

B I O S K O P

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

14. Jg. | Nr. 55 | September 2011

Schwerpunkt Gesundheitsökonomie

- 8 Integrierte Versorgung – vernetzt mit Pharmafirmen
- 10 Bundesärztekammer fordert Rangfolgen für Behandlungen

Forschung am Menschen

- 3 Biobank LIFE

Stammzellen und Geschäfte

- 6 Zuviel versprochen
- 7 Ansätze für Therapien nicht in Sicht

Euthanasie

- 11 Evangelische »Orientierungshilfe zu lebensverkürzenden Maßnahmen«

»Genetischer Fingerabdruck«

- 12 Drastische Expansion polizeilicher DNA-Datenbanken

Ersatzteillager Mensch

- 14 Ignorierte Tatsachen der Transplantationsmedizin
- 15 Hirntodkriterium verfassungswidrig?

Weitere Themen

- 5 Elektronische Gesundheitschipkarte: Kritik an Datenschützern
- 5 Protest gegen Patente auf Pflanzen und Tiere
- 13 Biometrisches Mammut-Projekt in Indien
- 16 Veranstaltungstipps
- 16 Wunschzettel
- 16 **BIOSKOP** im Dezember 2011

Impressum

Herausgeber: BioSkop e.V. – Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Technologien
Bochumer Landstr. 144 a · 45276 Essen
Tel. (0201) 5366 706 · Fax (0201) 5366 705

BioSkop e.V. 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. (040) 431883 96 · Fax (040) 431883 97

E-Mail: redaktion@bioskop-forum.de

Beiträge in dieser Ausgabe:

Martina Keller, Uta Wagenmann.
Sämtliche Artikel in BIOSKOP sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion.

Layout + Satz: RevierA, 45139 Essen, www.reviera.de

Druck: zeitdruck Thäns, 45276 Essen
ISSN 1436-2368

Völlig losgelöst

Erika Feyerabend

Erinnert sich noch jemand an den Börsencrash im Jahr 1987, der den Dow-Jones-Index rasant um 22 Prozent sinken ließ und auch die europäischen und US-amerikanischen Märkte ergriff? Oder die japanische Wachstumskrise 1990? Die Russlandkrise 1998, die Technologie-Blase im Jahr 2000, die nach einer enormen Boomphase platzte? Noch gegenwärtig ist für die meisten wohl eher das Desaster der einstürzenden Immobilienpreise in Folge der Lehman-Bank-Pleite vor drei Jahren. Nun stehen wir mittendrin im nächsten Finanzdebakel. Nach den Wahrscheinlichkeitsrechnungen der Wirtschaftstheoretiker hätte all das nur alle paar Milliarden Jahre – also gar nicht – passieren dürfen. Ihre schönen Modelle scheinen völlig losgelöst vom wirklichen Leben zu existieren – als bedeutsames Weltwissen.

Weiß überhaupt noch jemand genau, was auf den Finanzmärkten passiert – und das, wo doch unser aller Wohl und Wehe mittlerweile an diesen Märkten hängt? Lange haben verschiedene Generationen von Wirtschaftsexperten plausibel machen können, dass auf Waren- wie Finanzmärkten die pure ökonomische Vernunft walte. Ein Blick in die Geschichte zeigt: Ihr Glaube an die ordnenden Kräfte des Marktes sitzt tief. Frühere Vorstellungen einer göttlichen Weltordnung wurden abgewandelt und umgemünzt in ein »irdisches Ordnungsversprechen«, analysiert der Literaturwissenschaftler Joseph Vogl. Mal sollten naturwissenschaftliche Modelle die Versprechen untermauern, mal mathematische Wahrscheinlichkeitsrechnungen, die inzwischen dominieren. Die jeweils epochengebundene Hypothese der Marktradikalen: Wenn die »unsichtbare Hand« des Ökonomen Adam Smith nur ungestört walten kann, werden sich auf wundersame Weise Angebot und Nachfrage ausgleichen, oder die Preisbildung eines Milton Friedman wird wie von selbst in »freien« Märkten Ordnung schaffen.

Ein idealisiertes Idyll, das die liberalen Cheftheoretiker gern auf die Praxis der Gesellschaft ausdehnen. In ihren Modellen lösen sich auch Gerechtigkeitsprobleme wie von selbst – und die erdachte, selbstsüchtige und ökonomisch motivierte Menschennatur fügt sich unbewusst ins Allgemeinwohl. Soweit die Theorie, die sich unter den herrschenden Verhältnissen nicht dadurch beweisen muss, dass sie wahr ist. Vielmehr reicht es, dass sie wahr sein könnte. Die fortbestehenden Ungerechtigkeiten und periodischen »Krisen« waren und sind für diese Denker kein Beweis des Gegenteils, sondern nach liberalem Weltwissen nur falscher Politik oder einer noch nicht begonnenen Zukunft geschuldet.

Bitte auf der nächsten Seite weiter lesen ▶

Fortsetzung von Seite 1 >

Lesetipp

Joseph Vogl: **Das Gespenst des Kapitals**. Zürich (Diaphanes Verlag) 2010, 224 Seiten, 14,90 Euro

Sie können BioSkop unterstützen!

Sie können bei BioSkop e.V. mitmachen oder unsere Arbeit **unterstützen!** Wir sind auf **Insider-Wissen** aus Medizin und Gesundheitswesen angewiesen – und ebenso auf alltägliche **Erfahrungen** aus Kliniken, Pflegeeinrichtungen, als PatientIn, Pflegebedürftige/r oder Beschäftigte/r. Die **ernste Finanzkrise**, die BioSkop getroffen hat, ist leider existentiell. Aber wir sind zuversichtlich, sie mit neuen Abos und Spenden meistern zu können. Fordern Sie einfach **Probehefte** für FreundInnen und Bekannte 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)

Völlig losgelöst

Der tiefe Glaube an Gleichgewichtsmodelle beflügelt(e) die ökonomischen Wahrsager nicht nur im Blick auf die Warenzirkulation, sondern auch auf jene Finanzmärkte, die vor dreißig Jahren noch gar nicht existierten und nun außer Rand und Band geraten sind. Die ungehinderten Bewegungen von Waren und von Geld sollten nach Weltwirtschaftskrise und Weltkriegen an einen festen Goldstandard gebunden werden. Die Hypothese: Gleichgewicht entsteht durch den Austausch von Geld und Gold.

Wegen wachsender Staatsschulden, sinkender Profitraten und der Suche nach höheren Renditen wurde das »Goldfenster« Anfang der 1970er Jahre geschlossen und der spekulative Geldmarkt eröffnet. Um die Jahrtausendwende erreichte dieser Finanzsektor das Volumen von rund 100 Billionen Dollar – das Dreifache des weltweiten Umsatzes an Verbrauchsgütern. Hier wird nicht nur auf zukünftige Preisdifferenzen für Getreide gewettet, sondern auch auf Devisen und Wertpapiere.

Der Literaturwissenschaftler Joseph Vogl charakterisiert die Verhältnisse dort so: »Jemand, der eine Ware nicht hat, sie weder erwartet, noch haben will, verkauft diese Ware an jemanden, der diese Ware ebenso wenig erwartet oder haben will und sie tatsächlich auch nicht bekommt.«

Völlig losgelöst von physischen Bedingungen der Produktion handeln die Spekulanten, deren Name einst römische Wachposten bezeichnete, die nach Gefahren und Missgeschicken Ausschau hielten (speculari). Diese Späher oder Seher sind heute selbst gefährlich geworden. Das stört(e) das wissenschaftlich geschulte Finanzpersonal wenig. Ihre Hypothese: Egal was man kauft oder verkauft, die Preis- und Kursschwankungen werden sich irgendwann wieder auf einen kalkulierbaren Mittelwert einpendeln. Mit Hilfe statistischen Formelwesens wird die Zukunft kalkulierbar und das Finanzwesen stabil bleiben. Die Gesellschaften gedeihen unter den Bedingungen grenzenloser Wertschöpfung und endloser Zukünfte, in denen Geld fortwährend Geld erzeugen kann.

Wie mit puren Versprechen im Feld der Gesundheit Profite erwirtschaftet werden können, demonstriert die börsennotierte Firma Vita 34. Sie verwahrt gegen Geld Nabelschnurblut, als Stoff für Therapien, die es noch gar nicht gibt und wohl auch nicht geben wird. Zumindest das Marketing des Unternehmens ist nun per Gerichtsentscheid in reale Schranken gewiesen worden (Siehe Seite 6).

Wie sehr alle gesellschaftlichen Beziehungen mittlerweile aufs finanzökonomische Format gebracht werden – und zwar nicht ohne, sondern mit tatkräftiger Unterstützung der Politik – zeigt sich bei der Integrierten Versorgung psychisch kranker Menschen. Krankenkassen dürfen in Kooperation mit Pharmafirmen und Investmentgesellschaften ihren Alltag und ihren Körper bewirtschaften (Seite 8). Eher inoffiziell agieren Arzneimittelhersteller bei manchen Patientenorganisationen, um ihre eigenen Gewinnerwartungen zu realisieren. Selbst virtuelle, genetische Information wird unternehmerisch behandelt und in so genannten Biobanken gelagert (Seite 3).

Weder Naturwissenschaften noch Wahrscheinlichkeitsrechnungen machen Zukunft kalkulierbar und halten die virtuellen Finanzströme stabil. Wer die derzeitigen Verhältnisse genauer inspiziert, erkennt: Die Theoretiker haben ihre Rechnungen ohne die Menschen gemacht. Je stabiler die Lage, je risikofreudiger wurden neue Finanzinstrumente erfunden, Schulden gemacht, Kredite mit Krediten von

Krediten finanziert. Das ist durchaus rational fürs Finanzpersonal und erhöht die Kapitalerträge. Da es aber gar nicht um das Wissen über den Wert von Dingen und Geld geht, sondern

um marktgängige (Durchschnitts)Meinungen, um allgemeine Erwartungen über Immobilienpreis- und Derivatentwicklungen, herrscht Konformität.

Kommen Zweifel auf, dann geht der Herdentrieb in die andere Richtung. Dann werden Zahlungen tatsächlich fällig, Fristen laufen ab, Kredite werden haltlose Versprechen, Zeiträume endlich und die Zukunft wird eine andere als die erwartete.

Konformität ist auch andernorts aufzufinden. Zum Beispiel, wenn Vertreter evangelischer Kirchen einen gemeinsamen europäischen Nenner suchen, um »Orientierungshilfe« in Sachen Sterbehilfe und Behandlungsabbruch zu bieten (Seite 11). Fernab empirischer Belege und auf dem Boden von Meinungen, die selbst gemacht und verkündet werden, soll auch die Zukunft des Transplantationswesens auf Wachstumskurs gebracht werden (Seite 14).

Märkte haben ihre Krisen – permanent und unvermeidbar. Die Cheftheoretiker, das konforme Finanz- und Politpersonal, sie alle haben sich geirrt. Die Folgen dieser Irrtümer sind katastrophal, und Volkswirtschaften können sie sich nicht leisten. Das gilt um so mehr für die vielen Menschen, die überhaupt nicht an den finanzökonomischen und politischen Entscheidungen beteiligt waren.

Weder Naturwissenschaften noch Wahrscheinlichkeitsrechnungen machen Zukunft kalkulierbar.

Biobank LIFE – »einzigartig«

Die Universität Leipzig sammelt hunderttausende von Daten und Blutproben für »künftige wissenschaftliche Analysen«

»Einzigartig« nennt die Universität Leipzig ihr Großforschungsprojekt LIFE, und das ist wohl nicht übertrieben: Bis 2013 will ein Netzwerk aus 120 Wissenschaftlern rund 30.000 Kinder und Erwachsene körperlich und genetisch untersucht und nach ihren Lebensstilen befragt haben; pro Proband sollen bis zu 1.000 Daten erhoben und elektronisch gespeichert werden. Wer mitmacht, spendet auch Körpersubstanzen – zwecks Einlagerung in eine Biobank, die künftig über eine Million Blut-, Urin- und Zellproben für die Erforschung »volkswirtschaftlich bedeutsamer Zivilisationskrankheiten« vorhalten soll.

