

BIO SKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

9. Jg. • Nr. 33 • März 2006

Vom Wert der Zeit

Von Erika Feyerabend

Time is money«. Dieser Satz, 1748 geprägt vom nordamerikanischen Staatsmann Benjamin Franklin, gilt heute mehr denn je. Sein Rat, adressiert an einen Gewerbetreibenden, kann auch als Leitthema moderner Gesellschaften gelesen werden. Seit-her ist Zeit ein Produktionsfaktor erster Güte geworden – und damit ein knappes Gut im Wirtschaftssystem. Die Logik der Kapitalverwertung heißt: Beschleunigung plus Wachstum. Es wird nicht nur immer schneller, sondern immer mehr global produziert, transportiert, konsumiert und kommuniziert. Nachdem Dampfmaschinen und Fließbänder die Arbeit in Fabriken beschleunigt hatten, verdichten heute computergesteuerte Verfahren Dienstleistungen und Warenproduktionen. Hatten zunächst Eisenbahnen den Raum schrumpfen lassen, so sorgen inzwischen Autos und Flugzeuge für den unablässigen Transport von Menschen und Dingen. Nach Telegraf und Telefon potenzieren aktuell E-Mail und Internet die Kommunikation.

Diese Fortschrittsgeschichte ist auch durch Techniken bedingt. Mittlerweile ist das gesteigerte Tempo auf allen Ebenen zum Selbstläufer geworden, der nirgendwo Zeitverluste zulässt und das gesamte Leben ergreift. Attraktiv sind beispielsweise allerlei Gerätschaften, die Zeitgewinne bei der Bewältigung des Alltags versprechen. Das Mehr an Freizeit schafft dann Platz für weitere, konsumbedürftige Beschäftigungen. Die schöne neue Welt macht atemlos. In der Sphäre von Produktion und Zirkulation werden nicht nur Minuten eingespart, sondern auch ArbeitnehmerInnen. Sie werden »freigesetzt« und können kaum mehr teilnehmen an den rasanten Möglichkeiten der Gegenwart. Nicht selten behaupten ArbeitgeberInnen, ÖkonomInnen und PolitikerInnen, dass diese ZeitgenossInnen zu träge und unflexibel für die Anforderungen »unserer Zeit« seien.

Die verschiedenen Beschleunigungswellen waren und sind begleitet von der Sehnsucht nach einer langsameren Welt. Schon Shakespeares Hamlet klagt, die Zeit sei aus den Fugen geraten. Bereits mit den ersten Eisenbahnen wähten sich die Zeitgenossen an den Grenzen dessen, was an Geschwindigkeit ertragen werden könnte. Heute gelten die Züge von damals als gemütlich – oder vielmehr unerträglich langsam. Eine Internet-Suchmaschine, die nicht blitzschnell die gewünschten Informationen liefert, macht uns heute schnell nervös. Bis in die Wahrnehmung hinein ändert sich das Selbst- und Weltverhältnis entlang der technologischen und sozialen Beschleunigung. Nach einigem Klagen überwiegt die Begeisterung für Tempogewinne, und das individuelle Lebenstempo wird auf allen Ebenen beschleunigt. Um noch mithalten zu können, werden immer neue Möglichkeiten attraktiv: »Fast Food« für schnelleres Essen, »Speed-Dating« – eine Art Seriensichtung möglicher IntimpartnerInnen in Internet-Börsen – für schnelleres Lieben, oder Power-Nap, eine Technik des zeitoptimierten Kurzschlafes, um regeneriert auch noch die über-nächsten Anforderungen im Berufsleben oder Freizeitsektor bewältigen zu können. Doch all das schafft vor allem eines: Zeitnot und die ständige Angst, nicht mehr mitzukommen.

BioSkop Schwerpunkt Biobanken

Im Fadenkreuz der Ökonomie.....	8
Lobby für IT und Biomaterialbanken.....	10
Fragen Sie mal nach im Krankenhaus!.....	10
LifeLines für niederländische Genforscher.....	11

Alltag

Arbeit und Gewissen.....	3
--------------------------	---

Ersatzteillager Mensch

»Organspender bleiben hier final« – Wie Pflegekräfte Explantationen erleben.....	4
---	---

Euthanasie

Gezieltes Euthanasie-Outing in Belgien.....	7
Wiederbelebung nach billigem Ermessen.....	7

Reproduktionsmedizin

»Doing it the Israeli way«.....	14
---------------------------------	----

Embryonenforschung

Großbritannien will gezielte »Spende« von Eizellen für Experimente zulassen.....	12
Quellen für deutsche Stammzellforscher.....	15

Weitere Themen

»Ständige ethische Beratung« für den Deutschen Bundestag?.....	6
Im Zeichen der IGeL.....	13
Systematisch übersehen: Unerwünschte Nebenwirkungen von Medikamenten.....	5
Kampagne »Achten statt verachten«.....	6
Interessante Veranstaltungen.....	16
Wunschzettel.....	16
BIO SKOP im Juni 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: Jeroen Breekveldt, Erika
Feyerabend, Martina Keller, Uta Wagenmann, Christian
Winter. Sämtliche Beiträge in BIO SKOP sind urheber-
rechtlich geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur
mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion.

Satz: www.reviera.de Druck: Basis-Druck, Duisburg
ISSN 1436-2368

mit **newsletter**
Behindertendenpolitik

Bitte weiter lesen
auf der nächsten Seite

Vom Wert der Zeit

Fortsetzung von Seite 1 →

Am besten, so die aktuelle Vorstellung eines gelingenden Lebens, lebt man doppelt so schnell, realisiert doppelt so viele Weltmöglichkeiten und führt gleichsam zwei Leben in einem. Wer so lebt, könnte man denken, braucht den Tod nicht mehr zu fürchten. Beschleunigtes Leben als Ewigkeitsersatz und moderne Antwort auf den Tod?

Das Gegenteil ist der Fall. Denn: Es steigern sich nicht nur die in einem Leben verwirklichten Optionen, sondern auch die verwirklichbaren. Immer noch stirbt man notorisch zu früh – egal in welchem Alter. Wer aber erkennen muss oder wem fachmännisch bescheinigt wird, dass die Lebenschancen zukünftig nur noch eingeschränkt sein werden, soll dem Tod möglichst schnell entgegen eilen. Denn: Ein entschleunigtes Leben wirkt heutzutage so skandalös, dass die optionenarme Zeitspanne bis zum Ende eingespart werden soll. Der eigene Verfallstag soll nicht improvisiert und unvorbereitet sein, sondern geplant und von Zufällen bereinigt. Entwicklungen wie in Belgien oder Großbritannien demonstrieren, dass peu à peu alle schneller sterben sollen, auch diejenigen, die nicht mehr selbst entscheiden können (Siehe Seite 7). Die Vorstellung der Moderne, das Individuum sei frei und selbstbestimmt, erweist sich einmal mehr als Illusion. Beschleunigtes Sterben wird zur Norm.

Die Zeitmuster der Gegenwart sind paradox. Allerorten wird immer mehr Zeit eingespart. Dennoch leiden alle unter dauerhaftem Zeitnotstand.

Weil Gesundheit und Leistungsfähigkeit nötig sind, um all die Weltoptionen ergreifen zu können, entsteht eine neue Art »besorgter Zeitlichkeit«: Gesundheit ist ein prekärer Zustand. Wenn es gut mit ihr steht, ist es höchste Zeit, sich zu beunruhigen. Attraktiv wirken deshalb wohl neue Angebote, um die Optionenvernichter Krankheit und Tod – befristet wenigstens – unter Kontrolle zu bringen. Hier profitieren an erster Stelle staatlich alimentierte und privatwirtschaftlich bezahlte ForscherInnen und Institute. BiobankerInnen erhalten Zugang zu Geld und Daten für molekulargenetische Risikoabschätzungen. Im Gegenzug versprechen sie, die als unsicher wahrgenommene Zukunft kalkulierbarer zu machen und für sich oder für die eigenen Kinder die Zukunft zu sichern (Seite 8).

Doch die molekularen Risikokalküle steigern die Sorge um Gesundheit und Zukunft unentwegt weiter. Die Entwicklung ist international (Seite 11). Die Herrschaft des Schnelleren macht

im Zeitalter von Computer-, Gen- und Reproduktionstechnologien nicht mehr vor physischen Grenzen halt. Frauen, die in Israel nach dreimonatigen Versuchen nicht schwanger geworden sind, haben Anrecht auf Verfahren, die (aber nur vermeintlich) schneller zum eigenen Kind verhelfen. Das Fortschrittsversprechen, mittels Befruchtungsmethoden und molekulargenetisch aufgebesserten Generationen die politischen Bedrohungen im Nahen Osten zu bewältigen, bleibt ein Phantom (Seite 14). Auch die Transplantationsmedizin hat einstige Barrieren zwischen den Körpern porös gemacht (Seite 4). Das Problem der Zuteilung von knapper Lebenszeit bleibt ungelöst. Weitere Schattenseiten dieser Medizin werden ebenso ausgeblendet wie die freigesetzten »Opfer« der spätmodernen Produktionslogik (Seite 3).

Die Zeitmuster der Gegenwart sind paradox. Allerorten wird immer mehr Zeit eingespart; dennoch leiden alle unter dauerhaftem Zeitnotstand. Die beschleunigten Verhältnisse machen es für jede/n dringlicher, langfristige Pläne zu können, um Stabilität zu erzielen, ohne dies überhaupt noch rational tun zu können. Das Dilemma stellt sich auch für die gesamte Gesellschaft. Wirtschaft, Wissenschaft und Technik sind zu schnell geworden für politische Steuerungen und Regulierungen. Neben der »situativen« Identität ist eine »situative«

Politik entstanden, die sich ohne richtungsweisenden Gestaltungsanspruch als hektische Reaktion auf anfallende Probleme präsentiert.

Die Folgen sind erheblich. So erfüllt etwa die europäische Geweberichtlinie zum Grenzen überschreitenden Verkehr von Körpersubstanzen zwar die Erwartungen der Biotech-Industrie, aber gleichzeitig gibt sie sozial wichtige, moralische Orientierungen für den Umgang mit dem menschlichen Körper auf. Dass eine Medizinetik-Enquete (Seite 6) derartige Erosionsprozesse wird aufhalten wollen oder gar können, darf bezweifelt werden.

Die Vorstellung von Theodor W. Adorno, eine Gesellschaft lasse »aus Freiheit Möglichkeiten ungenutzt, anstatt unter irrem Zwang auf fremde Sterne einzustürmen«, ist derzeit kaum denkbar, geschweige denn politisch umsetzbar. Um der Herrschaft der Schnelleren entgegen wirken zu können, muss Politik neu erfunden werden.

Zeit zum Weiterlesen?

Hartmut Rosa: *Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne.* Frankfurt am Main 2005 (suhrkamp taschenbuch wissenschaft), 537 Seiten, 17 Euro.

Muss ich das wirklich tun?

Wenn Arbeitsaufträge das Gewissen strapazieren, ist das Klinikpersonal dringend auf Unterstützung angewiesen

»Organspenden« erfolgen hierzulande freiwillig – zumindest verlangt dies das Transplantationsgesetz. Auch wenn die Lobby es gern anders sähe: Wer seine Haltung nicht dokumentiert hat, über den kann im Falle des »Hirntods« nicht einfach als Körperteil-Geber verfügt werden. Und Angehörige haben das Recht, bewusst »Nein« zur Organentnahme zu sagen. Aber: Gilt das auch für Pflegekräfte?

