

BIO SKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

9. Jg. • Nr. 34 • Juni 2006

Die Textur der Gegenwart

Von Erika Feyerabend

Käuflich ist heutzutage zwar nicht alles, doch das Sprechen in Begriffen ökonomischer Effizienz greift weiträumig um sich. Ein aktuelles Beispiel sind die öffentlich inszenierten Sorgen um den Erhalt des Sozialstaats und die Sicherung der Renten. Geboten wird ein eindeutiges Bild der »Verursacherinnen« der Krise: die jungen, gut ausgebildeten, aber zeugungsmüden Frauen. Kinder werden in der familienpolitischen Debatte zur »Investition in die Zukunft« erklärt – eine Zukunft, die vor allem mit potentiellen RenteneinzahlerInnen und konsumfähigen Gesellschaftsmitgliedern bevölkert werde. Die Gebär-Animationskampagne setzt auf monetäre Anreize für's Kinderkriegen – möglichst der Bessergestellten. Garniert wird die ökonomisch orientierte Sprachpolitik mit »alten Werten«. *Der Spiegel* beschwört die, von kinderlosen Frauen missachtete, »Schöpfungsnotwendigkeit«. Die *Frankfurter Allgemeine* sieht die »Urgewalt der Natur« missachtet und hofft auf Rückbesinnung: Wirklich menschliches Glück bestehe in der Familiengründung. So sollen wohl moderne Marktrhetorik und europäische Wertetradition miteinander versöhnt werden.

Gewöhnt sind alle daran, dass nicht nur Konsumgüter gehandelt und beworben werden. Als normal gilt auch, dass Arbeits- und Lebenszeit, notwendig für die Güterproduktion, mit einem Preis belegt ist. Der Arbeitslohn wird derzeit für die meisten Beschäftigten möglichst niedrig taxiert; er ist umkämpft, wie die Streiks im Gesundheitswesen und öffentlichen Dienst zeigen. In der Versicherungswirtschaft wird mit Kalkülen über Länge und Qualität des Lebens jongliert, alle möglichen Sicherheitsrisiken werden in harte Währung umgerechnet. Die Textur der Gegenwart ist in diesen Bereichen buchstäblich marktförmig.

Libérale Ökonomen sind seit Jahren damit beschäftigt, auch solche Bereiche des Lebens in den Kategorien der Geldwirtschaft zu beschreiben, die in unserer Wahrnehmung noch nicht der universellen Vermarktung unterliegen. Wenn die Liebe oder das Kinderkriegen der ökonomischen Effizienz zugeordnet wird, dann regt sich intuitiv Widerspruch. Die Welt des Privaten – viele meinen auch des Politischen – sollte nicht nahtlos den Gesetzen des Marktes unterworfen werden. Davon recht unbeeindruckt, bringen liberal gesinnte ExpertInnen seit geraumer Zeit aber nicht nur private Beziehungen in wirtschaftlichen Kategorien zur Sprache, sondern auch den menschlichen Körper. Sie schaffen einen metaphorischen Markt, in dem über Organe und Gewebe verhandelt werden kann, ganz so, als ob sie bereits Teil einer üblichen Warenproduktion wären. So schlägt eine Professorengruppe vor, Körperteile als käuflich anzusehen (Siehe Seite 3). Wer sich zu Lebzeiten willig zeigt, seine Organe zu veräußern, soll auf private Gewinne hoffen dürfen: einen vorteilhaften Platz auf der Organwarteliste oder Geld für die zu Lebzeiten transferierte Niere. Finanziert wurde diese Ideenschmiede vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. Die Scheidelinie zwischen Körpern und Waren, zwischen Markt und Politik, ist heute uneindeutig.

BioSkop Schwerpunkt Leben mit Demenz

Alternativen zum Pflegeheim	8
Umstrittene Medikamente.....	10
Das »Kompetenznetz Demenzen«	11

»Gesundheits«-Chipkarte

»Es muss korrekt informiert werden« – Interview mit Datenschutzexperte Wolfgang Linder	4
--	---

Ersatzteillager Mensch

Staatlich organisierter Ankauf von Organen – Professoren für neues Transplantationsrecht ...	3
Markt für menschliche Rohstoffe	12
Fragwürdige Ost-West-Kooperation	13

Impfungen

Kampagne gegen Umgeimpfte.....	6
--------------------------------	---

Euthanasie

Österreich legalisiert Patientenverfügungen	7
--	---

Bestattungsrecht

Das fehlende Gramm	14
--------------------------	----

Weitere Themen

SESAM in Basel schließen!	7
www.keine-gentechnik.de	7
Interessante Veranstaltungen.....	16
Literaturtipps	16
Wunschzettel	16
BIO SKOP im September 2006.....	16

Impressum

Herausgeber:

BIO SKOP

BioSkop e.V. – Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Technologien
Bochumer Landstr. 144 a · 45276 Essen
Tel. (02 01) 53 66 706 · Fax (02 01) 53 66 705
BioSkop im Internet: www.bioskop-forum.de
Redaktion: Klaus-Peter Görlitzer (v.i.S.d.P.),
Bernstorffstr. 158 · 22767 Hamburg
Tel. (0 40) 43 18 83 96 · Fax (0 40) 43 18 83 97
E-Mail: redaktion@bioskop-forum.de

Beiträge in dieser Ausgabe:

Erika Feyerabend, Martina Keller, Angelika Kögel-Schauz, Petra Rogge, Bettina Rudhof, Christian Winter.
Sämtliche Artikel in BIO SKOP sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion.

Satz: www.reviera.de, Essen

Druck: Basis Druck, Duisburg

ISSN 1436-2368

mit **newsletter**
Behindertenpolitik

Bitte weiter lesen
auf der nächsten Seite

Die Textur der Gegenwart

Fortsetzung von Seite 1 →

Die Politik ist auch im Bereich der Verwandlung von Knochensubstanzen, Gewebeanlagen und reproduktivem »Material« in Bewegung geraten. Sie schafft hier ein Neuland des Bio-Rechts, in dem Haftungsfragen, Im- und Export sowie Qualitätsstandards geregelt werden. Handlungssicherheit entsteht, Angebot und Nachfrage steigen (Siehe Seite 12).

Doch die veredelten Körperstoffe bleiben

streitbare Waren. Kann der physische Körper zerteilt, bearbeitet und profitabel werden? Buchstäblich werden die bearbeiteten Substanzen von Unternehmen angeboten und von Kliniken gekauft, in ihnen soll ein »Wert« stecken, der in Geld bemessen wird. Der deutsche Anbieter Tutogen Medical GmbH taxiert ihn nach geschätztem Zeit- und Arbeitsumfang für die Entnahme und Präparation pro Verpackungseinheit (Seite 13). Nach dem Wortlaut des Gesetzes wird aber nicht das Gewebe verkauft, sondern die Dienstleistung bezahlt, die für seine Veredelung nötig ist. Und die LieferantInnen der medizinischen Rohstoffe? Sie werden im öffentlichen Raum nicht auf Geldwert und Preisregime orientiert, sondern mit der Aufforderung zur »selbstlosen Spende« animiert.

Als sozial erwünscht gilt, den Körper in seinen Teilen als veräußerbar, zirkulations- und bearbeitungsfähig zu behandeln und wahrzunehmen. Nicht gewünscht ist das Konzept der »freien« Selbst-Vermarktung. Allerdings befördern auch die erwähnten Planspiele zum Handel mit Organen, die Rechenexempel über Kinder und ihren volkswirtschaftlichen »Wert« eine Welt universeller Vermarktung. Ebenso zwingt die üblich gewordene biotechnisch-industrielle Bearbeitung menschlicher Körper die Phantasie in marktförmige Dimensionen wie Nützlichkeiten, Fremdverfügungsrechte und Selbstbesitz. Die Linie zwischen Worten und Tatsachen ist nicht trennscharf.

Zum Ensemble von Gesetzen, Motiven und Metaphern, die Märkte in Bewegung setzen, gehört – neben Geld und Privateigentum – auch die Vorstellung eines abstrakten, vertragsfähigen Individuums. Dieses Ideal ist körperlos und unbeeindruckt von sozialen Beziehungen und

Erfahrung. Es dominiert der »freie Wille«, der die Zeit überdauert und allzeit befähigt, rational – also nutzen- wie gewinnorientiert – zu entscheiden und zu handeln. »Patientenverfügungen« setzen, scheinbar widerspruchsfrei, auf dieses Ideal. Im Willen, »Leid« zu minimieren, Kosten zu sparen oder nutzlos gewordene

Lebenszeit abzukürzen, wird die eigene Existenz zum Objekt der Entscheidung. In Österreich hat das Parlament nun ein Gesetz beschlossen,

das solche Willensbekundungen in ein juristisch wasserfestes Vertragsformat überführt (Seite 7). Dass sich auf diese Weise die Traurigkeiten und möglichen Kontrollverluste, die schwere Krankheit und Sterben mit sich bringen, aus der Welt schaffen lassen, ist eine gern geglaubte Illusion. Die Vorstellung, dass computergerechte Registrierungen von medizinischen Daten und PatientInnenmeinungen die ärztliche Versorgung verbessert, ebenfalls (Seite 4).

Aber auch das gibt es: Fragmente einer anderen, sozialen Ordnung. Zunehmend werden dementiell veränderte Menschen, die offensichtlich nicht mehr dem Ideal der freien Willensperson entsprechen, auf Initiative von Angehörigen und FreundInnen in Wohnprojekten versorgt. Handlungsleitend sind das aktuelle Wohlbefinden und die Teilhabe am Alltagsleben (Seite 8), nicht das bloße Behandeln und Ruhigstellen mit Medikamenten (Seite 10).

Wer die dominierenden Bahnen der einsamen Entscheidung und juristischen Vertragssicherheit verlässt, hat einfach mehr Phantasie. Dann ist der Umgang mit Fehlgeborenen nicht

mehr an behördlich festgesetzten Gramineinheiten orientiert, die über »Entsorgung« oder Bestattung entscheiden, sondern

darin, wie sich Trauer und Dilemma einer Fehlgeburt durchleben lassen (Seite 14).

Die marktförmige Textur der Gegenwart ist eindimensional auf Geldwerte und Vertragsformate ausgerichtet. Andere soziale und politische Phantasien haben viel mehr zu bieten, für die Alltagsbewältigung, für das eigene Selbstverständnis und für die gesellschaftliche Zukunft.

Als sozial erwünscht gilt, den Körper in seinen Teilen als veräußerbar, zirkulations- und bearbeitungsfähig wahrzunehmen.

Wer die dominierenden Bahnen der einsamen Entscheidung und Vertragssicherheit verlässt, hat einfach mehr Phantasie.

»Die Textur der Welt«
Der emeritierte Harvard-Philosoph Hilary Putnam hat eine Parabel über strikte Anhänger des Utilitaristen Jeremy Bentham geschrieben. Der englische Jurist und Philosoph hatte im 18. Jahrhundert Nutzenkalküle auf Lust, Leid und Glück bezogen und seine Ideal-Gesellschaft am Modell eines modernen Gefängnisses entworfen. Putnam illustriert in seiner Parabel, wie solche »Werte« den Blick auf Fakten verändern können, wie der Diskurs um Werteorientierung und Tatsachenbehauptungen das gesamte gesellschaftliche Leben durchdringt – eben die »Textur der Welt«. Putnam zeigt zugleich, wie wenig die abstrakten Konzepte eines Jeremy Bentham und seiner Gefolgschaft mit dem alltäglichen Leben zu tun haben.

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

Staatlich organisierter Organkauf

Politikberater fordern: Transplantationsgesetz ändern

Neue »Anreize zur Organspende« fordert eine Projektgruppe der Europäischen Akademie GmbH in Bad Neuenahr-Ahrweiler. Ihr Memorandum »Organmangel – Ist der Tod auf der Warteliste unvermeidbar?« wurde Mitte Mai in Berlin präsentiert. Willkommen ist den Experten alles, was die Zahl verfügbarer Körperteile steigern könnte.

Die Studie, erstellt mit finanzieller Hilfe des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, will Politiker bewegen, das Transplantationsgesetz zu ändern: So plädiert die Professorenrunde (Siehe Kasten) dafür, in Deutschland einzuführen, was in Österreich und Spanien praktiziert wird: die »Widerspruchslösung«. Das bedeutet: Jede/r gilt als potenzieller Organspender, so lange sie/er dem nicht ausdrücklich widersprochen hat. »Diese Festschreibung erscheint als Ausdruck der moralischen Pflicht zu helfen vertretbar«, meinen die Politikberater. Das Recht auf Selbstbestimmung sehen sie nicht gefährdet, da ja die Möglichkeit zum Widerspruch bestehe.

