

BIO SKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

12. Jg. • Nr. 45 • März 2009

Spekulative Wirklichkeiten

Von Erika Feyerabend

Im Weltwirtschaftskrisenjahr 1929 begann Robert Musil, den ersten Band seines nie ganz vollendeten Romans *Mann ohne Eigenschaften* ins Reine zu schreiben. Die dort geschilderten Ereignisse spielen in »Kakanien«, der abstrebenden k.u.k.-Monarchie, der jegliche Gründe für ihre Existenz abhanden gekommen sind. Es ist eine Gesellschaft im Trance-Zustand. Am Ende steht der Erste Weltkrieg. Die Bewegungen dorthin sind aufgefüllt mit zufälligen Ereignissen; Begebenheiten, die nur unscharfe Gründe haben und allesamt als nicht notwendig erscheinen. Hätte es auch anders kommen können? Lassen sich die Ereignisse und Geschehnisse noch – verantwortlich – dem Einzelnen zurechnen? Der Horizont der kleinen Alltagsexistenzen reicht nicht aus, um die Entwicklungen moderner Wissenschaften und Technologien, die selbsterhaltenden Logiken des Wirtschafts- oder Verwaltungssystems in zielgerichtetes und moralisches Handeln zu übersetzen. Ulrich, der »Mann ohne Eigenschaften«, ist nur Beobachter dieser Logiken und Verwirrungen.

Auf den kleinen und großen Bühnen des individuellen und gesellschaftlichen Lebens finden wir bei Musil aber nicht nur Wirklichkeiten, sondern auch Möglichkeiten. »Wenn es Wirklichkeitssinn gibt, und niemand wird bezweifeln, daß er seine Daseinsberechtigung hat, dann muß es auch etwas geben, das man Möglichkeitssinn nennen kann.« In Kakanien wie in allen modernen Gesellschaften wird mit wahrscheinlichen und unverwirklichten Ereignissen kalkuliert. Versicherungen berechnen Krankheitsfälle für definierte Versichertenkollektive und Zeiträume. Sie kalkulieren mit Ereignissen, die zwar möglich sind, aber nicht zwangsläufig wirklich werden (Siehe Seite 8). Ist die Menge der Fälle oder Vorkommnisse groß, dann werden, wie bei der Kurve einer Gaußschen Normalverteilung, immer wieder die selben Möglichkeiten entstehen – zum Wohle der Versicherungsgesellschaften.

Für Musil gibt es nicht nur dieses mathematisch Erwartbare. Es gibt Menschen des Wirklichkeits- und des Möglichkeitssinns. Will man sie bequem voneinander unterscheiden, brauche man nur an einen Geldbetrag zu denken. »Alles was zum Beispiel tausend Mark an Möglichkeiten überhaupt enthalten, enthalten sie doch ohne Zweifel, ob man sie besitzt oder nicht. Aber ein Narr steckt sie in einen Strumpf, sagen die Wirklichkeitsmenschen, und ein Tüchtiger schafft etwas mit ihnen.«

Die tüchtigen Manager von heute machen mit Wahrscheinlichkeiten Geschäfte – nicht nur bei privaten Altersversicherungen. Zum Beispiel der Versicherungskonzern American International Group (AIG): Dessen Führungskräfte haben Anleihen und Kredite von Großbanken gegen Ausfälle versichert, ohne eigene Rückstellungen für Kreditausfälle und gegen hohe Gebühren. Diese Möglichkeiten wurden lukrativ und üblich. Das Marktvolumen dieses »Finanzproduktes« betrug im vergangenen Jahr 63 Milliarden Dollar. AIG und andere Konzerne waren auch zur Stelle, wenn Banken Zahlungen aus Schulden wie Kreditkartenforderungen oder Baudarlehen in Wertpapiere umwandelten, um sie an Ahnungslose weiter zu verkaufen.

mit newsletter
Behindertenpolitik

Bitte weiter lesen auf
der nächsten Seite

BIO SKOP Schwerpunkt Krankheit, Sterben, Ökonomie

Kranke Versicherte gesucht	8
Qualitätsmängel in Altenheimen	9
Ambulante Hospizdienste im Wettbewerb	10

Euthanasie

Den Tod im Voraus verfügen?	3
Merkwürdige Ärzteberater	3

Vorgeburtliche Diagnostik

Freie, informierte Wahl?	4
--------------------------------	---

Brustkrebsvorsorge

Untersuchungen ohne Ende	6
Umstrittene Zahlen	7

Ersatzteillager Mensch

Interview mit Rechtsmediziner Michael Tsokos über die Verwertung von Leichengewebe	12
Richtlinie für grenzenlosen Organtransfer	13

Medien und Pharmaindustrie

Guter Service, lukrative Preise	14
Richtig informiert?	15

Weitere Themen

Initiativen gegen genmanipulierten Mais	15
Jetzt BioSkop unterstützen!	15
Interessante Veranstaltungen	16
Wunschzettel	16
BIO SKOP im Juni 2009	16

Impressum BIO SKOP

Herausgeber:

BioSkop e. V. – Forum zur Beobachtung der
Biowissenschaften und ihrer Technologien
Bochumer Landstr. 144 a · 45276 Essen
Tel. (02 01) 53 66 706 · Fax (02 01) 53 66 705
BioSkop im Internet: www.bioskop-forum.de

Redaktion: Klaus-Peter Görlitzer (v.i.S.d.P.),
Erika Feyerabend.

Anschrift: Erika-Mann-Bogen 18 · 22081 Hamburg
Tel. (0 40) 43 18 83 96 · Fax (0 40) 43 18 83 97
E-Mail: redaktion@bioskop-forum.de

Beiträge in dieser Ausgabe: Martina Keller, Lene
Koch, Nete Schwennesen, Mette Nordahl Svendsen.
Sämtliche Artikel in BIO SKOP sind urheberrechtlich
geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit
schriftlicher Genehmigung der Redaktion.

Satz: www.reviera.de, 45139 Essen
Druck: zeitdruck Thäns, 45276 Essen
ISSN 1436-2368

Spekulative Wirklichkeiten

Fortsetzung von Seite 1 →

Auf den Kopf gestellt

»Zum Unwort des Jahres 2008 hat eine Jury aus Sprachwissenschaftlern und Journalisten die Formulierung »notleidende Banken« gewählt. »Sie stellt das Verhältnis von Ursachen und Folgen der Weltwirtschaftskrise rundweg auf den Kopf. Während die Volkswirtschaften in ärgste Bedrängnis geraten und die Steuerzahler Milliardenkredite mittragen müssen, werden die Banken mit ihrer Finanzpolitik, durch die die Krise verursacht wurde, zu Opfern stilisiert«, begründet der Sprecher der Jury »Sprachkritische Aktion Unwort des Jahres« und Frankfurter Sprachwissenschaftler, Prof. Horst Dieter Schlosser, die Entscheidung. Die Jury kritisiert außerdem die Formulierung »Rentnerdemokratie«. Dazu heißt es in der Begründung: »Als die Renten um ganze 1,1 Prozent erhöht werden sollten, malte der ehemalige Bundespräsident Roman Herzog, selbst Bezieher satter Altersbezüge, das Schreckbild eines Staates, einer »Rentnerdemokratie«, in der »die Alten die Jungen ausplündern.«

aus einer Pressemitteilung vom 20. Jan. 2009, verbreitet von der Goethe-Universität Frankfurt a.M., wo Jury-Sprecher Horst Dieter Schlosser lehrt. Der 5-köpfigen Jury lagen 1.129 verschiedene Unwörter-Vorschläge von 2.117 EinsenderInnen vor. Neue Fehlleistungen kann man ab sofort an die »Sprachkritische Aktion« (www.unwortdesjahres.org/) mit Hinweis auf die Quelle mailen: unwort@em.uni-frankfurt.de

Die AIG-Manager haben sich auf Computermodelle verlassen, die mit historischen Kreditdaten die Wahrscheinlichkeit von Ausfällen errechnen sollten. Dass die Immobilienblase platzen könnte, war dort nicht abgebildet. Nun fordern vor allem europäische Banken insgesamt 379 Milliarden Dollar bei AIG ein. Die tüchtigen Bankmanager haben auch spekuliert und viele Anleihen und Wertpapiere angehäuft, die heute nichts mehr wert sind. Wie der schöngestigte Industrielle Paul Arnheim in Musils *Mann ohne Eigenschaften* »beteten sie das Geld, die Ordnung, das Wissen, Rechnen, Messen und Wägen, alles in allem also den Geist des Geldes und seiner Verwandten an«. Nun sollen diese »guten« Banker eine »Bad Bank« bekommen, eine Art finanzielle Sondermülldeponie, in der ihre Spiele um Schulden zum Stillstand kommen.

Das wird uns teuer zu stehen kommen. Und es besteht die Gefahr, dass die Unsummen von Steuergeldern, die nun private Unternehmen retten sollen, später im sozialen Bereich eingespart werden. Das kann tief ins gesellschaftliche Leben hinein wirken und auch biopolitische Weichenstellungen befördern: Warum nicht als »wertlos« angesehene Menschen sich scheinbar »selbstbestimmt« entsorgen lassen (Siehe Seite 3) oder gleich vorgeburtlich verhindern (Seite 4) oder in »Bad Hospitals« behandeln oder in »Bad Areas« vergessen? Schon die Romanfigur Arnheim und seine Mitstreiter rechneten nicht nur besinnungslos, sie beklagten auch das »tief zerissene Zeitalter« und wurden »eine innere Mahnung zur Umkehr nicht los«. Am Bild der ehrenamtlichen HelferInnen in der Sterbebegleitung lässt sich eine geldlose Moral schärfen. Dass auch hier ökonomische Zwänge und Konkurrenzen herrschen, wird gerne übersehen (Seite 10).

Nachdem die Tüchtigen ihre Möglichkeiten an den Wirklichkeiten der Wirtschaftsordnungen erprobt haben, droht manchen Staaten der Bankrott. Zum Beispiel Island: Dort wurde nicht nur mit den Verwertungsrechten an noch gar nicht gefangenen Fischen spekuliert; auch das Erbgut der EinwohnerInnen sollte vermarktet werden. Das Versprechen, irgendwann einmal »genetische Informationen« über Herz- und Krebserkrankungen, Asthma, Übergewicht oder psychische Störungen plausibel machen zu können, ist ein Geschäft mit

vielen Konkurrenten auf dem Markt. Die Firma deCode Genetics hat für diese Verheißung von US-amerikanischen Risikokapitalisten Startkapital bekommen, von der isländischen Politik ein Gesetz über eine Gesundheitsdatenbank, von Hoffmann La Roche und anderen Pharmafirmen geldwerte Verträge und beim Börsengang weiteres Kapital. Profite sind hier üblicherweise privatisiert, doch ohne gesetzliche Rahmen und staatliche Förderung gäbe es gar keine Genomindustrie. Auch im Transplantationswesen wird Hoffnung gemacht, für günstige Rahmenbedingungen sollen einheitliche, europaweite Regeln sorgen (Seite 13).

Das Spiel ums Genom funktioniert nur mit »literarischen Technologien«: Erzählungen von Medienschaaffenden, die industrienah berichten (Seite 14); geschickt formulierte Publikationen für die Börsenaufsichtsbehörde, die mit vagen Begriffen wie »potentiell«, »Erwartung«, »Absicht«

Dass unübliche, überraschende Ereignisse möglich sind, verunsichert in aussichtsloser Lage. Es kann einen aber auch optimistisch stimmen.

einerseits Hoffnungen in Geld verwandeln und andererseits vor späteren Schadensersatzansprüchen von Investoren schützen sollen. Jenseits der schillernden Erzählungen verkaufte deCode Aktien an eine unbe-

kannte Luxemburger Firma. Die veräußerte sie an isländische Banken, die diese wiederum an 6.000 KleinanlegerInnen zu Höchstpreisen weiter reichte. Die Luxemburger Firma wurde bald aufgelöst, die gewonnenen Millionen an ein anonymes Unternehmen in Panama überwiesen. Am Ende der spekulativen Kette stehen heute isländische BürgerInnen – mit wertlosen Aktien, verspielter Altersversorgung, entwerteter isländischer Krone und ohne Erwerbsarbeit.

Auch ohne geplatze Spekulationsblase sieht der Alltag mit genetischen Vorhersagen, Reihenuntersuchungen und individuellen Präventionsangeboten gänzlich anders aus, als die vielen Versprechen auf eine sichere Zukunft erwarten lassen (Seite 6). Und die ökonomischen Kalküle, die im Gewebesektor wirken, können für hoffende Kranke gefährlicher sein, als üblicherweise gedacht (Seite 12).