Im Klinikalltag assistieren OP-Schwester und -Pfleger bei Operationen, um die Situation von PatientInnen möglichst zu verbessern. Nach einem Eingriff werden die Kranken versorgt und – im besten Fall – wieder gesund. Körperteile aber werden Menschen entnommen, die juristisch und medizinisch als »tot« gelten, wenngleich sie erst im Laufe der Explantation sinnlich wahrnehmbar zur Leiche werden.

Der Eingriff nützt nicht den PatientInnen auf dem Operationstisch, sondern soll unbekanntem Dritten dienen. Fraglich ist: Gehören Operationen, die juristisch und nach medizinischer Definition als Sektionen bezeichnet werden können, überhaupt zu den beruflichen Pflichten des OP-Personals? Und: Gibt es in solchen, hoch problematischen Grenzbereichen der Medizin ein individuelles Weigerungsrecht derjenigen, die eigentlich heilen, lindern, versorgen, pflegen sollen? Zu diesen Fragen steht im Transplantationsgesetz nichts. Das Bundesgesundheitsministerium fühlt sich nicht zuständig (Siehe *Randbemerkung*). Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO), hierzulande zuständig für Organisation und Koordination von Körperteilentnahmen, hat auch keine Antworten.


Explantationen sind, verglichen mit der öffentlichen Aufmerksamkeit, eher selten. 2005 wurden laut DSO-Statistik 1.220 Menschen hierzulande 3.778 Organe entnommen. Ob und wie viele Pflegekräfte sich – erfolgreich oder vergeblich – weigerten, scheint noch niemand untersucht zu haben. Arbeitsrechtliche Auseinandersetzungen sind bislang nicht bekannt geworden. Meist werden sich wohl KollegInnen finden, die bei Explantationen mitarbeiten wollen, können oder meinen, dies tun zu müssen. Und: Wer will

schon eine Kündigung riskieren wegen Arbeitsverweigerung?

Gewissen und Arbeitsauftrag können sich im Medizinbetrieb auch anderswo widersprechen. Zum Beispiel: Dürfen Hebammen ablehnen, bei Spätabtreibungen mitzuwirken? Müssen Pflegekräfte die ärztliche Anweisung ausführen, die Ernährung abzubrechen bei Menschen, die bewusstlos, verwirrt oder im Wachkoma leben? Rechtlich gesehen, müssen sie dies wahrscheinlich nicht. Jedenfalls hat der Bundesgerichtshof im Juni 2005 festgestellt, die »strafrechtlichen Grenzen« von Sterbehilfe seien »bislang nicht hinreichend geklärt«. Und niemand könne gezwungen werden, etwas zu tun, womit er Gefahr laufe, gegen das Strafgesetzbuch zu verstoßen. Anlass war der Fall eines Wachkomapatienten. Der Vater wollte erreichen, dass ÄrztInnen und Pflegekräfte die Ernährung seines Sohnes stoppen (Siehe *BIO SKOP* Nr. 31).

Handeln, bevor der Konflikt da ist

Arbeitsverweigerung aus Gewissensgründen ist gewiss nicht risikolos, aber in Einzelfällen gerichtlich zugestanden worden. So haben Arbeitsgerichte festgestellt, Angestellte könnten nicht gezwungen werden, sich an militärisch nutzbaren Forschungen zu beteiligen; auch dürfe sich ein Beschäftigter weigern, am Verbreiten neonazistischer Propaganda mitzuwirken. Doch welche Bedeutung haben persönliche Bedenken an Arbeitsplätzen, die mit ambivalenten Heilungsversprechen, Therapiechancen und Leidvermeidungen das Gewissen strapazieren?

Problembewusste Berufsverbände und Gewerkschaften sollten handeln, bevor es zum Konflikt kommt. Sie könnten nachdenkliche und weniger robuste Beschäftigte unterstützen, indem sie offensiv für ein Weigerungsrecht eintreten. Und sie könnten zu Diskussionen und juristischen Klärungen beitragen – etwa mit Hilfe von Fachgutachten. So könnten Schwestern und Pfleger wenigstens einigermaßen verlässlich wissen, inwieweit sie sich auf ihr Gewissen berufen können. Bei Ungewissheit dominieren Existenzängste, Hierarchien und der Wille zum reibungslosen Verfahren – auch in hoch problematischen medizinischen Grenzgebieten. 

Von Erika Feyerabend (Essen), Journalistin und BioSkoplerin

»Dafür sind wir eigentlich nicht mehr zuständig«

Dürfen Pflegekräfte sich weigern, an Organentnahmen mitzuwirken? BioSkop hat beim Bundesgesundheitsministerium (BMG) nachgefragt. Geantwortet hat, per E-Mail, Andreas Deffner vom »Referat Medienunterrichtung und Reden, Strategische Kommunikation« des BMG, Durchwahl: (01 888) 441-2225. Deffners Auskünfte, eingetroffen am 25. Januar 2006, dokumentieren wir im Wortlaut:

»Ein individuelles Weigerungsrecht ergibt sich zumindest nicht aus dem Transplantationsgesetz. Es ist wahrscheinlich auch immer auf die konkreten Arbeitsvertragsregelungen zu achten. Es könnten vermutlich allenfalls Gewissensgründe geltend gemacht werden. Aber da stellt sich die Frage, ob so etwas nicht zu Beginn des Beschäftigungsverhältnisses mitgeteilt werden müsste. Aber dafür sind wir eigentlich nicht mehr zuständig.«

Wie Pflegekräfte Explantationen erleben, lesen Sie auf der nächsten Seite

»Organspender bleiben hier final«

Erfahrungen von Pflegekräften bei Explantationen

BioSkop-Interview

Birgit Oetter-Walter arbeitet als OP-Schwester und Betriebsrätin in einer deutschen Großstadt. Das Aufgabenspektrum wurde vor einigen Monaten erweitert: Nun gibt es in der Klinik auch Organentnahmen bei »hirntot« diagnostizierten Menschen. Wie Pflegekräfte dies erleben, erläutert Oetter-Walter im Gespräch mit Erika Feyerabend.

Mitlast aufgebürdet
»Das grundlegende Dilemma der Transplantationsmedizin liegt darin, daß sie hirntote Menschen, also Menschen in ihrem unumkehrbaren Sterbeprozess wider jede unverstellte Anschauung zu Toten, zu Leichen erklären muß, um ihre Handlungsweise zu legitimieren. Dabei hat sie nicht nur gegen die intuitive Wahrnehmung des Laien, also in der Regel des Angehörigen anzugehen, in der der Hirntote als Lebender erfahren wird, sondern sie erfährt das gleiche Phänomen in ihren eigenen Reihen, vor allem durch die Pflegekräfte. Ihnen wird die Mitlast bei der »Konditionierung« von Hirntoten (anstatt Sterbebegleitung) und der Explantation von Organen aufgebürdet.«

Feststellungen des Mediziners Linus Geisler, der das Transplantationswesen seit vielen Jahren kritisch analysiert. Das Zitat stammt aus Geislers Aufsatz »Organtransplantationen aus medizinischer Sicht – ethische, gesundheitspolitische Fragestellungen und gesellschaftlicher Rahmen«. Der Aufsatz erschien in der Zeitschrift Wege zum Menschen (Heft 4/1996), Seiten 211-224. Nachzulesen ist der Text auch auf Geislers Homepage, wo weitere interessante Beiträge stehen: www.linus-geisler.de

BioSkop: Wann und wie oft werden Körperteile in eurer Klinik explantiert?

BIRGIT OETTER-WALTER: In der Regel nachts. Es kann ja vorkommen, dass Transplanteure aus entfernten Regionen, etwa aus Wien, anreisen, um Herz, Lunge oder Leber zu entnehmen. Da vergeht einige Zeit. Da wir ja erst damit anfangen, rechne ich mit fünf bis zehn Entnahmen pro Jahr. Üblich war es bislang, dass zur Organspende vorgesehene Patienten ins Universitätsklinikum überführt wurden, das ja selbst transplantiert. Jetzt sollen auch in den Krankenhäusern, die den Hirntod diagnostiziert haben, Organe entnommen werden.

BioSkop: Wie bewältigen die Mitarbeiter die neue Aufgabe?

OETTER-WALTER: Für unser Haus sind Organentnahmen kein Ressourcen-Problem, weil wir mit fast fünfzig Leuten ein großes Team sind. Da werden sich immer Mitwirkende finden. Ich kenne aber auch Kollegen, die sind aus dem Uniklinikum weggegangen, weil sie das nicht mehr tun wollten.

BioSkop: Sind Pflegekräfte verpflichtet, bei Organentnahmen mitzuwirken?

OETTER-WALTER: In unserem Haus können das die Schwestern und Pfleger frei entscheiden. Die Deutsche Stiftung Organtransplantation kann auch eigenes Personal schicken. Ob und was sich bei Weigerungen an arbeitsrechtlichen Folgen ergeben könnte, kann ich nicht sagen.

BioSkop: Wie erlebt ihr die Explantationen?

OETTER-WALTER: Der hirntote Patient sieht für uns aus wie alle anderen Patienten, die wir sonst in den Operationssaal bekommen, die wir versorgen und dann wieder auf ihre Station bringen. Organspender aber bleiben hier final. Sie verlassen den OP nicht lebend, sondern als Leiche. Das ist der Unterschied. Bei der Operation selbst ist es dieser Übergang, der verwirrt. Für Außenstehende ist das vielleicht schlecht nachvollziehbar. Die Organentnahme läuft ab

wie eine normale Operation. Aber wenn wir die Körperteile vorsichtig heraus präpariert haben, ist der Bauchraum an dieser Stelle leer. Es wird dann nicht mehr beatmet. Auch wenn schon vorher mit der Hirntod-Diagnostik festgestellt wurde, dass der Patient verstorben ist, stellen wir erst an dieser Stelle den Tod für uns optisch her. Diesen Übergang erleben wir real.

BioSkop: Gibt es weitere Vorbehalte?

OETTER-WALTER: Wenn man Augen und Gehörknöchelchen entnimmt, dann werden die Patienten nicht mehr beatmet. Die vitalen Organe wie Herz oder Leber sind schon raus, der Patient ist also schon wahrnehmbar tot. Auch das

ist ein Problem. Wir operieren an einer Leiche, die man normalerweise in Ruhe lässt. Und für viele sind die Augen ein sehr per-

sönliches Körperteil. Da sagen die Leute: Das ist für mich wie ein Horrorfilm. Augen, sagt man, sind ja der Spiegel der Seele. Oder bei Multiorganentnahmen, die wir hier aber noch nicht hatten: Da bleibt vom Menschen nur die Hülle übrig. Solche Operationen dauern lange, das ist nur was für Standfeste. Viele Kollegen sagen: Wir wollen heilen. Das ist völlig konträr zu Organentnahmen. Die Ärzte sagen immer: Wir heilen damit andere.

BioSkop: Wo siehst Du Deine Aufgabe als Betriebsrätin?

OETTER-WALTER: Ich habe erlebt, dass Diskussionen mit Dienst habenden Ärzten über dieses Thema schwierig sind. Allein schon zu thematisieren, dass es Kolleginnen gibt, die sagen: Ich möchte das nicht. Grundsätzliche ethische Diskussionen zu führen, ist nicht willkommen. Das ist jedenfalls meine Erfahrung bisher. Hier ist niemand vom Dienstgeber zum Mitmachen gezwungen worden. Ich möchte aber ein Klima haben, in dem Kollegen sicher sein können, dass sie nur das tun, was sie verantworten oder ertragen können.