Träger eines Spendeausweises sollen belohnt werden, indem sie im Bedarfsfall bevorzugt ein Organ erhalten – derzeit müssen Körperteile nach medizinischen, von der Bundesärztekammer festgelegten Kriterien vergeben werden.

Gleichzeitig soll ein staatlich regulierter Organhandel eingerichtet werden. Das öffentliche Gesundheitssystem fungiert nach diesem Modell als Monopolist, der Körperteile gesunder und »hirntoter« Spender zu festgesetzten Preisen ankaufen darf. Das Monopol schließe aus, dass Dritte mit Organen Gewinn machen, heißt es in der Studie. Dass vermutlich vor allem ärmere Menschen ihre Nieren oder Leberstücke verkaufen würden, scheint die Experten nicht zu stören.

Wichtig findet die Projektgruppe die Ausweitung von Lebendorganspenden. Als erster Schritt sollte die Überkreuztransplantation zwischen Paaren erlaubt werden. Wohin die Erweiterung des Spenderkreises führen dürfte, zeigt das Beispiel Schweiz. Dort ist mittlerweile auch die Lebendspende an Unbekannte erlaubt. Zwar schreibt der Schweizer Gesetzgeber vor, dass kein Geld für ein Organ bezahlt werden darf und die Entscheidung des Spenders freiwillig sein soll. Allerdings ist kaum auszuschließen, dass unter solchen Umständen Organhandel stattfindet.

Nur drei der Vorschläge wären auch mit geltendem Recht vereinbar: Lebendspender sollen versicherungsrechtlich abgesichert und ein bundesweites Register mit den Willenserklärungen potentieller Organgeber eingerichtet werden. Zudem müssten sämtliche Kosten der Krankenhäuser bei Transplantationen gedeckt werden, fordern die Experten. Sie reagieren damit auf den Streit zwischen dem Verband Leitender Krankenhausärzte und der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), der bundesweiten Koordinierungsstelle für Transplantationen. Die Klinikärzte kritisieren Kürzungen bei der »Hirntod«-Diagnostik (Siehe BioSkop Nr. 32) und die von der DSO geänderten Verträge für Lungen- und Herzchirurgen. Der Streit eskalierte Anfang 2006 in München, als eine Patientin eine angeforderte Lunge nicht bekam, weil sich kein Entnahmeteam fand – aus finanziellen Gründen.

Der DSO würde die Professorenrunde künftig gern Mitbewerber zur Seite stellen: Deshalb müsse das gesetzlich festgeschriebene Monopol der DSO als Koordinierungsstelle aufgehoben werden. Konkurrierende Organisationen könnten regional oder bundesweit helfen, das Spenderpotential besser auszuschöpfen, meinen die Politikberater.

Einschlägige Experten

Sieben Professoren und die Biologin Margret Engelhard von der Bad Neuenahrer Akademie bilden die Projektgruppe »Anreize zur Organspende«. Vorsitzender ist Friedrich Breyer. Der Konstanzer Ökonom sympathisiert ebenso wie der Duisburger Philosoph Hartmut Kliemt seit Jahren mit der Kommerzialisierung der Organspende. Soziologe Wolfgang van den Daele (Berlin) und Zivilrechtler Jochen Taupitz (Mannheim) sind auch im Nationalen Ethikrat dabei, der die Bundesregierung berät. Außerdem mischt Taupitz in einflussreichen Gremien der Bundesärztekammer mit, etwa im Vorstand der Zentralen Ethikkommission. Komplettiert wird die Projektgruppe durch die im Transplantationswesen engagierten Ärzte Gundolf Gubernatis (Wilhelmshaven) und Hans Jürgen Schlitt (Regensburg) sowie den Wiener Mediziner Christian Kopetzki.

Von Martina Keller (Hamburg), Journalistin

Kalkulationen für den Körpermarkt

Im Fachblatt »Kidney International« plädierte der New Yorker Mediziner Eli Friedman im Februar 2006 für eine staatlich organisierte Kommerzialisierung der »Organspende«. Dabei schlug er auch einen »fairen Marktpreis« pro Niere vor: ungefähr 40.000 Dollar, zu zahlen an den »Spender«. Ähnliche Konzepte wie Friedman propagiert die Projektgruppe der Bad Neuenahrer Akademie (Siehe Artikel). Konkrete Beträge nennen die Experten um den Konstanzer Ökonomen Friedrich Breyer nicht. Aufgabe der Politik sei es festzulegen, was deutsche Krankenkassen oder die Gemeinschaft der SteuerzahlerInnen für ein Körperstück aufbringen sollen, meint Breyer. Zwecks Orientierung weist er auf eine Musterkalkulation seiner Arbeitsgruppe hin, wonach eine Nierentransplantation plus Nachsorge letztlich billiger sei als eine lange Dialysebehandlung. Überlebe eine verpflanzte Niere zehn Jahre, würden die Kassen in diesem Zeitraum angeblich 250.000 Euro im Vergleich zur Dialyse gespart haben.

»Es muss korrekt informiert werden«

Der langjährige Datenschützer Wolfgang Linder über Hintergründe und Abgründe der »Gesundheitskarte«

BioSkop-Interview

»Alles auf eine Karte?« heißt der Titel einer informativen Broschüre zur elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Auf 52 Seiten beleuchtet sie die Chipkarte und damit verbundene politische Ziele. Herausgeber ist das Forum InformatikerInnen für Frieden und gesellschaftliche Verantwortung (FiFF), dessen stellvertretende Vorsitzende Dagmar Boedicker die Publikation koordiniert hat. Unter den AutorInnen sind mehrere Datenschützer sowie Peter Friemelt von der BAG PatientInnenstellen und BIOSKOP-Redakteur Klaus-Peter Görlitzer. Bestellen kann man die Broschüre für 3.50 Euro plus Porto bei **FiFF e.V., Goetheplatz 4, 28203 Bremen, Telefon (0421) 33659255**. Kritisch setzt sich auch eine Arbeitsgruppe des **Komitees für Grundrechte und Demokratie** mit der eGK auseinander. Die AG bereitet zur Zeit einen Aufruf vor, der BürgerInnen bewegen soll, die freiwillige Speicherung medizinischer Daten zu verweigern. Das nächste AG-Treffen findet am 15. Juli in Hannover statt. MitstreiterInnen sind willkommen und sollten das Komitee kontaktieren. **Elke Steven, Ansprechpartnerin ist Tel. (0221) 9726930**.

Das weltweit größte Verdatungsprojekt soll in Deutschland realisiert werden: die elektronische »Gesundheitskarte«. Angestrebt wird, medizinische Daten möglichst aller Krankenversicherten zu speichern und für gesundheitspolitische Planungen und Eingriffe zugänglich zu machen. Hinter- und Abgründe des Projekts erläutert der Datenschützer Wolfgang Linder auf Fragen von Erika Feyerabend. Linder war von 1988 bis 2004 Referent für Gesundheits- und Sozialdatenschutz beim bremischen Datenschutzbeauftragten.

BioSkop: Die Gesundheitschipkarte soll 2007 die Krankenversichertenkarte (KVK) ablösen. Verändert dies den Umgang mit Patientendaten?

WOLFGANG LINDER: Das Problem liegt weniger in der Karte als solcher. Sie behält die Ausweisfunktion der KVK, wird um ein Foto des Inhabers ergänzt und soll EU-weit den Zugang zu Gesundheitsleistungen ermöglichen. Zusätzlich werden die ärztlichen Verschreibungen elektronisch gespeichert. Apotheker bekommen das Rezept nicht mehr auf Papier, sondern können es über die Chipkarte einlesen. All dies ist eher unbedenklich. Geplant ist aber folgendes: Die Arzneimitteldokumentationen und Krankengeschichten sollen nicht etwa beim behandelnden Arzt oder Krankenhaus verbleiben. Vielmehr wird eine immense technische Infrastruktur aufgebaut, die weder gesetzlich vorgeschrieben noch für den Einzelnen transparent ist. Die Einführung der Gesundheitskarte wird zum Anlass genommen, medizinische Daten von gesetzlich Versicherten zusätzlich auf zentralen Servern zu speichern.

BioSkop: Wer soll auf diese sensiblen Informationen zugreifen können?

LINDER: Nach geltender Gesetzeslage dürfen nur Angehörige von Heilberufen Zugriff auf die zentral gespeicherten Gesundheitsdaten erhalten. Krankenkassen, Forschungsinstituten und der Werbeindustrie ist das – jedenfalls auf personenbezogene Daten – verboten. Allerdings könnte es in den nächsten Jahren Versuche geben, diesen Schutz aufzuheben und die personenbezogenen Daten weit zugänglicher zu machen als bisher gesetzlich vorgesehen.

BioSkop: Im Gesundheitswesen geht es meist darum, Kosten zu senken. Auch bei der Karte?

LINDER: Begründet wird ihre Einführung mit Kosteneinsparungen ohne Einschränkung der Behandlungsqualität sowie verbesserter Kommunikation zwischen Patient und Heilberufler. Daran könnten alle interessiert sein, natürlich

auch die Kranken. Gegen die Weiterentwicklung der Karte selbst und gegen das elektronische Rezept lässt sich wohl wenig einwenden. Beides ließe sich aber auch ohne zentrale Speicherung medizinischer Daten erreichen.

BioSkop: Gibt es weitere wirtschaftliche Motive?

LINDER: Die Dimensionierung des Kartenprojekts lässt begründet vermuten, dass die Hauptinteressen in der Industriepolitik der Bundesregierung und in den Interessen der beteiligten Informatikunternehmen liegen. Alle Großen sind hier vertreten: Siemens, T-Systems, SAP, IBM etc. Die Konzerne wollen mit Hilfe hoher Subventionen risikofrei die Technologie entwickeln, auf Kosten der Beitragszahler an die deutsche gesetzliche Krankenversicherung verkaufen und dann weltweit exportieren. Die Kassen erhoffen sich auf Dauer Einsparungen, auch wenn sie zunächst investieren müssen. Die Heilberufler als Berufsgruppe haben eigentlich keine wirtschaftlichen Interessen daran.

BioSkop: Welche Daten werden denn in absehbarer Zukunft verpflichtend gespeichert?

LINDER: Während der bereits angelaufenen Testphase in ausgewählten Regionen geben Krankenkassen die neuen Karten aus, die Versicherte beim Arztbesuch und Einlösen eines Rezepts nutzen können. Kassen, Apotheken, Ärzte und Patienten können teilnehmen, müssen es aber nicht. Ab 2007 soll die Gesundheitskarte obligatorisch und flächendeckend eingeführt werden. Dann sollen Verschreibungen nur noch elektronisch eingelöst werden dürfen.

BioSkop: Und was ist mit den medizinischen Daten der Versicherten?

LINDER: Später sollen Notfalldokumentation sowie Arzneimitteldokumentation, Arztbrief und Patientenakte integriert werden. Nur die Notfalldaten sollen auf der Karte selbst, die anderen Daten sollen auf zentralen Servern gespeichert werden. Versicherte sollen mittels →

→ ihrer Karte den Zugriff auf die zentral gespeicherten Daten eröffnen, zusätzlich werden die Heilberufler eigene Karten benötigen. All diese Funktionen sollen – so die Gesetzeslage – der freien Entscheidung der Patienten unterliegen. Sie sollen bestimmen, ob sie die einzelnen Anwendungen wollen oder nicht, welche Daten gespeichert werden und wer auf welche Daten zugreifen kann. Es ist allerdings umstritten, ob all dies praktikabel, wie es technisch durchführbar und wie teuer es ist. Das Projekt in seiner ganzen Dimension ist auf die zentrale Erfassung ausgerichtet. Nur deshalb muss diese aufwendige Infrastruktur aufgebaut werden.

BIO SKOP: Welche Überwachungen drohen, sollte das Vorhaben einmal in Gänze umgesetzt sein?

LINDER: Es gibt bereits jetzt eine reine Abrechnungskontrolle und eine Wirtschaftlichkeitskontrolle. Zunehmend wird auch die Qualität medizinischer Leistungen durch die Krankenkassen überprüft. Hier wird es schon kritisch. Vorstellbar ist auch eine Kontrolle von Lebensstil und Gesundheitsverhalten der Versicherten. Im Rahmen der »Disease-Management-Programme« für chronisch Kranke, also für besonders kostenintensive Versicherte wie z.B. Herz-, Kreislauf- und Diabetespatienten, geht es bereits in diese Richtung. Hier werden schon jetzt Krankengeschichten auf zentralen Servern außerhalb der Kliniken und Arztpraxen erfasst und zu Kontrollzwecken durch die Kassen ausgewertet. Die Gesundheitskarte soll am Anfang der zentralen Erfassung der Krankheitsgeschichten aller Versicherten stehen. Nach derzeitiger Rechtslage bleibt es den Versicherten vorbehalten zu entscheiden, in welchem Umfang Daten gespeichert werden. Bislang sollen nur Heilberufler patientenbezogene Daten zu Behandlungszwecken einsehen können. Alle Anderen dürften allenfalls auf pseudonymisierte Daten zugreifen.