Es könnten Menschen mit Möglichkeitssinn sein – die Narren mit dem Geld im Strumpf – die jenseits üblicher, erwartbarer, wahrscheinlicher Wirklichkeiten denken. Dass unübliche, überraschende Ereignisse möglich sind – ob im Alltag, im politischen Handeln oder Wirtschaften – verunsichert. In aussichtsloser Lage kann einen diese Erfahrung aber auch optimistisch stimmen.

Den Tod im Voraus verfügen?

Der Bundestag wird wahrscheinlich im Mai über drei Gesetzentwürfe zu Patientenverfügungen abstimmen

Voraussichtlich im Mai wird der Bundestag über drei Gesetzentwürfe abstimmen, die alle dasselbe wollen: Patientenverfügungen verbindlich machen. Ob das Vorhaben eine Mehrheit bekommt, ist derzeit ungewiss.

Die Gesetzentwürfe zielen auf Kranke, die juristisch als »einwilligungsunfähig« gelten, vor allem Menschen, die im Koma oder mit Demenz leben. Liegt eine vom Betroffenen früher unterschriebene Patientenverfügung vor, soll es legitim werden, sein Leben entsprechend und zielstrebig zu beenden – nicht per Giftspritze, sondern durch Unterlassen von Therapien und Ernährung.

Am 4. März hörte der Rechtsausschuss des Bundestags neun »Sachverständige« zu den Gesetzentwürfen an – fünf Juristen, drei Medizi-

ner, ein Bioethiker. Die ausnahmslos männlichen Experten bewerteten die Gesetzentwürfe im Detail durchaus unterschiedlich. Aber im Grundsatz befürworteten sie unisono, Patientenverfügungen gesetzlich zu legitimieren – und so »Sterbehilfe« bei Menschen zu ermöglichen, die gar nicht im Sterben liegen.

Außerparlamentarisch meldeten sich die Hospizvereinigung OMEGA und BioSkop zu Wort und benannten sozialpolitische Zusammenhänge und Defizite: »Wichtiger als eine gesetzlich ermöglichte Wahl zwischen ›Pflege oder Tod sind Versorgungsalternativen, die eine individuell gemäße Betreuung für alle Kranken ermöglichen« (Siehe Randbemerkung).

Bei der Abstimmung im Mai wird der übliche Fraktionszwang aufgehoben. Also dürfen die Abgeordneten frei, nach ihrem Gewissen, entscheiden. Ihnen bleiben noch zwei Monate, um sich umfassend zu informieren und die gesellschaftliche Reichweite ihrer bevorstehenden Richtungsentscheidung zu bedenken. Zwar haben mehr als die Hälfte der Abgeordneten schon einen der drei Gesetzentwürfe per Unterschrift unterstützt. Aber es ist gut möglich, dass schließlich keiner der drei Entwürfe mindestens die Hälfte der Stimmen auf sich vereinen kann. Denn im Parlament gibt es nicht nur Animositäten zwischen den drei Mentoren Joachim Stünker (SPD), Wolfgang Bosbach (CDU) und Wolfgang Zöller (CSU). Auch deren – in punkto Patientenverfügung – fraktionsübergreifende Anhängerschaft ist sich nicht wirklich grün.

Die große, wohl entscheidende Unbekannte ist, wie viele VolksvertreterInnen es mit ihrem Gewissen tatsächlich nicht vereinbaren können, das gezielte Herbeiführen des Todes zu legitimieren. Schade, dass diejenigen im Parlament, die grundsätzliche Bedenken gegen Patientenverfügungen haben, diese nicht offensiv in die öffentliche Debatte einbringen, die derzeit zahlenmäßig von Äußerungen der Sterbehilfe-Lobby und fragwürdigen Meinungsumfragen (Siehe *BIO SKOP* Nr. 43) bestimmt wird.

Politaktisch mag Zurückhaltung bei diesem sensiblen Thema klug sein. Der Qualität der Debatte könnte es aber gut tun, wenn endlich auch die parlamentarischen KritikerInnen von Patientenverfügungen aus ihrer Deckung kämen.

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

Zugzwang

»Eine gesetzliche Legitimierung von Patientenverfügungen würde auch diejenigen unter Zugzwang setzen, die sie ablehnen. Das gilt nicht nur für Kranke, sondern auch für ÄrztInnen und Pflegekräfte, die einen vorausverfügten Abbruch lebensnotwendiger Therapien anordnen und ausführen müssten. Auf längere Sicht, so OMEGA und BioSkop, werden sich Menschen rechtfertigen müssen, wenn sie in pflegebedürftiger Lage versorgt werden wollen, wenn sie als Pflegende oder Mediziner/in Begleiterkrankungen versorgen oder Ernährung sicher stellen.«

aus einer gemeinsamen Pressemitteilung, mit der BioSkop und die Hospizvereinigung OMEGA an die Bundestagsabgeordneten appellieren, gegen eine gesetzliche Absicherung von Patientenverfügungen zu stimmen. Die Mitteilung wurde am 4. März verbreitet, als im Rechtsausschuss eine Öffentliche Anhörung zu drei Gesetzentwürfen stattfand, die Patientenverfügungen verbindlich machen wollen.

Merkwürdige Ärzteberater

Bei der Anhörung zum Patientenverfügungsgesetz am 4. März war ein Experte nicht geladen, der seit Jahren als Politikberater hofiert wird: der Mannheimer Juraprofessor Jochen Taupitz, bekannt etwa als Mitglied des Deutschen Ethikrates. Wenige Tage nach der Anhörung verschaffte sich Taupitz via *Spiegel* Resonanz. Ärzte, empfahl Medizinrechtler Taupitz im Gespräch mit dem Nachrichtenmagazin, sollten Menschen auch bei der Selbsttötung helfen; über Standesrichtlinien, die dies als unethisch bewerten, könne sich jeder Mediziner ohne juristische Probleme hinwegsetzen.

Prompt reagierte die Bundesärztekammer (BÄK): »Wir wollen nicht, dass Ärzte sich an der Tötung von Menschen beteiligen – auch nicht als Gehilfe«, stellte BÄK-Vize-Chef Frank Ulrich Montgomery in einer Pressemitteilung klar. Wer Montgomery kennt, nimmt ihm das gern ab. Noch glaubwürdiger wäre die BÄK, wenn sie sich von Beratern wie Taupitz trennen würde: Der sitzt nämlich nach wie vor in der Zentralen Ethikkommission bei der BÄK. Und im selben Gremium wirkt auch Professor Dieter Birnbacher mit – ein Bioethiker, der gleichzeitig dem »Wissenschaftlichen Beirat« der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) vorsitzt.

Freie, informierte Wahl?

Eine Studie fragt, wie Frauen in Dänemark pränatale Testangebote und Risiko-Berechnungen erlebt haben

Von **Nete Schwennesen**,
Soziologin;
Mette Nordahl Svendsen,
Anthropologin;
Lene Koch, Historikerin
(Universität Kopenhagen)

Vorgeburtliche Reihenuntersuchungen werden in Dänemark gezielt gefördert. Was diese Politik, hinter der auch Kosten-Nutzen-Kalküle stehen, praktisch bewirkt, wollte nun eine Forschergruppe (Siehe Randbemerkung auf Seite 5) ermitteln. Sie wertete Informationen aus einem zentralen genetischen Register aus und verglich sie mit Versichertendaten – Ergebnis: 2005 und 2006 sollen in Dänemark jeweils rund 30 Kinder mit Down-Syndrom geboren worden sein. Das entspreche nur der Hälfte der zu erwartenden Geburten mit dieser geistigen Behinderung und sei ein »Erfolg« der Screeningpolitik.

Für die Betroffenen interessieren sich die Autorinnen dieses Artikels. In einer großen Ultraschallklinik in Kopenhagen haben sie Frauen befragt: Wie haben die pränatalen Risiko-Informationen aus Epidemiologie und Klinik ihr Leben beeinflusst?

Ein ausführlicher Aufsatz über die dänischen Erfahrungen mit pränatalen Testangeboten (»Decision making and prenatal risk assessment – The Danish experience«) wird im Juni veröffentlicht. Nete Schwennesen, Lene Koch und Mette Nordahl Svendsen haben ihre Studienergebnisse für das Buch »Disclosure Dilemmas« zusammengefasst, das von den Basler Professoren Christoph Rehmann-Sutter und Hansjakob Müller im britischen Verlag Ashgate herausgegeben wird. In dem englischsprachigen Sammelband beleuchten zahlreiche AutorInnen auf 288 Seiten ethische Fragen und Dilemmata, die durch Verfügbarkeit und Anwendung genetischer Untersuchungen und Prognosen hervorgerufen werden.

Fruktwasseruntersuchungen und ähnliche vorgeburtliche Tests wurden in Dänemark seit 1978 nur Frauen angeboten, die mindestens 35 Jahre alt sind. Auf Empfehlung des Nationalen Gesundheitsrates, der das dänische Gesundheitsministerium berät, wurde die Altersgrenze abgeschafft. Seit 2005 wird ein Erst-Trimester-Screening allen Frauen unentgeltlich offeriert, unabhängig vom Alter und auf Basis »objektiver Informationen«. Das Screening besteht aus einem Bluttest und Ultraschallbildern, mit denen die Nackentransparenz beim Ungeborenen gemessen wird.

Auffällige Testergebnisse werden als Risiko für die Geburt eines Kindes mit Down-Syndrom gewertet und zwecks Abklärung invasive Untersuchungen angeboten. Der Gesundheitsrat betonte: »Es ist nicht das Ziel pränataler Diagnostik, die Geburt von Kindern mit erblichen Erkrankungen oder Behinderungen zu verhindern.« Diese Stellungnahme nimmt Bezug auf ein – viel diskutiertes – Zitat aus dem ersten Regierungsbericht zur Pränataldiagnostik aus dem Jahr 1977. Damals wurde die offizielle Staatspolitik anders formuliert: Es galt, »die Geburt behinderter Kinder zu verhindern«. Rhetorisch ist das Ideal der »informierten Wahl« eine Demarkationslinie. Die handlungsleitende »Norm der Prävention« wird zukünftig von der »Norm der informierten Wahl« abgelöst.

Statistische Grenzlinien

Gemäß den Richtlinien des dänischen Gesundheitsrates erhalten solche Frauen ein Angebot zu weitergehenden, invasiven Tests, denen beim Erst-Trimester-Screening ein statistisches Risiko von mindestens 1:250 attestiert wird. Die Definition dieser statistischen Grenze ist ökonomisch bedeutsam, und sie wird politisch entschieden.

Je nach dem, wo die Risiko-Grenze festgelegt wird, wird vielen oder eben weniger Frauen eine nachfolgende Amniozentese (Fruchtwasseruntersuchung) angeboten und finanziert. Verschiedene Interessen spielen bei dieser Festlegung mit: der Wunsch, eine hohe Erkennungsrate von Down-Syndrom zu erzielen; das Ziel, die Zahl invasiver Tests zu verringern und als Konsequenz auch die Zahl ungewollter Fehlgeburten. Jede Fruchtwasseruntersuchung birgt das Risiko, auch gesunde Föten zu verlieren. Also signalisiert die Praxis der Amniozentese, dass die Anzahl invasiver Tests und möglicher Fehlgeburten gesunder Föten als »Kosten« einkalkuliert werden, um die Geburtenrate von Kindern mit Down-Syndrom zu verringern. Doch solche Kosten-Nutzen-Kalküle sind in den dänischen Richtlinien weder zu erkennen, noch einer größeren Öffentlichkeit bewusst.