»Wir wollen heilen. Das ist völlig konträr zu Organentnahmen. Die Ärzte sagen immer: Wir heilen damit andere.«

Systematisch übersehen

Unerwünschte Nebenwirkungen von Medikamenten werden in klinischen Studien nur unzureichend erfasst

Bei jedem fünften Medikament werden unerwünschte Nebenwirkungen erst nach der behördlichen Zulassung bekannt. Eine aktuelle Studie zeigt: Klinische Prüfungen erfassen mögliche Komplikationen nur unzureichend.

Ein neues Arzneimittel darf erst auf den Markt kommen, nachdem es in klinischen Studien an mehreren tausend Menschen erfolgreich getestet worden ist. Die Versuche, in der Regel von Pharmaherstellern veranlasst und finanziert, sollen nicht nur die Wirksamkeit eines Präparats belegen und die richtige Dosierung ermitteln; geprüft und dokumentiert werden muss auch, welche unerwünschten Nebenwirkungen auftreten können. Das Erfassen von Komplikationen scheinen viele klinische PrüferInnen allerdings nicht so genau zu nehmen – diesen Eindruck legt jedenfalls eine Auswertung zahlreicher Studien nahe, die ein Team um den Klinischen Psychologen und Psychotherapeuten Winfried Rief vorgenommen hat.

»Ausgangspunkt unserer Überlegungen«, erläutert der Marburger Professor, »war die Tatsache, dass bei 20 bis 25 Prozent aller zugelassenen Medikamente noch nach der Zulassung das Wirkprofil verändert werden muss, weil plötzlich bislang unbekannte Nebenwirkungen auftreten – dann also, wenn alle klinischen Studien bereits abgeschlossen sind!«

Anschließend überprüften Rief und KollegInnen, wie in über vierzig klinischen Studien zu Statinen (Cholesterinsenker) – Medikamente, die Herzinfarkt oder Hirnschlag vorbeugen sollen –, Nebenwirkungen dokumentiert wurden. Aus methodischen Gründen berücksichtigten die WissenschaftlerInnen nur die Daten zu denjenigen Versuchspersonen, die ein Scheinmedikament (Placebo) eingenommen hatten.

Bei der Analyse kam heraus, dass die Zahl der registrierten Nebenwirkungen von Studie zu Studie stark variiert. Prof. Rief: »Beispielsweise wurde bei einer Studie in zwölf Prozent der Fälle von Bauchschmerzen berichtet, bei einer Vergleichsstudie nur in einem Prozent, obwohl beide Male Placebos verabreicht wurden.« Solche Differenzen seien, wissenschaftlich gesehen, »völlig unverständlich«.

Außerdem stellten die ForscherInnen fest, dass Alltagsbeschwerden wie Kopf-, Bauch oder Rückenschmerzen in manchen Studien wesentlich seltener berichtet wurden, als angesichts ihrer »Grundwahrscheinlichkeit« in der Bevölkerung hätte vermutet werden müssen. Verblüffend auch dies: StudienärztInnen und PatientInnen führten zahlreiche Nebenwirkungen selbst dann auf das Testpräparat zurück, wenn der Betroffene nur ein Placebo bekommen hatte. »Die Gründe für solche verwirrenden Befunde sind vielfältig«, sagt Rief. Häufig würden Studienpläne so ausgerichtet, dass »für den therapeutischen Zweck ein sehr gutes Maßband, für die Nebenwirkungen aber nur ein grobes Raster« angelegt werde.

Derartige Prioritäten setzen manche PrüferInnen offenbar bewusst: Zunächst werde abgeschätzt, bei wie vielen PatientInnen eine positive Wirkung zu erwarten sei. Anschließend dimensioniere der Studienleiter die Zahl der ProbandInnen gerade so, dass die angestrebte Hauptwirkung des zu testenden Medikaments noch sicher nachgewiesen werden könne. »Die Nebenwirkungen aber treten mit einer viel geringeren Wahrscheinlichkeit als die Hauptwirkung auf«, weiß Professor Rief. Wer Komplikationen sicher erkennen wolle, müsse die Stichprobe vergrößern, also mehr ProbandInnen einbeziehen.

Studienabbrecher berücksichtigen

StudienärztInnen und PatientInnen seien häufig nicht in der Lage, die Ursache von Beschwerden richtig zu beurteilen: »Oft werden sie dem Medikament zugeordnet, obwohl sie zum Beispiel nur das Ergebnis übermäßigen Kaffeekonsums sind.« Andererseits werden laut Rief sogar riskante Nebenwirkungen schlicht übersehen: »Bei muskulärer Schwäche etwa, die für den Patienten bei Einnahme von Statinen sehr gefährlich werden kann, sollte man davon ausgehen können, dass dieses Symptom besonders präzise erfasst wird – tatsächlich aber ist dies nicht der Fall.«

Rief fordert, Nebenwirkungen in klinischen Prüfungen systematisch zu messen und zu dokumentieren. Dabei müssten auch Daten von StudienabbrecherInnen in das Endergebnis einbezogen werden. Das aber werde bislang oft versäumt.

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

Risikoberechnungen

»Forschende Arzneimittelhersteller versuchen, spätere Nebenwirkungsrisiken schon in den Forschungs- und Entwicklungsstadien eines neuen Arzneimittels so weit wie möglich auszuschließen. (...) In Sorge um Nebenwirkungen sollte niemand ein vom Arzt verordnetes Medikament ohne Rücksprache mit diesem absetzen. Denn das Risiko, Schaden durch die abrupte Beendigung der Behandlung zu erleiden, ist viel höher als das Risiko eines Schadens durch unerwünschte Nebenwirkungen.

Statistiker haben ausgerechnet, was geschehen würde, wenn man zwecks Risikovermeidung alle Arzneimittel und Impfstoffe vom Markt nähme: An Nebenwirkungen würde zwar niemand mehr sterben, und durch die Eliminierung aller Arzneimittelrisiken ließe sich die durchschnittliche Lebenserwartung theoretisch um 37 Minuten verlängern. Ohne Arzneimittel aber würden wieder viele Menschen vorzeitig an Krankheiten sterben. Die daraus resultierende Abnahme der durchschnittlichen Lebenserwartung läge bei etwa 15 Jahren.«

aus dem »Patientenratgeber« des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller, online einsehbar unter: www.vfa.de

»Ständige ethische Beratung« für den Deutschen Bundestag?

Einen Aufruf »zur Kultur der Ethikdebatte in Deutschland« haben 14 Initiativen, Arbeitsgruppen und Organisationen im Januar an den Bundestag gerichtet. Die Abgeordneten werden aufgefordert, »über eine geeignete Form für die ständige ethische Beratung des Parlaments« nachzudenken.

Auf Grundlage eines Parlamentsbeschlusses
 »Die Vorsitzende des Nationalen Ethikrates, Kristiane Weber-Hassemer, äußerte ihren Dank für die Anerkennung der bisherigen Arbeit des Nationalen Ethikrates durch die Bundesministerin für Bildung und Forschung, Annette Schavan. Sie begrüßte die Ankündigung der Ministerin, den Ethikrat »auf die Grundlage eines parlamentarischen Beschlusses« zu stellen. Frau Weber-Hassemer erklärte, dass sich die Mitglieder des Ethikrates auf eine vertiefte Zusammenarbeit mit Regierung und Parlament freuen.«
 aus einer Pressemitteilung des Nationalen Ethikrates vom 10. Februar 2006

Den »Aufruf an die Mitglieder des Deutschen Bundestages zur Kultur der Ethikdebatte in Deutschland« gibt es bei der Tübinger Initiative gegen die Bioethik-Konvention, c/o Dr. Rolf Lorenz, Telefon (07071)600111. Im Internet steht der Aufruf unter folgender Adresse: www.kritische-bioethik.de/aufruf-bioethik-gremium-2006.pdf

Kontinuität sei notwendig, da Themen wie »Sterbehilfe«, »Gerechtigkeit im Gesundheitswesen« oder »Ethik der Forschung und Medizin« sich nicht an Wahlperioden hielten. Wie eine »ständige ethische Beratung« konkret organisiert sein soll, steht aber nicht in dem Aufruf, für den die Tübinger Initiative gegen die Bioethik-Konvention verantwortlich zeichnet.

»Als Übergangslösung«, so der Appell, »können wir uns vorstellen, dass eine weitere Enquete-Kommission für Ethik und Recht der modernen Medizin eingesetzt wird.« Das Gremium aus Abgeordneten und ExpertInnen sollte zwei Aufträge bekommen: Zum einen sollte die Enquete jene Arbeiten vollenden, die sie wegen der vorgezogenen Bundestagswahl im Herbst 2005 nicht mehr abschließen konnte. Zum anderen könne ihr aufgegeben werden, »einen konkreten Vorschlag für die Einrichtung eines ständigen Beratergremiums beim Deutschen Bundestag vorzulegen«.

Was ParlamentarierInnen mit dem Initiativen-Appell anfangen werden und ob sie sich irgendwann sogar ausdrücklich darauf beziehen werden, bleibt abzuwarten. Für die Einsetzung einer neuen Enquete müssten mindestens 25 Prozent der Abgeordneten stimmen; eindeutige Unterstützung gibt es bislang nur aus den Reihen von Bündnisgrünen und Linksfraktion.

Angesichts der Mehrheiten im Bundestag ist wohl aussichtsreicher, was die neue Bundesforschungsministerin ins Gespräch gebracht hat.

Annette Schavan (CDU) will den Nationalen Ethikrat »auf die Grundlage eines parlamentarischen Beschlusses« gestellt sehen. Der Ethikrat, in dem »ExpertInnen«, aber keine PolitikerInnen sitzen, war 2001 von Bundeskanzler Schröder (SPD) persönlich ins Leben gerufen worden – als biopolitisches Gegengewicht zur Ethik-Enquete, die Biotech-Fan Schröder zu kritisch vorkam.

Menschen »achten statt verachten«

In Deutschland leben schätzungsweise eine Million Menschen ohne Ausweispapiere. Ihnen zumindest die medizinische Grundversorgung zu sichern, darauf zielt die bundesweite Kampagne »achten statt verachten«. Initiiert hat sie die Ärztevereinigung IPPNW (Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges/Ärzte in sozialer Verantwortung), die hierzulande rund 8.000 Mitglieder zählt.

Per Unterschriftensammlung fordert die IPPNW den Bundestag auf, die gesetzlichen Voraussetzungen für ein System anonymer Behandlungsangebote für Flüchtlinge ohne Papiere zu schaffen. Notwendig sei außerdem die »Entkriminalisierung von Menschen, die Papierlosen ärztlich, juristisch oder allgemein ehrenamtlich helfen«, heißt es in dem IPPNW-Aufruf. In einigen Städten gibt es Initiativen von MedizinerInnen, die kranke Flüchtlinge kostenlos unterstützen.

Zur Kampagne »achten statt verachten« hat die IPPNW mehrere Informationsmaterialien erstellt, die mensch bei der Berliner Geschäftsstelle der Ärztevereinigung ebenso anfordern kann wie UnterstützerInnen-Vordrucke. Noch bis Ende März läuft die Sammlung der Unterschriften, die anschließend dem Bundestagspräsidenten Norbert Lammert übergeben werden.

Kontakt und Infos: IPPNW, Telefon (030) 69 80 740, Internet: www.ippnw.de



Außerparlamentarisch mobilisieren – mit Aktionen, Informationen und Analysen.