BIO SKOP: Auch pseudonymisierte Daten können ausgewertet werden und Risikoprofile schaffen, auf die sich Versicherungen berufen.

LINDER: Das trifft zu. Aus dem Datenbestand können Schlussfolgerungen gezogen werden, die sich für Versicherte negativ auswirken. Zudem kann das Pseudonym wieder aufgehoben werden, so dass die Daten personenbezogen ausgewertet werden können. Die Frage ist, unter welchen rechtlichen Voraussetzungen dies geschehen darf. In jedem Fall werden derzeit

die technischen Voraussetzungen für Auswertungen aller Art durch vielfältige Interessenten vorbereitet, ohne dass dies öffentlich in Frage gestellt wird. Dann bedarf es nur noch der Freigabe durch den Gesetzgeber. Wie oft hat dieser in der Sozialversicherung neue Datenaustausche und -auswertungen erlaubt! So könnte nach der nächsten oder übernächsten »Gesundheitsreform« zwecks Kostensenkung die Überprüfung des Lebensstils der Versicherten bis hin zur Sanktionierung als ungesund bezeichneter Verhaltensweisen realisiert werden. Schon jetzt wird die Standardisierung ärztlicher Behandlungen voran getrieben.

»Zudem stellt sich die Frage, ob sich der ganze Aufwand für Kassen und Ärzte lohnt, wenn viele Patienten sich verweigern.«


BIO SKOP: Die Datensammelerei soll freiwillig erfolgen. Wird das überhaupt praktikabel sein?

LINDER: Beim Arzt erscheinen Patienten ja weniger als freie Bürger, sondern als Leidende, die Hilfe suchen. Sie haben dann drängendere Probleme als die Frage, ob und wie sie die ihnen gesetzlich eingeräumte »Freiheitssphäre« nutzen wollen. Die bisherige Informationspraxis lässt Schlimmes befürchten: Gesundheitspolitik und Krankenkassen thematisieren öffentlich nur die Karte selbst einschließlich des elektronischen Rezepts, nicht aber die zentrale Datenerfassung. Zudem stellt sich die Frage, ob sich der ganze Aufwand für Kassen und Ärzte lohnt, wenn viele Patienten sich verweigern. Denn: Was soll eine Patientenakte, die unvollständig ist? Und was sollen Auswertungen von Datenbeständen, in denen viele Versicherte gar nicht erfasst sind?

BIO SKOP: Das heißt also: Entweder das System funktioniert, weil alle freiwillig gehorchen. Oder die vollständige Datenabgabe wird zur Norm.

LINDER: Ja. Es ist aber auch möglich, dass das Projekt in seinem Gesamtumfang nicht realisiert wird, weil es sich als zu teuer erweist, weil technische Hindernisse auftauchen oder weil sich die beteiligten Interessengruppen nicht einigen.

BIO SKOP: Gibt es noch Einflussmöglichkeiten?

LINDER: Einzelne Gruppen wie Patientenstellen, Bürgerrechtsinitiativen, Verbraucher- und Datenschützer machen sich darüber Gedanken. Notwendig ist jedenfalls, dem einseitigen Informations- und Akzeptanzmanagement von Politik und Betreibern eine kritische öffentliche Diskussion gegenüberzustellen. Über die Dimensionen dieses weltgrößten Erfassungsprojekts muss korrekt und vollständig informiert werden. 

Ein offener Arztbrief an die PatientInnen

Über die geplante »Gesundheitskarte« hat sich der Internist Wilfried Deiß eingehend informiert. Nun informiert der Hausarzt seine PatientInnen im südwestfälischen Siegen über »die praktischen Auswirkungen« der Karte – mit einem 4-seitigen »Offenen Brief«, Leitfrage: »Was kommt da auf uns zu?« Hier eine Leseprobe aus dem Brief, den Deiß (Telefon 0271-52928) auf Nachfrage sicherlich gern verschickt: »Der Titel »Elektronische Gesundheitskarte« ist eine Irreführung. Er vermittelt den Eindruck, es handele sich lediglich um ein modernere Form der jetzigen Versicherten-Chipkarte. In Wirklichkeit ist aber der Kern des Projekts ein gigantisches, deutschlandweites (und später vielleicht sogar europaweites) Computernetzwerk-Projekt, in dem persönliche Patientendaten wie Arztberichte oder Krankenhausberichte zentral in Großrechnern gespeichert werden sollen. [...]

Das neue System ist vor allem und von Anfang an ein Wirtschaftsförderungsprogramm für die Computer- und Software-Industrie (auf Kosten des Gesundheitswesens und damit der Versicherten). [...]

Selbst unter der Voraussetzung, dass die meisten Patienten mit der zentralen Datenspeicherung einverstanden wären, dürfte die Verbesserung des medizinischen Informationsflusses für Ärzte und Patienten voraussichtlich gering sein und unvollständig. [...] Ich lehne das Projekt »Elektronische Gesundheitskarte« in der jetzigen Form ab. Ich werde die Umsetzung in meiner Praxis boykottieren.«

Masern-»Epidemie« als Anlass

Kampagne gegen Ungeimpfte

Von Angelika Kögel-Schauz (Augsburg), www.impfaufklärung.de

In Nordrhein-Westfalen erkrankten im Frühjahr über 1.000 Kinder an Masern. Anlass für viele Medien, mal wieder alarmierende Berichte über Folgen von »Impfmüdigkeit« zu verbreiten. *Der Spiegel* warnte vor einem »Tanz auf dem Minenfeld«, das ZDF hatte schon 2005 behauptet, es bestehe »Lebensgefahr durch Impfverweigerer«. Sogar Zwangsimpfungen werden gefordert.

Medien zeigten sterbende Kinder, die angeblich im Säuglingsalter von ungeimpften Kindern mit Masernviren angesteckt wurden. Einige Jahre später erkrankten sie an der lebensgefährlichen Hirnerkrankung SSPE (subakute sklerosierende Panenzephalitis). Im Gehirn der kleinen PatientInnen wurden Masernviren gefunden, weshalb man von einer früheren Maserninfektion im Säuglingsalter ausgeht. Impfaufklärung e.V. liegen allerdings Berichte vor, wonach die SSPE

einige Tage nach einer Masernimpfung ausgebrochen ist. Die Impfung dürfte also zumindest eine begünstigende Wirkung auf den Ausbruch der Krankheit gehabt haben. Dies streiten SchulmedizinerInnen jedoch ab. Zur Klärung könnten systematische Studien beitragen. Die fehlen bis heute, wohl weil die Fälle sehr selten sind.

Unzweifelhaft ist die Rolle der Massenimpfungen beim Entstehen von Säuglingsmasern, die für SSPE verantwortlich gemacht werden. Falls eine Mutter im Kindesalter Masern gehabt hatte, kann sie über die Placenta dem Baby Schutzstoffe mitgeben, die später durch Stillen verlängert werden können. Auf diese Weise wurden früher Säuglingsmasern vermieden, da die meisten Mütter Masern hatten. Säuglingsmasern und damit die SSPE sind also eine indirekte Folge der Massenimpfungen gegen Masern.

Ziel der Weltgesundheitsorganisation ist es, die Impfquote gegen Masern massiv zu erhöhen. Wie hoch sie in Deutschland ist, weiß niemand

genau; die Erfassung erfolgt freiwillig. Trotz massiver Impf-Werbung durch Pharmaindustrie und Behörden liegt die Impfquote unter der angepeilten Höhe von 95 Prozent. Nun denken manche Ärztfunktionäre sogar über Zwangsimpfungen öffentlich nach (Siehe Randbemerkung links). Ihre Forderung: Nur wer gegen Masern geimpft ist, soll in Kindergärten und Schulen gehen dürfen.

Die Schulmedizin geht davon aus, dass das Immunsystem beim Kontakt mit dem Masernerreger (Infektion oder Impfung) Antikörper gegen das Masernvirus bildet. Die Antikörper, deren Menge im Blut gemessen werden kann, machen die Erreger unschädlich. So können sie sich nicht weiter vermehren und keinen Schaden im Organismus anrichten, der sich dann in Form der klassischen Masernsymptome wie Fieber und Ausschlag äußert. Bei einem erneuten Kontakt mit dem Erreger bildet das Immunsystem schneller und mehr Antikörper, weil es den Erreger schon kennt.

Die Forderungen nach Ausgrenzen ungeimpfter Kinder stützen sich auf das schulmedizinische Weltbild. Demnach soll bei einem Kontakt mit Masernviren die schnelle Bildung einer großen Menge von Antikörpern entscheidend dafür sein,

ob und wie stark jemand erkrankt. Bis genug Antikörper vorhanden sind, damit alle Erreger unschädlich gemacht werden können, vermehren

sich die Erreger im Organismus und werden folglich auch ausgeschieden. Während dieser Zeit ist der Mensch ansteckend, wobei er noch nicht einmal Symptome zeigen, also sichtbar erkranken muss. Das bedeutet: Auch Geimpfte können für eine gewisse Zeit nach dem Kontakt ansteckend sein. Schon deshalb ist es unhaltbar, Geimpfte und Ungeimpfte ungleich zu behandeln. Der propagierte Ausschluss nicht geimpfter Kinder aus Tagesstätten und Schulen ist schlicht verfassungswidrig.

Die Antikörperspiegel im Blut sinken mit zunehmender Dauer nach dem Erregerkontakt ab. Nur bei einem regelmäßigen Kontakt mit Masernviren bleibt die Schutzwirkung dauerhaft erhalten. Dies war früher gewährleistet, weil ständig Masernviren im Umlauf waren. ImpfkritikerInnen gehen davon aus, dass heute jedes Kind, das Masern noch bekommt, den durch Impfung oder Infektion früher erworbenen Schutz vieler anderer Menschen auffrischt.

Der propagierte Ausschluss nicht geimpfter Kinder aus Tagesstätten und Schulen ist schlicht verfassungswidrig.

»Der Staat sollte Maßnahmen ergreifen«
»Nach der UN-Kinderrechtskonvention hat jedes Kind ein Grundrecht auf Prävention. Wenn die Eltern nicht allein dafür sorgen, sollte der Staat Maßnahmen ergreifen. Unwissende Eltern haben nicht das Recht, ihre Kinder in Gefahr zu bringen. Anschnallen im Auto ist ja auch Pflicht.«

Meinung des Präsidenten des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte, Wolfram Hartmann. Der Mediziner äußerte sich in einem Interview, das die Süddeutsche Zeitung am 15. Mai 2006 publizierte. Hartmann fordert eine Impfpflicht für Masern, Diphtherie, Mumps, Röteln, Windpocken und Keuchhusten.

Tödliche Willenserklärung

Österreich beschließt Patientenverfügungs-Gesetz

Ein vorab verlangter Behandlungsverzicht gilt in Österreich als rechtlich bindend, falls die Erklärung bestimmte Kriterien erfüllt. So will es das Patientenverfügungs-Gesetz (PatVG), das Konservative, Freiheitliche und Grüne Ende März beschlossen haben.

Verbindlich ist eine Patientenverfügung laut PatVG, wenn der Betroffene sie schriftlich im Beisein eines Rechtsanwalts, Notars oder rechtskundigen Patientenvertreters errichtet hat. Außerdem muss ein Arzt dem Verfasser bescheinigen, dass er ihn vorher »umfassend« aufgeklärt hat. Dabei ist der Mediziner verpflichtet, schriftlich »darzulegen, dass und aus welchen Gründen der Patient die Folgen der Patientenverfügung zutreffend einschätzt«. Die Dienstleistungen von Arzt und Anwalt sind nicht gratis; Schätzungen gehen von 300 Euro Gebühren pro Patientenverfügung aus.