An der Spitze des LIFE-Projektes steht Professor Joachim Thiery, der auch die Labormedizin der Leipziger Universität leitet. An einem Beispiel veranschaulicht der Professor, was ihn umtreibt: »Es ist immer noch ein Geheimnis«, zitiert ihn die Pressestelle der Uni, »warum einige Menschen trotz bekannter Risikofaktoren wie hohem Cholesterin und Übergewicht lange gesund bleiben und sehr alt werden. Andererseits leiden immer mehr junge Menschen bereits an Lebensstilerkrankungen, ohne dass wir die Ursachen immer hätten vorhersagen können.«

Mit Hilfe der LIFE-Methoden soll die Ungewissheit perspektivisch überwunden werden, Professor Thiery sagt: »Deshalb führen wir an einem Standort wissenschaftlich tausende von Untersuchungsergebnissen zusammen, die den Menschen in seiner Gesamtheit erkennen lassen – Gene und Organfunktion, Lebensweise und Umweltbedingungen.«

Solche Visionen verbinden die NetzwerkerInnen mit der Behauptung, »den Ursachen wichtiger Volkskrankheiten auf der Spur zu sein« – Diabetes, Herzinfarkt, Gefäßerkrankungen, Demenz, Depression, Fettleibigkeit, Allergien, Stoffwechselstörungen, Kopf- und Halstumoren. Zumindest die Europäische Union und der Freistaat Sachsen scheinen fest daran zu glauben. Gemeinsam pumpen sie fast 40 Millionen Euro in das »Leipziger Forschungszentrum für Zivilisationserkrankungen«, das sich das griffige Label LIFE zugelegt hat. Und die Geldgeber hoffen wohl auch, dass die wirtschaftspolitischen Verheißungen irgendwann wahr werden: »LIFE-Wissenschaftler«, so schreibt die LIFE-Website (www.uni-leipzig-life.de) schon heute, »entwickeln Ansätze für künftige Therapien, neue zielsichere Medikamente und effektivere medizinische Geräte.«

Konkrete Innovationen führt die Internetseite indes nicht an – kein Wunder, zunächst müssen die WissenschaftlerInnen ja erst mal jede Menge Daten und Körpersubstanzen für ihren »einzigartigen« Forschungsansatz sammeln. Seit diesem September konzentrieren sie sich darauf, ProbandInnen im Alter von 0 bis 18 Jahren für das Teilprojekt »LIFE-Child« zu gewinnen.

Das Patientenmagazin des Leipziger Uniklinikums namens *Gesundheit und mehr* berichtete Anfang des Monats über diese Anstrengung und ließ dabei den Leiter der Studienambulanz, Andreas Hiemisch, zu Wort kommen: »Wir wollen insgesamt 15.000 Kinder und Jugendliche aus Leipzig und der unmittelbaren Umgebung untersuchen«, so der Diplom-Psychologe, »darunter 10.000 Kinder aus allen sozialen Strukturen sowie 5.000 Jugendliche mit Übergewicht.« Außerdem sollen 1.200 Jugendliche »mit psychischen Störungen« mitmachen. Und gesucht werden auch noch 2.000 schwangere Frauen, die bereit sind, sich und ihr Ungeborenes ab der 24. Schwangerschaftswoche regelmäßig von den ForscherInnen untersuchen zu lassen.

Ganze Schulklassen untersuchen

Tatkräftig unterstützt wird die Rekrutierung der Versuchspersonen von Stadtverwaltung und Schulaufsichtsbehörde. Letztere, im Freistaat »Sächsische Bildungsagentur« genannt, hat alle Leipziger SchulleiterInnen auf die LIFE-Forschung hingewiesen, und auch die KlassenleiterInnen werden laut *Gesundheit und mehr* angehalten, während der ersten Elternversammlungen nach den Sommerferien Informationsmaterialien über LIFE-Child auszuhändigen. Erklärtes Ziel des LIFE-Teams ist es, »ganze Schulklassen« anzusprechen und möglichst im Klassenverband eingehend zu untersuchen – eine »besondere Herausforderung«, wie es Anfang August auf einer Pressekonferenz hieß, bei der neben beteiligten ForscherInnen auch Leipzigs Sozial-Bürgermeister Thomas Fabian (SPD) auf dem Podium saß.

Zum Verteilen gibt es zum Beispiel großzügig bebilderte Info-Flyer, die Minderjährige und ihre Eltern mit locker formulierten Sätzen dazu einladen, »an diesem einzigartigen Projekt teilzuhaben«. Weiter heißt es zum Nutzen der Studie: »Unsere Forschung dient dem gesünderen Heranwachsen aller Kinder.« Die Teilnahme sei »absolut freiwillig« und kostenlos, sogar eine »finanzielle Aufwandsentschädigung« wird in

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

Ethikbeirat mit Oberbürgermeister

Die Leipziger LIFE-ForscherInnen pflegen diverse strategische Partnerschaften, gern mit biotechnologischen und biomedizinischen Unternehmen, allen voran der Pharma- und Diagnostikrieche Roche. Aber auch Kooperation mit der Politik ist für die Universität wichtig, zum Beispiel die Unterstützung seitens der Stadt Leipzig bei der »Öffentlichkeitsarbeit zur Rekrutierung« von ProbandInnen für das Großforschungsprojekt. Oberbürgermeister Burkhard Jung (SPD), ausgebildeter Gymnasiallehrer für Deutsch und evangelische Religion, engagiert sich persönlich und wirkt auch im »Ethikbeirat« des Projektes mit. Das Gremium wird nach Darstellung der LIFE-MacherInnen »regelmäßig konsultiert« und besteht »aus sechs unabhängigen Experten«. Gemeint sind neben Jung fünf ProfessorInnen, darunter drei, die in der bioethischen Politikberatung seit Jahren einschlägig bekannt sind: die Philosophin Bettina Schöne-Seifert (Uni Münster), der Jurist Jochen Taupitz (Mannheim) sowie der Humangenetiker Peter Propping (Bonn). Komplettiert wird diese Ethikrunde durch zwei Professoren der Uni Leipzig, Jürgen Meixensberger (Neurochirurgie) und Michael Schäfer (Pharmakologie und Toxikologie).

Fortsetzung von Seite 3 >

Zur Verfügung

»Den Zivilisationskrankheiten auf der Spur« verheißen Faltblätter, mit denen die MacherInnen der »LIFE«-Studie um potenzielle ProbandInnen werben. Mitmachen sollen drei Zielgruppen: LeipzigerInnen zwischen 40 und 79 Jahren, Kinder und Jugendliche, Schwangere und Säuglinge. »Wir laden Sie und Ihr Kind/Ihre Kinder ein, an diesem einzigartigen Projekt teilzuhaben«, steht im Flyer, der Eltern erklärt, wie der »Studientag« minderjähriger ProbandInnen ablaufen soll: »Die Untersuchungen werden in einer Art Parcours durchgeführt. Dazu gehören unter anderem Körpervermessung, Ultraschalldiagnostik, Allergietests, Aktivitätsmessungen, Lungenfunktionsuntersuchungen, die Bestimmung motorischer Fähigkeiten und des Entwicklungsstandes sowie eine Blutentnahme. Zudem stellen wir verschiedene Fragen zur Lebensumwelt Ihres Kindes.« Zum Verbleib der so gewonnenen Daten und Proben heißt es: »Die Untersuchungsergebnisse werden in einer Forschungsdatenbank ohne Nennung des Namens gespeichert. Sie sind sicher verschlüsselt und unterliegen zudem der ärztlichen Schweigepflicht. Alle Proben lagern bei unter minus 100 Grad in einer Biobank und stehen so auch für künftige wissenschaftliche Analysen zur Verfügung.«

Aussicht gestellt. Der Flyer beschreibt auch, wie der »Studientag« abläuft – die mehrstündigen Checks reichen von der Körpervermessung über Bestimmung des Entwicklungsstandes und vielen Fragen an die Eltern zur Lebensumwelt des Kindes bis zur Blutentnahme (Siehe Randbemerkung).

»Wir werden über einen Zeitraum von zehn Jahren die Kinder einmal pro Jahr untersuchen«, sagte Studienambulanzleiter Hiemisch dem Patientenmagazin der Universität; eingesetzt würden, verteilt über das gesamte Altersspektrum, rund 150 Untersuchungsmethoden. Die Ergebnisse würden viel elektronischen Datenspeicher füllen – »und zum anderen unsere Biobank«.

Welche konkreten Fragestellungen wer in wessen Auftrag mit welchen Partnern wann und wozu erforschen möchte – all das steht nicht im bunten Infolyer. Auch nicht, welche der erhobenen Daten miteinander verknüpft, verglichen und ausgewertet werden sollen. Erklärt wird lediglich, dass die Untersuchungsergebnisse »ohne Nennung des Namens« in einer Forschungsdatenbank gespeichert und entnommene Blutproben »in einer Biobank« eingelagert werden. Die eingefrorenen, pseudonymisierten Proben stehen »so auch für künftige wissenschaftliche Analysen zur Verfügung«, heißt es im Faltblatt.

Was wissen die Wissenschaftler?

Vielleicht wissen die Leipziger ForscherInnen selbst noch nicht so genau, was sie mit dem gesammelten Stoff im einzelnen anfangen werden. Klar ist aber das Ziel: Eine Million Blut- und Zellproben sollen in ihrer »weltweit einzigartigen« Biobank perspektivisch bei Minus 140 Grad Celsius lagern, »ein wertvoller Schatz für die Zukunft der Leipziger Spitzenforschung, für die kommende Wissenschaftlergeneration und die Therapien von morgen«, schwärmt der Leiter der LIFE-Biobank, der Genetikprofessor Daniel Teupser.

Ob die eingefrorenen Proben und gespeicherten Daten tatsächlich exklusiv von Leipziger ExpertInnen beforscht werden und wer eigentlich über welche Eigentums- und Verwertungsrechte verfügen kann, danach sollten potenzielle StudienteilnehmerInnen bei Gelegenheit ruhig mal ausgiebig fragen. Die öffentlich nicht so breit gestreuten Konzeptpapiere des LIFE-Netztes zählen zahlreiche strategische Kooperationspartner auf – darunter Großforschungseinrichtungen wie die Helmholtz-Gesellschaft ebenso wie kleine, mittlere und große Unternehmen aus der Biotech-, Diagnostik- und Pharmabranche, der bekannteste Name ist wohl Roche.

Neben den angestrebten Partnerschaften mit privaten Firmen, aus denen im Rahmen von

LIFE irgendwann Verfahren und Produkte zur Früherkennung, Diagnose und Therapie von verbreiteten Krankheiten entstehen sollen, gibt es auch ein partiell volkswirtschaftliches Interesse. Im Teilprojekt LIFE-Transfer sollen Leipziger Professoren jedenfalls ein »gesundheitsökonomisches Modell für chronische Erkrankungen« entwickeln. »Die in LIFE-Disease untersuchten chronischen Zivilisationskrankheiten«, heißt es zum Hintergrund, »verursachen in den Industrienationen einen Großteil der Krankheitslast und der medizinischen Versorgungskosten.« Vorbeugende Gesundheitsleistungen, »ergänzt um Maßnahmen der prädiktiven Diagnostik«, hätten das »Potenzial«, einen erheblichen Anteil der Kosten, Krankheiten und Sterblichkeit zu vermeiden.

Im LIFE-Rahmen womöglich neu erfundene »analytische Methoden der präventiven Diagnostik und Therapiemaßnahmen« sollen die ForscherInnen unter Kosten-Nutzen-Aspekten bewerten. Einerseits soll dies die »Entscheidungsträger bei einer langfristig orientierten Allokation knapper Ressourcen in der Gesundheitsversorgung unterstützen«. Andererseits soll das neue gesundheitsökonomische Modell auch dazu dienen, »eine gezielte Produktentwicklung und Vermarktung« neu entwickelter Technologien zu fördern. ©

Ob zur Diagnostik, vor einer Operation, für klinische Studien oder Gentests – stets werden Körperstoffe wie Blut und Gewebe benötigt. Was vielen PatientInnen nicht klar ist: Entnommene Proben werden oft auch für wissenschaftliche und kommerzielle Zwecke weiter genutzt. Die BioSkop-Kampagne »Biobanken? Nicht mit uns!« will für Transparenz sorgen und den zivilen Ungehorsam stärken.



Machen Sie mit: 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! Beim Formulieren Ihrer Anfragen helfen wir gern, Musterbriefe und weitere Informationen stehen auch im Internet: www.bioskop-forum.de ©

»Keine Patente auf Saatgut, Tiere und Lebensmittel!«

Das Europäische Patentamt (EPA) hat zwei wegweisende Entscheidungen zu fällen: Am 26. Oktober wird in München über das Patent auf Brokkoli (EP 1069819) verhandelt, am 8. November folgt die öffentliche Anhörung zum Tomaten-Patent (EP 1211926) beim EPA.

»Werden derartige Patente erteilt«, warnt Ruth Tippe von der Initiative »Kein Patent auf Leben!«, »haben Konzerne wie Monsanto nicht nur die Kontrolle über genmanipulierte Pflanzen, sondern auch über die normale Züchtung.« Leidtragende sind LandwirtInnen und VerbraucherInnen, in »Entwicklungsländern« ebenso wie in Europa.

Über zehn gentechnik-kritische Organisationen rufen zum Widerstand auf. Am 26. Oktober startet um 9 Uhr eine Demonstration vor dem EPA an der Erhardtstraße 27 in München, die Hauptkundgebung ist für 11 Uhr vorgesehen.

Einen Protestbrief, adressiert an das Europäische Parlament und die EU-Kommission, kann man im Internet (www.no-patents-on-seeds.org) unterschreiben. Gefordert werden »klare Verbote der Patentierung von Züchtungsverfahren, von Züchtungsmaterial, Pflanzen und Tieren und von Lebensmitteln, die aus diesen gewonnen werden«.

»Nichtssagend«

Grundrechtekomitee vermisst Kritik von DatenschützerInnen an Gesundheits-Chipkarte

Der Countdown läuft: Bis Ende dieses Jahres sollen mindestens zehn Prozent der gesetzlich Krankenversicherten die neue elektronische Gesundheitskarte (eGK) erhalten. Das Komitee für Grundrechte und Demokratie sieht das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen gefährdet – und erhebt Vorwürfe gegen die beamteten DatenschützerInnen.