Würde der – übrigens auch vom Ethikrat befürwortete (Siehe Randbemerkung links) – Schavan-Vorschlag realisiert, bekäme der Bundestag erstmals ein bioethisches BeraterInnen-Gremium

zur Seite gestellt, das sich als einigermaßen demokratisch legitimiert ansehen könnte. Angesichts der bisherigen Ethikrat-Stellungnahmen ist wahrscheinlich, dass die Expertisen eines solchen Dauer-Gremiums keineswegs so ausfallen werden, wie sich dies viele bioethik-kritische Initiativen wünschen.

Grundsätzliche Grenzen bei Themen wie »Sterbehilfe«, fremdnützigen Arzneimitteltests mit Kindern oder genetischer Diagnostik hat



Gezieltes Euthanasie-Outing


Arzt-Bekenntnis befördert Gesetzesdebatte in Belgien

Belgien ist, neben den Niederlanden, Euthanasie-Vorreiterstaat. Seit Herbst 2002 gilt dort ein Gesetz, das ÄrztInnen, die Kranke auf Verlangen töten, straffrei stellt, vorausgesetzt, sie halten sich an bestimmte Vorgaben (Siehe *BioSKOP* Nr. 18). Laut offizieller Statistik starben 2005 in Belgien 400 Menschen durch Euthanasie; in den ersten 15 Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes waren 259 Tote gezählt worden. Nach vollzogener Tötung muss der Euthanasie-Arzt eine Kontrollkommission informieren – trotz dieser Meldepflicht wird die Dunkelziffer in Belgien auf jährlich rund tausend Fälle geschätzt.

Die steigenden Tötungszahlen reichen vielen im Lande offenbar nicht aus. Dem belgischen Parlament liegen Gesetzentwürfe vor, die »aktive Sterbehilfe« auch bei Kindern ermöglichen sollen; zudem soll ausdrücklich klar gestellt werden, dass Menschen mit Demenz auf Wunsch

umgebracht werden dürfen. Und gefordert werden auch Regeln pro Beihilfe zu Selbsttötungen.

Eine aus den Niederlanden bekannte Methode, öffentlich Druck zu erzeugen, ist das »Euthanasie-Outing«. Mitte Februar war es auch in Belgien so weit: Der Arzt Marc Cosyns, Dozent für Sterbebegleitung an der Universität Gent, legte in der Fachzeitschrift *De Huisarts* (Der Hausarzt) ein Bekenntnis ab. Er habe, schrieb Cosyns, einer 87jährigen Demenzpatientin einen Becher mit einer Giftmischung gereicht, was ihr zur angeblich gewünschten Lebensbeendigung verholfen habe.

Nun ermittelt die Staatsanwaltschaft gegen Cosyns. Der aber ist zufrieden: Sein erstes Ziel, ein Verfahren in Gang zu bringen, das Spielräume des Euthanasiegesetzes auslotet, hat er erreicht. Und sein zweites auch: In Belgien wird nun intensiv über die Ausweitung von Patiententötungen diskutiert. 


Von Christian Winter (Heidelberg), Jurastudent und BioSkopler

Anspruch auf staatliche Beihilfe zum Suizid?

*Dieser Rechtsstreit ist hier zu Lande wohl ohne Beispiel: Der Ehemann der gelähmten Bettina K. verklagt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), weil sich die Behörde geweigert hatte, ihr beim geplanten Suizid zu helfen. Die Frau hatte das BfArM aufgefordert, die Abgabe einer tödlichen Dosis eines Narkosemittels zu genehmigen, das die Schweizer »Sterbehilfe«-Organisation Dignitas empfiehlt. Anschließend tötete sich Bettina K. auch ohne Behörden-Hilfe: Im Februar 2005 ließ sie sich in die Schweiz fahren, wo sie das gewünschte Präparat problemlos bekam und einnahm. Das Kölner Verwaltungsgericht, das den Fall verhandelt, wird seine Entscheidung voraussichtlich Mitte März bekannt geben. Nach geltender Rechtslage wird der Kläger mit seinem Begehren wohl nicht durchkommen. Anders könnte es allerdings ausgehen, wenn sich irgendwann jene Vorstufen politisch durchsetzen sollten, die zwanzig Strafrechtsprofessoren in ihrem »Alternativentwurf Sterbebegleitung« (Siehe *BioSKOP* Nr. 32) ausgebreitet haben: Der Gesetzentwurf legitimiert, dass MedizinerInnen Hilfe bei Selbsttötungen leisten, was auch das Beschaffen tödlicher Präparate einschließt.*


Wiederbelebung nach billigem Ermessen

Die University of Nottingham rühmt sich, zu den 100 Top-Unis weltweit zu zählen und Forschungen zu betreiben, die die Welt verändern. An der Abteilung für »Rehabilitation und Altern« lehrt auch Dr. Simon P. Conroy. Unter seiner Federführung entstand nun ein Aufsatz, den die Universität per Pressemitteilung empfiehlt. Im renommierten *British Medical Journal* vom 25. Februar 2006 habe ein Team um Conroy gefragt, ob es »ethisch« sei, von allen Kliniken und Heimen zu verlangen, Patienten per Herz-Lungen-Reanimation, etwa nach Herzstillstand, wiederzubeleben. Die Erfolgsrate liege in Krankenhäusern bei unter 15 Prozent, in Pflegeeinrichtungen glücke die Reanimation nur in bis zu sechs Prozent der Fälle. Mindestens jeder zweite Überlebende trage funktionale oder neurologische Schäden davon.

Was Conroy und Co. aus den Zahlen schlussfolgern, ist durchaus Atem beraubend: Geändert werden müssten jene Richtlinien des Nationalen Gesundheitsdienstes, die alle Einrichtungen zum Reanimieren verpflichten. »Angesichts der geringen Erfolgschance« müsse es auch Häuser geben dürfen, die auf Wiederbelebungen kategorisch verzichten. Eingesparte Ressourcen könnten genutzt werden, um die Qualität der Pflege zu verbessern, heißt es in der Nottinghamer Pressemitteilung. »Alternativ« könne Ärzten und Pflegenden erlaubt werden, die Erfolgswahrscheinlichkeit einer Wiederbelebung abzuschätzen und »ohne weitere Diskussion« mitzuteilen. Werde die Chance als gering angesehen, werde nicht reanimiert – es sei denn, der Klinikpatient oder Heimbewohner verlangt dies ausdrücklich. **Klaus-Peter Görlitzer** 

→ allerdings auch die kompromiss-orientierte Medizinethik-Enquete nicht hoch gehalten (Siehe *BioSKOP* Nr. 30). BioSkop findet es spannender und wirkungsvoller, außerparlamentarisch gegen biopolitische Vorhaben zu mobilisieren – mit Informationen, Analysen und Aktionen.

Dass dies erfolgreich sein kann, belegen beispielhaft die Auseinandersetzungen um die Bioethik-Konvention des Europarates. Die Proteste

gegen diesen Völkerrechtsvertrag, gestartet Mitte der 1990er Jahre, führten zur Gründung zahlreicher Initiativen, die Bioethik und Biomedizin seitdem kritisch beäugen. Der Widerstand, dokumentiert mit rund zwei Millionen Protestunterschriften, hat offensichtlich auch Regierung und Parlament beeindruckt: Deutschland hat das Biomedizin-Übereinkommen noch immer nicht ratifiziert. 

Im Fadenkreuz der Ökonomie

Mit Biobanken werden marktförmige Strukturen in der staatlich geförderten Forschung ausgebaut

Von Uta Wagenmann
(Gen-ethisches Netzwerk
Berlin)

Umfangreiche Daten- und Probenansammlungen gelten als unabdingbare Voraussetzung biomedizinischer Wissenschaft. Der Nutzen der mit ihnen betriebenen Forschung ist zwar umstritten. Dennoch errichten und betreiben viele Universitätskliniken und Forschungsverbände hierzulande Biomaterialbanken. Damit verbunden sind Etablierung und Ausbau marktförmiger Strukturen in der staatlich geförderten Forschung.

Die Forschung nach genetischen Ursachen weit verbreiteter, kostenintensiver Erkrankungen ist seit Jahren ein wichtiger Schwerpunkt der Förderpolitik des Bundesforschungsministeriums (BMBF). Begründet wird diese Förderung vor allem mit wirtschaftlichen Zielen und Slogans. Die Rede ist vom Forschungsstandort Deutschland, von Effektivität und Konjunktur. Verstärkt gefördert wird seit einigen Jahren deshalb der Aufbau von Biobanken. Sie sollen Universitäten und Forschungsverbänden ermöglichen, als Dienstleister auf dem Forschungsmarkt ökonomisch selbstständig agieren zu können.

Wissenschaftliche Projekte sollen möglichst schnell zu praktischen, verwertbaren Ergebnissen führen; gemeint sind damit vor allem Zielmoleküle für neue Medikamente, die so genannten »Targets«. Ihre Entdeckung soll zu Kooperationen zwischen Uni-Instituten und der Pharmaindustrie führen und damit die angestrebte Unabhängigkeit universitärer Forschung von staatlicher Förderung voran treiben. Darüber hinaus erhofft man sich, mit Hilfe von Blutproben und Daten aus Biobanken Gentests entwickeln zu können. Auf der Basis dieser individuellen Risikovorhersagen, so die Idee, werden Menschen versuchen, mit ihrer Lebensweise dem Ausbrechen von teuren Erkrankungen vorzubeugen, was langfristig Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen bringe.

Material für Forschungsvorhaben

Die Förderpolitik des BMBF ist also vor allem ökonomisch ausgerichtet. Und diese Strategie funktioniert. Die BMBF-Programme haben die Vernetzung bestehender und den Aufbau neuer Sammlungen in den vergangenen Jahren

verstärkt gefördert. Dabei ist es den Rahmenbedingungen der Förderung geschuldet, dass die Sammlungen zugleich dazu dienen, unternehmerische Strukturen in der Forschung zu etablieren. Immer mehr Forschungsprojekte sind auf verwertbare Ergebnisse ausgerichtet.

Ein eindringliches Beispiel für das Entstehen marktförmiger Strukturen in der Forschung sind die Kompetenznetze (KN). Sie sollen sich erklärtermaßen nach Ablauf der Förderperiode selbst tragen und dafür geeignete Finanzierungsmodelle entwickeln. 13 der derzeit 17 geförderten KN verfügen über unterschiedlich große Proben- und Datensammlungen. In mindestens fünf dieser KN ist geplant, das in den jeweiligen Biobanken gesammelte Material für Forschungsvorhaben zur Verfügung zu stellen – und zwar gegen Gebühr. Die Zahlungen der wissenschaftlichen Kundschaft sollen den Fortbestand des Netzes finanziell absichern, wenn die staatliche Förderung abgelaufen ist.

Märkte und Dienstleistungen

Dabei betonen die Betreiber, ihnen gehe es darum, durch ein solches Dienstleistungsmodell kommerziellen Tendenzen bei der Nutzung der Biobanken entgegenzuwirken. Auch im KN Rheuma hat man sich ausdrücklich gegen eine kommerzielle Nutzung der bestehenden DNA- und Serumbanken entschieden; statt dessen soll eine Kooperation mit der Industrie den Fortbestand des Forschungsverbundes sichern: Schon jetzt erhält ein Konsortium aus etwa 20 Pharmaunternehmen vom KN Rheuma jährlich eine Auswertung der Daten aus dem PatientInnenregister, in dem derzeit etwa 30.000 Individuen erfasst sind. Die Auswertung enthält unter anderem Angaben über Nebenwirkungen von Medikamenten. Als Gegenleistung spendet das Pharma-Konsortium jährlich einen Betrag an das Kompetenznetz.