Abgelehnt werden kann jede medizinische Behandlung, auch die Ernährung via Sonde. Wirksam wird die Verfügung, sobald ihr Urheber nicht mehr einsichts-, urteils- oder äußerungsfähig ist. Ob er im Sterben liegt oder nicht, welche Heilungschancen der Patient hat, all dies ist

laut PatVG unerheblich: Der zum Tod führende Behandlungsstopp ist stets geboten, wenn die formalen Kriterien erfüllt sind. Dazu zählt auch die regelmäßige »Erneuerung«, denn nach fünf Jahren verliert eine Patientenverfügung laut Gesetz ihre Verbindlichkeit. Will der Verfasser an ihr festhalten, muss er sich erneut ärztlich beraten lassen und wieder einen Juristen zwecks Beglaubigung einschalten. Ein Register ist bislang nicht vorgesehen. PolitikerInnen liebäugeln aber damit, den vorab erklärten Therapieverzicht speichern zu lassen (*Siehe Randbemerkung*).

Ein kleiner Lichtblick im düsteren Gesetz ist § 15: Er untersagt (bei Geldstrafe bis zu 25.000 Euro) Kliniken und Pflegeheimen, die Aufnahme eines Kranken davon abhängig zu machen, dass er eine Vorabverfügung vorlegt. Begründung: »Vor allem sollen nicht wirtschaftliche oder gesellschaftliche Zwänge den Patienten veranlassen, eine bestimmte Behandlung abzulehnen.« Allerdings gilt § 15 auch in die andere, die tödliche Richtung: Institutionen, die Patientenverfügungen grundsätzlich ablehnen, dürfen Verfasser solcher Papiere nicht abweisen. Und sie müssen ihrem Inhalt Folge leisten.

Von Christian Winter (Heidelberg), Jurastudent und BioSkopler

Registrierungsoptionen
Wenige Tage vor Verabschiedung des österreichischen Patientenverfügungs-Gesetzes fand in Wien ein öffentliches ExpertInnen-Hearing statt. Anschließend äußerten sich Justizministerin Karin Gastingner und Gesundheitsministerin Maria Rauch-Kallat. Ihre Ausführungen fasste die österreichische Parlamentskorrespondenz vom 23. März 2006 so zusammen:

»Zur Frage der Registrierung merkte Gastingner an, man müsse sich noch genauer überlegen, welche Form der Registrierung Sinn mache. Ministerin Rauch-Kallat hält in diesem Zusammenhang etwa ein parallel zum Testamentsregister eingerichtetes Patientenverfügungsregister für eine gangbare Lösung und wies auf ein entsprechendes Angebot der Notare hin. Zudem brachte sie die geplante elektronische lebensbegleitende Gesundheitsakte zur Sprache, deren Entwicklung sich Rauch-Kallat zufolge jedoch noch im Anfangsstadium befindet und daher frühestens 2010/11 zur Verfügung stehen wird. Einen Vermerk auf der E-Card kann sie sich lediglich als Zusatzangebot vorstellen.«

www.keine-gentechnik.de

Für eine gentechnikfreie Landwirtschaft und Ernährung engagieren sich viele Menschen in Deutschland. Um sie zu unterstützen, haben Umwelt-, Wirtschafts-, Verbraucher- und Bauernverbände einen Informationsdienst ins Leben gerufen. Auf der Internetseite www.keine-gentechnik.de gibt es aktuelle Nachrichten rund um die Agro-Gentechnik. Zu finden sind dort auch zahlreiche Argumente und Aktionsmöglichkeiten, die anschaulich machen, wie Landwirtschaft und Ernährung ohne Gentechnik realisierbar sind. Außerdem veröffentlicht das Internetportal wissenschaftliche Studien sowie fundierte Beiträge, die sich kritisch mit Pro-Gentechnik-Argumenten auseinandersetzen. Wer noch mehr Infos will, kann als Zugabe einen Newsletter abonnieren.

Kontakt: Saskia Dellwing, Janna Völker,
Telefon (030) 28482304,
E-Mail: info@keine-gentechnik.de

SESAM schließen!

Der Pappkarton war gewichtig: Am 14. März erhielt die Basler Ethikkommission 12.006 Unterschriften gegen das von der Universität Basel angestrebte Forschungsprojekt SESAM. Die Petition, initiiert vom Basler Appell gegen Gentechnologie, lehnt ab, was die SESAM-Macher planen: fremdnützige Forschung und Gentests an 3.000 Kindern (*BioSkop* Nr. 32). Nach Übergabe der Unterschriften erläuterte die Initiative auf einer Pressekonferenz, warum das auf 20 Jahre angelegte SESAM-Projekt »rechtlich, ethisch und auch fachlich auf wackligen Beinen steht«. Der Präsident der Basler Ethikkommission sagte, sie nehme die Proteste zur Kenntnis. Wann die Kommission SESAM beurteilen wird, stand Ende Mai noch nicht fest. Infos zu SESAM gibt es fortlaufend im Internet: <http://sesam.twoday.net>

Kontakt: Basler Appell gegen Gentechnologie,
c/o Pascale Steck, Telefon (0041)
616920101, Internet: www.baslerappell.ch

Alternativen zum Pflegeheim

Menschen mit Demenz können auch in Wohnprojekten, WGs und Hausgemeinschaften leben und versorgt werden

**Von Bettina Rudhof
für die Studiengruppe
Demenz des
interdisziplinären
Masterstudiengangs
Barrierefreie Systeme
der Fachhochschule
Frankfurt am Main**

In Deutschland gibt es rund eine Million Menschen mit Demenz. Die meisten leben zu Hause und werden von Angehörigen, FreundInnen und Pflegediensten versorgt; etwa jede/r vierte Betroffene wohnt allein. Gleichzeitig ist Demenz die häufigste Ursache für den Umzug in ein Pflegeheim. Dies werden sich aber immer weniger Menschen leisten können: Altersarmut schreitet voran. Auch deshalb sind alternative Wohnformen für das Leben im Alter notwendig.

Auf der Suche nach zukunftsorientierten Konzepten für demenziell Erkrankte rücken Wohnformen in den Blick, bei denen Hilfe- und Pflegebedürftige in Gruppen von bis zu acht Personen in einer »vollstationären Hausgemeinschaft« leben. Solche Hausgemeinschaften stellen, juristisch

gesehen, ein »Heim« dar. Sie werden mit den stationären Vergütungssätzen der Pflegeversicherung finanziert und

unterliegen den Regeln der Heimaufsichtsbehörden. PflegerInnen und TherapeutInnen richten ihre Arbeit darauf aus, gewohnte Lebensweisen der PatientInnen so lange und gut wie möglich fortzusetzen. Als Alternative zu den anstaltsähnlichen Altenpflegeheimen stehen sie für eine Abkehr vom institutionalisierten, vordergründig auf Pflegequalität ausgerichteten Modell und für einen Umgang mit Dementen, der sich an ihrem alltäglichen Wohlbefinden orientiert.

Was wird darunter in Fachkreisen verstanden? Am bekanntesten ist das um 1990 vom englischen Gerontopsychiater Thomas Kitwood entwickelte »Dementia Care Mapping«. Es geht davon aus, dass die – als physisch bedingt gehene – Krankheit durch eine negative, bösartige Umgebung, eine »maligne Sozialpsychologie«, in ihrem Verlauf stark beschleunigt wird. Umgekehrt erkennt Kitwood, dass persönliche Zuwendung und Geduld kompetenter Betreuer den Krankheitsverlauf nicht nur aufhalten, sondern sogar umkehren können. Ähnlich argumentieren die Entwickler des »Heidelberger Instruments zur Erfassung der Lebensqualität Demenzkranker – H.I.L.D.E.«. Es erweitert Kitwoods »perso-

nenzentrierten Ansatz« um die »Dimensionen der Umwelt in ihrer potenziellen Bedeutung für die Lebensqualität«. Neben den unmittelbar Pflegenden kann auch die erweiterte städtische und räumliche Umgebung den Verlauf der Demenz nachweislich beeinflussen.

Praktisch kann das so aussehen: In einer vollstationären Hausgemeinschaftswohnung gibt es einen Bereich für alle, möglichst mit angrenzendem Garten. Die Wohnküche bildet das Zentrum, denn der Lebensrhythmus der BewohnerInnen ist von den gemeinsamen Mahlzeiten und alltäglichen Aktivitäten geprägt, die für die Organisation eines vielköpfigen Haushalts notwendig sind. Die alten Menschen können daran teilnehmen, auch um ihre Alltagsfähigkeiten aufrecht zu erhalten, ohne dass die Tätigkeiten zielgerichtet sein müssen. So werden Kartoffel-

Neben den Pflegenden kann auch die Umgebung den Verlauf der Demenz beeinflussen.

schälen und Wäsche waschen als therapeutisches Mittel eingesetzt, ohne dass unbedingt angestrebt wird, dass

die Kartoffeln gegessen und die Kleidungsstücke tatsächlich sauber werden. Vielmehr sind die BewohnerInnen aktiv, sie erfahren die Nähe der MitbewohnerInnen und die Zuwendung der MitarbeiterInnen in der Wohnküche. Zwei Personen sind hier 24 Stunden anwesend, ihr beruflicher Hintergrund ist unterschiedlich: Einige sind Kranken- und AltenpflegerInnen, andere BeschäftigungstherapeutInnen. Sie tragen keine traditionelle Berufskleidung und folgen vor allem zwei Grundprinzipien: Alltagsvertrautheit und individuelle Lebensführung sollen so weit wie möglich und so lang wie möglich erhalten werden, Versorgungssicherheit und Wohlbefinden sind zu gewährleisten. Ähnliche Konzepte sind seit den 1990-er Jahren vor allem in den Niederlanden (Anton-Pieck-Hofje), in Frankreich (Cantou-Bewegung) und in Schweden gemacht worden.

Die Vorgaben der Heimaufsichtsbehörden sind vielfältig, zum Beispiel: Rufanlagen in Einzelzimmern, Lautsprecher und Handläufe in den Fluren, die mit wischfesten Bodenbelägen ausgestattet sind, obligatorische Nachtbeleuchtung, Fäkalienspüle in den Wohnungen. Derartige →

Infos im Internet
Als Dachorganisation für Wohngemeinschaftsinitiativen versteht sich die Bundesarbeitsgemeinschaft »Demenz-WGs«, deren Mitglieder in Berlin, Freiburg und Hamburg aktiv sind. Ansprechpartner ist Klaus Pawletko (Telefon 030-691-1883), Geschäftsführer des Berliner Vereins »Freunde alter Menschen«. Angehörigen von Menschen mit Demenz, die eine WG initiieren wollen, bietet Pawletko kostenlose Beratung an. Interessante Informationen gibt es auch im Internet: www.demenz-wohngemeinschaften.de

→ Regularien normieren und schränken auch Handlungsspielräume ein. Es gibt aber Schlupflöcher: Ausnahmegenehmigungen von der Heimpersonal- und der Heimmindestbauverordnung, die sich auf die so genannte »Experimentierklausel« berufen, können neue Möglichkeiten eröffnen.

Neben den Hausgemeinschaften etablieren sich zunehmend »ambulant betreute Wohngemeinschaften (WGs) für demenziell erkrankte Menschen«. Die Kosten für Miete und Einrichtung der Räume müssen individuell aufgebracht werden, ansonsten ist von gemeinschaftlicher Haushaltsführung auszugehen. Vom Bedarf des jeweiligen WG-Mitglieds hängt ab, was Pflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Hilfen kosten dürfen. Sie werden als Sachleistungen im Sinne des SGB XI bezuschusst – und zwar in Höhe des Pflege-

Ob die neuen Wohnformen auf lange Sicht die traditionellen Verwahranstalten ablösen können, werden wir, die Alten von morgen, entscheiden.

satzes der per Begutachtung festgestellten Pflegestufe; sie sind also deutlich niedriger als die Pflegesätze bei vollstationärer Heimunterbringung. Darüber hinaus ergibt sich ein Mehrbedarf an therapeutischer Betreuung, um die Alltagsorientierung der verwirrten Alten zu fördern.

In diesen WGs, die oft auf Initiative von befreundeten Angehörigen entstehen, bestimmen die BewohnerInnen, wie ihre Umgebung ausgestattet ist, was gegessen und getrunken wird. Orientiert am therapeutischen Ansatz der »basalen Stimulation« empfiehlt der Gerontologe Jan Wojnar, der in Hamburg eine experimentelle Einrichtung betreut, Speisen auch in Form von Fingerfood (Essenshäppchen) anzubieten. Beim Einkaufen können die PatientInnen mithelfen, dem Kochen und Tischdecken wird große Aufmerksamkeit gewidmet. Wenn in Wojnars Hamburger »Oase« die Lieblingsspeise zubereitet wird und deren Düfte die BewohnerInnen stimulieren, dann trägt das Essen zum Wohlbefinden bei. Die Hygienerichtlinien stehen dabei sicherlich nicht im Vordergrund. Das gilt auch für die bewusste Entscheidung der BetreiberInnen, sämtliche Räume mit Teppichboden auszustatten, um eine »typische Heim-Atmosphäre« zu vermeiden. Ist der Bodenbelag abgenutzt, wird er großflächig erneuert. Auch der gemeinschaftliche Schlafraum, der Möglichkeiten zum Kussheln gibt, wirkt stimulierend und ist trotzdem unvereinbar mit den Richtlinien des Heimgesetzes. Die offene Feuerstelle, deren warmes Licht nachweislich als besonders anziehend erfahren wird, kann aus brandschutztechnischen Gründen

nicht öffentlich empfohlen werden. Aber sie wird doch zunehmend und sehr erfolgreich in den 143 verzeichneten betreuten Wohngruppen für Demente eingesetzt: in Form eines elektrisch betriebenen Kamins mit künstlichem Feuer.