Ziffern und Zukünfte

Die Richtlinien betonen, dass die Teilnahme am Screening frei entschieden werden soll. In den Interviews aber betonten die Frauen, dass sie nicht wirklich überlegt haben, ob sie ihr Risiko überhaupt wissen wollen. Mit Metaphern wie »Routineakt« und »Sicherheitscheck« beschrieben sie ihre Motivation. Eine Frau erklärte: »Ich habe nicht darüber nachgedacht, ob es eine Wahl war oder nicht. Es war wie, ja, wir akzeptieren das, so wie die Hebamme und die Schwangerschaftsberatung (...), wir akzeptieren das ganze Ding, das ganze Paket.«

Die meisten Frauen erhalten ein unverdächtiges Testergebnis und sind beruhigt. Etwa jede Zwanzigste liegt über der statistischen Grenzlinie, und einige Frauen bekommen eine höhere Risiko-Einschätzung als erwartet oder erhofft. Für sie symbolisiert die mitgeteilte Risikoziffer eine →

→ Bedrohung und ungewisse Zukunft. Eine Frau erklärte uns: »Wenn Du akzeptierst, all diese Tests zu machen, dann fühlst Du Dich, wie jede sich wahrscheinlich fühlt, dass nichts bedenklich ist, oder? Ich fühlte mich so, es war nur etwas Obligatorisches. Als ich begann, erwartete ich nicht, dass mein Kind krank sein würde. (...) Sonst kannst Du ja nichts anderes machen als Dich die ganze Zeit zu sorgen. So, ich war wirklich beunruhigt, als ich die Risikoziffer erhielt, ich war wie geschockt, als ich die Botschaft erhielt, ich muss gestehen, ich war völlig fertig.«

In den Interviews zeigt sich auch, wie schwer es Betroffenen fällt, die Zahlen einzuordnen. Eine Frau formulierte ein Gefühl von Machtlosigkeit und Kontrollverlust: »Wenn sie mir nur erzählen könnten, so, dass die letzten 20 Paare ein Risiko zwischen 1:2 oder 1:2000 gehabt hätten und dass es diese Anzahl von Paaren in jeder Kategorie gab, dann denke ich, könnte ich die Ziffer gebrauchen. Nun, ich kann die Ziffer von 1:661 überhaupt nicht gebrauchen. Ich weiß, sie sagt, dass es in Relation zur Bevölkerung steht und so. Aber aktuell sagt mir diese Ziffer nichts, weil ich nichts habe, mit der ich sie vergleichen kann.«

Verhandeln mit dem Risiko

Die Wahl der Frauen soll gemäß der Richtlinien auf »objektiven und non-direktiven Informationen« basieren. Ironischerweise werden diese, übermittelt als Risiko-Ziffer, nicht als aussagekräftig erfahren. Mit dem Testergebnis wird den Frauen auch ihr altersbezogenes Risiko mitgeteilt, genannt: »Hintergrundrisiko«. In unseren Gesprächen schilderte eine 42-Jährige: »Als ich in die Klinik kam, hatte ich ein Altersrisiko von 1:31. Die Ziffer, die ich nach der Risiko-Einschätzung erhielt, war 1:173. Die verglich ich mit meinem Altersrisiko. In diesem Fall war meine Ziffer niedrig und ich dachte, das war positiv. (...) Ich verglich sie auch mit einer Freundin, die zwei Jahre jünger ist als ich (...) Sie erhielt ein Risiko von 1:153, das war höher als meines. Das beruhigte mich.«

Eine andere Frau, mit 40 Jahren und nach künstlicher Befruchtung erstmalig schwanger, sagte: »Ich erhielt eine Risikoziffer von 1:164, was eine enorme Verbesserung gegenüber meinem Altersrisiko von 1:60 ist. So, das war eine positive Zahl, aber da ist dennoch ein langer Weg bis zu der Grenze von 300. (...) Also ich wollte kein Risiko der Amniozentese eingehen (...) Ich wollte nicht, dass ihm irgendwas passiert (...) Aber gleichzeitig musste ich mir das Risiko im Detail erklären. Im meinem Kopf war etwas wie wenn Du noch so weit von der Grenze entfernt bist.«

Die beiden Fälle verweisen auf eine durchgängige Erfahrung: Der statistische Grenzpunkt ist überaus machtvoll im Interpretationsprozess der Paare. Mit nur einer Ausnahme unterzogen sich alle Paare einer Amniozentese und gingen die Gefahr einer Fehlgeburt ein, wenn die Risiko-Ziffer als hoch eingeschätzt wurde.

»Lass Experten entscheiden«

Frauen erklärten uns, wie fundamental sie dieser Grenzlinie vertrauten. Eine sagte: »Unsere Risikoziffer war 1:415, was höher als 300 ist, deshalb entschieden wir gegen eine Amniozentese. Wäre sie niedriger, hätten wir uns dafür entschieden. So, die Grenze ist wichtig. Für mich ist das so was wie: Lass die Experten entscheiden (...) Klar, Du musst dir selbst vertrauen, aber (...) Du bist in einem Feld, in dem Du nicht irgendwelche Erfahrungen hast. Dann denke ich, ich mache es, per Definition.«

Der Gesundheitsrat findet – über den statistischen Grenzpunkt – indirekt die Zukunft mit einem Down Syndrom-Kind gefährlicher als das Risiko, ein gesundes Kind zu verlieren. Diese Kategorisierung gibt zu denken. Eine Frau sagte uns: »Nach der Fruchtwasseruntersuchung erwähnten wir, dass ich gerade mein Risiko erhöht hatte, mein Kind zu verlieren. Das Fehlgeburtsrisiko liegt ja bei 1%. Und ich machte das, ohne mit der Wimper zu zucken. Aber das Ding ist: Wenn Du einen Test von Professionellen angeboten bekommst, dann akzeptierst Du, dass da ein großes Risiko sein muss.«

Eine andere Frau erklärte: »Die Risikoziffer wurde mir in einer sehr professionellen Weise erklärt, aber ich war nicht fähig, dem einen Sinn zu geben. Klar, sie müssen sehr vorsichtig sein, nicht etwas anzudeuten. Sie betonten immer und immer wieder, dass, gut, dass es meine Wahl ist (...) So war ich allein verantwortlich (...) Normalerweise übernehme ich gerne Verantwortung (...) Aber in dieser Situation war es keine gute Erfahrung, weil, ich fühlte mich, also, das Klinikpersonal sind Experten, und ich weiß nichts und ich, ja ich bin in ihrem Feld, und sie haben das professionelle Wissen, so sollte es doch möglich sein, mir mehr Informationen zu geben oder einen Rat.«

Eine isolierte, individuelle Risikoziffer steht im Zentrum des Screenings und wird als wertfrei und non-direktiv präsentiert. Die Verantwortung für die »Wahl« liegt damit allein bei den Schwangeren und ihren Partnern. Es ist aber eine Tatsache, dass die Politik sich intensiv engagiert hat, um dieses Testangebot bereit zu stellen – und sie muss deshalb auch dessen Gebrauch mit ver-

»Nationale Screening-Politik«

Die Bilanz wurde in der internationalen Fachpresse als Erfolgsmeldung verbreitet: In Dänemark soll nach Einführung einer landesweiten Reihenuntersuchung (Screening) im ersten Schwangerschaftsdrittel die Zahl der Neugeborenen mit der Diagnose »Down-Syndrom« um fast die Hälfte gesunken sein. ForscherInnen um die Kopenhagener Professorin Ann Tabor hatte Zahlen aus 2005 und 2006 ausgewertet – rund 65.000 Schwangerschaften pro Jahr. 2005 seien 31 Babys mit Down-Syndrom in Dänemark zur Welt gekommen, 2006 waren es 32. Ihre bevölkerungsbezogene Kohorten-Studie zum »Einfluss einer neuen nationalen Screening-Politik« stellten Tabor und KollegInnen im November 2008 im British Medical Journal vor. Laut ihren Zahlen nahmen bereits im ersten Screening-Jahr 2005 fast 63 Prozent aller Schwangeren das neue Screening-Angebot an, 2006 waren es sogar über 84 Prozent. 2004 hatte der Dänische Gesundheitsrat in Leitlinien empfohlen, die vorgeburtliche Reihenuntersuchung flächendeckend anzubieten und zu standardisieren: Mütterliches Alter, ultraschallbasierte Messung der Nackentransparenz und biochemische Tests werden als Risikoindikatoren angesehen und zu einer Ziffer verrechnet. Ab einer Wahrscheinlichkeit von 1:250 für die Geburt eines Kindes mit Down-Syndrom wird schwangeren Frauen eine Fruchtwasseruntersuchung oder Chorionzottenbiopsie als bezahlte Leistung des dänischen Gesundheitswesens offeriert.

»Familienangelegenheit« heißt ein Faltblatt, das in vielen Frauenarztpraxen ausliegt und den Anspruch erhebt, über »erblichen Brustkrebs« aufzuklären. Verfasst hat diese Publikation die Deutsche Krebshilfe, sie schreibt: »Experten schätzen, dass etwa fünf bis zehn Prozent die Anlage, an Krebs zu erkranken, von Mutter oder Vater geerbt haben. Sie selbst können diese Veranlagung wieder an ihre Kinder weitergeben. Diese Familien werden als Hochrisikofamilie bezeichnet.« Das Faltblatt fragt: »Kommen Sie aus einer Hochrisikofamilie?« und liefert Antworten gleich mit – Leseprobe: »Mindestens zwei Frauen der Familie (z.B. Mutter, Schwester, Tochter oder Sie selbst) haben Brust- und/oder Eierstockkrebs. Mindestens eine Frau war zu Beginn der Erkrankung jünger als 50 Jahre.« Gebe es nur einen Brustkrebsfall, liege auch dann ein hohes familiäres Risiko vor, wenn die Betroffene zu Beginn der Erkrankung jünger als 40 Jahre gewesen sei. Die Krebshilfe geht davon aus, dass Mutationen in zwei Genen (BRCA-1 und BRCA-2) »erblichen Brustkrebs« auslösen; im von ihr initiierten »Verbundprojekt Familiärer Brust- und Eierstockkrebs« bieten zwölf universitäre Zentren Beratungen und Gentests an. Dass deren Aussage beschränkt ist, vermerkt auch das Faltblatt: »Eine molekulargenetische Untersuchung kann allerdings nicht vorhersagen, ob und wann Sie tatsächlich an Brust- und/oder Eierstockkrebs erkranken. Es lässt sich nur eine Wahrscheinlichkeit angeben, mit der die Erkrankung bis zu einem bestimmten Lebensalter auftritt.«

Untersuchungen ohne Ende

Ein Erfahrungsbericht zur Brustkrebs-»Früherkennung«

Es beginnt harmlos, nur eine Vorsorgeuntersuchung. Frau nimmt das Angebot wahr, ohne zu überblicken, worauf sie sich einlässt. Ergibt sich dabei einmal Auffälliges, nimmt die Achterbahn Fahrt auf, ein Ausstieg ist dann nicht mehr vorgesehen. Unsere Autorin schildert, was sie im Rahmen der Brustkrebs-»Früherkennung« mit MedizinerInnen in Hamburg erlebte. Ihren Namen will die Anfang-40-Jährige lieber nicht in der Zeitung lesen – die BioSKOP-Redaktion hat dafür viel Verständnis.

Am Anfang stand das »hohe familiäre Risiko«. Das liege vor, meinte meine Frauenärztin, weil meine Mutter an Brustkrebs erkrankt sei. Meine Mutter war damals bereits 75 Jahre alt gewesen, weitere Frauen aus meiner Familie sind bislang nicht betroffen. Trotzdem gibt es offenbar Krankenkassen, die in einem solchen Fall auch bei Frauen unter 50 Jahren die Kosten für die Röntgenuntersuchung (Mammografie) der Brust übernehmen.

Ich ließ mich darauf ein. Das Ergebnis war – anders als erhofft – nicht unauffällig. Mikrokalk (Siehe Randbemerkung Seite 7) lautete die Diagnose; die Entnahme einer Gewebeprobe – eine

so genannte Stanzbiopsie – oder weitere Mammografien wurden empfohlen. Ich holte eine Zweitmeinung ein und entschied mich für die Kontrolle durch weitere Mammografien. Bei der ersten nach sechs Monaten sah der Mikrokalk auf dem Röntgenbild unverändert aus. Trotzdem gab es keine Entwarnung. Vor der nächsten Mammografie in anderthalb Jahren sollte ich vorsichtshalber bei einem Spezialisten für Brust-Ultraschall eine weitere bildgebende Untersuchung machen lassen. Der Spezialist diagnostizierte einen »suspekten« Tumor (BI-RADS Kategorie 4); zwecks Abklärung empfahl er eine Stanzbiopsie. »Wie alt sind Sie? Wäre doch schade um Sie.« – Der Satz klang mir noch im Ohr, als ich nach dem Praxisbesuch wieder zurück auf die Arbeit ins Büro fuhr. Seitdem war ich beunruhigt.

Ich ließ mich zu einer Ultraschall-Spezialistin in eine Hamburger Klinik schicken, die noch einmal untersuchen und gegebenenfalls stanzen sollte. Dieses Mal kam eine Freundin zu meiner

Unterstützung mit. Noch während ich, halb entblößt, auf der Untersuchungs liege lag, eröffnete mir die Ärztin ohne weitere Vorwarnung, ich hätte »zu 99 Prozent Brustkrebs«. Als ich nachfragte, wie sie darauf komme, entgegnete sie, sie habe schon zig solcher Bilder gesehen, mache den ganzen Tag nichts anderes und habe neulich auch eine Patientin in meinem Alter gehabt, die ihre Krebsdiagnose nicht habe wahr haben wollen, aber hinterher eines Besseren belehrt worden sei.