Ein anderes Dienstleistungsmodell verfolgt man in München. Dort werden Datensammlungen verwaltet, die in den 1980er und frühen 1990er Jahren in der Region Augsburg entstanden sind. Ausgangspunkt waren damals epidemiologische Studien, betrieben unter dem Namen KORA. Neben einer Vielzahl klinischer Daten spendeten TeilnehmerInnen im Rahmen von

Anzeige
gefällig?

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

→ KORA auch Blutproben, die allerdings größtenteils noch nicht genotypisiert sind. Gefördert aus Mitteln des Nationalen Genomforschungsnetzes (NGFN) läuft hier seit Anfang 2005 das Projekt KORA-gen: der Aufbau einer Serviceeinrichtung, bei dem zugleich schrittweise die DNA-Daten aus den gesammelten Proben erhoben werden. Gegen Gebühr stehen Proben und Daten aus KORA »der Forschung« zur Verfügung. Hat eine Forschungsgruppe einen Vertrag über die Nutzung einer bestimmten Kohorte mit KORA-gen abgeschlossen, wird das biologische Material zunächst in zentralen Laboren des NGFN genotypisiert. Der Vertragspartner erhält dann die Ergebnisse der Genotypisierung und – wenn vereinbart – weitere klinische Daten. Die auf diese Weise gewonnenen DNA- und Labordaten werden zugleich in die Datenbank von KORA-gen eingegeben.

Die Umwandlung und Vernetzung von Sammlungen, die eigentlich für epidemiologische Studien angelegt wurden, in Biobanken, die den Erfordernissen genetischer Studien gerecht werden, läuft an vielen Universitäten und Kliniken auf Hochtouren – gefördert mit Steuergeldern. Dabei entstehen DNA-Datenbanken, deren Umfang die neu angelegten Sammlungen wie das bevölkerungsbezogene Projekt PopGen in Schleswig-Holstein (Siehe *BioSKOP* Nr. 26) bei weitem übersteigt.

Netze, Netze, Netze

Ein imposantes Beispiel ist das Genomnetz Herz-Kreislauf im NGFN: Allein in München werden zurzeit Daten und Proben von knapp 15.000 PatientInnen bearbeitet, um sie für genetisch-epidemiologische Studien verfügbar zu machen. Daneben arbeitet man am Koordinierungsstandort des Herz-Netzes in Heidelberg an einem zentralen Datenbanksystem. Es soll ForscherInnen ermöglichen, schnell und unkompliziert herauszufinden, an welche der elf im Herznetz zusammengeschlossenen Unikliniken sie sich wenden können, wenn sie für ein bestimmtes Vorhaben Material benötigen. Dafür werden in Heidelberg standardisierte Datensätze (Diagnose, Erkrankungszeitpunkt, Geschlecht) aller PatientInnen zentral erfasst, die in verschiedensten Studien diverser Unikliniken einbezogen waren. Wie viele Datensätze das insgesamt sein werden, ist noch nicht klar, da einige der angeschlossenen Kliniken keine Angaben über die Anzahl der vorhandenen Datensätze und Proben machen können. Es sollen aber mehrere zehntausend sein.

Welchen Sinn die Sammlungen und Vernetzungen für das Erforschen von Krankheitsursachen tatsächlich haben, lässt sich derzeit noch nicht abschätzen. Der genetisch-epidemiologische Ansatz in der medizinischen Forschung, also das Herstellen statistischer Zusammenhänge zwischen genetischen Merkmalen und Krankheiten, ist umstritten: Gerade die weit verbreiteten Erkrankungen, das betonen auch GenetikerInnen, entstehen durch ein äußerst dynamisches Wechselspiel unterschiedlicher Einflüsse. Dass sich nichtsdestotrotz die Suche nach genetischen Eigenheiten, die statistisch das Risiko solcher Erkrankungen erhöhen, als wichtigster Forschungsansatz durchgesetzt hat, liegt auch an der staatlichen Förderpolitik: Forschungsprojekte haben vor allem dann eine Chance in den Genuss staatlicher Gelder zu kommen, wenn sie diesen Ansatz verfolgen.

Patente und Kooperationen

Für die ökonomisch orientierte Forschungspolitik ist der genetisch-orientierte Ansatz nicht nur aus gesundheits- und strukturpolitischen Gründen reizvoll, sondern auch, weil er eine schnelle Verwertung von Ergebnissen ermöglicht. Krankheitsrelevante Gene oder Zielmoleküle für Medikamente sind patentierbar; sie bilden den Anfang einer Verwertungskette, an deren Ende, so das erklärte Ziel, Unternehmensgründungen und Kooperationen mit der Industrie stehen. Bereits in der ersten Phase des NGFN, von 2001 bis Ende 2004, wurden aus geförderten Projekten mehr als 80 Patente auf DNA-Abschnitte, Moleküle und Proteine angemeldet.

Zwang zur Verwertung

Um die Verwertungs spirale weiter anzukurbeln, wird nun in der zweiten Phase des Förderprogramms, die noch bis 2007 andauert, richtig Dampf gemacht. EmpfängerInnen von Zuwendungen sind jetzt dazu verpflichtet, geplante Publikationen bei der »Koordinierungsstelle Technologie-Transfer« (KTT) im NGFN vorzulegen. Sie sieht den Text durch und informiert die Forschungsgruppe über mögliche Patente oder andere Verwertungsmöglichkeiten. Um Patentanmeldungen anzureizen, verwaltet die KTT zudem einen Fonds mit einem Gesamtvolumen von 350.000 Euro. Rechnungen über Kosten, angefallen bei der Patentanmeldung, werden übernommen, solange das Geld reicht. Die Zuschüsse müssen auch im Falle einer erfolgreichen wirtschaftlichen Verwertung nicht zurückgezahlt werden. Wer wird da noch nein sagen?

Eingebunden

»Alle 36 Universitätskliniken sind in mindestens einem Netz eingebunden, hinzu kommen zahlreiche versorgende Krankenhäuser und heute schon mehr als 3.000 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte; ebenso eingebunden sind Patientenorganisationen. Sie alle beteiligen sich derzeit an mehr als 250 Forschungsprojekten und mehr als 300 klinischen Studien mit rund 50.000 Patienten. In den Netzwerken sind Datenbanken entstanden, so dass die Forscher über umfangreiche Patientendaten verfügen. Wissenschaftliche Fragestellungen können so an großen Patientenkollektiven wesentlich effizienter bearbeitet werden als jemals zuvor. Prof. W.H. Oertel machte deutlich, dass Datenbanken (Biomaterialbanken und Patientenregister) die Entwicklung neuer, hoch spezifischer und selektiver Diagnostika und Früherkennungsmethoden sowie die Identifizierung von Risikogenen ermöglichen, wodurch gezieltere Präventionsmaßnahmen und neue und präzisere Therapiekonzepte entwickelt werden können.«

aus einem Bericht über einen »Parlamentarischen Abend« in Berlin, veranstaltet von Professoren der medizinischen Kompetenznetzwerke. Beim Treffen am 2. Juni 2005 dabei waren VertreterInnen aus Politik, Ministerien, Verbänden und Industrie. Der Bericht erschien im September im Newsletter des Kompetenznetzes Parkinson.

Lobby für IT und Biobanken

Fragen Sie mal nach!

Ob zur Diagnostik oder Vorsorge, vor einer Operation, für Gentests oder im Rahmen klinischer Studien – stets werden Körpersubstanzen wie Blut und Gewebe benötigt. Was vielen PatientInnen nicht klar ist: Entnommene Proben werden oft auch zu wissenschaftlichen und kommerziellen Zwecken weiter genutzt.

Eine Aktion für Transparenz hat BioSkop gestartet. Sie können mitmachen: Schreiben Sie an Kliniken und Labore! Lassen Sie sich über den Verbleib Ihrer Körpersubstanzen aufklären! Verlangen Sie die Aushändigung der Proben und gespeicherten Daten oder deren sofortige Vernichtung! Beim Formulieren helfen wir gern, Beispiele und ein Dossier zu Biobanken stehen im Internet: www.bioskop-forum.de

Wir freuen uns über jede Rückmeldung!
BioSkop, c/o Erika Feyerabend, Tel. (0201) 53 66 706, Mail: info@bioskop-forum.de

»Eine der größten Demenz-Datenbanken«

»Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Kompetenznetz

Demenzen hat eine der derzeit weltweit größten Demenzdatenbanken aufgebaut. Bis zum Welt-Alzheimer-Tag (21.9.2005) wird sie die Daten aller 4.800 Patienten enthalten, die bislang in den Projekten des bundesweiten Forschungsverbundes

untersucht wurden. Die Biomaterialbank verfügt über die Blut- und Liquorproben (Rückenmarksflüssigkeit) von mehr als 1.000 Patienten und DNA-Proben von etwa 4.800 Patienten. Die Ergebnisse der neuro-psychologischen Tests, denen sich alle Probanden unterzogen haben, sind ebenfalls Teil der Datenbank.

Hinzu kommen die Daten der Bildgebung, davon mehr als 340 spektroskopisch kernspintomographische Bilder, die Auffälligkeiten in der Stoffwechselaktivität des Gehirns zeigen, und über 500 morphometrisch kernspintomographische Untersuchungen, die Veränderungen der Gehirnstruktur abbilden. Die Proben sind von Patienten mit »Leichten Kognitiven Störungen« (LKS) und leichter Demenz unterschiedlicher Ursache, wie Alzheimer Demenz, vaskuläre Demenz oder Lewy-Körperchen-Demenz. Das Kompetenznetz

Demenzen will mit seiner Datensammlung die Grundlage für die Verbesserung der Früh- und Differentialdiagnostik von Demenzen schaffen.«

aus einer Pressemitteilung des Vereins »Telematikplattform für Medizinische Forschungsnetze« (Artikel rechts), verbreitet am 15. September 2005

Die »Telematikplattform für Medizinische Forschungsnetze« (TMF) vertritt Interessen von über vierzig Forschungsverbänden. Mitglieder sind »Kompetenznetze in der Medizin«, Koordinierungszentren für klinische Studien und das Nationale Genomforschungsnetz. Ziel des TMF ist es, den Ausbau von Informationstechnologie (IT) und Biobanken voranzutreiben.

Zum Standard-Repertoire politischer Lobbyarbeit in Berlin gehört der »Parlamentarische Abend«. Ende Januar wurden VertreterInnen aus Politik, Wissenschaft und Industrie zu Vorträgen plus Buffet gelockt, Thema des Abends: »Vernetzung der medizinischen Forschung«. Gastgeber Sebastian Claudius Semler, wissenschaftlicher Geschäftsführer der TMF, brachte seine Botschaft so auf den Punkt: »Eine funktionierende und qualitativ hochwertige Infrastruktur ist eine wesentliche Voraussetzung für Spitzenforschung. Damit ist ihre Förderung ebenso wichtig wie die Förderung der Forschung selbst.«

Infrastruktur – darunter versteht die TMF vor allem Informationstechnologie wie Computer, Software, Chipkarten und Datenbanken, die entwickelt, standardisiert, ausgebaut und Institutionen übergreifend genutzt werden sollen. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) hatte die Telematikplattform 1999 initiiert und vier Jahre lang mit insgesamt 7,5 Millionen Euro gefördert. Im September 2003, nach Abschluss der Anschubfinanzierung, verwandelte sich die TMF in einen gemeinnützigen Verein, der Drittmittel für Projekte einwirbt und Mitgliedsbeiträge und Spenden einnimmt. Vorsitzende der TMF sind die Professoren Ulrich R. Fölsch (Innere Medizin, Kiel) und Otto Rienhoff (Medizininformatik, Göttingen), der auch das Bundesgesundheitsministerium (BMG) bei der Einführung der elektronischen »Gesundheitskarte« berät. Das BMG ist im TMF-Beirat repräsentiert, außerdem Krankenkassen, Ärzteschaft, Elektrotechnikindustrie und Datenschutz; den Rat der Förderer bilden BMBF und Deutsche Forschungsgemeinschaft.

