen unlauteren Einfluss auf sie nehmen dürfen. Begrüßt wird der Kodex auch von Achim Weber, Selbsthilfe-Referent beim Paritätischen

Wohlfahrtsverband: »Wir sind daran interessiert, dass alle kooperierenden Partner darlegen, welche Verbindungen zwischen ihnen bestehen und dies veröffentlichen.«

Solche Statements klingen eindeutig – der Wortlaut des Kodex lässt jedoch erhebliche Interpretationsspielräume zu. Wo Knackpunkte liegen, zeigt die Arzneimittelkommission der Bundesärztekammer (AkdÄ) in einer detaillierten Stellungnahme, die »erheblichen Korrekturbedarf« anmahnt.

Die Selbstverpflichtung des FSA verlangt, dass Mitgliedsunternehmen mindestens einmal im Jahr »eine Liste« derjenigen Patientenorganisationen veröffentlichen müssen, denen sie Gelder oder »erhebliche« Sachzuwendungen zur Verfügung stellen – wo genau und wie detailliert, steht aber nicht in den Vorgaben. Die AkdÄ um ihren Vorsitzenden Wolf-Dieter Ludwig hätte es lieber konkreter: »Besser ist eine allgemein zugängliche öffentliche Registerpflicht – alles andere ist per se intransparent.« Außerdem will die AkdÄ in einem öffentlichen Register sämtliche Kooperationsverträge zentral dokumentiert sehen.

Im FSA-Kodex steht, dass Pharmafirmen die redaktionelle Arbeit von

Selbsthilfepublikationen »nicht ohne rechtfertigenden sachlichen Grund« beeinflussen dürfen. »Einflussnahme sollte generell unzulässig sein«, meint dazu die AkdÄ. Nicht hinnehmbar sei zudem, was der Kodex im Rahmen eines einvernehmlichen Vertrages billigt: das Verwenden von Logos der Patientenselbsthilfe auf Produktinformationen, Broschüren, Internetseiten oder bei Veranstaltungen von Firmen.

Verboten gehört nach Lesart der AkdÄ, dass Arzneihersteller ausdrücklich damit werben, dass sie Selbsthilfeorganisationen unterstützen. Diese PR-Variante gestattet der Kodex jedoch ebenso wie die Option, dass Patientenverbände ihre Publikationen mit Schriftzügen industrieller Geldgeber bedrucken lassen.


Sehr genau gelesen hat die AkdÄ die Ausführungen über »Neutralität und Unabhängigkeit«. Der Kodex verlangt zwar, dass bei Veranstaltungen der Patientenselbsthilfe eine einseitige →

»Jedermann und jede Institution können Beanstandungen einreichen.«

→ Darstellung zu Gunsten eines Unternehmens, einer bestimmten Therapie oder eines bestimmten Produktes ausgeschlossen sein muss. Es fehlt nach Meinung der AkdÄ aber eine »Verpflichtung zur umfassenden Information auch über konkurrierende Behandlungen«. Unklar bleibt für die AkdÄ zudem, wie die Kooperationspartner die im Kodex vorgegebene »eindeutige Trennung« zwischen Unternehmensinformationen und Empfehlungen der Selbsthilfe praktisch hinbekommen wollen.

Der Forderung von Professor Ludwig und Kollegen, den FSA-Kodex eingehend zu überarbeiten, haben die industriellen Urheber komplett ignoriert. Immerhin ermutigen sie die Öffentlichkeit, künftig genau hinzuschauen, ob sich die Firmen im Kooperationsalltag an die selbstverordneten Vorgaben halten. »Jedermann und jede Institution können Beanstandungen einreichen«, erklärt VFA-

Hauptgeschäftsführerin Yzer. Die FSA-Schiedsstelle, deren zweite Instanz auch mit drei Ärzten und drei Patientenvertretern (Siehe Randbemerkung auf Seite 13) besetzt ist, werde allen Eingaben nachgehen; bei Verstößen könnten Geldstrafen bis zu 250.000 Euro und eine öffentliche Rüge die Folge sein.

Als Beleg dafür, dass er »zeitnah und wirksam« gegen Kodex-Verstöße vorgehe, vermeldet der FSA auf seiner Homepage ein Ordnungsgeld von 50.000 Euro, verhängt im Februar 2008 gegen die Novartis Pharma GmbH. Dem Unternehmen, das 2007 allein in Deutschland 2,8 Milliarden Euro umgesetzt haben soll, war in einem Pressebericht unter anderem eine »Einladung von Ärzten zu einer Veranstaltung in den Spreewald« vorgehalten worden. Was sich dort genau Anstößiges abgespielt hat, steht nicht in der FSA-Mitteilung. 