Es bestünden keine Zweifel an der Bösartigkeit des Tumors, bekräftigte die Ärztin. Ich fragte nach, ob die Biopsie nicht ein anderes Ergebnis erbringen könne. »Wenn die Biopsie nichts ergibt, würde ich sagen, ich habe daneben geschossen«, antwortete sie und schickte noch hinterher, mit Bestrahlung und Chemotherapie hätte ich nach einer Operation aber gute Chancen, da der Tumor klein sei. Weil ein bösartiger Tumor innerhalb von zwei bis drei Wochen nach der Biopsie entfernt werden müsse, müsse ich sofort entscheiden, mich hier im Krankenhaus auch operieren zu lassen.

Ohne fest vereinbarten OP-Termin werde sie die Stanze nicht vornehmen. Da ich schnell Klarheit wollte und keine Alternative wusste, stimmte ich zu. Per Handy rief die Ärztin den Operateur

hinzu, während ich immer noch auf der Liege lag. Der Chirurg erläuterte mir, der gesunde Saum um das bösartige Gewebe müsse mit entfernt werden. Der Nippel müsse sicherheitshalber mit weg, der Nippel der anderen Brust könne halbiert und verpflanzt werden: »Der ist ja groß genug.« Operiert werden solle bereits in der kommenden Woche.

Danach folgte die Gewebeentnahme per Stanze. Anschließend sollte ich nach Hause gehen und dort darauf warten, dass mir die Ärztin telefonisch das Ergebnis mitteilt. Am Krankenhaus-Tresen drückte mir noch jemand Einwilligungserklärungen in die Hand, mit der Aufforderung, sie gleich unterschrieben abzuliefern, außerdem einen Hinweis, wo ich mir später Spezial-BHs anfertigen lassen könne und einen Zettel mit Terminen für die »OP« (Operation), ein OP-Gespräch, weitere Voruntersuchungen und einen Krankentransport-Termin in eine andere Klinik. Auf Nachfrage erfuhr ich, dass dort eine radionukleare Voruntersuchung gemacht werden solle. Zusammen mit meiner →

»Wie alt sind Sie? Wäre doch schade um Sie.« Der Satz klang mir noch im Ohr, als ich nach dem Praxisbesuch wieder zurück ins Büro fuhr.

→ Freundin entschied ich, nicht gleich nach Hause zu gehen, sondern im Krankenhaus auf das Ergebnis des Schnellschnitts der Gewebeprobe zu warten.

Nach etwa zwei Stunden rief eine Mitarbeiterin aus dem Sekretariat, die ich zuvor noch nicht gesehen hatte und die sich mir auch nicht vorstellte, meinen Namen in der offenen Wartehalle des Krankenhauses aus und las von einem Schmierzettel das vorläufige Ergebnis des Schnellschnitts ab: gutartig. Ich wollte wegen dieser widersprüchlichen Angaben, ob ich nun Krebs hätte oder nicht, die Ärztin sprechen. Die habe nun andere Patientinnen und keine Zeit mehr, hieß es.

Einige Tage und etliche Telefongespräche mit wechselnden Krankenhaus-Mitarbeiterinnen später erfuhr ich, dass die mikroskopische Analyse der Gewebe-

proben einen gutartigen Befund ergeben hatte: Pathologen hatten ein Fibroadenom (Siehe Randbemerkung rechts) in meiner Brust festgestellt.

Alle ÄrztInnen sträubten sich, mit mir gemeinsam die Verantwortung dafür zu übernehmen, den gutartigen Knoten nicht entfernen zu lassen.

Umstrittene Zahlen

Das europaweit größte Mammografie-Screening-Programm wird seit Ende 2002 schrittweise in Deutschland eingeführt. Frauen im Alter von 50 bis 69 werden alle zwei Jahre schriftlich gebeten, ihre Brust röntgen zu lassen. Wird – veranlasst durch ein verdächtiges Screening-Ergebnis – mittels weiterer Untersuchungen (z.B. Biopsie) Brustkrebs nachgewiesen, soll früh behandelt und die »Überlebenszeit« verlängert werden.

»Als Überlebenszeit wird der Zeitraum zwischen Diagnose und Tod definiert«, erläutert der Epidemiologe Nikolaus Becker vom Krebsforschungszentrum in Heidelberg. Im *Deutschen Ärzteblatt (DÄB)* rechnete Prof. Becker im Februar 2008 vor: »Von 100 an Brustkrebs erkrankten Frauen sterben tumorbedingt innerhalb der folgenden zehn Jahre nach Diagnosestellung ohne Screening 31 Frauen an Brustkrebs, bei Teilnahme am Screening sterben 20 (35 % weniger).«

Ein paar Monate vorher hatte die Gesundheitswissenschaftlerin Ingrid Mühlhauser im *DÄB* andere Zahlen betont. Durch das Screening würde von 2.000 Frauen im Alter von 50 bis 69 binnen zehn Jahren eine Frau weniger an Brustkrebs sterben, schrieb die Hamburger Professorin mit Verweis auf Daten eines Cochrane-Reviews. Im selben Zeitraum erhalte aber jede fünfte Frau »mindestens einen falschpositiven Befund«, was unnötige Behandlungen auslösen könne.

Die Ultraschall-Ärztin hätte, bevor sie mir ihre Einschätzung mitteilte (»zu 99 Prozent Brustkrebs«) ohne Not das Ergebnis aus der Pathologie abwarten und auch einen vorläufigen OP-Termin planen können. Für ihre voreilige Fehldiagnose entschuldigte sie sich auch im Nachhinein nicht. Am Telefon meinte sie nun, das Ergebnis der Pathologen sei überraschend, und riet mir, das Fibroadenom entfernen zu lassen. Es sei eine »Zeitbombe«, die in den nächsten fünf Jahren hochgehen könne.

Mit diesen Aussagen, Diagnosen und Befunden konfrontierte ich mehrere andere Frauenärztinnen,

Mammografie- und Ultraschallspezialisten. Von niemandem hörte ich etwas Beruhigendes. Alle sträubten sich, mit mir gemeinsam die Verantwortung dafür zu

übernehmen, den gutartigen Knoten nicht entfernen zu lassen. Alle äußerten hingegen vorsehend Verständnis dafür, dass ich mir den Nervenstress sicher nicht weiter antun wolle und die bei einem gutartigen Knoten doch verhältnismäßig kleine Operation wohl für die geringere Belastung halten würde. Derart weichgeklopft, vereinbarte ich einen Termin in einem anderen Krankenhaus – in der Erwartung, dass nun dort operiert würde.

Es kam anders, die dortige Oberärztin sprach ausführlich mit mir und machte zum ersten Mal beides: Sie erstellte eine Ultraschall-Diagnostik und schaute sich die mitgebrachten Mammografie-Bilder an. So fiel ihr auf, dass der zuerst gefundene Mikrokalk mehrere Zentimeter vom Ort des Fibroadenoms entfernt liegt, mithin also zwei Stellen kontrolliert oder entfernt werden müssten. Das war zuvor niemandem aufgefallen. Sie empfahl jedoch keine Operation, eine regelmäßige Beobachtung der Brust reiche aus.

Wie es nun weiter geht, ist offen. Die Vorsorgeuntersuchung im Juni 2007 hat eine Kette von Folgeuntersuchungen nach sich gezogen. Vielen Frauen geht es wie mir. Durch das 2005 eingeführte Mammografie-Screening (Siehe Kasten) dürfte die Zahl unnötiger Operationen weiter steigen. Vorsorge kann nicht falsch sein, denken viele. Klar ist aber auch, dass sie erhebliche seelische Erschütterungen und unnötige Eingriffe zur Folge haben kann. Das sieht in der Statistik und auf dem Papier harmloser aus, als es sich anfühlt.

Das »hohe familiäre Risiko«, das angeblich auf mir lastet, hat übrigens niemanden weiter interessiert. Es blieb eine ärztliche Behauptung ohne Beleg.

Auffällige Befunde

Als größte wissenschaftlich-onkologische Fachorganisation hierzulande präsentiert sich die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) im Internet: www.krebsgesellschaft.de/ Die DKG-Homepage informiert auch über auffällige Befunde, die bei einer Tastuntersuchung oder Röntgenaufnahme der Brust auftreten können. »In den meisten Fällen«, so die DKG, »kann nach einigen Zusatzuntersuchungen Entwarnung gegeben werden, weil die Veränderungen gutartig sind.« Als Tumor bezeichnen ÄrztInnen laut DKG jeden Knoten – »unabhängig davon, ob seine Zellen gut- oder bösartig sind«. Verbreitet seien Lipome (gutartige Fettgeschwülste), flüssigkeitsgefüllte Zysten und Fibroadenome – »gutartige Knoten aus Drüsen- und Bindegewebe«, wie die DKG erläutert.

Bei Mammografien entdecken RöntgenärztInnen häufig so genannten Mikrokalk. »Eine solche Diagnose klingt zunächst bedrohlich, doch nur in 20 Prozent der Fälle weisen die Kalkeinlagerungen tatsächlich auf ein Karzinom hin.« Erfahrene Radiologen sind nach Darstellung der DKG in der Lage, anhand der Anordnung und Größe der Kalkpartikel zu beurteilen, ob die Veränderungen gut- oder bösartig sind. »Mitunter«, so die DKG, »muss aber doch eine Biopsie durchgeführt werden, um ganz sicherzugehen.«

Die DKG betont, dass ihr Internetportal »Orientierungshilfe« biete, aber »die individuelle Beurteilung und Empfehlung des Arztes nicht ersetzen kann und auch nicht soll«.

Kranke Versicherte gesucht

Deutschlands Krankenkassen stellen sich auf den »morbidityorientierten Risikostrukturausgleich« ein

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

Gleichzeitig mit dem Gesundheitsfonds ist Anfang 2009 ein neues Verfahren eingeführt worden, nach dem die Krankenkassen ihr Geld erhalten. Es trägt den bürokratischen Titel: »morbidityorientierter Risikostrukturausgleich« (kurz: Morbi-RSA). Die Folgen: Die Kassen sind auf der Suche nach lukrativen, kranken Versicherten – zum Teil mit Methoden, die schon das Bundesversicherungsamt und Datenschützer auf den Plan gerufen haben.

»Solidarprinzip und Wettbewerb gleichzeitig zu ermöglichen, das ist Aufgabe des Risikostrukturausgleichs«, erläutert das Bundesversicherungsamt (BVA) die offizielle Vorgabe der Politik. Bislang richtete sich der RSA vor allem nach dem Alter der Versicherten, weil man davon ausging, dass Ältere durchschnittlich kränker sind. Mit dem neuen Morbi-RSA soll nun verstärkt berücksichtigt werden, wie gesund oder krank Mitglieder der jeweiligen Kasse tatsächlich sind. Gemessen wird dies anhand von 80 ausgewählten Krankheiten, für die die Kassen – zusätzlich zu einer alters- und geschlechtsbezogenen Pauschale pro Versicherten – so genannte »Morbidityzuschläge« erhalten. Die Zuschläge betragen monatlich zwischen 20 Euro und 5.000 Euro. Noch mehr Geld gibt es, wenn ein Versicherter Erwerbsminderungsrente bezieht.

Verbindliche Diagnosen

Die Summen sollen, so jedenfalls die versicherungsmathematische Kalkulation, die erhöhten Ausgaben widerspiegeln, die durch die betreffende Krankheit durchschnittlich entstehen. Dabei wird zusätzlich nach Schweregraden unterschieden. Beispiel Zuckerkrankheit: Am teuersten ist Diabetes »mit Nierenbeteiligung«, am billigsten Diabetes ohne Komplikationen.

Für die Einstufung der Versicherten entscheidend sind ärztliche Diagnosen. Ambulante Ärzte und Kliniken müssen, wenn sie mit den Krankenkassen abrechnen, jede Diagnose gemäß Klassifikationssystem ICD-10 verschlüsseln. Bei den niedergelassenen Ärzten gilt die Diagnose erst dann als verbindlich, wenn sie in einem weiteren Abrechnungsquartal bestätigt wird; zum Teil ist

auch ein Therapienachweis notwendig. Bei all diesen Prozeduren soll der Datenschutz gewährleistet sein – zumindest nach offizieller Lesart. Namen der Versicherten werden nicht gemeldet; die für die Berechnung der Zuschläge übermittelten, sensiblen Daten über Erkrankungen werden mit einem Pseudonym versehen, das keine Rückschlüsse auf die konkrete Person zulassen soll. Allerdings ist es unter Datenschützern ein Allgemeinplatz, dass man Verschlüsselungen auch wieder entschlüsseln kann, sofern der technisch betriebene Aufwand nur hoch genug ist.