In den WGs für Demente, betreut von ambulanten Pflegediensten, ist Hilfe von geschulten Angehörigen und engagierten Nachbarn ausdrücklich erwünscht. Tatkräftige HelferInnen sind auch deshalb wichtig, weil sie die Arbeit der Pflegedienste überprüfen. Erste Studien über das Leben mit Demenz in kleinen Wohngruppen belegen nicht nur den erstaunlich niedrigen Krankenstand der dort tätigen Pflegekräfte. Auffällig ist auch die deutlich reduzierte Vergabe von Psychopharmaka und die geringe Zahl an Klinikaufenthalten bei betreuten Demenzkranken.

Beispielhaft für diese Wohnform ist das 2002 gegründete Projekt einer Selbsthilfeorganisation in der nordhessischen Gemeinde Wetter. Engagierte Laien wollten die Lebensbedingungen für demenziell Erkrankte und ihre Angehörigen im Landkreis Marburg-Biedenkopf nachhaltig verbessern. So bezogen acht Demenzkranke in einem Einfamilienhaus ihre neue, gemeinsame Wohnung. Alltagsbegleitung und Unterstützung werden durch Kooperation von professionellen HelferInnen, geschulten Laien und Angehörigen sicher gestellt. Dabei verringert die ehrenamtliche Hilfe nicht nur die Betreuungskosten, sie bindet die PatientInnen auch in das dörfliche Leben ein. Neben Initiativen zur Gründung von Wohngruppen fördern immer mehr Kommunen stadtteilorientierte Umbauprojekte, die darauf abzielen, verwirrte alte Menschen so lange wie möglich in ihrer vertrauten Umgebung wohnen zu lassen.

Hausgemeinschaften, Wohngruppen und quartiersbezogene Wohnprojekte bieten eine gute Alternative zu den leidvoll bekannten Pflegeheimen. Ob die neuen Wohnformen auf lange Sicht die traditionellen Verwahranstalten mit den »drei s« (sauber, satt, still) ablösen können, werden wir, die Alten von morgen, entscheiden. Hilfreich dafür kann sein, sich schon heute zu überlegen, wie das eigene Alter gelebt werden kann. Unterstützung aus Stadtverwaltungen und Politik, die sich nicht allein am Faktor Geld orientiert, sondern am Wohlbefinden und Teilhabe von alten und hochbetagten Menschen, ist dabei unabdingbar.

Zum Lesen und Nachdenken

200.000 Frauen und 50.000 Männer, die demenziell verändert sind, wohnen allein zuhause. Deren Lebenssituation haben eine Reihe von Studien analysiert. Einen prägnanten Überblick über die entsprechende Literatur gibt das bereits 2002 publizierte, 59-seitige Buch »**Verwahrlosung allein stehender älterer Menschen unter pflegerischer Perspektive**«. Autor ist Heiko Fillibeck, Referent für Pflegepraxis beim Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) in Köln (Telefon: 0221-931847-0). Für »**Das Recht der Alten auf Eigensinn**« engagiert sich seit vielen Jahren der Neusser Diplompädagoge Erich Schützendorf. Sein gleichnamiges Buch, 2004 bereits in dritter Auflage (E.-Reinhardt-Verlag, 228 Seiten) erschienen, will Angehörige und Pflegende ermutigen, alten Menschen und ihren Bedürfnissen gerechter zu werden. Gleichzeitig beschreibt und kritisiert Schützendorf alltägliche Verhaltensweisen, durch die pflegebedürftige Ältere unnötig reglementiert und eingeschränkt werden.

Umstrittene Medikamente

ALzheimer-ETHik

»Wenn die gängige Medizin nicht hilft, liegt das vielleicht daran, dass sie nur am Körper und nicht am Menschen ansetzt.« Dies zu Bedenken gibt ALzheimer-ETHik e.V., der bewusst »kritische Distanz« zu Medikamenten gegen Demenz hält. In dem gemeinnützigen Verein engagieren sich Frauen und Männer, die Erfahrungen im alltäglichen Zusammenleben mit demenziell veränderten Menschen haben – vor allem Angehörige und Pflegekräfte. Was passieren kann, »wenn statt Zuwendung Medikamente gereicht werden«, erfährt man am Beispiel eines 64-jährigen mit Demenz. Seine »Odyssee« durch diverse Kliniken, Altenheime und eine Wohngruppe wird auf der Vereinshomepage (www.alz-eth.de) eindrucksvoll geschildert. Fremdnützige Forschung mit Demenzkranken lehnt ALzheimer-ETHik kategorisch ab. Der Verein möchte aber »Forschungsergebnisse und Beobachtungen, die einen psychosomatischen Ursachenzusammenhang bei der Alzheimerkrankheit nahe legen, stärker ins Blickfeld rücken« – und das gilt auch für »alternative therapeutisch-pflegerische Konzepte«. Wer Erfahrungen mit Methoden hat, die schulmedizinisch nicht üblich sind, aber Menschen mit Demenz offensichtlich helfen, wird gebeten, sich mit ALzheimer-ETHik in Verbindung zu setzen.

Kontakt: Renate Demski,
Telefon (02381) 9722884,
Lappenbredde 10, 59063 Hamm

Menschen mit Demenz sollen lebenslang mit Medikamenten behandelt werden – egal ob die Wirkung der Präparate im Einzelfall nachweisbar ist oder nicht. Dies propagieren diverse Professoren mit guten Kontakten zur Pharmaindustrie. Ihre Forderung, publiziert im Deutschen Ärzteblatt (DÄB), ist auf Widerspruch gestoßen.

Der Aufsatz, zu Weihnachten 2005 im DÄB erschienen, trägt den Titel: »Evidenzbasierte medikamentöse Therapie der Alzheimer-Erkrankung«. Verantwortlich zeichnet eine achtköpfige Autorenrunde um Matthias W. Riepe, Professor an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Berliner Universitätsklinikums Charité. Die Behandlung mit Acetylcholinesterase-Hemmstoffen (ACE-Hemmer) wie Donepezil, Galantamin und Rivastigmin entspreche »dem Stand des ärztlichen Wissens«, schreiben die Professoren.

Die Medikamente müssten allen »Patienten mit leichter bis mittelschwererer Alzheimerdemenz« gegeben werden. Bei mittelschwerer bis schwerer Ausprägung sei Memantin indiziert.

Dass die Präparate wirksam seien, etwa kognitive Leistungsfähigkeit und Alltagskompetenz von Menschen mit Alzheimer verbesserten, hätten klinische Prüfungen belegt. Jeder diagnostizierte Betroffene, der die Rahmenbedingungen der Zulassungsstudien erfülle, müsse mit den angebotenen Wirkstoffen behandelt werden – »unabhängig vom Therapieerfolg, der vom Arzt beim einzelnen Patienten beobachtet wird«. Eine Pflicht, die Wirksamkeit der Medikation beim Kranken zu kontrollieren, sei standesrechtlich nicht gefordert; dokumentiert werden müsse lediglich der Verlauf von Krankheit und Behandlung. Und: »Aus der Einzelfallbeobachtung einer Verschlechterung kann nicht abgeleitet werden, dass die Verschlechterung bei diesem Patienten ohne Medikation nicht noch größer gewesen wäre«.

Auf die Publikation von Riepe & Co., die vom »Kompetenznetz Demenzen« (Siehe Seite 11) finanziell unterstützt wurde, haben mehrere

»Ein unkontrolliertes Fortführen einer Pharmakotherapie nützt keinesfalls dem wohlverstandenen Interesse von Arzt oder Patient, allenfalls dem Hersteller.«

LeserInnen des DÄB mit Briefen reagiert – durchgängige Tendenz: heftiges Kopfschütteln. Zum Beispiel Gabriele Meyer (Uni Hamburg) und der Bremer Hausarzt Günther Egidi: Beide erinnerten an eine 2005 im *British Medical Journal* veröffentlichte, vergleichende Untersuchung, welche den Studien zu ACE-Hemmern durchweg mangelhafte Qualität bescheinigt hatte (Siehe *BioSKOP* Nr. 27). Auf bekannte Nebenwirkungen der Präparate, beispielsweise Übelkeit, Kopfschmerzen, Müdigkeit, wiesen DÄB-LeserInnen ebenfalls hin.

Auch der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft meldete sich beim DÄB: »Wissenschaftlich belegt«, so Professor Bruno Müller-Oerlinghausen, sei die Wirksamkeit von ACE-Hemmern nur für 12 bis 24 Wochen. Eine nachfolgende Therapiephase sei »experimentell« und erfordere Kontrolle, da »ein erheblicher Teil« der PatientInnen nicht von der Behandlung profitiere. »Ein unkontrolliertes Fortführen einer Pharmakotherapie«, so Müller-Oerlinghausen, »nützt keinesfalls dem wohlverstandenen Interesse von Arzt oder Patient, allenfalls dem Hersteller.«

Die Branche weiß die Gruppe um Professor Riepe durchaus zu schätzen. Fünf der Autoren haben, laut eigenen Angaben, finanzielle Zuwendungen mehrerer Pharmaunternehmen erhalten – deklariert als Vortragshonorar, Reisekostenerstattung oder Unterstützung von Medikamentenstudien.

Ein wichtiger Anlass für den streitbaren Aufsatz, der sich auf das Prinzip der »evidenzbasierten Medizin« (EbM) beruft, dürfte in aktuellen Aktivitäten des Kölner Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zu suchen sein. Die von Rot-Grün installierte Einrichtung, die sich erklärtermaßen ebenfalls strikt an EbM orientiert, ist derzeit dabei zu bewerten, welchen Nutzen Pharmapräparate und nichtmedikamentöse Behandlungen bei Demenz haben. Die laufende IQWiG-Studie war Anfang 2005 vom »Gemeinsamen Bundesausschuss« (G-BA) in Auftrag gegeben worden. Der G-BA hat die Macht zu bestimmen, welche Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden und welche nicht (Siehe *BioSKOP* Nr. 31). Erste Ergebnisse soll das IQWiG noch in diesem Jahr veröffentlichen.


Klaus-Peter Görlitzer

»Kompetenznetz Demenzen«

Mit Hilfe von Biobank und Arzneimittelstudien hoffen ForscherInnen, Diagnostik und Therapien zu verbessern

Das »Kompetenznetz Demenzen« nimmt für sich in Anspruch, »federführend in der deutschen Demenz-Forschung« zu sein. Die Projekte des Verbundes erfassen 4.800 PatientInnen. Forschungsschwerpunkte sind Standardisierung von Früherkennung und Diagnostik, Medikamentenstudien und die Suche nach »Dispositionsgenen«.

Den Slogan des Kompetenznetzes Demenzen kann man sich leicht merken: »Gemeinsam gegen das Vergessen«. Den Kern des 2002 initiierten Forschungsverbundes bilden 14 universitäre, vornehmlich psychiatrische Zentren; Koordinator ist das »Zentralinstitut für Seelische Gesundheit« in Mannheim. Beteiligt an der konzertierten Aktion sind außerdem niedergelassene ÄrztInnen, Pharmaunternehmen und auch die Selbsthilfeorganisation »Deutsche Alzheimer Gesellschaft«. Als Hauptgeldgeber firmiert das Bundesforschungsministerium, bis Mitte 2007 wird es rund 12,5 Millionen Euro in das Netz gesteckt haben; die Präparate für Medikamentenstudien steuern die Hersteller Janssen-Cilag und Merz Pharmaceuticals gratis bei.