»Die Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder«, so das Komitee, »nehmen ihre Aufgabe des Schutzes der Interessen von PatientInnen in der Entwicklung der eGK nicht angemessen wahr.« Am 11. Juli hatte das Grundrechtekomitee einen Fragenkatalog an die DatenschützerInnen geschickt. 14 Tage später folgten »nichtssagende Antworten«, verfasst von einem Mitarbeiter des Bundesbeauftragten (BfD) Peter Schaar.

Jede Krankenkasse, die bis 2012 nicht 10 % ihrer Versicherten mit der neuen eGK ausgestattet hat, muss mit einer 2-prozentigen Kürzung des Budgets für Verwaltungsausgaben rechnen. Diese Androhung, vom Bundestag Ende 2010 im GKV-Finanzierungsgesetz beschlossen, sei »kein datenschutzrechtliches Problem und entzieht sich somit meiner Bewertung«, antwortete BfD-Mitarbeiter Jürgen Müller. Dagegen findet das Komitee die Regelung für datenschutzpolitisch sehr wohl relevant, weil der ökonomische Druck auf die Krankenkassen indirekt auch ÄrztInnen und PatientInnen unter Druck setze.

Im Januar 2011 war die Rechtsverordnung für die eGK-Tests geändert und die Zahl der Test-Chipkarten erheblich reduziert worden;

die geplanten, aber nie begonnenen Tests mit 100.000 Versicherten pro Versuchsgebiet wurden ganz gestrichen. »Befremdlich« findet das Grundrechte-Komitee die Darstellung von Datenschützer Müller, wonach die neu gefasste Testverordnung »überwiegend organisatorische Änderungen zum Gegenstand« hatte.

Dass nun schon vor Abschluss und Auswertung aller Testläufe zehn Prozent der regulären Chipkarten bis 2012 verteilt werden sollen, schaffe »vollendete Tatsachen«, kritisiert das Komitee und stellt fest: »Sollten die Datenschutzbeauftragten dies bagatellisieren wollen, so hätten sie sich weit von ihrer Position entfernt, die einst verlangte, dass vor dem Echtbetrieb datenschutzfreundliche Alternativen getestet werden müssten.«

Die mit einem Foto des Versicherten bestückte eGK enthält zunächst nur dessen »Stammdaten« wie Name, Anschrift und Geburtsdatum, später soll die Chipkarte auch Zugang zu Gesundheits- und Notfalldaten eröffnen, sofern der Inhaber zustimmt. Im Juni 2010 hatte der Bundestag das »Versichertenstammdaten-Management« beschlossen. Gemeint ist, dass ÄrztInnen einmal pro Quartal die auf der eGK eines Patienten vorhandenen Daten mit den bei der Krankenkasse gespeicherten abgleichen.

Diese Vorgabe dient laut Komitee dazu, die Datenspeicherung auf zentralen Servern vorzubereiten. »Verräterisch« sei, dass der zusätzliche Technik-Aufwand den ÄrztInnen nur dann erstattet werden soll, wenn sie ihre Praxisverwaltungssysteme online schalten, inklusive der Behandlungsdokumentationen. Die Befürchtung des Komitees, der finanzielle Anreiz zur Online-Anbindung könnte ein datenschutzrechtlich problematisches »Präjudiz« schaffen, teilt BfD-Mitarbeiter Müller nicht.

Der Briefwechsel zwischen Komitee und DatenschützerInnen ist online nachlesbar:

www.grundrechtekomitee.de/node/423

Ansprechpartnerin beim Komitee ist Elke Steven, Telefon (0221) 9726930.

»Digitalisierte Patienten – verkaufte Krankheiten« ...

... heißt ein neues Buch, das die elektronische Gesundheitskarte (eGK) und Kommerzialisierung im Gesundheitswesen kritisch beleuchtet. Erklärtes Ziel der Herausgeber vom Komitee für Grundrechte und Demokratie ist es, »Protest und Widerstand« zu begründen. Zur Einführung schreiben sie: »Patientendaten sollen auf zentralen Servern gespeichert, die medizinische Versorgung soll standardisiert, Krankenhäuser und auch die ambulante Versorgung sollen privatwirtschaftlich ausgerichtet werden.« Auf 192 Seiten bieten neun AutorInnen viele Hintergrundinformationen zur eGK und beschreiben Schutz und Gefährdung von PatientInnen-daten. Aktuelle Entwicklungslinien im Gesundheitswesen werden ebenfalls analysiert, und geschildert wird auch der Alltag von HausärztInnen. Bestellen kann man das Buch zum Preis von 12 Euro direkt beim Grundrechtekomitee, Telefon (0221) 9726930.

Zuviel versprochen

Private Nabelschnurblutbank Vita 34 darf nach Gerichtsurteil nicht mehr mit Heilung werben

Martina Keller (Hamburg), Journalistin

Wirtschaftsnachrichten

Zur Pflichtlektüre vieler Kapitalanleger gehören die Wirtschaftsseiten der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung*. Am 22. März 2011 berichtete die *FAZ* über Aktivitäten und Zahlen der Vita 34 AG. Die private Nabelschnurblutbank habe »das beste Geschäftsjahr seit der Gründung 1997« zu verzeichnen; ihr Umsatz sei um 12 Prozent auf 17 Millionen Euro gewachsen und das Vorsteuerergebnis habe sich auf 700.000 Euro »verdreifacht«. Zudem erfuhr die *FAZ* vom Vita-34-Vorstandsvorsitzenden Eberhard Lampeter, dass die von ihm selbst gegründete Firma »allein im vergangenen Jahr« rund 11.000 neue Kunden gewonnen habe. Und auch in punkto Forschung tue sich was: »Die erste klinische Studie« zum Einsatz von Nabelschnurblut in der Diabetes-Therapie laufe »zurzeit«, wurde Lampeter von der *FAZ* zitiert. Die in Leipzig ansässige Vita 34 AG vermarktet neben dem Einlagern von Nabelschnurblut zusätzlich ein so genanntes Vorsorge-Screening auf Gesundheitsrisiken. Das findet die Wirtschaftsredaktion aus Frankfurt a.M. offenbar clever. »Sein Unternehmen«, schreibt die *FAZ* über Lampeter, »zeigt gerade, wie sich das Geschäftsmodell erweitern lässt: Rund ein Viertel der Eltern entscheidet sich für einen zusätzlichen DNA-Test, um die Wahrscheinlichkeit typischer Erbkrankheiten wie Laktoseintoleranz überprüfen zu lassen.«

Das Oberlandesgericht Dresden hat dem Leipziger Unternehmen Vita 34 irreführende Werbung für eingelagertes Nabelschnurblut untersagt. Noch immer finden sich allerdings fragwürdige Anpreisungen auf der Website der börsennotierten Firma.

Vita 34 hat werdenden Eltern und künftigen Kunden nicht gerade wenig versprochen: Eingelagertes Nabelschnurblut sei »eine einzigartige Gesundheitsvorsorge«, im Krankheitsfall stehe es »rasch zur Verfügung« und sichere dem Kind »die Chance für einen gesundheitlichen Neuanfang – ein Leben lang«. »Früher oder später« gebe es »in fast jedem Leben Situationen, in denen man eigene, gesunde Stammzellen zur Hilfe und Regeneration dringend nötig hätte«. Versprechungen wie diese fielen der Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs auf. Die Kontrolleure aus Bad Homburg klagten gegen Vita 34 – und gewannen, nun schon in zweiter und letzter Instanz.

Das Oberlandesgericht Dresden bewertet die zitierten Aussagen von Vita 34 als unlauter und irreführend. Das Unternehmen erwecke fälschlich den Eindruck, »Zubereitungen aus Nabelschnurblut würden sich mit hoher Gewissheit dazu eignen, Krankheiten zu heilen oder zu lindern«. Laut dem Gerichtsurteil muss der Verbraucher annehmen, »praktisch jeder Mensch sei früher oder später auf solche Zubereitungen angewiesen und zudem seien bisherige Experimente und Therapien fast durchweg mit Zubereitungen aus Nabelschnurblut durchgeführt worden«. Da liege beim Leser der Schluss nahe, »dass nur ein Vorrat an eigenem Nabelschnurblut einen sicheren Zugang zu diesen Therapien eröffnen könne«.

Mit seinem Urteil vom 19. Juli 2011 (Az.: OLG 14 U 87/11) bestätigt das Gericht die Entscheidung der Vorinstanz. Es beruft sich unter anderem auf eine Stellungnahme der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Knochenmark- und Blutstammzelltransplantation (DAG-KBT). Demnach ist zwar die Transplantation von fremden Nabelschnurblutstammzellen längst ein etabliertes Therapieverfahren bei Kindern mit Bluterkrankungen. Dagegen gebe es aber keine Daten für den Nutzen der Stammzellen beim eigenen Kind. Im Gegenteil: Als man bei Kindern mit Leukämie

nachträglich Blutproben analysierte, die unmittelbar nach der Geburt entnommen wurden, waren darin bereits Leukämiespuren nachzuweisen. Solchen Kindern das eigene Nabelschnurblut zu transplantieren, könnte sogar schaden.

Vita 34 hat laut Gericht bisherige Experimente und Behandlungen mit Stammzellen in unlauterer Weise für seine Werbezwecke vereinnahmt: Die Firma stelle nicht klar, »dass zum weit überwiegenden Anteil fremde, nicht aus Nabelschnurblut gewonnene Stammzellen verwendet wurden, und erweckt so im Zusammenhang mit den übrigen Werbeaussagen den falschen Eindruck, der medizinische Einsatz von Stammzellen hänge ab von der Einlagerung von Nabelschnurblut«.

Auch auf dem Gebiet der Gewebereparatur, etwa bei Herz-, Leber oder Hirnschädigungen, hat Vita 34 übertrieben. Die Firma, so das Gericht, erwecke beim Verbraucher den Eindruck, »dass sich der Nutzen derartiger Therapien in

naher Zukunft drastisch erhöhen werde«. Tatsächlich gebe es aber viele Hinweise, »dass die spätere Nutzung eingelagerten Nabelschnurblutes sehr unwahrscheinlich ist«. Die DAG-KBT etwa verzeichnet zur Gewebereparatur bislang nur theoretische

Daten und solche aus Tierexperimenten: »Die Zusammenschau der Tatsachen spricht gegen eine Kryokonservierung von Nabelschnurblut für den Eigengebrauch.«

Auch die von Vita 34 selbst veröffentlichten Zahlen sind deutlich. Von 82.000 gelagerten Nabelschnurblutproben wurden bislang nur 17 eingesetzt. Sechs der Proben wurden im Rahmen einer Studie angewandt. Es geht dabei um Diabetes Typ I bei Kindern. Nicht Heilung soll erreicht, sondern das Fortschreiten der Krankheit verlangsamt oder aufgehalten werden. Andere Nabelschnurblutproben kamen bei individuellen Heilversuchen zum Einsatz, etwa wenn Kinder schwere Hirnschäden erlitten hatten. Lediglich viermal wurden Kinder mit Bluterkrankungen therapiert. Fazit des Gerichts: »Es mag durchaus sein, dass bei der Behandlung mit Stammzellen aus Nabelschnurblut im einen oder anderen Fall therapeutische Erfolge erzielt wurden, keinesfalls aber lässt sich daraus auch nur ansatzweise fundiert auf einen gesicherten therapeutischen Nutzen schließen.«

Für das Einlagern von Nabelschnurblut zahlen Eltern zwischen 1.990 und 2.390 Euro, plus einer jährlichen Aufbewahrungsgebühr von 43,70 Euro.

Ansätze für Therapien nicht in Sicht

Für Forschung mit menschlichen Stammzellen fließen reichlich Steuergelder. WissenschaftlerInnen bemühen sich, Grundlagen zu verstehen – um Therapien geht es bisher nicht.

Derzeit fördert die Bundesregierung neun Forschungsprojekte, die embryonale Stammzellen verwenden. Ausweislich des beim Robert-Koch-Institut (RKI) geführten Registers wurden zwischen Dezember 2002 und Juli 2011 insgesamt 67 Genehmigungen für die ethisch umstrittene Einfuhr und Nutzung der Zellen erteilt. Rund 40 Einrichtungen hatten erfolgreich Anträge gestellt, die importierten Zellen kamen aus Großbritannien, Israel, Japan, Singapur, Schweden und den USA.

Welcher Nutzen von den Vorhaben zu erwarten sei, wollten ParlamentarierInnen um René Rösler (SPD) und Priska Hinz (Grüne) mit einer ausführlichen »Kleinen Anfrage« erfahren. Die öffentlich kaum beachtete Antwort der Bundesregierung datiert vom 26. April 2011: Im Stammzellregister des RKI befänden sich »zurzeit keine Projekte, die auf absehbare Anwendung von humanen embryonalen Stammzellen zur Therapie« gerichtet seien. Wenn mit ihnen vereinzelt anwendungsbezogen experimentiert wird, zielen solche Vorhaben laut Bundesforschungsministerium (BMBF) »eher auf Wirkstoff-Screening und pharmatotoxikologische Tests für die Entwicklung neuer Medikamente«.

Auch private Firmen wie die Evotec AG oder Miltenyi Biotec GmbH haben Genehmigungen erhalten. Zur Frage, wie sicher gestellt werde, dass Unternehmen dabei keine kommerziellen Interessen verfolgen, verweist das BMBF einfach auf die Gesetzeslage, wonach die Nutzung emb-

ryonaler Zellen ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke erlaubt ist. Die Regierung habe »keine Kenntnisse«, ob im Rahmen der geförderten Arbeiten auch Patente beantragt worden sind.