Bildung von Risikogruppen

Was die Morbi-RSA-Struktur nahe legt und befördert, wird in den Computern der Krankenkassen wohl auch praktiziert – die Bildung von Risikogruppen, deren Krankheitsverlauf genau verfolgt und möglichst auch gesteuert wird – zum Beispiel durch Programme, die medizinische Behandlungen standardisieren sollen (Disease Management). Jedenfalls sagte Axel Schönewolf, Leiter der Controlling bei der Deutschen BKK, der *Financial Times Deutschland*: »Man kann für jeden Versicherten ein Konto aufmachen, mit Soll und Haben. So detailliert war das vorher nicht möglich.«

Klar ist, dass Versicherte dann besonders lukrativ sind, wenn ihre Versorgung in der Praxis weniger Kosten verursacht als die errechneten Zuweisungen hoch sind. Dennoch schreibt das BVA in seiner Informationsbroschüre zum Morbi-RSA, Stand September 2008, Krankenkassen hätten eigentlich keinen Anreiz, Versicherte kränker zu machen als sie wirklich sind. Schließlich würden ja nicht sie die Diagnose stellen, sondern die Ärzte.

Das war wohl etwas zu gutgläubig. Ende Januar sah sich das BVA nämlich genötigt, per Pressemitteilung die ersten bekannt gewordenen Trickereien zu verurteilen. »Krankenkassen, die Ärzte – zum Teil sogar mit Geldprämien – veranlassen, ihre Diagnosen nachträglich zu verändern, um mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds zu bekommen, verhalten sich rechtswidrig«, kritisierte BVA-Präsident Josef Hecken aus gegebenem Anlass. Fest stehe auch, dass derartige Nacherfassungen verletzten, was eigentlich gesichert sein soll: den Datenschutz!

Datenschützer warnt Krankenkassen

»Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, Peter Schaar, begrüßt ausdrücklich die klaren Worte des Präsidenten des Bundesversicherungsamtes, Josef Hecken, dass Krankenkassen, die im Rahmen des Morbi-RSA Diagnosen nacherfassen, rechtswidrig handeln und dass solche Daten bei der finanziellen Zuteilung an die Kassen unberücksichtigt bleiben. Schaar: Da die Beschaffung der Daten eindeutig gegen Datenschutzbestimmungen verstößt, werde ich in meinem Zuständigkeitsbereich ebenfalls mit aller Härte gegen diese Praktiken vorgehen.«

aus einer Pressemitteilung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz vom 23. Januar 2009



Fehler beim Pillenverteilen

Ökonomen sehen Qualitätsmängel in Altenheimen

In Altenheimen gibt es beim Verteilen von Tabletten offenbar immer wieder Fehler. Belege liefert eine empirische Studie des Kölner Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie (IGKE).

Ein ForscherInnenteam um den kommissarischen IGKE-Leiter Markus Längen hatte in drei saarländischen Pflegeeinrichtungen acht Wochen lang verdeckt die bereitgestellten Medikamente kontrolliert, insgesamt checkten sie 8.798 Tagesdosetten mit 48.512 Pillen.

196 HeimbewohnerInnen mit chronischen Krankheiten wie Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Leiden, Demenz, Diabetes, Osteoporose, Parkinson und Epilepsie wurden in die Studie einbezogen, durchschnittlich 5,4 Tabletten musste jeder täglich einnehmen. Bei 53 Prozent der PatientInnen habe es im Beobachtungszeitraum mindestens einen Irrtum bei der Pillenzuteilung gegeben; bei der Versorgung jedes Zehnten unterliefen dem Pflegepersonal jeweils über neun Fehler, bilanzieren die EpidemiologInnen. Beim Abgleich mit den ärztlichen Verordnungen entdeckten sie exakt 654 »Fehlwürfe«, jede 14. Tagesdosette wies Mängel auf.

Häufigster Fehler (49 Prozent) sei die »inkorrekte Tablettenteilung« in zwei oder vier Stücke, deren Größe unterschiedlich war – und damit auch ihre Dosis. Relativ oft stellten die ForscherInnen fest, dass eine notwendige Pille vergessen worden war (22 Prozent der Fehler) oder eine überzählige (9,8 Prozent) verabreicht werden sollte. Auf der Mängelliste folgen: falscher Zeitpunkt für die Arzneieinnahme, Beschädigung und falsche Dosierung des Präparats. Bemerkenswert aber auch: Nur ein einziges Mal sollte ein Patient eine Tablette schlucken, die gar nicht für ihn verordnet worden war.

Zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen kam es im Forschungszeitraum nicht: Sämtliche entdeckten Fehler, betont das IGKE, seien vor dem Verabreichen der Arzneien berichtigt worden – in Absprache mit dem Pflegepersonal und gemäß Vorgaben der Ethikkommission der Universität Köln. Welche potenziellen Gefahren durch welche Fehlertypen beim Pillenzuteilen drohen, beleuchtet das IGKE in einer weiteren Studie, deren Resultate in

diesem Jahr veröffentlicht werden sollen. Bei mehr als jeder vierten Medikation musste das Pflegepersonal Tabletten zerteilen – eine Vorgabe, die in der Regel ökonomisch begründet ist. Denn Tabletten mit doppelt starker Dosis seien erheblich preisgünstiger einzukaufen als Pillen mit identischen, aber geringer dosierten Wirkstoffen. Zur Lösung des Problems könnten nach Ansicht der ForscherInnen besonders ÄrztInnen beitragen – wenn sie nämlich Packungen mit weniger stark dosierten Präparaten verordnen würden. Dies würden viele MedizinerInnen aber nicht gern tun, weil dann die Zahl ihrer Verschreibungen, die ja budgetiert seien, schneller steige.

Notwendig sei zudem, dass die Pflegeeinrichtungen ihre »Qualitätssicherung beim Stellen der Medikation« verbesserten. Eine Option, um das Heimpersonal zeitlich zu entlasten, könnte laut IGKE die Nutzung automatisch verpackter »Wochen-Blister« für jeden Bewohner sein. Gemeint sind Durchdrückverpackungen, in die alle verordneten Pillen mit Hilfe von Maschinen neu einsortiert werden, die ein Patient binnen sieben Tagen einnehmen soll.

Es gibt bereits Apotheken, die Pflegeheime regelmäßig mit neu verblisterten Tabletten beliefern, dieser »Service« sei ein »gutes Instrument zur Kundenbindung«, meinen Branchenblätter. Befürchtet wird allerdings Konkurrenz durch spezialisierte Unternehmen.

Ein Dienstleister mit Firmensitz im Saarland, der den wohl wachsenden Markt der Arznei-Verblisterung gern anführen will, hatte die Studie angeregt, beim IGKE in Auftrag gegeben und auch bezahlt. Design und Ergebnisse des Forschungsprojektes, betont IGKE-Leiter Längen, habe sein Institut aber selbstständig und unabhängig erarbeitet.

Allerdings gibt es auch Experten, die von der Verblisterung grundsätzlich abraten, zum Beispiel Steffen M. Diebold und Michael Schmidt von der Leitstelle Arzneimittelüberwachung in Baden-Württemberg. »Bei maschineller Verblisterung von Tablettenbruchstücken«, schrieben sie bereits 2007 in der *Deutschen Apotheker Zeitung*, »ergeben sich Probleme wie Kontamination und Verluste durch Abrieb, Schwierigkeiten mit der Produktzufuhr.«

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

Befürchtungen

»Verblistern von Arzneimitteln für Heime« heißt die Überschrift eines Aufsatzes, der am 8. März 2007 in der *Deutschen Apotheker Zeitung* erschien. Autoren sind Steffen M. Diebold und Michael Schmidt von der Leitstelle Arzneimittelüberwachung Baden-Württemberg. Sie ziehen ein kritisches Fazit: »Dieser Beitrag zeigt, dass den wenigen Vorteilen patienten-individueller »Blister« eine Vielzahl fachlicher Nachteile entgegensteht. Bei Beachtung grundlegender Regeln der Guten Pharmazeutischen Praxis erscheint eine kostendeckende Umsetzung nicht möglich. Es ist zu befürchten, dass zur Erhöhung der Rentabilität verstärkt versucht wird, billige Klinikware, ähnliche Generika oder Ware unklarer Herkunft (Fälschungen?) zu verblistern. Wer wirklich gesundheitlichen Verbraucherschutz will, wird vom Verblistern abraten.«

Bei mehr als jeder vierten Medikation musste das Pflegepersonal Tabletten zerteilen – eine Vorgabe, die in der Regel ökonomisch begründet ist.

werden, die ein Patient binnen sieben Tagen einnehmen soll.

Es gibt bereits Apotheken, die Pflegeheime regelmäßig mit neu verblisterten Tabletten

beliefern, dieser »Service« sei ein »gutes Instrument zur Kundenbindung«, meinen Branchenblätter.

Allerdings gibt es auch Experten, die von der Verblisterung grundsätzlich abraten, zum Beispiel Steffen M. Diebold und Michael Schmidt von der Leitstelle Arzneimittelüberwachung in Baden-Württemberg. »Bei maschineller Verblisterung von Tablettenbruchstücken«, schrieben sie bereits 2007 in der *Deutschen Apotheker Zeitung*, »ergeben sich Probleme wie Kontamination und Verluste durch Abrieb, Schwierigkeiten mit der Produktzufuhr.«



Wirtschaftlich orientiert

Ambulante Hospizdienste stehen im Wettbewerb um Todkranke und ehrenamtliche HelferInnen

Von Erika Feyerabend (Essen), Journalistin und BioSkoplerin

»Leistungseinheiten« und Multiplikationsfaktoren

»Nach § 39a Abs. 2 SGB V haben die Krankenkassen ambulante Hospizdienste zu fördern, die für Versicherte, die keiner Krankenhausbehandlung und keiner vollstationären oder teilstationären Versorgung in einem Hospiz bedürfen, qualifizierte ehrenamtliche Sterbebegleitung in deren Haushalt oder Familie erbringen. (...)

Der Förderbetrag wird auf Grundlage von Leistungseinheiten ermittelt. Die Leistungseinheiten des einzelnen ambulanten Hospizdienstes errechnen sich, indem die Anzahl der am 31.12. des Vorjahres einsatzbereiten ehrenamtlichen Personen mit dem Faktor 2 und die Anzahl der im Vorjahr geleisteten Sterbebegleitungen mit dem Faktor 3 multipliziert und anschließend addiert werden. Zur Ermittlung des Förderbetrages je Leistungseinheit ist das Gesamtfördervolumen des Bundeslandes durch die Summe der Leistungseinheiten der zu fördernden ambulanten Hospizdienste des Bundeslandes zu dividieren.«

aus einer »Rahmenvereinbarung« der Spitzenverbände der Krankenkassen mit Trägerverbänden ambulanter Hospizdienste. Geregelt werden »Voraussetzungen der Förderung« sowie »Inhalt, Qualität und Umfang« der ambulanten Hospizarbeit.

Die Arbeit der Hospizbewegung scheint Früchte zu tragen. Mittlerweile gibt es an vielen Orten ambulante Hospizdienste und palliative Netzwerke. Medien sind interessiert, berichten und loben das bürgerschaftliche Engagement. Das Sozialgesetzbuch (SGB) regelt Ansprüche und Handlungsrahmen, Gelder werden über Verträge mit den Krankenkassen verteilt. Doch hinter den Kulissen der schönen neuen Welt der Sterbebegleitung gibt es ökonomische Zwänge und Konkurrenzen.

In der Bundesrepublik gibt es rund 1.300 ambulante Hospizdienste, von denen etwa 500 hauptamtlich koordiniert werden. Viele Menschen hatten sich über Jahrzehnte dafür engagiert, die Hospizarbeit gesellschaftlich und finanziell anzuerkennen. Ein zählbares Ergebnis ist der vom Bundestag beschlossene Paragraph 39a des SGB V: Er gilt seit 2002 und legt fest, dass Krankenkassen die Personalkosten für die KoordinatorInnen bezuschussen müssen. Um das Geld zu bekommen, müssen ambulante Hospizdienste einiges vorweisen: rund um die Uhr erreichbar sein; mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und ÄrztInnen oder Netzwerken zusammenarbeiten; mindestens 15 ehrenamtliche SterbebegleiterInnen koordinieren und schulen.

Sind diese Anforderungen erfüllt, richtet sich die Bezahlung der Koordinatorin nicht einfach nach ihrer beruflichen Qualifikation oder tarifvertraglichen Standards. Vielmehr müssen die Hospizdienste den Arbeitsplatz für anderthalb Jahre vorfinanzieren. Die Krankenkassen zahlen rückwirkend einen Zuschuss pro abgelaufenem Jahr; wie viel Geld sie tatsächlich für die schon entstandenen Personalkosten erstatten, wird nach einem Punktwert-System berechnet (Siehe Randbemerkung Seite 11). Die Anzahl der ehrenamtlichen HelferInnen sowie die Anzahl ihrer Sterbebegleitungen entscheiden über die Punkte, die ein ambulanter Hospizdienst verbuchen kann. Wie viele Euro solche Punkte wert sind, hängt von der Region und der Anzahl dort tätiger Hospizdienste ab. Die Krankenkassen müssen pro Monat und Versicherten 40 Cent für die ambulante Sterbebegleitung der Hospizdienste reservieren. Praktisch

wirkt sich das so aus: Je mehr Sterbebegleitungen und Ehrenamtliche und je weniger Hospizdienste es in einer Region gibt, desto höher die Refinanzierung der Personalstelle.