Pressemitteilungen des Kompetenznetzes sind eher selten. Im September 2005 wurde aber eine Neuigkeit gemeldet: Man habe es geschafft, »eine der weltweit größten Demenzdatenbanken« aufzubauen. Darin erfasst seien Proben mit Blut und Liquor (Rückenmarksflüssigkeit) von über 1.000 PatientInnen sowie Daten und DNA-Proben von rund 4.800 Menschen. Die konservierten Körpersubstanzen stammen von PatientInnen »mit leichter Demenz« unterschiedlicher Ursache sowie von Menschen mit »leichten kognitiven Störungen« (LKS). Damit bezeichnen die ExpertInnen Beeinträchtigungen, »die über normale Alterungsvorgänge hinausgehen«, aber noch nicht als »krankhaft« einzustufen sind.

Mit Hilfe der gesammelten Blut- und Liquorproben sei es den vernetzten ForscherInnen im Bereich der neurochemischen Diagnostik gelungen, »Demenzmarker« zu entwickeln, die »das Vorhandensein einer Demenzerkrankung nachweisen«. Die standardisierte Frühdiagnostik könne selbst dann aussagekräftig sein, wenn der Untersuchte noch gar nicht erkrankt ist: »Erste

Ergebnisse zu Veränderungen bei Patienten mit LKS«, bilanzieren die Kompetenznetz-MacherInnen, »bestätigen die Annahme, dass die neurochemische Demenz-Diagnostik bereits vor Ausbruch der Alzheimer-Demenz eingesetzt werden kann.«

Zur Identifizierung von Menschen mit Demenz oder einer Veranlagung dafür soll auch das netzinterne »Genetikprojekt« beitragen. Mit Hilfe der 4.800 gewonnenen DNA-Proben werde nach »Dispositionsgenen« für verschiedene Demenzformen gesucht; »sicher bekannt« sei bereits eine Gen-Variante namens ApoE4, die angeblich das Erkrankungsrisiko beeinflusse. »Die Kenntnis von Dispositionsgenen« solle – ebenso wie standardisierte Diagnosemethoden – perspektivisch helfen, »gezielte Therapien« entwickeln und frühzeitig beginnen zu können.

Dabei setzt der Demenz-Verbund vor allem auf medikamentöse Therapieformen. »Besonders viel versprechend« erscheint den NetzwerkerInnen »die Behandlung mit einer Kombination zweier Substanzen«: das gleichzeitige Verabreichen des ACE-Hemmers Galantamin sowie des Wirkstoffes Memantin. Die Effekte beider Präparate sind durchaus umstritten (Siehe Seite 10). Dennoch hat das Kompetenznetz zwei Studien gestartet, in denen ein Teil der ProbandInnen sowohl Galantamin als auch Memantin erhielten. Für die erste Versuchsreihe wurde 264 Menschen mit der Diagnose »LKS« rekrutiert. Die Ausgabe der Prüfmedikamente wurde allerdings »vorzeitig eingestellt«, berichtet das Kompetenznetz. Grund für den abrupten Stopp seien Ergebnisse von zwei großen internationalen Studien mit Galantamin gewesen, die zwischenzeitlich bekannt wurden. Sie hätten keinen »Benefit« (Nutzen) für LKS-ProbandInnen ergeben, »aber eine Imbalance in den Todesfallraten zwischen den Behandlungsgruppen gezeigt«.

An der zweiten, laufenden Medikamentenstudie des deutschen Kompetenznetzes nehmen Versuchspersonen mit »einer leichten bis mittleren Alzheimer-Krankheit« teil. Die ForscherInnen wollen ermitteln, ob eine Kombinationstherapie mit Galantamin und Memantin besser gegen Alzheimer-Symptome wirken kann als der ausschließliche Konsum von Galantamin.

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

»Das gesamte Gesundheitsbudget nötig«

»Prognosen zufolge wird im Jahr 2040 das gesamte Gesundheitsbudget des Jahres 2002 nötig sein, um die demente Bevölkerung, von denen die meisten an Alzheimer erkranken werden, zu versorgen.«

Zahlen-Szenario, verbreitet auf der Homepage des Kompetenznetzes Demenzen. Auf welchen Quellen und Hypothesen sich diese beängstigende Prognose stützt, erläutert das Kompetenznetz allerdings nicht.

Anzeige gefällig?

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

Markt für menschliche Rohstoffe

Bundesregierung will Entnahme und Weiterverarbeitung von Zellen und Gewebe mit einem langen Gesetz regeln

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

»Humanbiologische Materialien«

»Das Gewebegesetz erfasst unterschiedliche humanbiologische Materialien, die gesetzlich unter dem Begriff ›Gewebe‹ zusammengefasst werden (Gewebe und Zellen).

Hierunter fallen sowohl solche Gewebe, die zur unmittelbaren Übertragung bei Menschen bestimmt sind, wie Haut, Hornhaut, ganze Knochen, Herzklappen, Faszien und Sehnen, als auch zur Weiterverarbeitung bestimmte Gewebe, die zunächst be- oder verarbeitet werden, bevor sie bei Menschen verwendet werden. Zu diesen Materialien zählen z.B. Plazenta, Knochenmaterialien und Knochenmark, Operations- und Sektionsreste, Krankheitsprodukte wie Tumorgewebe, Gewebefractionen, Stammzellen und Keimzellen sowie embryonale und fötale Gewebe.«

aus der Begründung des Referenten-Entwurfs für ein Gewebegesetz, Stand: 30. März 2006.

Der vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegte, (inklusive Begründung) 92 Seiten lange Gesetzentwurf steht auch auf der BMG-Homepage: www.bmg.bund.de

Das Bundesgesundheitsministerium hat ein Gewebegesetz entworfen. »Scharfe Kritik« übt die Bundesärztekammer – sie sieht einen »gewerblichen Markt für Gewebetransplantate« kommen. Die Frage, ob Körpersubstanzen überhaupt verwertet werden sollten, stellen die Lobbyisten nicht.

Es gibt Menschen, die menschliche Zellen und Gewebe täglich als Rohstoff nutzen: Chirurgen, die Augenhornhäute, Knochen oder Herzklappen transplantieren; Unternehmen, die Gewebe von Toten weiterverarbeiten, um daraus Arzneien, Medizinprodukte und Kosmetika zu produzieren; Forscher, die glauben, mit Hilfe embryonaler Zellen irgendwann Gewebe züchten zu können.

Mit diesen Dienstleistungen, in der Regel dargestellt als Dienst am Patienten, wird auch reichlich Geld verdient. Faktisch in Wert gesetzt wird dabei, was nach wohl noch herrschender Wertevorstellung nicht käuflich sein sollte: der menschliche Körper. 250.000 Euro sei er wert, wenn er in alle seine »nützlichen Teile zerlegt« ist, rechnete die *Süddeutsche Zeitung* einmal vor – erlöst durch Leistungen, die in Rechnung gestellt werden dürfen: etwa für das Sammeln, Versenden, Verarbeiten und Implantieren von Körperstücken.

Wer sich in diesem Wirtschaftszweig wie betätigen darf, dies will das Bundesgesundheitsministerium (BMG) nun regeln. Sein Referentenentwurf zum Gewebegesetz verlangt: Jede Einrichtung, die menschliches Gewebe entnehmen, lagern und gegebenenfalls weiterverarbeiten will, unterliegt einer Zulassungspflicht und wird in einem zentralen, »öffentlich zugänglichen« Register aufgelistet. Die Herstellungserlaubnis erhält nur, wer eine Reihe kostspieliger Auflagen erfüllt, die offiziell dazu dienen sollen, »Qualität und Sicherheit« bei der Gewebenutzung zu gewährleisten. Zum Beispiel wird verlangt, dass Augenhornhäute unter »Reinraumbedingungen« gelagert werden müssen. Dies technisch zu realisieren, könnte pro Hautbank bis zu 400.000 Euro kosten, beklagt die Bundesärztekammer (BÄK).

Die geplanten Vorgaben würden für alle Gewebebanken gelten – egal ob sie von Pharmaunternehmen, Biotech-Firmen oder Kliniken betrieben werden. Letztere sind nach Darstel-

lung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) bisher »Hauptakteur bei der Gewinnung von Gewebe- und Zellspenden«. Diesen Status könnten sie nun verlieren, befürchtet die DKG; jedenfalls werde manches Krankenhaus finanziell nicht dazu in der Lage sein, die Investitionen für die angekündigten Vorschriften zu leisten. Viele seit Jahren in Klinik-Regie betriebene Gewebebanken, von deren Vorhandensein manch Gewebespender sicherlich nichts ahnte, wären laut BÄK »in ihrer Existenz gefährdet«.

Mehr noch: »Wenn das Gewebegesetz in der jetzigen Form in Kraft tritt«, kritisiert BÄK-Präsident Jörg-Dietrich Hoppe, »dann ist dem gewerblichen Markt für Gewebetransplantate Tür und Tor geöffnet.« Tatsächlich will das BMG den Umgang mit menschlichen Zellen und Geweben dem Arzneimittelgesetz unterstellen, welches Handel grundsätzlich erlaubt. Die Kliniken werden da nicht mithalten können, ahnt die DKG: »Dieses Geschäftsfeld wird daher ausschließlich von pharmazeutischen Unternehmen übernommen werden.« Und sie fügt hinzu: »Die Krankenhäuser werden die weiter verarbeiteten Produkte zu entsprechend hohen Preisen zurück kaufen müssen.«

Und was bedeuten die BMG-Pläne für die BürgerInnen? Sie müssen einmal mehr Appellen an die Nächstenliebe rechnen. Wer das 16. Lebensjahr vollendet hat, soll von seiner Krankenkasse »in regelmäßigen Abständen« angesprochen werden – »mit der Bitte, eine Erklärung zur Organ- und Gewebespende abzugeben«, verlangt der BMG-Entwurf. Stirbt ein Versicherter, der sich zu Lebzeiten nicht dazu geäußert hat, ob und welche seiner Gewebe er im Todesfall für welche Zwecke zur Verfügung stellen wolle, müssen Angehörige stellvertretend entscheiden. Dabei könnte es am Totenbett zu Drängeleien von Explantierwilligen kommen. Die BÄK fordert vorsorglich eine Klärstellung: »Da in der Regel mehrere Organe von unterschiedlichen Teams entnommen werden, sollte geregelt werden, wer in welcher Reihenfolge oder in welcher Hierarchie oder gar gesamtverantwortlich ›Ablauf und Umfang der Organ- oder Gewebeentnahme aufzuzeichnen« hat.«

Der umfangreiche Gesetzentwurf wirft noch viel mehr Fragen auf. Zum Beispiel: Was versteht das BMG eigentlich unter einer »Aufwandsent-

Fragwürdige Ost-West-Kooperation

Die deutsche Biotech-Firma Tutogen und das forensisch-pathologische Zentrum in Riga sind Partner. Zwischen 1994 und 2003 wurden im Rahmen eines Forschungsabkommens 400 verstorbenen lettischen BürgerInnen Knochenteile, Rippenknorpel, Ohrknochen und diverse Gewebe entnommen. Seit drei Jahren ermittelt die Rigaer Staatsanwaltschaft gegen die Leitung der Pathologie. Der Verdacht: »illegale Gewebeentnahme«.

Die Tutogen Medical GmbH residiert im fränkischen Neunkirchen bei Nürnberg. Hier stellen 160 MitarbeiterInnen »humane Produkte« her: vor allem Knochenchips sowie Nägel, Stifte und Blöcke aus Knochenmaterial, die in der Chirurgie eingesetzt werden. Eine staatliche Lizenz und über 90 Patente kann das Unternehmen vorweisen, dessen Produkte über VertragshändlerInnen weltweit vermarktet werden.

Beschäftigte des lettischen Zentrums entnahmen den Toten Gewebe und Knochen, säuberten und analysierten das zukünftige Produktionsmaterial, registrierten Informationen über seine Herkunft, lagerten und verpackten es für den Versand nach Neunkirchen. Aus den importierten Menschenteilen fertigte Tutogen anschließend Bio-Implantate.

Nach Informationen des Obersten Polizeiinspektors von Riga soll Tutogen für die »Dienstleistungen« in der lettischen Haupt-


stadt gezahlt haben – teils in Form von Bio-Implantaten, teils mit Geld. Die deutsche Firma übernahm Mietanteile des pathologischen Zentrums in Riga und unterstützte Forschungsarbeiten und Kongresse. Tutogen zahlte auch Lohnkosten für die Arbeit der Gewebeentnahme. Bis 1997 wurden diese Gelder über eine Transportfirma nach Riga transferiert. Danach richtete ein leitender Angestellter des Zentrums ein Privatkonto ein, um die Angestellten für ihre »zusätzliche Arbeit« zu entlohnen. Den »Wert« des Gewebes taxierte Tutogen nach geschätztem Zeit- und Arbeitsumfang je nach Gewebeart und pro Verpackungseinheit. Laut Polizei sollen rund 32.000 Euro für die Angestellten bis zum Ende der Kooperation gezahlt worden sein, im Jahr 2004 kamen noch 17.000 Euro als Lohnsteueranteile an das Finanzamt in Riga hinzu.