Gläserner Professor

Ein Rostocker Medizinprofessor tut, was selbstverständlich werden sollte: Er offenbart im Internet seine Nebeneinkünfte.

Der Krebspezialist Mathias Freund leitet die Abteilung für Hämatologie und Onkologie der Rostocker Universitätsklinik für Innere Medizin. Deren Homepage enthält auch einen Verweis auf die persönliche Internetseite (www.mathiasfreund.de) des 59-jährigen Professors. Wer den Link anklickt, gelangt zu Informationen über Freunds medizinische Qualifikationen, seine berufliche Laufbahn, wissenschaftliche Veröffentlichungen, Mitgliedschaften in Fachgesellschaften, Mitherausgeberschaften von Zeitschriften. Solche Selbstdarstellungen sind heutzutage in Online-Auftritten von Universitäten und MedizinerInnen üblich. Aber Freunds persönliche Homepage bietet mehr, SurferInnen finden dort auch einen Link, der bei anderen Professoren in aller Regel fehlt: »Unterlagen zu Einkommen, Nebeneinkünften und Zusammenarbeit mit Firmen«.

Anhand einer »summarischen Auflistung« erfährt man zum Beispiel, dass Freund im Zeitraum 2005 bis 2007 exakt 35.809 Euro von Firmen erhalten hat; Namen von Unternehmen sowie die Höhe der jeweiligen Zahlungen nennt er auch. In weiteren »detaillierten Auflistungen« steht, für welche wann und wo erbrachten Leistungen der Rostocker Professor Gutschriften von Firmen erhalten hat, meist wurden ihm Honorare für

Vorträge gezahlt. Worüber er genau gesprochen hat, teilt der Krebspezialist eher vage mit, zum Beispiel so: »Vortrag Satelliten-Symposium Schering Leipzig« (Honorar: 1.500 Euro von Schering Deutschland) oder »Vortrag Multiples Myelom« (750 Euro Gutschrift von Janssen-Cilag). Solche Kooperationen würden durch Schriftwechsel oder vertragliche Regelungen »transparent definiert«, versichert Freund. Beispiele kann man auf seiner Homepage leider nicht einsehen.

Prof. Freund zählt sicher nicht zu den Spitzen-Nebenverdienern – medizinische Meinungsbildner mit landesweiter oder gar globaler Ausstrahlung kassieren laut Recherchen des Buchautors Hans Weiss (Siehe Randbemerkung rechts) für Vorträge und Beratertätigkeiten pro Stunde bis zu 3.000 Euro.

Absolute Ausnahme

Zur von ihm angestrebten »Transparenz und Vertrauensbildung« gehören für Freund auch Hinweise auf unternehmerische Aktivitäten. Konkret teilt er mit, »dass die Ausgründung der Firmen M.D. Medical Development GmbH Rostock und GST Gesellschaft für Stammzelltechnologie Rostock GmbH auf meine Initiative zurückgeht und ich entsprechende Anteile der Firmen halte«.

Freiwillige Selbstauskünfte dieser Art sind im Medizinbetrieb die absolute Ausnahme. Sie sollten zur verbindlichen Regel erklärt werden – zumindest für Experten, die Fachgesellschaften repräsentieren oder als Berater von Politik und Patientenorganisationen auftreten.

Klaus-Peter Görlitzer 

Nebenbei tätig

»Je einflussreicher ein Arzt ist, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass er von einem oder mehreren Pharmakonzernen dafür bezahlt wird, dass er nebenbei als Berater oder Vortragender oder Studienleiter tätig ist.«

Feststellung des Wiener Journalisten Hans Weiss, nachzulesen auf Seite 249 seines Buches »Korrumpierte Medizin. Ärzte als Komplizen der Konzerne«. In seinem spannenden Werk, publiziert im November 2008 vom Kölner Verlag Kiepenheuer & Witsch, beleuchtet Weiss, wie Arzneimittelhersteller mittels geldwerter Methoden versuchen, MedizinerInnen und deren Glaubwürdigkeit für sich einzuspannen. Weiss nennt auch reichlich Namen prominenter ÄrztInnen aus Deutschland und Österreich, die nach seinen Recherchen »auf der Zahlungsliste von Konzernen stehen«.