Die ökonomische Logik führt zu dauerhaftem Wettbewerb zwischen den Hospizdiensten. Große Träger wie Caritas, Diakonie oder Malteser können mögliche, finanzielle Engpässe noch ausgleichen. Rechtfertigen müssen sich die KoordinatorInnen aber auch hier, wenn eher wenige Sterbebegleitungen stattfanden und ihr Arbeitsplatz nicht refinanziert werden konnte. Die Koordinatorin eines kleineren Dienstes aber muss vielleicht schon Mitte des Jahres um ihre Stelle bangen, wenn nicht genügend Sterbende begleitet wurden und eine hohe Dichte von Hospizdiensten den Punktwert drückt. Das Ergebnis: Die Hospizdienste konkurrieren untereinander – und auch um Sterbende.

Professionalisiertes Ehrenamt

Rund 800 Hospizdienste haben keine KoordinatorInnen. Seit vier Jahren bekommen sie gar keine Krankenkassengelder mehr und sind allein auf Spenden angewiesen, um die ehrenamtlich Mitwirkenden zu schulen und öffentlich über die gesellschaftlichen Bedingungen des Sterbens zu sprechen. Nur noch die geförderten Hospizdienste bekommen Kurse, Honorare, Teilnehmergebühren, Weiterbildungen und Supervisionen für KoordinatorIn und EhrenamtlerInnen bezahlt. Sie sind im Punktwertsystem für die ambulanten Sterbebegleitungen integriert. Wenn zu wenig Sterbende begleitet wurden, ist somit auch die Finanzierung dieser vorgeschriebenen Bildungsarbeit gefährdet. Die inhaltlichen Anforderungen für Qualifizierung ehrenamtlicher MitarbeiterInnen sind zwar gesetzlich nicht eindeutig formuliert. Aber: Die Sterbebegleitung wird laufend professionalisiert – über den Ausbau palliativer Medizin und Pflege, über neue Formen wie palliative Netzwerke und Konzepte spezialisierter, ambulanter Palliativversorgung.

Die Konkurrenz unter den Hospizdiensten und die Last der Anerkennung gegenüber palliativmedizinischen Anbietern lassen die Ansprüche an ehrenamtliche HelferInnen wachsen – trotz teilweise fehlender Finanzierung für die Aus- und Weiterbildung. Der Deutsche Hospiz- und



→ Palliativverband (DHPV) empfiehlt 100 Unterrichtsstunden, die innerhalb eines Jahres absolviert werden sollten. Neben Themen wie »Trauer« oder »Gesprächsführung« sollen sich die unbezahlten HospizhelferInnen auch mit »Dokumentation und statistischer Erfassung« oder »Rechts- und Versicherungsfragen« beschäftigen. Am Ende der Ausbildung soll die feierliche Übergabe von Zertifikaten stehen.

Obendrein empfiehlt der DHPV, dass Hospizdienste schriftliche Verträge mit ehrenamtlich Engagierten vereinbaren sollten. Der Malteser Hospiz- und Palliativdienst beispielsweise schließt Vereinbarungen über eine einjährige unbezahlte Mitarbeit ab. Kriterien, die ermöglichen sollen, Persönlichkeit und Eignung interessierter HelferInnen zu beurteilen, erlernen die KoordinatorInnen in Kursen. Sicher brauchen auch die unbezahlten HospizmitarbeiterInnen Räume, um die Begegnung mit trauernden Angehörigen und Sterbenden zu reflektieren. Doch wie viel standardisierte Unterrichtung ist dafür nötig? Sicher kann nicht jede/r alle Aufgaben in der Hospizarbeit ausfüllen. Doch nach welchen professionellen Standards oder Persönlichkeitsprofilen wird geurteilt? Wie viel Mut zum nicht genormten Handeln und Helfen bleibt übrig, wenn Verträge und Fragebögen die Beziehungen bestimmen? Und passen die vermittelten Verhaltensideale wirklich in jede soziale Situation?

Im Widerspruch zur Ausbildung


Der DHPV kennzeichnet das Ziel der Hospizarbeit so: »Sterben und Trauer (sollen) als zum Leben selbstverständlich zugehörig erfahren« werden. Der Professionalitätspathos, der durch die Ausbildungsprogramme der Hospizdienste weht, ist diesem Ziel unter Umständen eher abträglich. Denn: Selbstverständlich ist hier nahezu nichts mehr. Jede biographische Erfahrung oder intuitive Haltung scheint mittlerweile durch das Nadelöhr einer Schulung zu müssen, um überhaupt erst anerkannt zu werden.

Krankenkassen fördern Hospizdienste, palliative Netzwerke und Berufszweige. Die häusliche Situation für schwerstkranken und Angehörige oder FreundInnen ist dennoch weiterhin unzureichend. Mit einer Zusatzausbildung von mindestens 40 Stunden können behandelnde ÄrztInnen einen

erhöhten Satz für Hausbesuche abrechnen. Sie sind dann in der Regel einmal täglich eine Viertelstunde in der Wohnung des Kranken. Häufigeres Dasein ist auch hier ehrenamtlich. Die Pflegedienste können mit einem erhöhten Tagessatz von rund 100 Euro drei- bis fünfmal täglich ihre Arbeit tun. Die von der Politik ökonomisch ausgerichteten Vorgaben im Gesundheitswesen verhindern eine umfassende, auch soziale Versorgung. Nur abrechenbare und dokumentierbare medizinische oder pflegerische Leistungen werden vergütet. Sie gelten als professionell und qualitätsgesichert. Doch diese Praxis steht im Widerspruch zu beruflichen Idealen und den Ausbildungsinhalten.

Lückenbüßer im System

Es verbleibt also noch viel Zeit und Sorge für Angehörige oder FreundInnen, die die Lebens- und Sterbebedingungen gestalten und ertragen. Hier engagieren sich die ehrenamtlichen MitarbeiterInnen der Hospizdienste. Sie kaufen ein, machen Fahrdienste, helfen bei der Alltagsbewältigung. In eher geringem Zeitumfang können einige BegleiterInnen in nächster Nähe des Sterbenden sein, vor allem nachts. Dafür müssen sie nicht nur ihre Zeit mitbringen, sondern beispielsweise im ländlichen Raum auch ein Auto; sie telefonieren auf eigene Kosten und müssen die geforderten Ausbildungskurse für 50 oder 280 Euro zum Teil selbst bezahlen. Ihr Engagement wird zwar allorten gelobt, aber es soll rein gar nichts kosten.

Die Lage ist paradox. Die Ausbildungsansprüche fürs ehrenamtliche Engagement wachsen. Die zu erfüllenden Standards werden wesentlich über die – zu Recht – aufgewertete palliative Medizin gesetzt sowie über sozialwissenschaftliche Professionen, Kostenträger und Politik. Die immer noch kritikwürdige Reduzierung bezahlter Sterbebegleitung auf rein körperliche und medizinische Belange bleibt bestehen. Angehörige und ehrenamtliche Kräfte sollen die psychischen und sozialen Lücken schließen helfen. Gleichzeitig werden sie aber zunehmend den ökonomischen Logiken im Gesundheitswesen unterworfen, wenn die Anzahl der Begleitungen und unbezahlten MitarbeiterInnen in Hospizdiensten über Punkt- und Geldwerte entscheiden und die Vorstellungen von »Qualität« bis zur Dokumentationspflicht reicht. Das ist bedenklich. 

»Eigentümlich defensiv«

»Das betriebswirtschaftliche Kalkül verschafft sich gerade Zutritt in die Räume, in denen gestorben wird. Die Sterbenden sind ein Kostenfaktor in der Systembilanz, und dieser Kostenfaktor wird immer deutlicher, um nicht zu sagen: schamloser benannt. Und die Hospizbewegung muss diese Frage mit wachen Augen verfolgen. Die Gesundheitsreform, die in Deutschland im April 2007 in Kraft trat, spricht im Hauptsatz von den medizinischen und pflegerischen Leistungen für Sterbende, die nun in ambulanten palliativen Diensten organisiert und bezahlt werden. Im Nebensatz ist von den ehrenamtlichen Diensten die Rede, die auch weiterhin erbracht werden sollen, kostenfrei oder kostengünstig, aber im Vorhof der medizinisch-pflegerischen Tätigkeit. Das zeigt die Richtung an. Erstens: Am Sterben wird künftig gespart. Zweitens: Die Ehrenamtlichen dürfen eine unscheinbare Nebenrolle spielen, weil sie kostenmindernd wirken. (...) Die Hospizbewegung ist eigentümlich defensiv. Sie bemüht sich um die Anerkennung durch die Palliativmedizin, imitiert die Standardsüchtigkeit der Medizin und ist sich zugleich nicht bewusst, wie unabdingbar sie künftig zur Stütze der Gesellschaft werden kann, die nach dem Sozialstaat und nach der staatlichen Daseinsfürsorge kommt.«

aus dem Aufsatz »Stirbt die Hospizbewegung am eigenen Erfolg?« von Reimer Gronemeyer und Andreas Heller. Ihr spannender »Zwischenruf« steht auf den Seiten 576-586 des 2007 publizierten Buches »Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun«. Herausgeber sind Andreas Heller, Katharina Heimerl und Stein Husebø.

Anzeige
gefällig?

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

»Die derzeitigen Testverfahren halte ich nicht für ausreichend«

Professor Tsokos über die Verwertung von Leichengewebe

Bioskop-Interview

Die deutschen Sicherheitsstandards für die Verwertung menschlicher Gewebe wie Knochen, Sehnen oder Haut gelten als streng. Dennoch gibt es hierzulande Kliniken, die bewusst keine Gewebe von Toten entnehmen. Zum Beispiel die Rechtsmedizin am Berliner Universitätsklinikum Charité. Warum sein Institut darauf verzichtet, erläutert dessen Leiter Michael Tsokos auf Fragen von Martina Keller, Autorin des Buches *Ausgeschlachtet. Die menschliche Leiche als Rohstoff*.

MARTINA KELLER: An der Charité wird anders als an den anderen großen rechtsmedizinischen Zentren in Deutschland keinerlei Leichengewebe für Transplantationszwecke entnommen. Warum nicht?

MICHAEL TSOKOS: Die Testverfahren, die es beispielsweise bei der Knochenentnahme gibt, schließen derzeit nicht alle Erkrankungen aus, von denen Spender betroffen sein könnten. Das Blut der Verstorbenen wird zwar auf Hepatitis, HIV und ein, zwei weitere virale Infektionen unter-

sucht, aber ich halte das nicht für ausreichend. Autoimmunerkrankungen und Tumoren werden noch überhaupt nicht erfasst.

KELLER: Anders als Organe

werden Gewebe teils aufwändig bearbeitet, bevor man sie transplantiert. Knochenprodukte müssen hierzulande sogar sterilisiert werden. Laut den Herstellern ist damit ausgeschlossen, dass noch Erreger vorhanden sind.

TSOKOS: Die Logik leuchtet mir nicht ein. Warum sucht man überhaupt nach Erregern, wenn die Bearbeitungsverfahren so sicher sind? Von Firmen-seite heißt es natürlich immer, aufgrund der Behandlung des Leichengewebes sei auszuschließen, dass es zu Infektionen komme, aber ich bin sicher, wenn man genau hinschaut, gibt es solche Fälle. Allerdings sind die Sicherheitsstandards in Deutschland sicherlich mit am höchsten.

KELLER: Hersteller sind auf die Zulieferung von rechtsmedizinischen Instituten angewiesen. Sind bereits Firmen an Sie herangetreten, um bei der Gewebeentnahme zu kooperieren?

TSOKOS: Wir waren vor einiger Zeit mit Firmen in Verhandlung und haben ihnen mitgeteilt, prinzipiell sei eine Gewebeentnahme möglich, aber es müssten dann noch einige zusätzliche Tests

durchgeführt werden. Daraufhin haben die Firmen ganz klar gesagt, sie seien nicht interessiert.

KELLER: Wie erklären Sie sich das? Mehr Sicherheit müsste doch im Interesse der Firmen sein.

TSOKOS: Es war denen gar nicht so recht, dass mehr Aufwand mit biologischen Markern betrieben werden sollte, weil das Geld kostet und vermutlich mehr Rohmaterial verworfen werden müsste ...

KELLER: ... die Firmen fürchten, dass potenzielle Spender häufiger als bislang von der Verwertung ausgeschlossen würden?