PolitikerInnen und MedizinerInnen interpretieren das lettische Gesetz zum »Schutze des Körpers Verstorbener« zu ihren Gunsten:

Staatsanwälte ermitteln: »illegale Gewebeentnahme«?

Wo kein Widerspruch in den Ausweisen zu finden ist, sei die Entnahme auch ohne ausdrückliche

Zustimmung erlaubt. Die Angehörigen wurden nicht informiert. Wo die Arbeit am Gewebe bezahlt, nicht aber das Gewebe selbst zur Quelle des Profits wird, könne von verbotener Kommerzialisierung keine Rede sein.

Auf Anfrage lettischer Medien erklärte Tutogen, korrekt gehandelt zu haben. Ganz anders sieht das Solvita Olsena. MandantInnen der engagierten Anwältin aus Riga haben vor Monaten auch die Staatsanwaltschaft Nürnberg-Fürth informiert. Eine Antwort haben sie noch nicht bekommen. **Erika Feyerabend** 

»Naturprodukte« aus Leichen im Kiefer

»Plastik und Metall haben im menschlichen Körper nichts zu suchen« sagt Manfred Krüger, Geschäftsführer von Tutogen Medical. Deshalb versucht Tutogen nicht nachzuahmen, was die Natur zum Vorbild gibt, sondern nutzt die Perfektion der Natur selbst: Tutogen stellt biologische Implantate her, die auf der Basis von menschlichem und tierischem Spendermaterial (Knochen und Membranen) gewonnen werden.

Diese Naturprodukte werden zum Beispiel dann benötigt, wenn es im Kiefer zu einem Verlust an Knochensubstanz gekommen ist. Wenn Zähne fehlen, beginnt der Kieferknochen im Laufe der Jahre zu schrumpfen. Dann lassen sich Knochenchips von Tutogen einsetzen und eine Membrane darüber legen. Sie dient als Schutzbarriere gegen das Einwachsen von Zahnfleisch und ermöglicht so eine ungehinderte Regeneration des Knochens. Nach ein paar Monaten hat sich alles in körpereigenes, vitales Gewebe umgebaut (natürliches Remodelling) und ein Dentalimplantat kann implantiert werden.


Mit einem Knochenaufbaumaterial von Tutogen bleibt dem Patienten ein zusätzlicher und oft schmerzhafter Eingriff zur Entnahme von körpereigenem Gewebe erspart.«

aus einer Produktbeschreibung der Tutogen Medical GmbH, veröffentlicht auf der Homepage des Unternehmens: www.tutogen.de

→ schädigung für Gewebespende«, deren Höhe das Ministerium selbst per Rechtsverordnung festlegen will? Wie vielfältig dieser geldwerte Passus ausgelegt werden kann, zeigt die Interpretation der BÄK. Der Gesetzentwurf definiert eine Mutter als »Spenderin«, wenn sie Gewebe oder Organe ihres Embryos oder Fötus zur Nutzung freigibt. Für jede Gewebespende winkt grundsätzlich eine Aufwandsentschädigung. »Dies könnte letztlich zu einer verdeckten Bezahlung von Schwangerschaftsabbrüchen führen«, unkt die BÄK.

Das BMG behauptet, es folge ja nur den Vorgaben, welche die seit über zwei Jahren geltende Gewebe-Richtlinie der Europäischen Union verlange. Richtig ist, dass nationales Recht bis

April 2006 an die EU-Direktive hätte angepasst werden müssen; richtig ist aber auch, dass viele Passagen des BMG-Entwurfs nicht deckungsgleich mit den EU-Vorgaben sind.

Die Frist der EU war sowohl der rot-grünen, als auch der schwarz-roten Bundesregierung zwei Jahre lang ziemlich egal. Nun hat es das BMG plötzlich sehr, sehr eilig und kündigt an, es wolle das Gesetzgebungsverfahren bis Juli 2006 durchziehen. Solcher Zeitdruck ist völlig inakzeptabel, schon wegen des Umfangs des Gesetzentwurfs. Allerdings wird es höchste Zeit, dass viele Menschen und Verbände sich dazu positionieren – und dass sie den organisierten Verbrauch von Körperteilen mal grundsätzlich hinterfragen. 

Das fehlende Gramm

Bestattung oder Entsorgung von Stillgeborenen

**Von Petra Rogge
(Konstanz), freie Autorin**

Kontakte für Betroffene

Initiative Regenbogen – »Glücklose Schwangerschaft« e.V. heißt ein überregional aktiver Verein, der sich vor allem als Kontaktkreis für Eltern versteht, die ein Kind vor der Geburt oder kurz danach verloren haben. Auf der Homepage www.initiative-regenbogen.de können viele wichtige Informationen eingeholt und Kontakte geknüpft werden; abrufbar ist auch eine Liste bereits bestehender Gräberfelder. Zudem ist es für Betroffene stets hilfreich, sich bei Krankenhäusern oder Klinikseelsorgern nach der Bestattungspraxis für Stillgeborene zu erkundigen. Ausschnitte aus den Bestattungsverordnungen der Bundesländer stehen im Internet: www.kindergrab.de/recht/grabland.php Online informiert auch die bayerische Staatsregierung über die neuen, seit 2006 geltenden Bestattungsregeln für Fehlgeburten sowie Feten und Embryonen aus Schwangerschaftsabbrüchen: www.stmugv.bayern.de/de/service/faq/anzeigex.php?id=201

Seit 2006 gilt in Bayern eine neue Bestattungsregelung. Sie soll dafür sorgen, dass fehlgeborene Kinder nicht mehr gemeinsam mit Blutkonserven und Körperteilen zum Klinikmüll kommen. Die meisten Bundesländer halten sich weiterhin an das Personenstandsgesetz, wonach nur Leichen beizusetzen sind. Fehlgeborene gelten dort nicht als Leichnam, sondern als »Abfall aus ärztlicher Versorgung«.

Verstorbene sind im bestattungsrechtlichen Sinne Leichen, und die Lebenden gehen ihnen gegenüber Verpflichtungen ein. So sollte den Toten immer mit Ehrfurcht begegnet werden. Eine Leichenschau ist anzuordnen. Die Überführung in Leichenhallen, also in Aufbewahrungsräume der Klinik, des Friedhofs oder des Krematoriums, der anatomischen Institute, der Bestattungsunternehmen oder der Polizeibehörde ist zu veranlassen. Es ist für die Einsargung und für den Transport in einem Leichenwagen zu sorgen. Und schließlich haben die Lebenden der Pflicht auf Erd- oder Feuerbestattung nachzukommen. Die hat für jeden Leichnam ihre Gültigkeit.

Aber nicht jeder Tote ist auch ein Leichnam. So wird der Leichenstatus einigen jener kleinsten menschlichen Wesen nicht zugestanden, die sterben, noch bevor sie geboren werden. Das bundesweit geltende Personenstandsgesetz (PersStdG), genauer, die Verordnung zu dessen Ausführung (PersStdGAV) sowie die sich daran anlehnenden Bestattungsgesetze der einzelnen Bundesländer legen eine genaue Bestimmung dessen vor, was unter einem beizusetzenden Leichnam zu verstehen ist. § 29 der Verordnung unterscheidet hier sehr genau zwischen einer Lebend- oder Totgeburt und einer Fehlgeburt.

Verstirbt ein Kind, nachdem bereits Lebensmerkmale jenseits des Mutterleibes wie das Schlagen des Herzens, das Pulsieren der Nabelschnur oder die natürliche Lungenatmung festzustellen waren, so ist es als »Lebendgeburt« in den Personenstandsbüchern zu beurkunden und unterliegt als Leichnam der Bestattungspflicht. Wird eine Leibesfrucht tot geboren oder verstirbt während der Geburt, ohne dass die genannten Merkmale des Lebens erkennbar waren, so ist sie als »Totgeburt« ein Leichnam wie jeder andere menschliche Körper, bei dem von siche-

ren Zeichen des Todes auszugehen ist. Dies allerdings nur unter der Voraussetzung, dass sie ein Gewicht von mindestens 500 Gramm aufweisen kann. Die Leibesfrucht dagegen, die es nicht geschafft hat, die Gewichtsgrenze von 500 Gramm zu übersteigen, ist eine »Fehlgeburt«. Sie ist nicht in den Personenstandsunterlagen festzuhalten, sie ist kein Leichnam und daher nicht bestattungspflichtig. Die Fehlgeburt wird nicht einmal jenen Leichenteilen gleichgesetzt, die beizusetzen sind, da ohne sie das »Individuum« zu überleben nicht fähig wäre.

Nun lässt sich bereits dort trefflich streiten, wo mit dem Kriterium der fehlenden Lebensmerkmale jongliert wird. Warum sollte man einem Herz, das pränatal aufhört zu schlagen, einen anderen Status einräumen als jenem, das es noch durch den Geburtskanal schafft und dann verstummt. Auch mutet es seltsam an, dass Gewichtsgrenzen dort fallen, wo mit Hilfe medizinischer Maßnahmen, Frühgeborene zum Überleben befähigt werden, Totgeborene ähnlichen Gewichts aber keine Leichname sein dürfen.

Notwendige Offenheiten

Die Folgen für den Umgang mit toten Körpern sind jedenfalls nicht ohne Brisanz. Die Personenstandsverordnung und die Bestattungsgesetze verlangen einerseits, dass dem Leichnam gegenüber die gebotene Ehrfurcht zu wahren ist, während sie andererseits ein Recht zugestehen, dem für zu leicht befundenen toten Körper gerade dies zu verweigern. So werden also die einen bestattet, während die anderen »hygienisch einwandfrei und dem sittlichen Empfinden entsprechend zu beseitigen« sind. Für die Leibesfrüchte unter 500 Gramm bedeutet dies, dass sie mit anderem Klinikmüll »entsorgt« werden.

Noch vor wenigen Jahren war aus den Reihen der Entscheidungsträger darüber nicht sonderlich viel zu hören. Vielfältige Initiativen haben das Bewusstsein für jene dilemmatische Situation, in der sich viele Frauen irgendwann wieder finden, zu schärfen vermocht. Das offensive Hineinragen in die Öffentlichkeit hat etwa dazu geführt, dass die in § 29 der PersStdGAV ehemals gültige Gewichtsgrenze von 1.000 Gramm halbiert wurde und einige Bundesländer ihre Bestattungsgesetze daraufhin überarbeitet →

→ haben. Weitaus größerer Einfluss auf das Bestattungsgeschehen geht allerdings von den weniger offiziellen Stellen aus. Ohne die Offenheiten des Klinikpersonals, der begleitenden Seelsorger und der Verantwortlichen für das Friedhofsgelände kann es für die Stillgeborenen, wie die Fehlgeburten auch genannt werden, keine problemlose Bestattung geben.

Jedes Engagement ist hilfreich

Dabei fehlt es oftmals einfach an Informationen über das, was möglich und notwendig scheint. Hier sind die überregional tätigen Initiativen wie Regenbogen e.V. (Siehe Randbemerkung auf Seite 14) besonders hilfreich. Manchmal ist die persönliche Begegnung, sind Gespräche mit Betroffenen Auslöser für eine veränderte Praxis und die Mediziner sehen davon ab, auf das Gramm genau zu schauen. Sehr häufig sind es die Klinikseelsorger, die sich dafür einsetzen, dass den Stillgeborenen Raum zugestanden wird, an dem von ihnen Abschied genommen werden kann.

Zuweilen finden Taufen statt, den Eltern wird ein Foto oder Fußabdruck gegeben, kleine Särge werden in Eigeninitiative hergestellt. Manchmal werden die kleinen Toten einzeln bestattet, in Begleitung der Angehörigen oder auch ohne sie. Vielerorts werden sie zunächst in den Kliniken aufbewahrt und dann gemeinsam mit anderen Tot- und Stillgeborenen beigesetzt. Die Trauerfeiern sind häufig ökumenisch und werden im Frühjahr und Herbst abgehalten. Die meisten der Trauergäste haben einen zeitnahen Verlust zu tragen, bei manchen liegt das Sterben schon länger zurück. Für sie alle wird auf den Friedhöfen ein Ort zum Trauern geschaffen: Studenten entwickeln Skulpturen für die Grabstellen und Steinmetzlehrlinge führen den Entwurf aus; es engagieren sich Bildhauer, Verantwortliche vom Grünflächenamt, Kirchenvorstände und Bestatter. Krankenhäuser erwerben Grabstätten auf Friedhöfen. Es entstehen Bündnisse zwischen Kliniken, Krematorien und Städten. Jedes einzelne Engagement ist hilfreich bei dem Versuch, eine kostengünstige und unbürokratische Beisetzung zu ermöglichen.