Der Telematikplattform geht es aber nicht nur um Promoten und Gestalten der Technik, sie will auch rechtliche Bedingungen beeinflussen: »Die Sammlung und Lagerung von Biomaterialien«, weiß TMF-Geschäftsführer Sem-

ler, »gewinnt in der medizinischen Forschung eine immer größere Bedeutung.« Daher habe die TMF, unterstützt durch externe Experten, Rechtsgutachten, Leitfäden, Checklisten und Musterverträge zum Aufbau und Betrieb von Biomaterialbanken erarbeitet. Inbegriffen seien auch Datenschutzkonzepte und Modell-Lösungen für Patienteneinwilligungen in Forschungsprojekte, die persönliche Daten, Zellen, Gewebe und Körperflüssigkeiten nutzen.

Die TMF möchte ihren Mitgliedsnetzen eine zentrale PatientInnenliste anbieten und will persönliche Daten nicht anonymisieren, sondern »pseudonymisieren«. Dies bedeutet, dass Namen und Identifikationsmerkmale von ProbandInnen zwar verschlüsselt werden, die Betroffenen aber jeder Zeit rückidentifizierbar sind.

Wie sich die TMF das im Detail vorstellt, welche Varianten »informierter Einwilligung« ihr vorschweben und ob sie auch Studien mit Proben in Ordnung findet, die seit Jahren ohne Wissen der »SpenderInnen« in Kliniklaboren lagern (Siehe Kasten) – all dies wird man vielleicht bald erfahren. Die TMF hat angekündigt, ihren Biobanken-Leitfaden in diesem Frühjahr als Buch zu veröffentlichen. Ergebnisse seien außerdem in ein Gutachten eingeflossen, das der Telematikplattform-Verein im Auftrag des Büros für Technikfolgen-Abschätzung (TAB) beim Bundestag angefertigt hat. Das TAB will im Juni eine umfangreiche Studie zu Biobanken vorlegen.

Ute Bertrand (Hamburg), Journalistin

LifeLines für Genforscher

Die größte Biobank der Niederlande soll Daten und Blutproben von 165.000 Menschen erfassen

Am Medizinzentrum der Universität Groningen entsteht seit Anfang 2006 die größte Biobank der Niederlande. Erklärtes Ziel ist es, Daten und Körperstoffe von 165.000 Menschen zu sammeln und Genforschern aus Unis und Unternehmen zugänglich zu machen. Im Hintergrund stehen vor allem wirtschaftliche Interessen.

»LifeLines« (Lebenslinien) nennen die Groninger Forscher ihr Biobanken-Projekt. Es soll mindestens 30 Jahre laufen und Menschen aus den drei nördlichsten Provinzen der Niederlande erfassen. Zunächst sollen 30.000 Freiwillige im Alter von 25 bis 50 in Hausarztpraxen dazu motiviert werden, Blut, Urin und Daten zu spenden; am Ende sollen 165.000 Teilnehmer aus drei Generationen rekrutiert worden sein.

Was LifeLines sammelt, soll Forschern überall in den Niederlanden als Ressource zur Verfügung stehen. In Langzeit-Studien können sie untersuchen, welche genetischen Risiken es geben

soll für chronische Krankheiten, die vielfältige Ursachen haben, zum Beispiel: Asthma, Diabetes, Herz-Kreislauf- oder Nierenerkrankungen. Was die Probanden von derartigen Forschungen konkret haben sollen, lassen die Groninger Wissenschaftler allerdings offen.

Profiteure werden, laut Projektbeschreibung, andere sein: Klinische Forscher würden durch Auswerten von Proben und Daten in die Lage versetzt, Gesundheit und Krankheit auf molekularer Grundlage zu verstehen. Pharmaunternehmen könnten die Biobank nutzen, um Diagnostika und bessere Therapien zu entwickeln. Politiker könnten Zusammenhänge zwischen Genetik, Umwelteinflüssen und Lebensstilen erkennen und auf dieser Wissensbasis rationale Entscheidungen treffen, um die Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern und deren Kosten zu senken.

Ökonomisch orientierte Forschungsfragen hat der wissenschaftliche Koordinator von LifeLines, Professor Bruce Wolffenbittel, durchaus im Blick. In 1998 und 1999 untersuchte er in einer vergleichenden Studie, welche Kosten Diabetes

Typ 2 in diversen europäischen Staaten verursache. Drei von neun Experten, die den wissenschaftlichen Beirat von LifeLines darstellen, sind auf Diabetes spezialisiert.

Wirtschaftliche Ziele nennt auch ein im Juli 2005 veröffentlichter Report »Biobanken-Signal«. Verfasst wurde das Papier von einem Bündnis namens »Forum Biotechnologie und Genetik«, in dem neben Vertretern aus Universitäten und Ministerien auch Patientenorganisationen vertreten sind. Der Report verheißt, dass die nationale Biobank die Position der niederländischen »Life-Sciences«-Forschung im internationalen Wettbewerb stärken werde; die neue Infrastruktur sei besonders für spezialisierte Biotech-Unternehmen nützlich.

Die niederländische Biobank startet mit öffentlicher Finanzierung, allein in den ersten beiden Jahren werden laut Wolffenbittel 25 Millionen Euro gebraucht. Nach sechs Jahren

soll LifeLines sich dann allein tragen können und nicht mehr auf staatliche Zuschüsse angewiesen

sein. Für wirtschaftliche Selbstständigkeit sollen Einnahmen aus mehreren Quellen sorgen: Forscher und Unternehmen sollen für den Zugang zu LifeLines bezahlen; außerdem hoffen die Biobanker auf lukrative Patente, etwa für neu entwickelte diagnostische Tests. Und sie behaupten, sie könnten Unternehmen dabei unterstützen, zügig innovative Medikamente auf den Markt zu bringen.

Sehr fraglich ist allerdings, ob und in welchem Maße die Einwohner der drei Nordprovinzen mit den LifeLines-Machern kooperieren wollen. Und fragwürdig sind auch deren optimistische finanziellen Erwartungen. Dass Wunsch und Wirklichkeit weit auseinander liegen können, zeigen Erfahrungen in Estland, das 2001 ein nationales Biobanken-Projekt gestartet hatte. 10.000 Menschen sollen bisher Körperstoffe und Daten zur Verfügung gestellt haben. Die Betreiber der Biobank hatten eigentlich zehnmals so viele Teilnehmer erwartet. Estlands Regierung will nun die Rekrutierung von Probanden kräftig voran bringen und acht Millionen Euro aus Steuergeldern dafür ausgeben.

Von Jeroen Breekveldt, BioSkopler, Mitarbeiter des NoGen-Archivs in Wageningen (Niederlande) und in der AG Linke Analyse Biopolitik (www.biopolitiek.nl)

Ökonomisch orientierte Forschungsfragen im Blick.

Zukunftsinvestition

»Investieren in LifeLines ist investieren in die zukünftige Gesundheit unserer Kinder und Enkelkinder.«

Verheißung der MacherInnen der Biobank LifeLines, platziert auf ihrer Homepage: www.lifelines.nl

Dem Klon zu Diensten

Großbritannien will »Spende« von Eizellen zulassen

Von Erika Feyerabend (Essen), Journalistin und BioSkoplerin

Für eine europäische Premiere hatte die britische Aufsichtsbehörde HFEA im August 2004 gesorgt: Sie erlaubte seinerzeit Reproduktionsmedizinern der Universitäten in Newcastle und in Edinburgh, menschliche Embryonen zu klonen. Nun will sie auch die gezielte »Spende« von Eizellen, Embryonen und Samen für lizenzierte Forschungsprojekte zulassen – zum Beispiel für Klonexperimente.

»Möglicherweise negative Publicity«
Suzi Leather, Chefin der HFEA, stellt die Arbeit der von ihr geführten Behörde so dar: »Wir engagieren uns dafür, einen breiten Konsens zur Embryonenforschung aufrecht zu erhalten, und es ist wichtig, dass wir eine Balance schaffen zwischen dem Schutz von Patienten und den Interessen von Wissenschaftlern.« Ob das in der Öffentlichkeit immer so verstanden wird wie von den MacherInnen gewünscht, bezweifelt zumindest Chris O'Toole, Autor des neuen HFEA-»Authority Papers« zur »Beschaffung von Eizellen und Embryonen für die Forschung«. Jedenfalls schätzt er das »organisatorische Risiko« der neuen Regulierungsvorschläge (Siehe Artikel rechts) so ein: »hoch – möglicherweise negative Publicity«.

Großbritannien gilt als europäisches Eldorado für Reproduktionsmediziner und Embryonenforscher. In den Fertilitätskliniken hat sich die Praxis des »Egg Sharings« seit einigen Jahren etabliert: Frauen, die selbst im Rahmen einer künstlichen Befruchtung (IVF) hormonstimuliert werden, überlassen Eizellen fortpflanzungswilligen Paaren oder – falls die Zellen nicht verwendbar sind – Forschungsprojekten. Im Gegenzug erhalten sie Rabatt für die eigene IVF-Behandlung. Die meisten Eizellen und Embryonen, die in den Laboratorien befruchtet und verbraucht werden, stammen aus dieser Quelle. Aber auch Frauen, die sich sterilisieren lassen, bejahen zuweilen die Anfrage, sich zuvor hormonell stimulieren zu lassen, um während der Sterilisation Eizellen herzugeben. Toleriert wird außerdem der Import von Eizellen, beispielsweise aus Osteuropa, beschafft im Kontext internationaler Eispende-Programme für IVF-Zyklen.

Alle diese Praktiken reichen den beiden Klonzentren in Newcastle und Edinburgh nicht aus. Sie wünschen, dass im Prinzip jede Frau Eizellen für die Forschung liefern darf. Die HFEA wird ihnen wohl erneut folgen. Der HFEA-Ausschuss für Ethik und Recht hat neue Regeln entworfen, die im Mai beschlossen werden sollen; die Behörde hat Zustimmung signalisiert, wünscht aber noch Präzisierungen, etwa zur Frage, wie die Aufklärung potenzieller »Spenderinnen« aussehen soll.


Kommt es zur Neuregelung, wäre in Großbritannien die »Spende« von Eizellen nicht mehr nur im Rahmen medizintechnischer Behandlungen zulässig. Frauen könnten sich dann eigens zu Zwecken der Forschung Eizellen entnehmen

HFEA ist das Kürzel für Human Fertilisation and Embryology Authority. Seit August 1991 beaufsichtigt die HFEA rund 100 Fertilitätskliniken und Zentren für Embryonenforschung in Großbritannien, sie vergibt Lizenzen für Reproduktionsanbieter und Wissenschaftsteams, reguliert die Aufbewahrung und Verwendung menschlicher Keimzellen und künstlich erzeugter Embryonen. Die Mitglieder der HFEA, benannt vom britischen Gesundheitsministerium, sind mehrheitlich ExpertInnen für Reproduktionsmedizin, Gynäkologie und Genetik. Mit von der Partie sind auch der Bioethiker Richard Harris, eine Expertin für Medizinrecht, zwei Finanzberater und ein Kolumnist der Tageszeitung *The Times*. Empfehlungen und Beschlüsse der HFEA stehen auf ihrer Homepage: www.hfea.gov.uk

lassen – für eine Aufwandsentschädigung von zukünftig wohl 250 Pfund. Auf dem Boden der ohnehin schon sehr liberalen Praxis identifizieren die HFEA-ExpertInnen »zusätzliche Quellen«: Import von Embryonen und Keimzellen aus dem Ausland; Abgabe von Keimzellen exklusiv für die Forschung, entweder in Egg-Sharing-Programmen oder über Hormonstimulation gesunder, fruchtbarer Frauen; Verbrauch von fötalem Gewebe, um Eizellen zu produzieren.