TSOKOS: Ich nehme an, das ist der Hauptgrund, denn die Kosten für zusätzliche Tests wür-

den sich in Grenzen halten, wenn man sie häufig durchführte. Aber wenn man zehn potenzielle Spender hat und drei fallen aufgrund von Infektionen weg, dann mindert das den Profit erheblich.

KELLER: Bevor Sie Leiter der Rechtsmedizin an der Charité wurden, haben Sie viele Jahre an der Universitätsklinik Hamburg gearbeitet, wo seit langem Gewebe entnommen wird. Haben Sie dabei mitgewirkt?

TSOKOS: Ganz zu Anfang, vor etwa zehn Jahren, war ich dabei, als in Einzelfällen für die kommerzielle Firma Tutogen Gewebe entnommen wurde. Als ich erfuhr, dass mit entnommenen Rippenknorpeln Nasenkorrekturen vorgenommen werden sollten, habe ich mich schon damals gefragt, ob das dringend medizinisch indiziert ist oder ob es eher ums Geld geht. Schönheitsoperationen rechtfertigen nach meiner Meinung keinen Eingriff in den toten Körper. Als die Gewebespende später in Zusammenarbeit mit einem gemeinnützigen Hersteller systematisch ausgebaut wurde, habe ich nicht mehr mitgemacht. →

»Schönheitsoperationen rechtfertigen nach meiner Meinung keinen Eingriff in den toten Körper.«

Prof. Michael Tsokos leitet seit 2007 die Rechtsmedizin des Berliner Universitätsklinikums Charité und zugleich das Landesinstitut für gerichtliche und soziale Medizin in Berlin-Moabit. Eines seiner Spezialgebiete ist der Nachweis von Infektionskrankheiten nach dem Tod. Tsokos zählt zu den bekanntesten Rechtsmedizinern in Deutschland. 1999 half er im Auftrag des Bundeskriminalamtes, in Bosnien und Kosovo Leichen aus Massengräbern zu exhumieren. 2005 erhielt er für seinen Einsatz bei der Identifizierung der deutschen Tsunami-Opfer den Medienpreis Bambi.

Richtlinie für einen grenzenlosen Transfer von Organen

Die EU-Kommission will den europaweiten Austausch menschlicher Körperteile mit neuen »Qualitäts- und Sicherheitsstandards« fördern. Deutsche PolitikerInnen sind skeptisch.

Der Entwurf der EU-Kommission vom Dezember 2008 ist weitreichend: Die geplante Richtlinie gilt für Spende, Beschaffung, Testung, Charakterisierung, Konservierung, Beförderung und Transplantation menschlicher Organe. Alle EU-Staaten sollen »nationale Qualitätsprogramme« erarbeiten. Festlegen sollen sie zum Beispiel, wie Identität und Einwilligungen von OrganspenderInnen überprüft werden. Standardisiert werden soll auch die »Rückverfolgbarkeit« von Organen – »von der Spende bis zur Transplantation oder Entsorgung«. Die Vorgaben sollen helfen, Handel mit Organen auszuschließen. Vereinheitlicht werden soll zudem die »korrekte, unverzügliche und überprüfbare Meldung schwerwiegender Zwischenfälle und unerwünschter Reaktionen« – so will man verhindern, dass Körperteile kursieren, die mit Viren wie Hepatitis oder HIV verseucht sind.

Die Schlüsselrolle im Kommissionskonzept kommt den »zuständigen Behörden« zu. Sie sollen in jedem EU-Land eingerichtet werden und besagte Qualitätsprogramme durchsetzen. Die neuen staatlichen Stellen sollen zudem sicherstellen, dass Transplantationszentren und Organ-

beschaffungsorganisationen in einem Register stehen und »regelmäßig kontrolliert und geprüft« werden. Jährliche Berichte sollen dies nachvollziehbar machen.

In Deutschland wird die Organspende von der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) koordiniert. Für Richtlinien zur Organvermittlung und Qualitätssicherung ist die Bundesärztekammer (BÄK) zuständig. Diese Selbstverwaltung ist wenig transparent; ob es stets mit rechten Dingen zugeht, können Außenstehende praktisch nicht kontrollieren (Siehe *BioSKOP* Nr. 44). Würde die EU-Richtlinie unverändert beschlossen, müssten die Strukturen reformiert werden – die neue »zuständige Behörde« könnte Aufgaben von DSO und BÄK entweder selbst übernehmen oder wäre zumindest befugt, deren Tätigkeiten zu überwachen.

Umstritten ist allerdings, ob die EU überhaupt so weit reichende Vorgaben machen darf. Der Bundestag sieht erst mal »Klarstellungsbedarf«, und vor der Europawahl im Juni wird die Richtlinie ohnehin nicht mehr beschlossen. Lieber auch später nicht, meinen einflussreiche Abgeordnete wie die gesundheitspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Fraktion, Annette Widmann-Mauz. Die EU-Richtlinie bringe »zuviel Bürokratie«, die PatientInnen schaden könne. Und sie behauptet, die BÄK habe »ein effektives Kontrollsystem errichtet«. Dies wäre zu überprüfen – am besten sofort.

Klaus-Peter Görlitzer



»Kontrolldefizite«

Unregelmäßigkeiten im Transplantationsbetrieb sind ein Dauerbrenner in *BioSKOP*. Im Dezember 2007 berichteten wir über staatsanwaltliche Ermittlungen am Transplantationszentrum Essen. Und wir verwiesen auf Auffälligkeiten bei der Organverteilung. Dabei informierten wir auch über die Einschätzung des Kölner Staatsrechtlers Wolfram Höfling, der dem deutschen Transplantationsgesetz (TPG) »elementare, verfassungsrechtliche Defizite« vorhält. In seinem Aufsatz »Verteilungsgerechtigkeit in der Transplantationsmedizin?«, erschienen im Fachblatt *JuristenZeitung* (Heft 10/2007), kritisiert Prof. Höfling »unzulängliche Entscheidungskriterien«, »Intransparenz« und »Kontrolldefizite«. Höfling plädiert für eine Reform; er hält es für »denkbar«, eine staatliche Organvermittlungsstelle zu etablieren. Verbessern müsse die Politik auch die Kriterien zur Organverteilung, bisher agiere sie viel zu zurückhaltend. »Alles Wesentliche«, schreibt Höfling, »steht nicht im Gesetz.«

→ **KELLER:** Deutsche Firmen importieren auch Rohmaterial aus Osteuropa. Ist das die Lösung?

TSOKOS: Natürlich ist es billiger, aus Osteuropa solches Material zu gewinnen. Die Verantwortlichen versichern dann stets, man gehe legal vor, die Einwilligung der Angehörigen werde eingeholt, aber ich wüsste schon gerne genau, auf welchem rechtl. Weg das geschieht. Die ehemaligen GUS-Staaten sind ja teilweise ein rechtsfreier Raum.

KELLER: Könnten Sie sich Bedingungen vorstellen, unter denen Sie die Gewebeentnahme an Ihrem Institut befürworten?

TSOKOS: Gegen die Entnahme von Hornhäuten hätte ich nichts einzuwenden, weil die Transplantation medizinisch sinnvoll und alternativlos ist. Für die Knochenentnahme entwickeln wir gerade ein wissenschaftliches Konzept für Testverfahren. Es gibt biologische Marker, mit denen man zusätzlich zu den derzeit üblichen Verfahren auch Autoimmunerkrankungen ausschließen kann.

Aus ärztlicher Sicht muss ich alles tun, um zu verhindern, dass mit dem Material noch jemand gefährdet wird.

KELLER: Knochentransplantate kann man auch aus den Hüftköpfen lebender Patienten herstellen, die ein neues Hüftgelenk erhalten haben. Ist diese Art der Verwertung unbedenklicher als die von Leichengewebe?

TSOKOS: Hüftköpfe haben eine andere Qualität. Zum einen ist es sicherer, das Blut von lebenden Patienten zu untersuchen als das von Leichen. Gerade wenn ein Leichnam gekühlt wird, sind einige Erreger im Blut schon wenige Stunden nach dem Tod abgestorben und nicht nachweisbar, obwohl sie natürlich noch im Gewebe stecken. Aber auch unter ethischen Aspekten sind Hüftköpfe zu bevorzugen, weil der Spender zu Lebzeiten seine Einwilligung gibt, so dass man wirklich sicher sein kann, dass er mit der Verwertung einverstanden ist.



Guter Service, lukrative Preise

Forscher analysieren, wie Pharmafirmen in den USA versuchen, Medizinjournalisten zu beeinflussen

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

Kontakte von Pharmaunternehmen zu Wissenschaftlern, Ärzten und Patientenorganisationen werden zunehmend öffentlich hinterfragt. Doch wie unabhängig berichten eigentlich Medizinjournalisten? Und wie werden sie beeinflusst? Eine Studie amerikanischer und australischer Forscher gibt Hinweise.

Eine Welle in Gang setzen

»Nicht wenige Medizinjournalisten schreiben heute gezielt Artikel, die den jeweiligen Ausschreibungsbedingungen für Pharma-Preise entsprechen. Die Pharmaunternehmen erhalten mit einer hochdotierten Preisausschreibung dabei nicht nur einen wohlgefälligen Beitrag, sondern setzen eine Welle von Berichterstattung über die von ihnen »geförderten« Krankheiten in Gang.«
Einschätzung des Journalisten Markus Grill, nachzulesen auf Seite 171 seines Buchs »Kranke Geschäfte. Wie die Pharmaindustrie uns manipuliert«. Sein 286 starkes Werk wurde im August 2007 vom Rowohlt Verlag veröffentlicht.

W »Wenn wir Zeitungsberichte über eine vollständige Genesung sehen, die einem bestimmten Medikament zugeschrieben wird, müssen wir fragen, ob es irgendeine Verbindung zwischen dem Journalisten und dem Pharmaunternehmen gibt«, sagt Ray Moynihan. Der australische Journalist ist Mitautor der Studie »Who's watching the watchdogs?« (»Wer beobachtet die Aufpasser?«), die im *British Medical Journal* (BMJ 2008, Vol. 337) vorgestellt wurde. Das Forscherteam um die Professorin Lisa M. Schwartz vom Dartmouth Institute für Gesundheitspolitik im US-Staat New Hampshire beleuchtet typische Strategien, mit denen Pharmafirmen Berichtersteller für sich einnehmen wollen.

Zu den subtilsten Methoden der PR-Abteilungen gehört es, ausgewählte Patienten für Interviews zu vermitteln, womit die medizinische Berichterstattung um eine »menschliche Dimension« bereichert werden soll. Derart »berührende Anekdoten« würden das Publikum aber mindestens dann in die Irre führen, wenn sie eher eine Ausnahme als eine typische Erfahrung repräsentierten, warnen die ForscherInnen. Ähnlich problematisch sei es, industriennahe Meinungsführer wie Ärzte oder Patientengruppen zu zitieren, ohne deren – womöglich existierende – finanzielle Verbindungen zu Unternehmen offen zu legen. Solche Informationslücken gibt es im Medizinjournalismus offenbar häufig: Laut Schwartz und Kollegen stellte sich bei einer Analyse einschlägiger Veröffentlichungen heraus, dass nur 40 Prozent derjenigen Berichte, die Experten oder Studien mit Industrieverbindungen zitierten, ausdrücklich auf mögliche Interessenkonflikte hinwiesen.


»Viele von uns erfahren von neuen Behandlungen erstmals aus den Medien«, schreiben die Forscher. Ein verbreitetes PR-Instrument, dass die Aufmerksamkeit von Berichterstellern auf Krank-

heiten und neue Arzneien lenken soll, sind Journalistenpreise. Praktisch alle Pharmariesen loben sie aus – den Gewinnern winken Preisgelder von mehreren tausend US-Dollar oder lukrative Reisen – natürlich nicht nur in den USA, sondern überall in den Industriestaaten, auch in Deutschland. Auf einen Blick sieht dies, wer beim Internetauftritt des Vereins »Wissenschaftspressekonferenz« (WPK) die einschlägige Preis-Seite (www.wpk.org/deljournalistenpreiselindex.php) anklickt. Dort erfährt man zum Beispiel, dass ein WPK-Mitglied den ersten »Wyeth-Journalistenpreis für Biotechnologie« gewonnen hat. Weitere Unternehmen sind als Preisstifter vertreten – mitunter auch, wenn man ihren Namen nicht gleich entdeckt: So etwa die Abbott GmbH & Co. KG, die den mit 5.000 Euro dotierten »Ludwig-Demling-Medienpreis« sponsert, der aber nicht von der Pharmafirma selbst, sondern vom Verein Gastro-Liga ausgeschrieben wird.