Stammzellforschung findet aber nicht überwiegend mit embryonalen Zellen statt. 85 der aus dem Bundesetat finanzierten Projekte setzen adulte Stammzellen ein, 13 nutzen Zellen aus Nabelschnurblut, 38 sogenannte induzierte pluripotente Stammzellen. Ein Großteil der Geförderten verwendet nach Auskunft des BMBF mehrere Zelltypen; dies sei notwendig, um verschiedene Forschungsansätze vergleichen zu können.

Bei Bekanntgabe des Vierten Stammzellberichts im Februar wurde Philipp Rösler, damals noch Bundesgesundheitsminister, auch gefragt, wie weit die Forschung mit adulten Stammzellen fortgeschritten sei und ob es auf diesem Gebiet inzwischen Therapien gäbe. Ein Beispiel konnte Rösler indes nicht nennen, und so war es auch zwei Monate später, als das BMBF die »Kleine Anfrage« beantwortete.

Die vom Sozialdemokraten Rösler angeführten Fragesteller wissen, dass sich auch Arbeiten mit adulten Stammzellen noch im Stadium der Grundlagenforschung befinden. Die SPD verweist aber auf »erste klinische Studien«, die Ansätze für »interessante Heilungsstrategien liefern können«. Ein SPD-Antrag mit dem Ziel, adulte Stammzellforschung auszuweiten und so »Deutschlands Spitzenposition« auszubauen, wurde am 9. Juni im Bundestag von der Mehrheit aus CDU/CSU und FDP abgelehnt. Die SPD hatte unter anderem gefordert, ein Zentrum für klinische Studien in der regenerativen Medizin sowie eine öffentliche, deutsche Nabelschnurblutbank einzurichten. *Klaus-Peter Görlitzer* ☉

► Trotz bescheidener medizinischer Resultate agiert Vita 34 kommerziell sehr erfolgreich. Dazu trägt ein ausgefeiltes Marketing bei. Neben zwei Pressesprechern beschäftigt die Firma eine PR-Agentur in Düsseldorf und eine Kontaktfrau für die Finanz- und Wirtschaftspresse. Mit 95 Mitarbeitern ist das 1997 gegründete Unternehmen die mit Abstand größte private Nabelschnurblutbank in Deutschland. Tochterfirmen akquirieren Kunden in verschiedenen europäischen Ländern sowie den USA. In Deutschland, Österreich und der Schweiz kooperiert Vita 34 mit 850 Kliniken. Derzeit zahlen Eltern für das Einlagern zwischen 1.990 und 2.390 Euro, plus einer jährlichen Aufbewahrungsgebühr von 43,70 Euro. Das bescherte dem Unternehmen 2010 einen Umsatz von knapp 17 Millionen Euro. Seit 2007 werden Aktien von Vita 34 sogar an der Börse gehandelt.

Unternehmenssprecher Erich Kunert versichert, man nehme das Urteil des Oberlandes-

gerichts Dresden »sehr ernst«. Die Kritik sei gerechtfertigt, so die späte Einsicht nach dem Urteil in zweiter Instanz. Die Marketingabteilung habe die Website bereits gemäß der vom Gericht vorgegebenen Linie bearbeitet.

Sehr gründlich ist sie dabei allerdings nicht gewesen. Bei Redaktionsschluss dieser BIOSKOP-Ausgabe (Anfang September) fand sich auf der Vita-34-Website noch immer eine Formulierung, die das Gericht am 19. Juli ausdrücklich beanstandet hatte: »Bei der Geburt haben Sie die Möglichkeit, Ihrem Kind *eine einzigartige Gesundheitsvorsorge* [Hervorhebung durch die Redaktion] zu schenken.« Kunert, am 30. August darauf angesprochen, redete sich raus: Die Einmaligkeit der Möglichkeit sei gemeint, und die sei objektiv, denn nur bei der Geburt könne man Nabelschnurblut gewinnen.

Ob sich die Wettbewerbszentrale damit zufrieden gibt? ☉

»Alternative Therapieoptionen«

Über die »Nationale Förderung« der Stammzellforschung informiert das Bundesforschungsministerium auf seiner Website (www.bmbf.de). Wer die dort veröffentlichten Beträge zusammenzählt, kommt auf über 120 Millionen Euro, die hiesige StammzellforscherInnen zwischen 2000 und 2013 aus Steuergeldern erhalten haben (werden). Zur Begründung dieser Ausgaben schreibt das BMBF, Stand 1. Juni 2011: »Viele Krankheiten und Unfälle haben die Zerstörung von Gewebe oder ganzer Organe zur Folge. Trotz des breiten Spektrums etablierter medizinischer Verfahren kann oft keine Heilung erreicht werden. In schweren Fällen hängt das Überleben der Patienten von einer Organtransplantation ab. Trotz aller Fortschritte in der Transplantationsmedizin schränken der Mangel an Spenderorganen und die Langzeitwirkungen der Immunsuppression die Möglichkeit für Transplantationen ein. Stammzellen bieten alternative Therapieoptionen. Das BMBF unterstützt Forschungsarbeiten zu Stammzellen, die den Rahmen der gesetzlichen Grenzen beachten.«

Vernetzt mit Pharmafirmen

PatientInnen und Krankenkassen sollen von der »Integrierten Versorgung« profitieren – ein AOK-Projekt wirft Fragen auf

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

Eine Zauberformel im Gesundheitswesen heißt »Integrierte Versorgung«. Sie soll die ambulante Betreuung stärken, Klinik-einweisungen vermeiden und PatientInnen besser durch den Dschungel der Leistungserbringer führen. Seit 2011 dürfen hier auch Pharmafirmen dabei sein.

Wenn von Privatisierung im Gesundheitswesen die Rede ist, denken viele an große Unternehmen wie die Rhön-Klinikum AG, Asklepios GmbH oder die Sana-Kliniken, die kommunale oder gemeinnützige Krankenhäuser aufkaufen (wollen). Doch auch Pharmakonzerne und Medizinproduktehersteller werden bald im ambulanten Sektor mitmischen. Denn das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG), gültig seit Januar 2011, hat ihnen ein neues Geschäftsfeld eröffnet: Der reformierte Paragraph 140b SGBV erlaubt ihnen, Vertragspartner der Krankenkassen im Rahmen der Integrierten Versorgung (IV) zu werden.

Große Versprechen

IV meint: Haus- und Fachärzte, ambulante Pflege, Kliniken, Rehabilitation, Apotheker, medizinische Versorgungszentren und andere Therapeuten kooperieren. Erklärtes Ziel ist es, Klinikaufenthalte zu vermeiden und die ambulante Betreuung der Kranken zu verbessern. Die berechtigte Kritik an einer unzureichenden ambulanten Regelversorgung wurde und wird seit Jahren als Hauptargument angeführt, um diese besondere Betreuungsstruktur zu bewerben. Das allerdings reichte nicht aus, um die Versorgungsnetze nach der Gesundheitsreform Horst Seehofers im Jahr 2000 den verschiedenen Leistungsanbietern schmackhaft zu machen.

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004 änderte sich das. Wie in anderen Bereichen des Gesundheitswesens geht es auch hier um die Verteilung von Geld und Entscheidungsbefugnissen. Krankenkassen können seither Einzelverträge mit Netzanbietern abschließen, und zwar ohne Vorgaben ihrer Spitzenverbände und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KV). Ärztliche Honorare sind im Rahmen der IV nicht mehr budgetiert und können frei ausgehandelt werden. Und: Bis Ende 2008 wurde eine Anschubfinanzierung für die IV gewährt. Ein Prozent der Gesamtvergütung der KV und der Rechnungen von Krankenkassen floss in diese Versorgungsnetze. Es profitierte, wer viele

Verträge abgeschlossen hatte – wer keine hatte, musste mit einem 1-prozentigem Abzug von der Vergütung für die geleistete Regelversorgung rechnen. Bis 2008 wurden rund 4.600 Verträge mit den Kassen abgeschlossen. Ohne Anschubfinanzierung aber geriet diese Dynamik wieder ins Stocken. Für Abhilfe könnten oder sollen nun wohl private Investoren sorgen.

Die niedersächsische AOK macht es vor, ihr Ziel: eine flächendeckende IV für ihre Versicherten mit der Diagnose Schizophrenie. Ein Vertrag, geschlossen mit der Managementgesellschaft I3G GmbH, soll das ermöglichen. I3G ist eine hundertprozentige Tochter des Pharmaunternehmens Janssen-Cilag, das Neuroleptika wie Invega, Risperdal und Risperdal Consta vertreibt und wiederum zum Global Player Johnson & Johnson gehört, der 2009 weltweit 61,9 Milliarden US-Dollar umsetzte.

I3G hat ein Subunternehmen namens Care4S GmbH mit speziellen Dienstleistungen beauftragt. Care4S soll Ärzte zur Teilnahme am IV Schizophrenie bewegen; zudem organisiert die Firma vernetzte Expertenteams inklusive internetbasierter Plattformen, und sie sorgt auch für die Abrechnung. Geschäftsführer ist der Psychiater Matthias Walle, der vor Jahren Erfahrungen mit einem kleineren Pilotprojekt sammelte. Seine Firma gehört der Züricher Investmentgesellschaft Turgot Ventures, und die hat noch in eine weitere Managementgesellschaft mit Matthias Walle Geld gesteckt: IVPNetworks GmbH, ebenfalls spezialisiert auf ambulante Versorgungsnetze, für psychiatrische und neurologische Patienten. Investiert hat Turgot Ventures auch in die Novego AG. Deren Produkt ist ein webbasiertes Selbsthilfeprogramm für Menschen mit Depressionen oder Burnout. Wer in der Regelversorgung warten muss, kann hier schon mal einen kostenlosen »Selbsttest« machen oder für rund 230 Euro ein Hilfenprogramm erwerben – mit Geld-zurück-Garantie.

In der niedersächsischen AOK sind rund 13.000 Menschen mit Diagnose Schizophrenie versichert. Pro Patient erhält die AOK nach eigenen Angaben 4.000 Euro aus dem Gesundheitsfonds, sie kann also im Jahr 52 Millionen Euro für die Versorgung dieser Versicherten-gruppe kostendeckend ausgeben. Falls Mehrkosten auftreten, trägt IV-Partner I3G das Risiko. Wird Geld gespart, beispielsweise über weniger stationäre Krankenhausaufenthalte, teilen sich die Kasse und I3G den Überschuss. Außerdem bekommt die AOK pro IV-Schizo-

»Einmal angenommen...«

Der Schizophrenie-Kooperationsvertrag zwischen der AOK Niedersachsen und der Janssen-Cilag-Tochter I3G wird in der Fachpresse heftig diskutiert. Auch das *Deutsche Ärzteblatt* berichtete ausführlich, und im Mai 2011 veröffentlichte es den Brief eines empörten Lesers. Dr. med. Bernhard Raster aus Fürstenau schrieb u.a.: »Einmal angenommen, ein einzelner Arzt käme auf die Idee, mit einer Beratungsgesellschaft, die vielleicht auch noch einer bestimmten Pharmafirma nahesteht, einen Vertrag zu schließen, der angeblich die bessere Versorgung einer Patientengruppe ermöglicht, so würde er sich doch damit dem Verdacht der Korruption aussetzen und hätte wahrscheinlich sehr bald die entsprechende »Task force« der AOK am Hals. Aber wie jetzt Ihrem Artikel zu entnehmen ist, wird genau dieses Vorgehen vom Gesetzgeber den Krankenkassen, in diesem Fall der AOK Niedersachsen, sogar ausdrücklich erlaubt.«

- › phrenie-Patient 5.364,60 Euro als Vergütungszuschlag aus dem so genannten morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA), der solchen Krankenkassen zusteht, die u.a. überdurchschnittlich viele Mitglieder mit 80 festgelegten, kostspieligen Krankheiten versichern. Voraussetzung ist allerdings, dass bestimmte Mindestmengen von Medikamenten verordnet werden.

Kritik und Befürchtungen

Im niedersächsischen Modell müssten die teilnehmenden Ärzte die Medikation so einstellen, dass die Patienten ein halbes Jahr den Tagesmittelwert beispielsweise von Neuroleptika verschreiben, meint Volkmar Aderhold, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Aderhold, der an der Universität Greifswald arbeitet, kritisiert diese Praxis: Bei guter psychotherapeutischer Behandlung würden 40 % der Patienten ohne die nebenwirkungsreichen Medikamente auskommen, und wo das nicht der Fall ist, sollte eine möglichst niedrige Tagesdosis angestrebt werden.

Die beteiligten Pharmaunternehmen, so die allgemeine Befürchtung, könnten im Versorgungsnetz ihre Produkte bewerben und erfolgreich verkaufen. Eine Evaluierung des Programms soll das verhindern, sagt die AOK in Niedersachsen. Sollte sich Ende diesen Jahres aber herausstellen, dass bestimmte Medikamente bevorzugt verschrieben werden, müsse man gegensteuern.