Konsequenz aus dem Fall Hwang

Der HFEA-Ausschuss für Ethik und Recht empfiehlt, all diese Möglichkeiten zukünftig zu nutzen. Die Argumentation der Liberalisierer sieht im Kern so aus: Was für Befruchtungsbehandlungen gilt, nämlich dass Eizellen, Samen oder Embryonen importiert, »gespendet« oder mit Preisnachlass für IVF weiter gereicht werden dürfen, das muss auch für fremdnützige Forschungen gelten. Und was in IVF-Zyklen untersagt ist, nämlich das Benutzen von Eierstockgewebe lebender oder toter Frauen oder Föten, soll doch wenigstens dem Erkenntnisfortschritt dienen dürfen.

Die verwegenen Betrugereien des südkoreanischen Stammzellforschers Hwang Woo-Suk scheinen den britischen Klon-Experten und Behörden ihre Zukunftsvisionen nicht zu verdunkeln. Nur dessen Praxis, die eigenen jungen Angestellten zur Abgabe von Eizellen zu bitten, will die HFEA nicht folgen. Ihre Konsequenz: Mitarbeiterinnen dürfen die knappe Forschungsressource nur anderen Teams zur Verfügung stellen, aber nicht den eigenen Vorgesetzten. 

Im Zeichen der IGeL

»Individuelle Gesundheitsleistungen« boomen, doch der Nutzen vieler SelbstzahlerInnen-Angebote ist zweifelhaft

ÄrztInnen bieten zunehmend Untersuchungen, Therapien und Beratungen an, die gesetzlich versicherte PatientInnen aus eigener Tasche bezahlen müssen. Vieles, was im Fachjargon »Individuelle Gesundheitsleistung« (IGeL) genannt wird, ist jedoch umstritten.

Rund eine Milliarde Euro setzen ÄrztInnen hier zu Lande pro Jahr mit IGeL-Leistungen um, schätzt das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO). Die Hochrechnung, die ZahnmedizinerInnen nicht mitzählt, basiert auf einer Befragung von 3.891 Versicherten, die das WIdO gemeinsam mit der nordrhein-westfälischen Verbraucherzentrale initiiert und ausgewertet hat. Fast jede/r vierte Befragte gab an, binnen zwölf Monaten ein IGeL-Angebot erhalten zu haben. Über 300 solcher SelbstzahlerInnen-Leistungen gibt es inzwischen; verkauft wird, was zumindest »ärztlich vertretbar« erscheint.

Die Palette reicht von Vorsorge- und Gesundheitschecks über medizinisch-kosmetische Behandlungen bis zu neuartigen Untersuchungen und Therapien.

Frauen- und AugenärztInnen »igeln« laut WIdO-Studie am eifrigsten: Zehnmal häufiger als AllgemeinmedizinerInnen bieten sie Dienste an, die gesetzliche Kassen nicht bezahlen. Platz drei belegen die UrologInnen, es folgen HautärztInnen und OrthopädInnen. Der IGeL-Löwenanteil entfällt auf Ultraschall, Augeninnendruckmessungen sowie Tests zur Krebsfrüherkennung bei Frauen.

Impfungen vor Fernreisen und Eignungstests auf private Rechnung hält das WIdO für sinnvoll. Ein Großteil der IGeL-Angebote sei jedoch fragwürdig oder medizinisch überflüssig. »Nicht geeignet« seien etwa Ultraschalluntersuchungen der Gebärmutter und Eierstöcke, die viele GynäkologInnen zur Früherkennung von Krebs empfehlen. Zur Kategorie »umstritten« gehört laut WIdO der Test auf PSA-Test, der helfen soll, Prostatakrebs bei Männern aufzuspüren.

Die Autoren der Studie sehen die »Gefahr«, dass sich »igelnde« ÄrztInnen nicht mehr ausreichend auf Heilen und Lindern von Krankheiten konzentrieren, sondern auf die »private Liquidation

von Befindlichkeitsstörungen«. Aber sie lehnen IGeL nicht kategorisch ab. Vielmehr fordern sie »Transparenz und Qualitätssicherung«.

Dies befürworten auch MedizinerInnen. Beim Deutschen Ärztetag im Mai 2005 wurde aggressives IGeL-Marketing ungezählter StandeskollegInnen ebenso beklagt wie die Tatsache, dass mangels Transparenz niemand sagen könne, wie hoch die Komplikationsrate bei IGeL-Angeboten sei. Für Abhilfe machten sich drei DelegiertInnen mit einem Antrag stark. Diejenigen IGeL, die »eigentlich« in den Katalog der gesetzlichen Krankenkassen gehörten, sollten dort auch aufgenommen werden. Dies gelte etwa für umweltmedizinische Beratungen und für das Screening zum Früherkennen des Glaukoms (Grüner Star), das schlimmstenfalls zur Erblindung führen könne. Zudem wurden die Landesärztekammern aufgefordert, zwei lange IGeL-Listen zu erarbeiten: Die eine solle alle sinnvollen und qualitätsgesicherten Leistungen aufzählen. Die andere müsse IGeL benennen, die ohne erkennbaren Nutzen oder gar riskant seien wie Spritzen von Vitamin- und Aufbaupräparaten.

Der Antrag wurde an den Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) überwiesen, »zur weiteren Beratung«. Gleichzeitig legte eine BÄK-Arbeitsgruppe einen Diskussionsentwurf zum Umgang mit IGeL vor, der 2006 beschlossen werden soll. Listen mit empfehlenswerten und sinnlosen Angeboten findet man darin allerdings nicht. Das Papier erinnert aber daran, dass gegen ärztliches Berufsrecht verstößt, wer PatientInnen aus kommerziellen Motiven medizinische Leistungen aufdrängt. Solche Rechtsbrüche scheinen alltäglich zu sein, jedenfalls legt die WIdO-Studie dies nahe: Über 60 Prozent der Befragten gaben an, die angebotene SelbstzahlerInnen-Leistung gar nicht verlangt zu haben.

Ob unlautere Praktiken durch Appelle und Selbstverpflichtungen zu stoppen sind, darf bezweifelt werden. Die Versuchung, im Wartezimmer mit Plakaten, Faltblättern und Videos offensiv für IGeL zu werben, ist groß – schon wegen des ökonomischen Drucks, den inzwischen auch MedizinerInnen spüren.

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

IGeL unter der Lupe

SelbstzahlerInnen-Angebote können Versicherte ganz schön verunsichern. Die gesetzlichen Krankenkassen versprechen ihren Mitgliedern, sie auf Wunsch gratis über IGeL-Offerten zu beraten. »Bewertungen« verbreiteter Leistungen gibt es im Internet auf der Homepage des Medizinischen Dienstes (www.mds-ev.org/index2.html). Dort stehen auch Hinweise auf Quellen und Studien, auf welchen die durchweg kritischen Einschätzungen basieren sollen. Die Studie »Private Zusatzleistungen in der Arztpraxis« kann man für zehn Euro anfordern beim Wissenschaftlichen Institut der AOK, Tel. (0228) 843-393.

Rechtsbrüche scheinen alltäglich zu sein.

»Doing it the Israeli way«

In Israel sind Gentests, künstliche Befruchtung und embryonale Stammzellforschung selbstverständlich

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

Zahlenrekorde

»Es gibt kein anderes Land in der Welt, in dem mehr Gentests und mehr vorgeburtliches Screening durchgeführt werden als in Israel. (...) In Israel gibt es die größte Anzahl von In-vitro Befruchtungen pro Bevölkerungseinheit. Man geht davon aus, dass 3 % aller in Israel geborenen Kinder in vitro befruchtet worden sind. Der nationale Gesundheitsdienst bietet eine kostenlose IVF für alle Frauen für bis zu zwei Geburten. Die Behandlungszahlen in Israel betragen 3.400 pro eine Millionen Einwohner im Vergleich zu 900 in Nordeuropa, 600 in Frankreich und 580 in Großbritannien. Wegen Haushaltsproblemen war beschlossen worden, dass für das erste Kind nur noch fünf Behandlungszyklen gefördert werden sollen und dass die Patientin höchstens 44 Jahre alt sein darf. Aber die öffentlichen Proteste waren so stark, dass der Schatzminister davon abgesehen hat, dies umzusetzen.«

aus einem Vortrag des Arztes und Medizinhethikers Shimon Glick. Der Professor von der Ben-Gurion-University in Beer Sheva äußerte sich im Oktober 2003 bei der Jahrestagung des Nationalen Ethikrates in Berlin. Thema des Treffens: »Der Umgang mit vorgeburtlichem Leben in anderen Kulturen«.

In Israel ist in der Biomedizin manches als selbstverständlich akzeptiert, was anderswo heftig umstritten ist. Die Wiener Politologin Barbara Prainsack sieht die Gründe dafür in der wissenschaftsfreundlichen Tradition des Zionismus und der politischen Bedrohungssituation des Landes. Auch religiöse Traditionen und die Erfahrung des Holocaust spielen eine Rolle.

Derzeit hält man das Klonen von Menschen zwar für unverantwortlich, weil in Tierexperimenten die meisten Föten und bisweilen auch die schwangeren Weibchen sterben. Prinzipiell haben israelische Bioethiker aber keine Einwände gegen das Klonen, sofern es eines Tages sicher funktionieren sollte. Lediglich das Verfahren sei vollkommen neu, nicht aber sein Ergebnis, sagt der Tel Aviver Philosoph Asa Kasher, einer der führenden israelischen Ethikexperten. Der Klon sei kein neuartiges Wesen, sondern lediglich ein Mensch mit den gleichen Genen wie ein anderer. Auch die israelische Feministin Carmel Shalev sieht keine Probleme: »Warum sollte Klonen nicht als eine Methode der Unfruchtbarkeitsbehandlung in Erwägung gezogen werden?«

Technikkritische Stimmen fehlen in Israel weitgehend. Ob Eizellspende, Leihmutterchaft oder postmortale Spermaspender, durch die eine Frau zu einem Kind ihres verstorbenen Mannes kommen kann – was der Fortpflanzung dient, ist gesellschaftlich akzeptiert. Israel hat die weltweit größte Dichte an Kliniken zur Behandlung von Unfruchtbarkeit – eine pro 250.000 Einwohner; in den USA kommt ein Krankenhaus auf eine Millionen Menschen. Die In-vitro-Fertilisation (IVF) ist ein Massenphänomen, auch jüngere Frauen nehmen sie in Anspruch. Schon wenn eine Frau drei Monate lang vergeblich versucht hat, schwanger zu werden, kann die Behandlung beginnen. In anderen Ländern stellen ÄrztInnen nach so kurzer Frist noch nicht die Diagnose »Unfruchtbarkeit«. Israels nationale Gesundheitsversicherung finanziert IVF-Behandlungen

großzügig, bis zum zweiten Kind, selbst wenn ein Paar bereits Kinder aus früheren Beziehungen hat. Auch alleinstehende Frauen werden bei ihrem Wunsch nach einem Kind unterstützt. Der Staat bezahlt ihnen die künstliche Befruchtung im Rahmen der Samenspende.