Vorschau

Themen im März 2009

- ◆ **Schwerpunkt Gesundheitsökonomie**
- ◆ **Erfahrungsbericht Krebsfrüherkennung**
- ◆ **Medien, PR und Medizin Unabhängige Informationen?**

Veranstaltungstipps

Mi. 14. Januar 2009, 20 Uhr
Ulm (VHS, EinsteinHaus, Club Orange, Kornhausplatz 5)

◆ **Kinderkrebs um Atomkraftwerke**

Vortrag

Mädchen und Jungen, die in der Nähe von Atomkraftwerken wohnen, erkranken vermehrt an Krebs. Im 5-Kilometer-Umkreis verdoppelt sich das Leukämie-Risiko bei Kleinkindern. So steht es in einer Studie, die Wissenschaftler im Auftrag des Bundesumweltministeriums erstellt haben. Detail der Studie und mögliche Konsequenzen erläutert Reinhold Thiel von der Ulmer Ärzteinitiative, IPPNW, in seinem Vortrag, den der Bund für Umwelt und Naturschutz mitorganisiert hat.

Do. 22. Januar, 16.15 Uhr – 18.30 Uhr
Hamburg (Universitätsklinikum Eppendorf, Seminarraum der Frauenklinik, Martinistr. 52)

◆ **Ärztliche Aufklärung und Krankheitsprävention**

Vorträge

Die »Arzt-Patienten-Kommunikation« steht im Mittelpunkt der Veranstaltung. Auf Einladung des »Arbeitskreises Interdisziplinäres Ethik-Seminar« informieren und diskutieren der Allgemeinmediziner Christoph Heintze (Uniklinikum Berlin) sowie Prof. Regine Kollek und Martin Döring vom Hamburger Forschungsschwerpunkt Biotechnik, Gesellschaft und Umwelt (BIOGUM).

Mo. 2. Feb., 15.30 Uhr – Di. 3. Feb., 12.30 Uhr
Rehburg-Loccum (Ev. Akademie, Münchehäger Str. 6)

◆ **Kostenreduzierung oder Patientenorientierung?**

Tagung

Die aktuelle Gesundheitsreform soll Kosten sparen. Und sie wird sich auf die ambulante Versorgung psychisch Kranker auswirken. Die Akademietagung in Kooperation mit dem Landesfachbeirat für Psychiatrie untersucht, ob die Reform wirklich sachgemäß ist und was sie für die Versorgung älterer Kranker bedeutet. Infos und Anmeldung bei Andreas Siemens, Tel. (05766) 81107

Fr. 13. Feb., 15 Uhr – So. 15. Feb., 12.30 Uhr
Berlin (Bildungs- und Begegnungszentrum Clara Sahlberg, Koblanckstr. 10)

◆ **Wie können Frauen eine informierte Entscheidung treffen?**

Tagung

Das Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik fragt im Rahmen seiner Jahrestagung, wie Schwangere über vorgeburtliche Checks aufgeklärt und beraten werden. Zum Auftakt gibt es ein Referat des Psychologen Wolfgang Gaissmaier vom Berliner Zentrum für Risikokommunikation. Arbeitsgruppen werden erörtern, was nötig wäre, damit Frauen wirklich informiert entscheiden können. Auch das geplante Gendiagnostikgesetz (Siehe Seite 14) wird unter die Lupe genommen. Infos und Anmeldung: Birgit Sinzig, c/o AWO, Tel. (030) 26309-211

Literaturtipps

- ◆ Andreas Heller, Katharina Heimerl, Stein Husebø (Hg.): **Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können.** Freiburg, 3. Aufl. 2007, 592 S., 35,90 €
- ◆ Charlotte Jurk: **Der niedergeschlagene Mensch. Depression – Geschichte und gesellschaftliche Bedeutung einer Diagnose.** Münster 2008, 215 S., 24,90 €
- ◆ Bernhard Kathan: **Das indiskrete Organ. Organverpflanzungen in literarischen Bearbeitungen.** Innsbruck 2008, 204 S., 24,90 €
- ◆ Martina Keller: **Ausgeschlachtet. Die menschliche Leiche als Rohstoff.** Berlin 2008, 256 S., 18 €
- ◆ Regine Kollek, Thomas Lemke: **Der medizinische Blick in die Zukunft. Gesellschaftliche Implikationen prädiktiver Gentests.** Frankfurt a.M./New York 2008, 372 S., 34,90 €
- ◆ Christina Schlatter-Gentinetta: **Dissonanzen der Evidenz. Eine philosophische Annäherung der modernen Medizin.** Wien 2008, 221 S., 24,90 €
- ◆ Peter Wißmann, Reimer Gronemeyer: **Demenz und Zivilgesellschaft – eine Streitschrift.** Frankfurt a.M. 2008, 207 S., 21,90 €

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 bei der Postbank 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