Pharmaunternehmen haben nicht nur das kurzfristige Interesse, mehr Arzneimittel zu verkaufen. Sie möchten Rundum-Dienstleister werden und in einem zunehmend privatisierten Gesundheitswesen ganze Anwendungs- und Versorgungsbereiche besetzen. Das könnte perspektivisch gelingen, sollte das Pilotprojekt in Niedersachsen als Erfolg gewertet werden.

Unabhängige Beobachtungen werden sich wohl verflüchtigen, wenn sich das erklärte Ziel des Bundesgesundheitsministeriums zukünftig durchsetzen sollte. Die IV mit Beteiligung von Pharmaunternehmen und Managementfirmen soll zur Regel werden – auch um Kosten zu sparen. Das Krankheitsbild Depression könnte beispielsweise den Pharmakonzern Pfizer interessieren, und die Firma Lilly hat schon Interesse an anderen psychiatrischen Störungen signalisiert. Das ist keine reine Spekulation. Denn schon heute beeinflussen Firmen die universitäre Ausbildung, Forschung, Weiterbildung und die Entwicklung wissenschaftlicher Leitlinien.

Auch die Kranken sollen profitieren – durch weniger Klinikaufenthalte, weniger Doppeluntersuchungen und ermäßigte Praxisgebühren. Ob sie teilnehmen oder nicht, sollen sie freiwillig und aufgeklärt entscheiden. Der offizielle Anspruch ist schwierig umsetzen. Viele Schizo-

»Nicht geeignet«


Die Deutsche Rheuma-Liga hat sich kritisch zu Patienten-Betreuungsprogrammen von Pharmafirmen positioniert. In ihrer Stellungnahme heißt es, Beratungsangebote durch Arzneiersteller seien »nicht geeignet, um mögliche Lücken im bisherigen Angebot von Beratungsleistungen sowohl in den medizinischen Einrichtungen als auch in der Selbsthilfe zu schließen«.

Unakzeptabel findet die Rheuma-Liga, dass ÄrztInnen in manchen Programmen für Dokumentationsarbeiten mehr Geld erhalten, als in der Gebührenordnung vorgesehen ist. »Auf diese Weise«, kritisiert die Rheuma-Liga, »werden von Seiten der Industrie Anreize für Ärzte gesetzt, die Betroffenen in die Beratungsprogramme zu lenken.« Zudem appelliert die Rheuma-Liga an alle Beteiligten, den Datenschutz »unbedingt zu gewährleisten«; vertrauliche Krankendaten dürften keinesfalls an Firmen weitergegeben werden. 

Die 3-seitige Stellungnahme steht auf der Website der Verfasser: www.rheuma-liga.de

phreniepatienten dürften praktisch nicht einwilligungsfähig sein. Zudem liegt weder ihnen noch ihren gesetzlichen Vertretern die wesentliche Informationsgrundlage vor, da I3G und die aus Versichertenbeiträgen finanzierte AOK sich bislang weigern, Einsicht in ihren Kooperationsvertrag zu gewähren. Daten über solche Versorgungsstrukturen gibt es bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung – auch diese sind nicht öffentlich.

Fest steht: Die Daten und Befunde können innerhalb des Netzwerkes ausgetauscht und zentral gespeichert werden. I3G-Geschäftsführer Walle versicherte in der *Ärztezeitung*, dass sein Unternehmen »nur aggregierte Daten« erhalte, die »keinen Rückschluss auf Patienten, Verordnungen oder einzelne Ärzte zulassen«. Diese Beteuerung allein reicht der niedersächsischen Ärztekammer nicht, ihr Justiziar Karsten Scholz fordert, wie andere Skeptiker auch, den IV-Vortrag offenzulegen. Scholz verweist darauf, dass gemäß AMNOG »Patientendaten potenziell an die Industrie gehen« könnten – zum Beispiel wenn Pharmaunternehmen im Rahmen der IV die Abrechnung übernehmen.

Setzt sich das IV-Konzept durch, wird eine ambulante Behandlung außerhalb der Versorgungsnetze zunehmend schwieriger werden. Freie Arztwahl, eine zweite Expertenmeinung, eine selbst ausgesuchte Reha-Klinik, all das dürfte es in Netzwerken aus Pharmainteressen, kostenbewussten Krankenkassen und Leistungserbringern mit Gewinnerwartungen perspektivisch nicht geben. 

Anspruch auf Informationen

Noch hält die AOK in Niedersachsen einfach dicht: Die Krankenkasse zielt sich, ihren Vertrag mit der Managementgesellschaft I3G (Siehe nebenstehenden Artikel) über die Integrierte Versorgung (IV) von Schizophrenie-PatientInnen zu veröffentlichen. Fraglich ist, ob sie ihre Geheimniskrämerie wird fortsetzen können, wenn ein Mitglied der AOK mal zielstrebig nachfragt. Die Grundlage hat der Gesetzgeber gelegt, § 140b Abs. 3 des Sozialgesetzbuches V garantiert: »Die Versicherten haben das Recht, von der Krankenkasse umfassend über die Verträge zur integrierten Versorgung, die teilnehmenden Leistungserbringer, besondere Leistungen und vereinbarte Qualitätsstandards informiert zu werden.«

Dieser »allgemeine Informationsanspruch« diene der Förderung der Akzeptanz von IV, aber auch der Verwirklichung des Selbstbestimmungsrechtes der Versicherten, schreibt der schleswig-holsteinische Datenschutzbeauftragte Thilo Weichert. Die Informationspflicht der Krankenkassen erschöpft sich laut Weichert nicht im Verbreiten von Hinweisblättern, Infobroschüren und Internetseiten. Auf Nachfrage müssen sie Versicherte auch persönlich beraten und ihnen direkt Auskunft geben. Zudem haben die an der IV beteiligten Kassenmitglieder grundsätzlich auch Anspruch auf Akteneinsicht.

Ausführliche und verständliche Informationen zum Datenschutz bei IV hält Weicherts Behörde im Internet bereit:

www.datenschutzzentrum.de

Priorisierung notwendig?

Rangfolgen für medizinische Behandlungen seien perspektivisch unvermeidbar, propagiert die Bundesärztekammer (BÄK). Wichtige Voraussetzungen seien Transparenz und die Akzeptanz der BürgerInnen. Ein langjähriger BÄK-Berater hat nun sein Konzept zur Priorisierung vorgelegt.

»Im Interesse unserer Patienten«

Der diesjährige Deutsche Ärztetag war gerade vorbei, da veröffentlichte die *Frankfurter Allgemeine Zeitung* am 6. Juni auch schon ein Interview mit dem neu gewählten

Präsidenten der Bundesärztekammer (BÄK): Frank Ulrich Montgomery kam in der *FAZ* ausführlich zu Wort – nicht auf der Medizinseite, sondern im Gespräch mit dem Wirtschaftsredakteur Andreas Mihm. Gefragt, was ihn von seinem Vorgänger unterscheide, sagte Montgomery der *FAZ*: »Jörg-Dietrich Hoppe haben wir eine tiefe ethische und moralische Fundamentierung zu verdanken. Das war für ihn der Schwerpunkt. Aber in einer sich schnell wandelnden Zeit müssen wir Ärzte uns mehr gesundheits- und sozialpolitisch einmischen – im Interesse unserer Patienten.«

Dass Hoppe zum Ende seiner Amtszeit reformierte BÄK-Grundsätze zur Sterbegleitung gerechtfertigt hatte, die sogar den ärztlich unterstützten Suizid nicht ausschließen (Siehe *BIOSKOP* Nr. 53+54), hatte Montgomery womöglich übersehen. Aber ein Thema, dass sein Vorgänger Hoppe »völlig zu Recht aufgebracht« habe, will der neue BÄK-Präsident auf jeden Fall weiter verfolgen: »Wenn die Mittel begrenzt bleiben und der Versorgungsbedarf weiter steigt«, sagte Montgomery im Interview mit der *FAZ*, »dann ist Priorisierung das adäquate Mittel der Verteilungsgerechtigkeit.«

Frank Ulrich Montgomery ist sicher: »Wenn wir eine allumfassende Gesundheitsversorgung aufrecht erhalten wollen«, sagt der BÄK-Präsident, »ist eine Priorisierung unvermeidbar.« Was er mit dem Begriff meint, erklärte Montgomery im August der Zeitschrift *Forschung & Lehre*: »Bei einer Priorisierung entsteht eine mehrstufige Rangfolge, in der nicht nur Methoden, sondern auch Krankheitsfälle, Kranken- und Krankheitsgruppen, Versorgungsziele und vor allem Indikationen nach Prioritäten angeordnet werden.«

Schwedische Leitlinien

Als Vorbild empfiehlt der BÄK-Chef Schweden. Dort werde »offen darüber gesprochen, welchem Patienten wann welche Behandlung zusteht«. Seit 1997 ist Priorisierung in Schweden gesetzlich legitimiert. 2004 wurde die erste von Fachleuten erarbeitete Leitlinie zur Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen veröffentlicht. Inzwischen gibt es solche Leitlinien für über zehn Indikationsbereiche, schreibt der Lübecker Sozialmediziner Heiner Raspe, der seit 2007 die Priorisierungsdebatten in mehreren europäischen Ländern untersucht.

Beispiel Herzinfarkt: Hier gebe die schwedische Leitlinie vor, dass eine routinemäßige Behandlung mit Nitroglycerin die niedrigste Priorität habe. Dagegen habe die Langzeitbehandlung mit Beta-Blockern eine hohe Prioritätstufe, so Professor Raspe, »sie erhielt den Rang 2«. Maßgeblich für die Rangfolgen seien die Schwere der Krankheit, Nutzen- und Schadenpotenziale einer Therapie sowie deren ökonomische Effizienz. Allerdings sind die nationalen Priorisierungsleitlinien in Schweden weder für ÄrztInnen noch für PatientInnen verbindlich.

Handfester kommt ein langjähriger Berater der BÄK daher. Der Kieler Gesundheitssystemforscher Fritz Beske, 2008 vom BÄK-Vorstand wegen seiner »hervorragenden wissenschaftlichen Leistungen« mit der Paracelsus-Medaille ausgezeichnet, stellte am 7. September 2011

seine neue Studie vor – Titel: »Solidarische, transparente und bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung im demografischen Wandel durch Priorisierung und Rationierung«. Professor Beske plädiert für eine »geordnete Leistungszuteilung und Leistungseinschränkung« in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und fordert, darüber offen zu diskutieren.

Seinen Streichkatalog hat Beske in einer langen Pressemitteilung aufgelistet. Demnach sollte die GKV bestimmte Leistungen nicht mehr finanzieren, etwa Massagen, Akupunktur, Krankengeld, Zahnersatz und ambulante psychotherapeutische Behandlung bei Erwachsenen. In einigen Bereichen sollten gesetzlich Versicherte mehr zuzahlen, und die Härtefallgrenze für zumutbare Zuzahlungen sollte auf drei Prozent des Bruttoeinkommens erhöht werden. Die im internationalen Vergleich »hohe Zahl von Arztkontakten« in Deutschland müsse »hinsichtlich ihrer Gründe detailliert untersucht werden«, meint Beske. Zudem sollte der Deutsche Ethikrat Vorschläge erarbeiten, wie man Verursacher von »gesundheitlichem Fehlverhalten« an den Kosten beteiligen könne. Schließlich will Beske zwei »Karenztage« eingeführt sehen, an denen kranke ArbeitnehmerInnen keine Lohnfortzahlung erhalten.

Beske und andere BefürworterInnen der Priorisierung begründen deren Notwendigkeit vor allem mit den Auswirkungen des »demografischen Wandels« auf die Sozialsysteme. Immer weniger Jüngere müssten immer mehr Ältere personell und finanziell versorgen, Multimorbidität nehme im Alter zu, medizinische Innovationen seien teuer.

Eine andere Perspektive

Ganz anders argumentiert Professor Manfred Baberg, ehrenamtlich engagiert bei der globalisierungskritischen Organisation Attac. In seinem Aufsatz »Priorisierung von Gesundheitsleistungen?«, veröffentlicht am 2. September vom Internetportal *www.sozial.de*, empfiehlt Baberg, die Einnahmesituation der GKV zu verbessern. Notwendig und auch möglich sei zum Beispiel, bisher geltende Ausnahmeregelungen für Besserverdienende zu streichen und eine solidarische Bürgerversicherung einzuführen. Auch könnten Lohnerhöhungen und die Verringerung von Erwerbslosigkeit dazu beitragen, die GKV-Einnahmen zu verbessern. »Auf der Ausgabenseite«, schreibt Baberg, »lenkt der Diskurs über Rationierung und Priorisierung von überhöhten Profiten der Pharmaindustrie, unnötiger Diagnostik und Therapie sowie falscher Ausrichtung der Forschungspolitik ab.«

Klaus-Peter Görlitzer 

Evangelische Orientierung?

Europäisches Kirchenpapier zu »lebensverkürzenden Maßnahmen«

Die Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa (GEKE) zählt 105 Mitgliedskirchen aus 30 Staaten. Sie hat nun eine denkwürdige »Orientierungshilfe zu lebensverkürzenden Maßnahmen und zur Sorge um Sterbende« vorgelegt.

Leben hat seine Zeit, Sterben hat seine Zeit steht über dem 108-seitigen GEKE-Papier, das Ende August in deutscher Sprache erschienen ist. Ziel des Dokuments sei es, »eine gemeinsame Stimme der protestantischen Kirchen in Europa zu präsentieren«, erklärte der Schweizer Thomas Wipf, geschäftsführender Präsident der GEKE.