Mangel an Geläufigkeit

Von einer Geläufigkeit in der Bestattungspraxis für Stillgeborene kann allerdings keine Rede sein. Längst nicht alle Eltern wissen von der Möglichkeit zur Beisetzung. Wird sie den Angehörigen angeboten, so ist auch diese Entscheidung keine einfache, denn zu hadern mit

dem Das des Sterbens und zugleich ein Wie der Bestattung zu beschließen, verlangt den Eltern sehr viel ab. Hier mangelt es den Stellen häufig an Vertrautheit mit den Beisetzungsoptionen. Solange die in der Geburtshilfe Tätigen auf das Leben und nicht gleichermaßen auf das Sterben eingestellt sind, vermögen sie den Eltern zwar den Tod, aber wenig über die am Ort vorhandene Bestattungspraxis zu übermitteln. Unmittelbar mit dem Mangel an Geläufigkeit hängt die Haltung der beteiligten Personen zusammen, die eine Grammeinheit entscheiden lassen, wem als Leichnam Würde über den Tod hinaus zukommt und was fehl geboren und mit anderem Material dem Klinikmüll zu übergeben ist. Denn in der Regel wird jede verstorbene Leibesfrucht unter 500 Gramm zusammen mit Blutkonserven, Körperteilen und Organen wie Sonderabfall behandelt. Ob also ein verstorbener Körper beigesetzt oder als Sondermüll der »Abfallgruppe 18« thermisch entsorgt wird, ob er dem Bestattungsgesetz oder der Abfallverzeichnisordnung unterliegt, das ist noch immer »nur« eine Frage des richtigen Gewichts.

In keinem Fall als Abfall zu werten

So wenig sich aber Trauer nach Maß und Gewicht ausrichten lässt, so wenig kann Würde und Menschlichkeit bemessen werden. Da das Personenstandsrecht diese Bemessungsgrenze noch nicht aufgehoben hat, sind die Betroffenen auf die bestattungsrechtlichen Arbeiten der Länder angewiesen. In Bayern etwa gilt seit Januar 2006 eine neue Regelung, nach der es eine Verpflichtung der »Zur-Ruhe-Bettung« gibt. Sie soll dafür sorgen, dass auch jenen kleinsten Verstorbenen die Würde über den Tod hinaus zukommt, die nicht der Bestattungspflicht unterliegen und bei denen keine Einzelbestattung veranlasst wurde. In der Pflicht sind hiernach sowohl die Angehörigen als auch die behandelnden Ärzte. Wenn es den Eltern nicht zumutbar scheint, ihr Stillgeborenes auf einem Grabfeld zur Ruhe zu betten, dann ist die Beisetzung vom Klinikpersonal oder dem behandelnden Arzt zu veranlassen. So werden aus Tot- und Fehlgeborenen zwar noch immer keine bestattungspflichtigen Leichname. Aber wie etwa in Hamburg und Nordrhein-Westfalen, so ist auch in Bayern das irgendwann begonnene und vor aller Geburt verstorbene Leben immer unter würdigen Bedingungen zu bestatten. In keinem Falle ist es – ob über oder unter 500 Gramm, ob Totgeburt oder Stillgeburt – als »Abfall aus ärztlicher Versorgung« zu behandeln.

Tote Föten und Babys für die Forschung?

Das Pariser Krankenhaus Saint-Vincent-de-Paul machte im August 2005 Schlagzeilen: In der Leichenkammer der Klinik waren Säcke mit 450 konservierten toten Föten und tot geborenen Säuglingen entdeckt worden. Die Suche ausgelöst hatte eine Frau, die ihr Kind nach viereinhalb Monaten Schwangerschaft verloren und sich nach der Bestattung des Fötus erkundigt hatte. Nach dem Fund der Leichen schaltete sich die Staatsanwaltschaft ein. Im Mai 2006 stellte sie ihre Ermittlungen ein: Verstöße gegen das Strafrecht, etwa Organhandel, habe man nicht feststellen können. Die toten Föten und Babys waren für Forschungszwecke konserviert worden, zum Teil seit über zwanzig Jahren. Normal findet das der Chef des französischen Geburtsärzterverbandes. Guy-Marie Cousin sagte der Nachrichtenagentur AFP, Unikliniken dürften die Leichen so lange behalten, bis Eltern dem ausdrücklich widersprechen. Dagegen sind Allgemeinkrankenhäuser in Frankreich verpflichtet, Totgeborene einzuäschern, falls Angehörige sie nicht binnen zehn Tagen bestattet haben. In Deutschland hat zumindest Bayern für Klarheit gesorgt: Die seit Januar geltenden Bestattungsregelungen des Freistaats (Siehe Artikel) verbieten es, Fehlgeburten sowie Föten und Embryonen aus Schwangerschaftsabbrüchen automatisch für wissenschaftliche oder medizinische Zwecke zu nutzen. Forscher, die dies tun wollen, benötigen die Einwilligung der »Verfügungsberechtigten«, in der Regel also der Eltern.

Vorschau

Themen im September 2006

- ◆ *Schwerpunkt*
Evidenzbasierte Medizin
- ◆ *Gesundheitsmarkt*
Geschäftstüchtige Krankenhäuser
- ◆ *Euthanasie*
Hospize gegen Patientenverfügungen

Veranstaltungstipps

Do. 15.6., 16.15-18.30 Uhr
Hamburg (Universitätsklinikum Eppendorf, Seminarraum der Frauenklinik, Martinistr. 52)

◆ »Die Sozialisation des deutschen Arztes«

Vortrag mit Diskussion

Referent ist der emeritierte Psychiatrieprofessor Klaus Dörner aus Hamburg. Die Veranstaltung ist Teil der Reihe »Grundfragen der Ethik in der Medizin«, die am 29. Juni fortgesetzt wird. Dann spricht die Medizinethikerin Alena Buyx (Münster) über »Eigenverantwortung als Verteilungskriterium im Gesundheitswesen«.

Infos: Professor Winfried Kahlke, Telefon (040) 428033696

Mi. 21.6., 16-19 Uhr
Hamm/Westf. (Aula des Beisenkamp-Gymnasiums, Am Beisenkamp 1)

◆ »Medikamente gegen Alzheimer?«

Vortrag mit Diskussion

Der Allgemeinmediziner Thomas Zimmermann von der Universität Hamburg erläutert Sinn und Unsinn von Arzneien, die Menschen mit Demenz verabreicht werden. Als Gesprächspartner für die anschließende Diskussion hat sich auch ein leitender Vertreter des Hammer Gesundheitsamtes angesagt. Veranstalter ist die Alzheimer-Selbsthilfegruppe Hamm, InteressentInnen sind herzlich willkommen.

Di. 27.6., 16-19 Uhr
Berlin (Institut Mensch, Ethik, Wissenschaft-IMEW, Warschauer Str. 58a)

◆ »Geschaffenes Leben«

Vorträge mit Diskussion

»Von Designer-Babys und Wunschkindproduktion« heißt der Vortrag von Silke Domasch. Die Dresdner Sprachwissenschaftlerin beleuchtet am Beispiel der Präimplantationsdiagnostik die Sprache in der Bioethik-Debatte. Anschließend analysiert die Basler Wissenschaftsforscherin Beatrix Rubin die Mediendiskussion über die Stammzelltherapie. Infos und Anmeldung bei Frau Entezami, Telefon (030) 29381770

Di. 27.6., 18.15-20.15 Uhr
Münster (Hörsaal im Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Von-Esmarch-Str. 62),

◆ »Medizinethik aus Laienperspektive«

Vortrag

Juniorprofessorin Silke Schick Tanz (Göttingen) referiert »vorläufige Ergebnisse« einer europäischen Studie, die herauskriegen will, wie Laien medizinethische Fragen sehen. Bioethik-Profi Schick Tanz, die sich hauptberuflich bemüht, »interdisziplinäre Fragestellungen der Bioethik« in der Öffentlichkeit zu vermitteln, verweist auf ihre einschlägigen Erfahrungen: Von 2001 bis 2002 war sie Projektleiterin bei der Dresdner »Bürgerkonferenz Streitfall Gendiagnostik« (Siehe *BIO SKOP* Nr. 16).

Literaturtipps

◆ Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag: **Pharmakogenetik. Hintergrundpapier Nr. 13.** Berlin 2005, 45 Seiten, gratis beim TAB, Telefon (030) 28491-0

◆ Wolfgang Ehrentut: **Erfahrungen eines Gutachters über Impfschäden in der Bundesrepublik Deutschland von 1955-2004.** Nordstedt 2004 (Books on Demand), 251 S., 28 €

◆ Heidi Hofmann (Hrsg.): **Biopolitik grenzenlos. Stimmen aus Polen.** Herbolzheim 2005 (Centaurus). 326 S., 22,90 €

◆ Andrea Strachota: **Zwischen Hoffen und Bangen. Frauen und Männer berichten über Erfahrungen mit pränataler Diagnostik.** Frankfurt a.M. 2006 (Mabuse), 220 S., 19,80 €

◆ Oliver Tolmein: **Keiner stirbt für sich allein. Sterbehilfe, Pflegenotstand und das Recht auf Selbstbestimmung.** München 2006 (C. Bertelsmann), 256 S., 14,95 €

◆ Marita Vollborn/Vlad Georgescu: **Die Gesundheitsmafia. Wie wir als Patienten betrogen werden.** Frankfurt a.M. 2006 (Fischer), 383 S., 8,95 €

BIO SKOP

Ja,

- ich abonniere *BIO SKOP* für zwölf Monate. Den Abo-Betrag in Höhe von 25 € für Einzelpersonen/50 € für Institutionen habe ich heute auf das BioSkop e.V.-Konto 555 988-439 beim Postgiroamt Essen (BLZ 360 100 43) überwiesen. Dafür erhalte ich vier *BIO SKOP*-Ausgaben sowie die unregelmäßig erscheinenden *Denkzettel*. Rechtzeitig vor Ablauf des Bezugszeitraums werden Sie mich daran erinnern, dass ich erneut 25 bzw. 50 € im voraus überweisen muss, wenn ich *BIO SKOP* weiter beziehen will.
- ich möchte *BIO SKOP* abonnieren und per Bankeinzug bezahlen. Bitte schicken Sie mir das notwendige Formular mit den Bezugsbedingungen.
- ich möchte die **Hörversion** von *BIO SKOP* für zwölf Monate abonnieren und erhalte statt der Zeitschrift jeweils eine Cassette. Bitte schicken Sie mir das notwendige Formular mit den Bezugsbedingungen.
- ich unterstütze *BIO SKOP* mit einem zwölf Monate laufenden Förderabonnement. Deshalb habe ich heute einen höheren als den regulären Abo-Preis von 25 € bzw. 50 € auf das o.g. Konto von Bioskop e.V., überwiesen. Mein persönlicher Abo-Preis beträgt €. Dafür erhalte ich vier *BIO SKOP*-Ausgaben sowie die unregelmäßig erscheinenden *Denkzettel*. Rechtzeitig vor Ablauf des Bezugszeitraums werden Sie mich daran erinnern, dass ich erneut mindestens 25 bzw. 50 € im voraus überweisen muss, wenn ich *BIO SKOP* weiter beziehen will.
- ich bin daran interessiert, eine/n BioSkop-Referentin/en einzuladen zum Thema:
- Bitte rufen Sie mich mal an. Meine Telefonnummer:
- ich unterstütze BioSkop e.V. mit einer Spende von€ (Konto siehe oben). Weil BioSkop e.V. vom Finanzamt Essen als gemeinnützig anerkannt worden ist, bekomme ich eine abzugsfähige Spendenquittung.

Name _____

Telefon _____

Straße _____

E-Mail _____

PLZ + Wohnort _____

Datum Unterschrift _____

Nur für Abonentinnen und Abonnenten: Ich kann meine Abo-Bestellung innerhalb von zehn Tagen widerrufen. Dazu genügt eine schriftliche Mitteilung an BioSkop e.V., Bochumer Landstr. 144a, 45276 Essen. Mit meiner zweiten Unterschrift bestätige ich, dass ich mein Recht zum Widerruf zur Kenntnis genommen habe.

Datum Unterschrift _____

Bitte ausschneiden oder kopieren und einsenden an BioSkop e.V. – Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Technologien · Erika Feyerabend · Bochumer Landstr. 144a · 45276 Essen