Interessenkonflikte möglich

Die Forscher vom Dartmouth Institute glauben, dass Journalisten durch Annahme solcher Preise selbst in Interessenkonflikte geraten. Zum Beleg für diese These verweisen sie auf Studien über ähnliche Verbindungen zwischen Ärzten und Industrie, die zeigten, dass sich die Belohnten gegenüber ihren Gönnern auch in Zukunft verpflichtet fühlten.

Loyalitätseffekte könnten auch auftreten, wenn angehende Medizinjournalisten an Instituten ausgebildet werden, die Lehrstühle unterhalten, die von der Pharmaindustrie gestiftet wurden. So gebe es an der Universität von North Carolina einen Glaxo-Wellcome-Professor namens Tom Linden. Zusammen mit seinen Studenten erstelle der Hochschullehrer eine Fernsehdokumentation, die zum Teil vom Pharmariesen Pfizer finanziert werde. Diese Darstellung bestreitet Linden nicht. Allerdings legt er Wert auf seine Versicherung, dass kein Sponsor die Journalismuslehrpläne beeinflusse.

Wohl gemerkt: Die Studie von Lisa M. Schwartz und Kollegen bezieht sich auf US-amerikanische Erfahrungen. Welche Verflechtungen es zwischen Pharmaindustrie und Journalisten in Deutschland gibt, wäre noch empirisch zu untersuchen. 

Vielfältige Initiativen gegen genmanipulierten Mais

Wollten Sie schon immer mal wissen, wo gentechnisch manipulierter Mais angebaut wird? Sachdienliche Hinweise finden Sie auf der Internetseite www.greenpeace.de/gen-mais-karte. Der Link führt zu einer Deutschland-Karte, die zeigt, wo Äcker mit Gen-Mais bestellt werden; offiziell angemeldet sind in Deutschland gegenwärtig 3.568 Hektar für den Anbau von Gentech-Pflanzen. Die Darstellung im virtuellem Raum basiert auf offiziellen Daten, die im Standortregister des Bundesamtes für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL) stehen.

»Doch die Genauigkeit der Angaben hat derzeit Grenzen«, beklagt die Umweltorganisation Greenpeace, auf deren Homepage die interaktive Landkarte veröffentlicht ist. Ein von Greenpeace veranlasstes Rechtsgutachten habe nämlich ergeben, »dass die Angaben im Standortregister nur mangelhaft in den meisten Bundesländern kontrolliert werden«. Regelverstöße würden in der Regel gar nicht erfasst – etwa wenn ein Landwirt illegal Gen-Mais anbaut, er seine Nachbarn nicht wie vorgeschrieben informiert oder die Abstände von genmanipulierten Flächen zu benachbarten Maisflächen nicht eingehalten werden.

Kontakt und Infos: Stephanie Töwe, Gentechnik-Expertin bei Greenpeace, Telefon (040) 30618-351

Angesichts mangelnder Transparenz und anhaltender Aussaatvorhaben sind Wachsamkeit und Widerstand offensichtlich notwendig. Für »vielfältige Aktionen« immer zu haben ist die Initiative »Gendreck-weg«. Am Wochenende 18./19. April plant sie eine »Aktion für bäuerliche und vielfältige Landwirtschaft ohne Gentechnik!« im unterfränkischen Kitzingen bei Würzburg. Dort steigt zunächst ein »Saatgutaustauschmarkt«, wobei kaum bekannte Pflanzensorten, aber auch gentechnikfreies Mais-Saatgut angeboten werden. Bauern sind ausdrücklich aufgerufen, Saatgut des Agrarkonzerns Monsanto gegen gentechnikfreien Mais zu tauschen. Die US-Firma möchte im Landkreis Kitzingen gern sein Gentech-Saatgut ausgebreitet sehen.

Beim Tauschangebot allein soll es nicht bleiben. »Weil jeder Genmais aber Nachbarfelder kontaminiert«, schreibt die Initiative Gendreck-weg auf ihrer Homepage, »schreiten wir am Sonntag, 19. April zur Tat und bringen auf einem der für Genmais angemeldeten Felder gentechnikfreie Saat aus.« Außerdem gibt es für Interessierte und Engagierte ein Camp, das mit einer für Gendreck-weg typischen Aktionsform enden soll: Angesagt ist eine »Freiwillige Feldbefreiung«.

Kontakt und Infos: Gendreck-weg, Telefon (0175) 8666769, Fax (0761) 4004226

Jetzt BioSkop unterstützen!

Wer sich bei BioSkop engagieren oder unsere Arbeit unterstützen will, ist herzlich willkommen! Wir sind auf Insider-Wissen aus Medizin und Gesundheitswesen angewiesen – und ebenso auf alltägliche Erfahrungen aus Kliniken, Pflegeeinrichtungen, als PatientIn oder Pflegebedürftige/r. Wir freuen uns über Tipps für unsere Recherchen, und Sie können auch selbst Texte für BioSkop oder unsere Homepage (www.bioskop-forum.de) beisteuern. Wollen Sie BioSkop noch bekannter machen? Fordern Sie einfach Probehefte für FreundInnen und Bekannte an! Unsere Arbeit ist nicht umsonst – und kostet, trotz überwiegend ehrenamtlichen Engagements, natürlich auch Geld. Wer BioSkop als DauerspenderIn oder mindestens einmal mit 50 Euro unterstützt, bekommt dafür reichlich Informationen gratis: unsere Zeitschrift, den E-Mail-Newsletter bioskop.bits und weitere Publikationen. Rufen Sie uns an, Ihre Ansprechpartnerin ist Erika Feyerabend, Telefon (0201) 5366706, info@bioskop-forum.de
BioSkop-Spendenkonto: 555988-439 bei der Postbank Essen (BLZ 360 100 43)

Richtig informiert?

Pharmaunternehmen sind durchaus kreativ, wenn es darum geht, ihre Geschäftsinteressen wirksam zu kommunizieren. Meist geschieht dies mit Hilfe subtiler Methoden (Siehe Seite 14), manchmal wird aber auch offen Druck auf Medien ausgeübt. Eine Frage, die LeserInnen und JournalistInnen interessieren dürfte, ist nun im Rahmen einer Doktorarbeit exemplarisch erforscht worden: »Beeinflusst die Finanzbasis einer Zeitschrift die inhaltliche Tendenz von Empfehlungen zu Pharmaka im redaktionellen Teil?« Die Dissertation, eingereicht an der Universität Marburg von Fatma Dörter und Kirsten Eckhardt, ist allerdings noch nicht publiziert.

Einige Ergebnisse haben die Forscherinnen aber auf einem Hausärztekongress in Berlin vorgestellt, wie die Zeitschrift *Berliner Ärzte* (12/2008) berichtet. In die Studie einbezogen wurden drei Typen von Fachblättern: »Streuzeitschrif-

ten«, die sich fast nur aus Anzeigen finanzieren und in der Regel gratis an ÄrztInnen geschickt werden; »gemischt« – also per Abos und Inserate finanzierte – Zeitschriften sowie Blätter, die keine Anzeigen drucken. Analysiert wurde die Berichterstattung über neun rezeptpflichtige Medikamente, die in Fachkreisen intensiv beworben werden, aber auch umstritten sind.

Widersprüchliche Bewertungen

Laut *Berliner Ärzte* ermittelten Dörter und Eckhardt, dass die anzeigenfreien Zeitschriften »fast durchweg negativ« über die umstrittenen Präparate schrieben und sogar von deren Einnahme abrieten. Ganz anders die Streuzeitschriften, die sich auf Pharmagelder angewiesen sehen: Hier war die »Tendenz einseitig beschönigend, also ganz überwiegend positiv«, berichten die *Berliner Ärzte*.

Betreuer der Dissertation ist Professor Norbert Donner-Banzhoff von der Universität Marburg. Zu erreichen ist er an der Abteilung für Allgemeinmedizin, Telefon (06421) 2865119

Vorschau

Themen im Juni 2009

◆ *Schwerpunkt
Hirnforschung*

◆ *Ethikkommissionen
Unkontrollierte Kontrolleure*

◆ *Pharmalobbying
Neue Transparenz?*

Veranstaltungstipps

Do. 26. März, 20 Uhr
Bocholt (Familienbildungsstätte, Ostwall 39)

◆ **Keiner stirbt für sich allein**

Vortrag

Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten, Betreuungsverfügungen sollen Gewähr für ein selbstbestimmtes Leben bis zum Tod bieten. Können Sie das tatsächlich? Anspruch und Wirklichkeit beleuchtet Inge Kunz, Vorsitzende der Hospizvereinigung OMEGA.

Do. 23. April, 12 Uhr – Fr. 24. April, 18 Uhr
Berlin (Jüdisches Museum, Lindenstr. 9-14)

◆ **Tödliche Medizin**

Konferenz

»Lassen sich aus den NS-Krankenmorden ethische Leitlinien für die Debatte um Sterbehilfe ableiten?« Diese Frage diskutieren WissenschaftlerInnen am Ende der Tagung, veranstaltet vom Jüdischen Museum, dem Institut für Medizingeschichte des Uniklinikums Charité und der Stiftung Topographie des Terrors. Zunächst stehen die NS-Medizinforschung und Forschungsförderung im Fokus. Dann werden neue Erkenntnisse zu den Krankenmorden vorgestellt. Schließlich erörtern namhafte ExpertInnen, welche Konsequenzen aus den historischen Erfahrungen gezogen werden können – insbesondere für die Aus- und Weiterbildung in Medizin- und Pflegeberufen. Infos und Anmeldung beim Jüdischen Museum Berlin, Telefon (030) 25993488

Di. 28. April, 16 - 19 Uhr
Berlin (Institut Mensch, Ethik, Wissenschaft-IMEW, Warschauer Str. 58a)

◆ **Pflege zwischen Ausgrenzung und Teilhabe**

Vorträge

Menschen mit der Diagnose »chronisch psychisch krank« kommen zunehmend ins Pflegeheim. Einblicke in die Berliner Situation gibt der Psychiatrieprofessor Ralf-Bruno Zimmermann. Über »Teilhabe und Autonomie als Pflegeziele« spricht anschließend die Pflegeethikerin Marianne Rabe.

Anmeldung bei Frau Entezami vom IMEW, Telefon (030) 29381770

Do. 30. April, 14.30 Uhr – Sa., 2. Mai, 12.30 Uhr
Schwerte (Haus Villigst, Iserlohner Straße 25)

◆ **Der machbare Mensch**

Tagung

NeurowissenschaftlerInnen sinnieren zurzeit gern über »Enhancement«. Gemeint sind Leistungssteigerung und Optimierung menschlicher Eigenschaften. Das wirft viele Fragen auf, meinen die KongressveranstalterInnen vom Institut für Kirche und Gesellschaft und vom Evangelischen Studienwerk – zum Beispiel »nach dem Maß des Notwendigen, nach sozialen Implikationen und ethischen Grenzen«. Und die Tagung blickt auch auf »Konsequenzen und Herausforderungen für das Selbstverständnis des Menschen«.

Anmeldung bei Frau Ulrike Pietsch, Telefon (023 04) 755325

Fr. 15. Mai – Sa. 16. Mai
Berlin (Französische Friedrichstadtkirche, Gendarmenmarkt 5)

◆ **Medizinische Behandlungsfehler**

Tagung

Normierung kann die Qualität ärztlichen Handelns für PatientInnen nachvollziehbarer machen. Aber die Verrechtlichung in der Medizin führt auch dazu, dass Spielräume für individuelle Entscheidungen schwinden. Die Tagung der Ev. Akademie beleuchtet den Umgang mit Behandlungsfehlern und diskutiert Alternativen zur derzeitigen Arzthaftung. Infos und Anmeldung: Telefon (030) 203 55-500

Di. 26. Mai, 19 Uhr
Dresden (Deutsches Hygiene-Museum, Lingnerplatz 1)

◆ **Rüsten vor dem Krieg – Helfen im Krieg**

Vortrag

Der Paderborner Historiker Dieter Riesenberger spricht über das »humanitäre Dilemma« des Roten Kreuzes. Dessen MitarbeiterInnen haben auch den Anspruch, verletzte Soldaten und Zivilisten ohne Ansehen ihrer Herkunft medizinisch zu versorgen. In den Kriegen der Gegenwart ist Neutralität aber kaum mehr möglich: »Inzwischen ziehen Hilfsorganisationen mit den Truppen zusammen in den Angriff«, heißt es in der Ankündigung des Vortrages, der im Rahmen der Ausstellung »Krieg und Medizin« stattfindet. Die Ausstellung ist vom 4. April bis 9. August im Hygiene-Museum zu sehen.

BIOSKOP

Ja,

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

Name

Telefon

Straße

E-Mail

PLZ + Wohnort

Datum Unterschrift

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

Datum Unterschrift

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