Seit 2008 hatte ein international besetzter »GEKE-Fachkreis für ethische Fragen« nach konsensfähigen Formulierungen gesucht, darunter auch WissenschaftlerInnen aus Belgien und den Niederlanden, wo Euthanasie legal ist. Als Repräsentant der evangelischen ChristInnen in Deutschland wirkte der Bamberger Theologieprofessor Heinrich Bedford-Strohm mit.

Der gemeinsame Nenner, den Bedford-Strohm mit ausgearbeitet hat, liegt zum Teil jenseits der deutschen Rechtslage. Tötung auf Verlangen bewertet das europäische Kirchenpapier zwar als »ethisch höchst problematisch« und lehnt deren allgemeine Legalisierung ab. Aber das kategorische Verbot, das hierzulande im Strafgesetzbuch steht, will

die GEKE durch einen »rechtlichen Ausweg« umgehbar gestaltet sehen. Ihre Orientierungshilfe rät jedenfalls, »seltene und extreme Fälle strafrechtlich nicht zu verfolgen, wie es in einigen Ländern geschehen ist«. Wer entscheiden soll, dass eine vom Patienten gewünschte Tötung für den ausführenden Mediziner ausnahmsweise erlaubt sein soll und wann die Voraussetzungen für einen solchen »extremen Fall« vorliegen, sagt das GEKE-Papier allerdings nicht.

Beihilfe zur Selbsttötung ist in Deutschland zwar nicht gesetzlich verboten, den ÄrztInnen aber per Musterberufsordnung (Siehe BIOSKOP Nr. 54) untersagt. Die europäischen Kirchen stellen fest, Suizidbeihilfe lasse sich ethisch nicht rechtfertigen. Wo diese aber in Europa legalisiert sei und auch regelmäßig durchgeführt werde, sollten ChristInnen sich tatkräftig einmischen – nicht mittels politischer Proteste, sondern durch persönliches Engagement. Sie sollten Kranke begleiten, ermutigen und unterstützen, auch wenn es »die feste Entscheidung des Patienten ist, die unterstützte Selbsttötung

zu Ende zu führen«, appelliert die GEKE und führt weiter aus: »Die dienende Anwesenheit von Gemeindemitarbeitern und Ehrenamtlichen mit Seelsorge, dem Wort Gottes und Gebeten sollte nicht als Mittäterschaft bei der Selbsttötung abgelehnt werden, sondern viel mehr unterstützt werden, als eine Weise, der Berufung von Kirche und Christen gerecht zu werden.«

Die europäischen Kirchen positionieren sich auch zu »lebensverlängernden Behandlungsmaßnahmen«. Nicht nur deren Abbruch, sondern auch deren »Vorenthaltung« könne unter Umständen »geboten sein« – und zwar »als Bestandteil richtiger Pflege und des Mitgeföhls für einen schwer- und unheilbar oder sterbenskranken Patienten«. Vom erklärten oder vorab verfügten Willen des Betroffenen ist in diesem Zusammenhang nicht die Rede. Gefragt werden müsse dann aber, »ob weitere Behandlung dem Patienten gut tut« – »hinsichtlich der Verlängerung eines Lebens, das Qualität im christlichen Sinne besitzt, gegebene Liebe empfangen, spüren und in irgendeiner Weise darauf reagieren zu können«.

Dieses Kriterium sei bei Menschen mit schwerer Hirnschädigung, Behinderung oder Demenz meist erfüllt, erklären die GEKE-EthikerInnen und folgern: »Eine Behandlung, die diese Art von Leben aufrecht erhält, kann daher sehr wohl dem Patienten nutzen, in dem Sinne, dass seine Lebensqualität besser mit als ohne Behandlung

ist.« Kategorische Zweifel haben sie jedoch bei »menschlichem Leben, das lediglich als biologisches Wesen existiert«. Gemeint sind Menschen mit apallischem Syndrom. Nach Einschätzung der GEKE seien sie zwar noch immer »Objekt von Gottes Liebe«, aber wahrscheinlich nicht mehr fähig, auf die Liebe von Familien und Freunden bewusst zu reagieren. »In dieser Situation«, so die EthikerInnen, »ist es weniger klar, wie lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen dem Patienten nutzen.« Die evangelischen Kirchen seien »nicht bereit, die Beendigung der Ernährung von Patienten im Wachkoma als immer und völlig falsch abzulehnen«.

Professor Bedford-Strohm sieht einer neuen theologischen Herausforderung entgegen: Ab November fungiert er als Bischof der evangelisch-lutherischen Kirche in Bayern. Ob die von ihm mitverantwortete, europäische Positionierung »zu lebensverkürzenden Maßnahmen« geeignet ist, die evangelischen ChristInnen in Deutschland zu repräsentieren, sollten sie ihn einfach mal fragen.

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

Mehr gemeldete Patiententötungen

Europäische Euthanasie-Vorreiter sind die Niederlande und Belgien. In beiden Staaten traten 2002 Gesetze in Kraft, die es ÄrztInnen unter bestimmten Voraussetzungen (Siehe BIOSKOP Nr. 17+18) erlauben, PatientInnen auf deren Verlangen zu töten. Dies geschieht offenbar zunehmend, die Zahl der registrierten Euthanasiefälle steigt jeweils. 2010 wurden in den Niederlanden 3.136 vollzogene PatientInnen-tötungen gemeldet, das sind 19 Prozent mehr als 2009. Gründe für den auffälligen Anstieg wurden staatlicherseits nicht genannt. Indes berichteten niederländische Medien, dass tötungsbereite ÄrztInnen ihren Ermessensspielraum stetig ausgedehnt haben. Als Anlass zur Euthanasie hätten sie auch nicht lebensbedrohliche Krankheiten angenommen, etwa Taubheit und Blindheit. In Belgien waren im vorigen Jahr 954 Fälle bilanziert worden. Die Schwelle von 1.000 verzeichneten Fällen pro Jahr werde 2011 voraussichtlich überschritten, kündigte die belgische Zeitung *Le Soir* am 23. August an. Vier von fünf Euthanisierten litten an Krebs. 52 Prozent der Tötungen wurden nach Darstellung von *Le Soir* entweder in der Wohnung des Kranken oder im Pflegeheim durchgeführt.

»Eine Weise, der Berufung von Kirche und Christen gerecht zu werden.«

Drastische Expansion

Kampagne des Gen-ethisches Netzwerkes warnt vor internationaler Vernetzung polizeilicher DNA-Sammlungen

**Uta Wagenmann
(Berlin), Soziologin,
Gen-ethisches
Netzwerk e.V.**

**Justizministerin
wachrütteln!**

»DNA-Sammelwut stoppen!« steht über dem offenen Brief, den AktivistInnen des Gen-ethischen Netzwerkes am 23. Mai im Bundesjustizministerium abgegeben haben.

Zu den ErstunterzeichnerInnen gehören zahlreiche Organisationen, darunter auch BioSkop. Noch viel mehr UnterstützerInnen sind notwendig (Siehe *Randbemerkung auf Seite 13*). Denn die liberale Justizministerin Sabine Leutheusser-Scharnberger, die gern über BürgerInnenrechte redet, ist bisher stumm geblieben.

Zur Erinnerung hier die wichtigsten Forderungen im Überblick:

- Wir fordern eine Revision des Gesetzes, die die polizeiliche Erstellung und Speicherung von DNA-Profilen in enge Schranken verweist!
- Wir fordern eine unabhängige, funktionierende Kontrolle der Polizei und verbindliche Vorschriften zur Löschung der Datensätze, deren Einhaltung regelmäßig von unabhängiger Seite überprüft wird!
- Wir fordern eine enge Regelung, die Rückschlüsse auf körperliche Eigenschaften aus DNA-Proben im Rahmen polizeilicher Ermittlungen nachhaltig verhindert!
- Wir fordern einen sofortigen Stopp von Projekten des internationalen Datenaustausches wie zum Beispiel des Abkommens über einen transatlantischen Datenaustausch mit den USA!

DNA-Datenbanken der Polizei wachsen überall in Europa stetig an. Zudem werden die nationalen Datenbestände – weitgehend unbemerkt von der Öffentlichkeit – miteinander vernetzt. Bis 2014 ist außerdem der Datenabgleich mit »sicheren Drittstaaten« wie den USA geplant. Gründe genug für das Gen-ethische Netzwerk (GeN), mit einer Kampagne auf die polizeiliche DNA-Sammelwut aufmerksam zu machen.

Den erschreckenden Rekord hält die DNA-Datenbank der britischen Polizei mit über sechs Millionen Personendatensätzen. In Großbritannien sind damit die DNA-Profile von etwa zehn Prozent der Bevölkerung gespeichert. Aber auch die 1998 beim deutschen Bundeskriminalamt (BKA) eingerichtete DNA-Datenbank hat es in sich: Im Juni 2011 umfasste sie 921.657 DNA-Profile, davon über 730.000 Personendatensätze. Der Rest sind DNA-Profile, die aus Spuren gewonnen wurden. Und jeden Monat kommen rund 8.000 neue DNA-Profile hinzu.

Diese drastische Expansion ist keinesfalls einer plötzlichen Zunahme schwerer Verbrechen geschuldet. Im Gegenteil: Entgegen der verbreiteten Annahme geht es nur selten um Mord oder Vergewaltigung, wenn der »genetische Fingerabdruck« erfasst wird. Anlass sind in der Regel vielmehr Bagatelldelikte, zum Beispiel Einbruch oder Diebstahl. Besonders gern nimmt die Polizei so genannte politisch motivierte Straftaten zum Anlass, um das DNA-Profil Beschuldigter zu speichern, etwa im Zusammenhang mit Demonstrationen. Die Speicherung der sensiblen Daten – wir alle hinterlassen überall Spuren wie Haare oder Hautschuppen, die DNA enthalten – dient also nicht so sehr dem Aufklären von Kapitalverbrechen, sondern vorrangig der präventiven Erfassung möglichst vieler Menschen.

Möglich geworden ist das vor allem durch eine Gesetzesänderung von 2005, die es der Polizei deutlich erleichtert hat, Blut- oder Speichelproben zu entnehmen und das daraus gewonnene DNA-Profil zu speichern. War bis dahin der Verdacht einer schweren Straftat Voraussetzung für die DNA-Profilanalyse und die Speicherung der Daten, erlaubt das heute geltende Gesetz die Speicherung auch schon dann, wenn ein Delikt als Wiederholungstat deklariert wird.

Zudem sind DNA-Analyse und Speicherung sogar ohne richterliche Anordnung möglich, wenn die Betroffenen »freiwillig« zustimmen. Doch wie frei können Menschen nach einer Festnahme oder in Verhörsituationen überhaupt entscheiden, wenn sie zur Abgabe einer Speichelprobe aufgefordert werden? Untersuchungen von Datenschutzbeauftragten haben jedenfalls ergeben, dass Polizeibehörden bei weit mehr als 90 Prozent der DNA-Entnahmen auf diese Weise eine richterliche Anordnung umgehen.

Ergänzt wird diese Aushöhlung rechtsstaatlicher Grundsätze durch den so genannten Prüm-Prozess; das weitgehend unbemerkt von der Öffentlichkeit zwischen den EU-Staaten geschlossene Abkommen sieht eine tiefgehende Vernetzung der in Europa existierenden polizeilichen Datenbanken vor. Der Abgleich der DNA-Daten zwischen den EU-Staaten sollte eigentlich ab Ende August 2011 möglich sein. Dieser Termin konnte zwar nicht eingehalten werden, an der Lösung der organisatorischen und methodischen Probleme wird jedoch inten-

siv gearbeitet. Aber nicht nur der gigantische Aufwand für eine gemeinsame Nutzung der europaweit gespeicherten Datensätze bleibt der Öffentlichkeit verborgen, sondern auch der Plan für einen Datenabgleich mit so genannten

sicheren Drittstaaten und für den Aufbau einer transatlantischen Kartei von »travelling violent offenders« (grenzüberschreitenden Gewalttätern).

Um polizeilicher Sammelwut und staatenübergreifendem Überwachungswahn etwas entgegen zu setzen, hat das Gen-ethische Netzwerk im Mai eine Kampagne gestartet. Wir verfassten einen offenen Brief an Bundesjustizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger (Siehe *Randbemerkung*), informierten auf zwei Veranstaltungen über Praxis und Planungen rund um die DNA-Profilanalyse, verteilten auf Märkten, Straßen und Plätzen Informationsmaterialien und diskutierten mit PassantInnen, und unsere Internetseite www.fingerwegvonmeinerdna.de liefert Aktuelles und Hintergründe. Auch trafen wir den Berliner Datenschutzbeauftragten Alexander Dix, mit dem wir die Vielzahl der Bedenken gegen die Expansion der DNA-Datenbank beim BKA ausführlich erörterten. Mit unserer Bitte um Unterstützung rannten wir bei ▶

**Besonders gern nimmt die
Polizei »politisch motivierte
Straftaten« zum Anlass,
um das DNA-Profil
Beschuldigter zu speichern.**

► ihm offene Türen ein: Dix hält unsere Forderungen für dringlich und wird das Thema deshalb auf der Konferenz der Landesdatenschutzbeauftragten Ende September in München zur Sprache bringen.

Außerdem mobilisierten wir zum Auftakt der Kampagne mehr als 14.000 Wattestäbchen, die mit unserer Hilfe vor dem Eingang des Bundesjustizministeriums den Slogan der Kampagne formten: »DNA-Sammelwut stoppen!« Damit demonstrierten sie, dass sie zu sehr viel Schönerem und Sinnvollerem in der Lage sind als ihre KollegInnen, die im Dienst forensischer Labore stehen und für die Polizei Speichel von Menschen sammeln.

Eines dieser Wattestäbchen ist sogar ganz ausgestiegen aus dem Polizeidienst: Willi Watte, Maskottchen der Kampagne und derzeit wohl politisch aktivstes Wattestäbchen der Bundesrepublik, begleitete nahezu alle Aktionen mit

Eines dieser Wattestäbchen ist sogar ganz ausgestiegen aus dem Polizeidienst.

Energie und Engagement und ergriff nicht selten selbst Initiative. So besuchte Watte beispielsweise eine Tagung, auf der es die Bundesjustizministerin persönlich ansprach – wenn auch ohne nennenswerten Erfolg. Auch geleitete es eine Armada von Wattestäbchen und einige FreundInnen vom GeN zur Berliner Nebenstelle des BKA, und es gelang ihnen gemeinsam tatsächlich, den Gebäudekomplex zu umzingeln.

Das allerdings blieb nicht ohne Folgen: Watte und seine FreundInnen wurden nach der erfolgreichen symbolischen Aktion von der Polizei bereits erwartet, ein

Ermittlungsverfahren wegen Verstoßes gegen das Versammlungsgesetz ist eröffnet.

Ob die AktivistInnen wohl DNA-Proben werden abgeben müssen? WiederholungstäterInnen jedenfalls sind und bleiben sie – so lange, bis die DNA-Sammelwut der Polizei gestoppt ist, hier und anderswo.

Unterschreiben!

Wer die Kampagne des Gen-ethischen Netzwerkes unterstützen will, sollte den Protestbrief an die Bundesjustizministerin (*Siehe Randbemerkung auf Seite 12*) schleunigst unterschreiben. Möglich ist das mit wenigen Mauseklicks: www.fingerwegvonmeinerdna.de. Auf dieser Internetseite steht der gesamte Brief an Sabine Leutheusser-Schnarrenberger im Wortlaut, außerdem findet man dort zahlreiche Hintergrundinformationen sowie Filme, Fotos und Texte zu aktuellen Aktionen.

Kontakt: willi.watte@gen-ethisches-netzwerk.de oder direkt im GeN-Büro, Tel. (030) 6857073.

Biometrisches Mammut-Projekt

Der Siegeszug des Fingerabdrucks begann unter britischer Kolonialherrschaft in Indien. Nun läuft dort die größte biometrische Erfassung weltweit.

Das Projekt heißt Aadher – und bedeutet so viel wie »Unterstützung«. Das schöne Wort bezeichnet das weltweit größte Biometrie-Projekt: 1,2 Milliarden InderInnen sollen eine 12-stellige Identifizierungsnummer (UID) bekommen. Um sie unverwechselbar zu machen, werden ihnen Abdrücke aller Finger abgenommen. Gemeinsam mit Iris-Scans und Fotos ihrer Gesichter werden sie in einer zentralen Datenbank gespeichert. Die Behörde UIDAI dirigiert die Erfassung, die 2014 erreicht sein und mindestens sechs Milliarden US-Dollar kosten soll.

220 Behörden und Firmen, vor allem aus der Finanz-, IT- und Telekommunikationsbranche, sollen mithelfen. Die Jenaer Firma Cross Match und das US-Unternehmen L-1 Identity Solutions – mit Niederlassung auch in Bochum – liefern die biometrischen Scanner für Fingerabdrücke und Iris-Scans. Konzerne wie IBM, Intel und HP stellen Software und Ressourcen bereit. Auch indische IT-Firmen profitieren, zum Beispiel Infosys. Ihr früherer Geschäftsführer, Nandan Nilekani, leitet heute die oberste Erfassungsbehörde UIDAI.

Nilekani betont, dass die biometrischen Daten nur freiwillig abgegeben würden. Das darf bezweifelt werden: Erstens verlangen

immer mehr Sozialbehörden und Banken von ihren KundInnen eine Identifizierungsnummer. Zweitens wissen viele Menschen nichts über Ziele und Gefahren des Projekts. Drittens läuft in Indien in diesem Jahr eine Volkszählung an, die verpflichtend ist und auch biometrische Daten für ein »Nationales Bevölkerungsregister« erhebt. Nilekani bezeichnet den Zensus als »Backoffice« von Aadher.

400 Millionen InderInnen leben in Armut. Besonders ihnen soll das Identifizierungssystem nützen. Mittels eindeutiger UID könnten sie Ansprüche auf Sozialleistungen leichter geltend machen oder auch in abgelegenen Dörfern ein Handy anmelden können – behaupten Regierungsbeamte wie Nilekani. KritikerInnen in Indien schätzen die staatlichen und wirtschaftlichen Interessen ganz anders ein. Die Rechtswissenschaftlerin Usha Ramanathan (*Siehe Randbemerkung*) warnt, die UID-Kennziffer könne als Schlüssel zum Zusammenführen von Registern benutzt werden. Perspektivisch drohe jedem Inder die Anfertigung eines Persönlichkeitsprofils, falls Daten mit anderen Sammlungen verknüpft würden; Regeln zum Datenschutz, die dies ausschließen, fehlen.

Ziemlich sicher ist: IT-Firmen aus dem In- und Ausland werden profitieren. Sie können ihre Produkte und Dienstleistungen im indischen Mammut-Projekt der Biometrie verkaufen und sich so für weitere Märkte weltweit empfehlen.

Erika Feyerabend

Kritische Analysen

Die renommierte Rechtswissenschaftlerin Usha Ramanathan hat die biometrische Erfassungspolitik in Indien wiederholt beschrieben und kritisch hinterfragt. Ihr Aufsatz »A Unique Identity Bill«, veröffentlicht im Juli 2010, gibt spannende Einblicke und steht auf der Website des unabhängigen International Environmental Law Research Centre: www.ielrc.org/about_ramanathan.php

Ignorierte Tatsachen

Die geplante Reform des Transplantationsgesetzes wird nicht halten können, was ihre Promotoren verheißen

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

»Druck ausüben«

Am 29. Juni veranstaltete der Gesundheitsausschuss des Bundestages mal wieder eine Sachverständigen-Anhörung – Thema: »Ethische und rechtliche Aspekte von Organspenden«. Bei dieser Gelegenheit fragte SPD-Fraktionschef Frank-Walter Steinmeier den Berliner Transplanteur Peter Neuhaus, ob eine »Änderung des Rechtsrahmens« notwendig sei und was er denn für nötig halte, um BürgerInnen »Ängste zu nehmen und die Bereitschaft zur Spende zu fördern«. Professor Neuhaus erklärte unter anderem:

»Ich sehe immer wieder theoretische Diskussionen, ich sage mal so, rechtsphilosophische Diskussionen – ich bin Chirurg, die sind immer etwas handfester – die nicht zielführend sind. Ich glaube, wir brauchen ein Ziel und dann müssen wir gucken, auf welchen Wegen wir dahin kommen können. Wir müssen mehr Organspenden haben. Wir gehören zu den Ländern in Europa, die am wenigsten Organspenden haben. Ich finde, dies ist einfach eine Sache, an der die Politik arbeiten muss und an der wir als Ärzte arbeiten müssen, aber auch gesamtgesellschaftlich. Deswegen ist es absolut richtig, die Beschäftigung mit diesem Thema zu fördern und einen gewissen ethischen Druck oder etwas mehr auszuüben, dass die Leute sich damit befassen müssen und möglichst eine Entscheidung treffen.«

Das Transplantationsgesetz von 1997 soll noch in diesem Jahr reformiert werden. Im Mittelpunkt der öffentlichen Debatte steht vor allem die Klage über den »Organmangel«, dem mit veränderten Regeln zur Einwilligung in die »Organspende« begegnet werden soll. Ob so tatsächlich mehr Körperteile »hirntot« diagnostizierter Menschen beschaffbar sind, darf bezweifelt werden.

Die meisten ParlamentarierInnen scheinen der Linie folgen zu wollen, die Interessenvertretungen der Transplantationsmedizin seit Jahren vorgeben: Nicht *ob*, sondern *wie* mehr menschliche Nieren, Lebern und Herzen über eine Gesetzesänderung verfügbar gemacht werden können, wird diskutiert.

Im Bundestag wohl am aussichtsreichsten ist die von Politikern wie Volker Kauder (CDU) und Frank-Walter Steinmeier (SPD) geforderte »Entscheidungslösung«. Wer einen Personalausweis oder Führerschein beantragt, soll bei dieser Gelegenheit routinemäßig gefragt werden, ob er im Fall seines »Hirntodes« als Organspender zur Verfügung stehen will oder nicht. Diese »Entscheidung« soll perspektivisch auf der elektronischen Gesundheits-Chipkarte (Siehe Seite 13) registriert werden.

Dagegen plädieren einige Landesregierungen, etwa in Hessen und Bayern, für die »Widerspruchslösung«: Jede/r soll künftig automatisch als OrganspenderIn angesehen werden, es sei denn, sie oder er hat dies zu Lebzeiten ausdrücklich abgelehnt. Auch diese Variante wird im Bundestag voraussichtlich zur Abstimmung gebracht, jedenfalls hat der SPD-Abgeordnete Fritz Rudolf Körper einen entsprechenden Gesetzesantrag angekündigt.

Vorbild Spanien?

Zur Begründung solcher Reformpläne wird gern auf das »spanische Modell« verwiesen. Mit einer Widerspruchslösung und 34 OrganspenderInnen pro eine Million EinwohnerInnen – das sind doppelt so viele wie im europäischen Durchschnitt – gilt Spanien in Transplantationskreisen als Musterland. Viele Faktoren spielen hier eine Rolle, einige davon sind mehr als fragwürdig und werden öffentlich kaum erwähnt. So gibt es in Spanien mehr Intensivbetten als in anderen Staaten. Das erhöht die Möglichkeit, potentielle OrgangeberInnen zu identifizieren. In iberischen Kliniken arbeiten flächendeckend

Transplantationskoordinatoren. An einigen Standorten bekommen diese SpezialistInnen von ihrem Arbeitgeber einen Bonus für jede realisierte Organspende, berichtet der Philosoph David Rodríguez-Arias. Und es gibt auch Regionen, wo Angehörige von OrganspenderInnen finanzielle Vergünstigungen erhalten: Bezahlt werden die Beerdigungskosten oder die Überführung der Verstorbenen aus dem Ausland.

Trotz geltender Widerspruchsregel werden Angehörige von Hirntoten zum persönlichen Gespräch und zur Entscheidung über die Organentnahme gebeten, denn es gibt kein Register, das Widersprüche dokumentiert, und die Zahl der Organspendeausweise ist nicht sehr hoch. Nur 15 % der angesprochenen Familien sagen anschließend »Nein« zur angestrebten Organspende.

In Spanien existiert keine Altersbegrenzung für SpenderInnen, fast jede/r Zweite (45 %) ist älter als 65 Jahre. Das hat Folgen: Immer mehr »marginale« Organe von alten Menschen, von SpenderInnen mit Infektionsgeschichte oder Tumorerkrankungen werden von MedizinerInnen akzeptiert und anderen alten Menschen eingepflanzt. Das erhöht die Organquote, verringert aber den Transplantationserfolg. Körperstücke für jüngere Kranke fehlen weiterhin. Die Lebendspende stieg deshalb rasant – in den Jahren 2008 und 2009 um 50 %! Sogar Organe von Herztoten, explantiert zwei bis zehn Minuten nach ihrem Herzstillstand, werden verwendet, um die Lücke zwischen Angebot und Nachfrage zu schließen.

Bemerkenswerte Aussagen

Der medizinische Chef der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) kennt die ignorierten Tatsachen des »spanischen Modells«. Professor Günter Kirste erklärte am 29. Juni während einer ExpertInnen-Anhörung im Bundestag, dass auch in Spanien in jedem einzelnen Fall mit Angehörigen von Hirntoten gesprochen werde. So weit ihm bekannt sei, werde nur in Singapur ohne Rücksprache mit Angehörigen wirklich automatisch explantiert. »Insofern muss man die Frage, ob die Erfolgsbilanz in Spanien von dieser rechtlichen Regelung abhängt, eindeutig mit nein beantworten«, sagte Kirste. Zudem gäbe es auch in Deutschland Regionen wie etwa Hamburg, die 2010 mit der Spendezahl pro Million Einwohner fast »auf spanischem Niveau« waren, fügte Kirste hinzu.

➤ Mehr Hoffnung auf mehr Organe wird mit den Transplantationsbeauftragten verbunden, die – wie in Spanien – bald flächendeckend in deutschen Kliniken potentielle Organspender-

Hirntodkriterium verfassungswidrig?

Bei einer Überarbeitung des Transplantationsgesetzes (TPG) muss auch das Hirntodkriterium »auf den Prüfstand gestellt« werden, rät der frühere Bundesjustizminister Edzard Schmidt-Jortzig (FDP). Die Bundesärztekammer (BÄK) sieht dafür gar keinen Anlass.

Die Hirntodformel »dürfte sich heute womöglich als vorschnell erweisen, sie scheint tendenziell zu willkürlich und zu eng«, schreibt Schmidt-Jortzig, der seit 2008 Vorsitzender des Deutschen Ethikrates ist. In seiner Stellungnahme zur Bundestagsanhörung vom 29. Juni heißt es weiter, es erscheine nicht ausgeschlossen, dass das Hirntodkriterium angesichts neuer medizinwissenschaftlicher Einsichten »verfassungswidrig geworden sein könnte«.

Während der Anhörung verwies die Soziologieprofessorin Alexandra Manzei auf neurologische Studien aus den USA, die das Hirntodkonzept seit Jahren wissenschaftlich in Frage stellen (Siehe BIOSKOP Nr. 51). Gemäß TPG sei die BÄK verpflichtet, deren Relevanz »medizinisch abzuklären«, sagte Manzei. Auch müsse die BÄK überprüfen, ob die Kriterien zur Feststellung des Hirntodes »noch die angemessenen« seien oder die apparativen Diagnoseverfahren erweitert werden müssten.

Dies dürfte dem Bundestag nicht wirklich neu sein: Seit April 2009 liegt eine vom Bundesgesundheitsministerium veranlasste Zehn-Jahres-Bilanz zum TPG vor, die auch auf »Mängel in der Hirntoddiagnostik« hinweist (BIOSKOP Nr. 46). Ausgesagt hatte dies die Deutsche Stiftung Organtransplantation in Bayern. Doch die BÄK wiegelte während der Anhörung einfach ab. Ihr Präsident Frank Ulrich Montgomery sagte, in der »seriösen herrschenden Mehrheitsmeinung der Wissenschaft« gäbe es zum Hirntodkonzept keine nachgewiesenen Änderungen. BÄK-Berater Prof. Heinz Angstwurm erklärte, die Hirntoddiagnostik werde zwar »immer wieder angezweifelt«, es gebe aber »keine neuen Erkenntnisse«, behauptet der Neurologe.

Die Beratungen zur TPG-Reform sollen im Herbst in die heiße Phase treten. Sachgerecht wäre eine Politik, die kühlen Kopf bewahren und die BÄK veranlassen würde, endlich diejenigen Aufgaben zu erledigen, die ihr der Gesetzgeber vertrauensvoll übertragen hat.

Klaus-Peter Görlitzer

Innen suchen und deren Angehörige routiniert befragen sollen. Das geschulte DSO-Personal erreicht mit seiner Gesprächsführung schon heute durchschnittliche Zustimmungsraten von 75 % und mehr. Reden behandelnde ÄrztInnen mit Familien und FreundInnen von Hirntoten, liege die Ja-Sager-Rate bei rund 55 %.

Nadja Komm, Transplantationsbeauftragte am Universitätsklinikum Heidelberg, berichtete in einer weiteren Sachverständigenanhörung am 8. Juni über ihre Erfahrungen: »Es gibt keinen Hirntod von jetzt auf gleich.« Das Erkennen potenzieller OrgangeberInnen ziehe sich manchmal über Tage. »Bereits in dieser Phase«, erläuterte Komm, »kann der Transplantationsbeauftragte schon sehr effizient genutzt werden, um sowohl Angehörige vorzubereiten, als auch um zu klären, ob eine Spendereignung vorhanden ist.« Mit Angehörigen, die noch hoffen und bangen, über Organentnahmen zu sprechen, dazu bedarf es sicherlich einer besonderen Schulung.

DSO-Vorstand Kirste war auch bei dieser Anhörung gefragt. »Deutschland ist das Land in Europa mit dem höchsten Spendealter«, erklärte er den ParlamentarierInnen. Die Organe auch alter Menschen würden in den Transplantationszentren »ganz offensichtlich mit großem Erfolg verwendet«, sagte Kirste – und räumte dann ein: »Aber wir haben keine klare Analyse über die Ergebnisdaten.« Internationale Studien hätten gezeigt, dass es »gute, mittelgute und weniger gute Organe« gäbe, was zu einer »weiteren Spreizung der Ergebnisdaten nach fünf Jahren« führe.

Unbekannte Ergebnisse

Dabei mangelt es an Transparenz – offenbar auch in Fachkreisen: Laut Prof. Axel Rahmel, Direktor der Organvermittlungszentrale Eurotransplant, ist die Datensammlung zu den Transplantationsergebnissen beim zuständigen Aqua-Institut »im Prinzip gar nicht zugänglich«. Und Prof. Bernhard Banas, Generalsekretär der Deutschen Transplantationsgesellschaft, führte aus, »dass nach dem jetzigen System die Transplantationszentren oft gar nicht in der Lage sind, valide Daten abzugeben«.

Was kann man aus solchen Aussagen folgern? Sicherlich dies: Die Prozeduren der Zustimmungsgewinnung, die im Zentrum der parlamentarischen und öffentlichen Debatte stehen, haben in der Praxis nur einen beschränkten Einfluss auf die Anzahl verfügbarer Organe – das gilt auch in Spanien, dem europäischen Musterland der Transplantationsmedizin. Dort wie hierzulande steigen die Transplantationsraten, besonders weil die Spende-kriterien ausgeweitet werden. Ob es den Kranken wirklich dient, »marginale« Organe eingepflanzt zu bekommen, kann wissenschaftlich fundiert nicht beantwortet werden.

Vollends verbieten

Nicht nur hierzulande denken PolitikerInnen und Fachleute darüber nach, ob und wie man die Transplantationsmedizin neu regeln sollte. Den weitreichendsten Experten-Rat, der wohl bisher im deutschsprachigen Raum veröffentlicht wurde, gab jetzt ein Professor der Universität Basel. In einem Interview, gedruckt am 9. August 2011 in der *Aargauer Zeitung*, forderte der auf Bioethik und Biopolitik spezialisierte Philosoph Andreas Brenner, Organentnahmen von Hirntoten vollends zu verbieten.

Zur Begründung sagte Brenner: »Zum einen sind, wie der amerikanische Bioethikrat heute feststellt, viele Menschen, denen Organe entnommen werden, erst nach der Explantation tot. Das heißt, sie werden durch die Explantation getötet. Zum anderen sollte der Staat auch nicht die gesetzliche Möglichkeit eröffnen, dass sich jemand für einen anderen opfert.«

Brenner plädiert dafür, »nur noch reine Lebendspenden zuzulassen«. Dass bei dieser Variante von Transplantationen gesunde Menschen durchaus unter Druck geraten können, etwa weil ihnen nahestehende PatientInnen eine Ersatzniere nachfragen, räumte der Philosoph gegenüber der Journalistin Denise Battiglia ein. »Aber wenn man dem Druck unterliegt«, meint Brenner, »ist es weniger katastrophal als bei der Spende nach Hirntod oder Herzstillstand. Die Lebendspende überlebt der Organspender, an der so genannten Leichenspende stirbt er.«

Vorschau

Themen im Dezember 2011

- **Schwerpunkt**
Patientenverdattung

- **Transplantationsmedizin**
Neues Gesetz?
- **Forschung**
Kinder als Versuchspersonen

Veranstaltungstipps

Mi. 21. September, 19 – 21.30 Uhr
Bonn (Ev. Akademie, Mandelbaumweg 2)

- **Akt der Nächstenliebe oder Verletzung der leiblichen Integrität?**
Forum

Die GastgeberInnen erwarten Kontroversen um Organspenden, »Hirntod«-Konzept und die Frage, ob der Leichnam eine verwertbare Sache sei. Erörtert wird auch, wie man die Interessen von Menschen berücksichtigen kann, die auf ein fremdes Körperteil warten.
Infos und Anmeldung bei Frau Korsch, Telefon (0228) 9523201

Mi. 21. September, 18 Uhr
Berlin (Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, Markgrafenstr. 38)

- **Arzneimittelforschung mit Kindern – ethisch geboten oder bedenklich?**
Forum

Kinder erhalten auch Arzneien, die nur für Erwachsene zugelassen und nur an Männern und Frauen erprobt worden sind – laut EU gilt dies für über die Hälfte der an Minderjährige verabreichten Präparate. Umstritten ist in der Fachwelt, ob und wie gefährlich dieser »off-label-use« ist. Seit 2007 verlangt die EU per Verordnung, neue Wirkstoffe auch an Kindern zu testen. Dass Eltern Vorbehalte haben, ihren Nachwuchs »den Risiken von Arzneimittelstudien auszusetzen«, weiß auch der Deutsche Ethikrat. Sein Forum, besetzt mit ExpertInnen, die fremdnützige Studien mit Nichteinwilligungsfähigen wiederholt gebilligt haben, will Eltern aufklären.
Infos und Anmeldung beim Ethikrat, Telefon (030) 20370242

Mo. 26. Sept. 9.45 Uhr – Di. 27. Sept. 16 Uhr
Berlin (Französische Friedrichstadtkirche, Gendarmenmarkt 5)

- **Lobbyismus im Gesundheitswesen**
Tagung

»Warenanbieter und Leistungserbringer im Gesundheitswesen«, weiß die Antikorruptionsorganisation Transparency International (TI), »nutzen ihre Macht häufig zu unverantwortlicher Einflussnahme und zum persönlichen und unternehmerischen Vorteil.« Strategien und Gefahren des Lobbyings, aber auch Möglichkeiten einer »verantwortlichen Interessenpolitik« beleuchtet die Tagung, veranstaltet von TI und evangelischer Akademie. Um »schädliche Interessenkonflikte einzudämmen«, werden Selbstverpflichtungen und Transparenz allein nicht reichen, meint TI. Zahlreiche ReferentInnen sollen deshalb auch politische Einflussmöglichkeiten ausloten.
Information und Anmeldung in der ev. Akademie, Frau Ewe, Telefon (030) 20355-407

Fr. 14. Okt., 19.30 – Sa. 15. Okt., 17.30 Uhr
Erlangen (Uni Erlangen-Nürnberg, Kollegienhaus, Universitätsstr. 15)

- **Medizin und Gewissen**
Kongress

Das Programm, zusammengestellt von der ÄrztInnenorganisation IPPNW, ist vielfältig: Die Palette reicht von Menschenversuchen und Euthanasie im Nationalsozialismus über die Verantwortung der Gesundheitsberufe bei Krieg und Gewalt bis zu Einflussnahmen der Pharmaindustrie im heutigen Gesundheitswesen.
Information und Anmeldung bei der IPPNW, Telefon (030) 6980740

Di. 25. Oktober, 9.30 – 15.30 Uhr
Hadamar (Gedenkstätte, Mönchberg 8)

- **Besteht ein Zusammenhang zwischen NS-Euthanasie und den aktuellen Praktiken der »Sterbehilfe«?**
Studientag

In Hadamar wurden während der NS-Herrschaft kranke, behinderte und sozial misshandelte Menschen systematisch ermordet. »Schriften wie die von Binding und Hoche über »Maß und Form« der »Vernichtung lebensunwerten Lebens« haben die spätere Mordpraxis begünstigt«, erläutert die Gedenkstätte. Diesen Zusammenhang analysiert der erste Teil des Studientages. Anschließend wird die heute praktizierte »Sterbehilfe« erörtert und das Verhältnis zur NS-Euthanasie erkundet.
Information und Anmeldung bei Herrn Schrömgies, Telefon (06433) 917-172

Fr. 11. Nov., 10 Uhr – Sa. 12. Nov., 13 Uhr
Frankfurt a. M. (Haus am Dom, Domplatz 3)

- **Der einsame Patient – beraten und verkauft**
Tagung

Die öffentliche Jahrestagung der Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin bietet Vorträge, die nicht nur ÄrztInnen ansprechen dürften: »Der Patient im Dickicht des Gesundheitswesens« ist ebenso Thema wie »Fallstricke der selbstbestimmten Entscheidung« und das »Einmaleins der medizinischen Risikokommunikation«. Obendrein wird gefragt: Ist das deutsche Gesundheitswesen krank und pleite?
Information und Anmeldung beim Sekretariat der Psychosomatischen Klinik Hospital zum heiligen Geist, Telefon (069) 2196-2101

Ja!

- ich abonniere **BIOSKOP** 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 **BIOSKOP**-Ausgaben. Rechtzeitig vor Ablauf des Bezugszeitraums werden Sie mich daran erinnern, dass ich erneut 25 bzw. 50 € im voraus überweisen muss, wenn ich **BIOSKOP** weiter beziehen will.
- ich möchte die Hörversion von **BIOSKOP** für zwölf Monate abonnieren und erhalte statt der Zeitschrift jeweils eine DAISY-CD. Bitte schicken Sie mir das notwendige Formular mit den Bezugsbedingungen.
- ich möchte BioSkop e.V. mit einer regelmäßigen Spende fördern. Bitte rufen Sie mich mal an. Meine Telefonnummer:

- ich unterstütze **BIOSKOP** 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 **BIOSKOP**-Ausgaben. Rechtzeitig vor Ablauf des Bezugszeitraums werden Sie mich daran erinnern, dass ich erneut mindestens 25 bzw. 50 € im voraus überweisen muss, wenn ich **BIOSKOP** 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

Straße

PLZ+ Wohnort

Telefon

E-Mail

Datum Unterschrift

Nur für Abonentinnen und Abonenten: 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:

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