Die Wiener Politologin Barbara Prainsack, die sich intensiv mit Biomedizin in Israel beschäftigt hat, sieht einen möglichen Grund im gesellschaftlichen Wert der Mutterschaft. Er sei in Israel so unumstritten, »dass fast jedes Mittel der Infertilitätsbehandlung oder -beseitigung den Zweck heiligt«. Wurzeln liegen in der religiösen Tradition. Das Gebot der Thora »Seid fruchtbar und mehret euch« ist für einen gläubigen jüdischen Mann bindend und wirkt auch in den säkularen Teil der Gesellschaft. Keine biologischen Nachkommen zu haben, gilt als großes Unglück. Während es in anderen westlichen Staaten durchaus akzeptiert ist, wenn eine Frau keine Kinder will, seien Frauen ohne

Wird in Israel eine neue Technik verfügbar, untersucht man nicht zunächst die Risiken, sondern geht davon aus, dass sie zugelassen werden muss.

Kinder in Israel sozial isoliert, sagt Prainsack. Der israelische Pro-Natalismus ist aber auch eine Reaktion auf die Bedrohungssituation des israelischen Staates.

»Wir sind Überlebende«, sagt der Bioethiker Kasher. Die Erfahrung des Holocaust und das demografische Ungleichgewicht zwischen Juden und Arabern in der Region führen dazu, dass viele Kinder als Garant für Überleben betrachtet werden.

Genetisches Testen rund um Schwangerschaft und Geburt ist in Israel weit verbreitet. Eine israelische Frau absolviert während ihrer Schwangerschaft bis zu zehn genetische Tests. Wer darauf verzichtet, gilt als »primitiv«. Die Präimplantationsdiagnostik (PID) ist erlaubt und unumstritten. Bei der PID werden Embryos eines erblich vorbelasteten Paares im Reagenzglas auf mögliche Schäden untersucht, um der Frau anschließend nur Exemplare einzupflanzen, die als gesund gelten. Da Embryos außerhalb des Mutterleibs nach jüdischem Verständnis nicht als Träger von Menschenwürde gelten, gibt es keinen moralischen Konflikt, wenn sie aussortiert →

→ werden. Zudem besteht außerhalb streng orthodoxer Kreise ein weitgehender gesellschaftlicher Konsens, dass die PID Leiden verhindern helfe, indem behinderte Kinder erst gar nicht geboren werden. »Niemand würde eine Frau dafür loben, dass sie ein Down-Syndrom Kind zur Welt bringt, weil es als Belastung für die Frau, die Familie und die Gesellschaft gesehen wird«, sagt Prainsack. Etwas anders sei es, wenn solche Kinder einmal da seien. »Dann verdienen sie den Respekt und

Mensch geradezu aufgefordert, die Schöpfung zu verbessern. In Alt-Europa hat es Tradition, am Fortschritt zu zweifeln, selbst wenn sich angelsächsischer Pragmatismus zunehmend durchsetzt. Israel hingegen ist durch eine uneingeschränkt zustimmende Haltung zu Wissenschaft und Technik geprägt. Das hat laut Barbara Prainsack auch mit der zionistischen Überlieferung zu tun. In der Vision des Judenstaats von Theodor Herzl spielten Wissenschaft und Technik eine

Kooperationen in Zeiten der Transnationalisierung

»Eine Analyse der Kooperationen deutscher Stammzellforscher zeigt seit Beginn dieses Jahrzehnts eine verstärkte Häufung gemeinsamer Projekte mit Instituten, in denen embryonale Stammzellforschung weniger beschränkt wird, beispielsweise Israel und Großbritannien. (...) Befragungen zeigen, dass deutsche Stammzellforscher Forschungsaufenthalte im Ausland zur Durchführung von Arbeiten nutzen, die in Deutschland nur eingeschränkt möglich sind. Diese Indizien lassen eine Ausweitung transnationaler Publikationsaktivitäten im Verlauf dieses Jahrzehnts erwarten.«

Erläuterungen des Leipziger Ökonomieprofessors Rüdiger Wink in seinem Aufsatz »Integrität humangentechnischer Forschung in Zeiten der Transnationalisierung«. Sein Aufsatz erschien im Jahrbuch 2005 (S. 135-147) der Gesellschaft für Wissenschaftsforschung, herausgegeben von Klaus Fischer und Heinrich Parthey.

Stammzellen aus Haifa für deutsche ForscherInnen

Eine bemerkenswerte Abteilung der Technischen Universität von Haifa ist das Rambam Medical Center. Denn dort lagert eine Ressource, die ForscherInnen diverser Länder begehren: Stammzellen aus menschlichen Embryonen, die bei künstlichen Befruchtungen entstanden sind, aber nicht in die Gebärmutter von Frauen mit Kinderwunsch implantiert wurden. Leiter des nordisraelischen Labors ist der Gynäkologe Joseph Itskovitz-Eldor. Der Professor gilt in Fachkreisen als Pionier. Vor fünf Jahren hatte er glaubhaft berichtet, ihm sei es gelungen, aus embryonalen Stammzellen Insulin produzierende Zellen zu züchten.

Zur Rambam-Kundschaft zählen auch die deutschen Professoren Oliver Brüstle (Bonn) und Wolfgang-Michael Franz (München) sowie Dr. Iduna Fichtner vom Berliner Max-Delbrück-Centrum. Allesamt haben sie die behördliche

Genehmigung erhalten, Stammzellen aus Haifa zu importieren – Brüstle übrigens gleich dreimal. Der Neuropathologe hat reichlich Bedarf. Denn er forscht nicht nur an der Bonner Universität, sondern führt auch die Geschäfte des Unternehmens Life & Brain GmbH, das ebenfalls Stammzellen nutzt.

Seit Dezember 2002 bewilligte das Robert-Koch-Institut (RKI) insgesamt 15 Anträge auf Einfuhr von embryonalen Stammzellen nach Deutschland; ob die Behörde auch ablehnende Bescheide verschickt hat, ist unbekannt. Ausweislich des RKI-Registers forschen alle deutschen Projekte mit Stammzellen aus Madison aus dem US-Staat Wisconsin. Fünf dieser Projekte nutzen außerdem Stammzellen aus Haifa. Weitere Bezugsquellen liegen in Singapur, Göteborg und Athens im US-Staat Georgia.

Klaus-Peter Görlitzer 

die Unterstützung der Gesellschaft.« Selbst die Sprecher israelischer Behindertengruppen seien für vorgeburtliches Testen und selektive Abtreibung, sagt der Tel Aviver Soziologe Aviad Raz.

In Israel ist es auch erlaubt, an Embryonen zu forschen. Da man sich von den Experimenten medizinischen Nutzen verspricht, wird die embryonale Stammzellforschung sogar als moralische Pflicht verstanden. Benutzt werden ausschließlich Embryonen, die bei der künstlichen Befruchtung übrig bleiben. Diese Einschränkung habe nichts mit einer Form des Respekts vor dem Embryo zu tun, sondern mit einem religiösen Verbot, so Prainsack: Das Spermium des Mannes darf nicht zu Zwecken verwendet werden, die keinen Zusammenhang mit Fortpflanzung haben.

Doch auch Klonen zu Forschungszwecken ist prinzipiell erlaubt. Der Einwand, der Mensch dürfe nicht in die Schöpfung eingreifen und sich die Rolle Gottes anmaßen, lässt sich aus der jüdischen Religion nicht ableiten, im Gegenteil: Durch seine Ebenbildlichkeit zu Gott ist der

wichtige Rolle; sie sind ein Mittel, um das gelobte Land für die Juden fruchtbar und bewohnbar zu machen. Wissenschaft und Technik sind zudem die Güter, die den Juden auch während jahrhundertelanger Verfolgung nicht genommen werden konnten.

Wird in Israel eine neue Technik verfügbar, untersucht man nicht zunächst die Risiken, sondern geht davon aus, dass sie zugelassen werden muss, es sei denn, es gäbe gewichtige Gründe, sie zu verbieten. »Doing it the Israeli way – es auf die israelische Weise tun« ist laut Prainsack eine häufig gebrauchte Wendung unter israelischen Bioethikern geworden. Zwar sei man durchaus besorgt, wie das Ausland auf die Technikfreundlichkeit in Israel blicke. Zugleich verwahre man sich aber selbstbewusst gegen Einmischung: »Furchtlosigkeit gegenüber Kritikern von außen, welche die Beschäftigung mit den Gefahren der modernen Forschung und Technologie energisch einmahnen, wird zur Überlebensstrategie.« 

Vorschau

Themen im Juni 2006

- ◆ *Schwerpunkt
Leben mit Demenz*
- ◆ *Gesundheitsmarkt
Geschäftsfeld Klinik*
- ◆ *Biomedizin und Recht
Strapazierte Regeln*

Veranstaltungstipps

Fr. 7.4., 11 Uhr und 13.30 Uhr
Düsseldorf (Monsanto und Landtag)

◆ **»Stopp die Grüne Gentechnik!«**
Demonstration

Die Aktion richtet sich gegen das aggressive Verbreiten der Agro-Gentechnik durch Konzerne wie Monsanto und Bayer. Die Auftaktkundgebung startet um 11 Uhr bei Monsanto, Treffpunkt ist die Haltestelle Mörsenbroicher Ei, Vogelsanger Weg 100. Anschließend zieht der Demozug weiter bis zum Landtag, wo er um 13.30 Uhr eintreffen soll. Die Demo, unterstützt von zahlreichen Organisationen, bildet den Auftakt zum weltweiten Protesttag gegen genveränderte Organismen.

Do. 20.4. – Sa. 22.4.
Bonn (Ev. Akademie, Mandelbaumweg 2)

◆ **»Brainstorming – Alles nur Neuronen?«**
Tagung

Ergebnisse der Neurowissenschaften scheinen Grundannahmen unserer Kultur in Frage zu stellen. Ist der Mensch etwa nur ein Bündel von neuronalen Netzwerken? Hat er überhaupt einen freien Willen? Die Tagung untersucht, welche praktischen Folgen die Behauptungen mancher Neurowissenschaftler haben können. Neben Vorträgen und Arbeitsgruppen ist ein Besuch in einem neurobiologischen Labor geplant. Infos und Anmeldung bei Dr. Frank Vogelsang, Telefon (0228) 95 232 00

Fr. 5.5. – So. 7.5.
Iserlohn (Haus Ortlohn, Berliner Platz 12)

◆ **»Wie lässt sich Nanotechnologie zukunfts-fähig gestalten?«**

Tagung

Nanotechnologie wird anwendungsorientierte Wissenschaften und die Medizin revolutionieren – behaupten jedenfalls diverse ExpertInnen und PolitikerInnen. Was von solchen Versprechen zu halten ist, diskutiert die Tagung, gemeinsam veranstaltet vom wissenschaftlichen Beirat des Bundes für Umwelt und Naturschutz und der evangelischen Akademie Iserlohn.

Infos und Anmeldung bei: Ulrike Neuhaus, Telefon (02371) 35 21 45

Di. 9.5., 16-19 Uhr
Berlin (Institut Mensch, Ethik, Wissenschaft-IMEW, Warschauer Str. 58a)

◆ **»Geschenktes Leben«**
Vorträge mit Diskussion

Um Organtransplantationen drehen sich zwei Vorträge am Berliner Ethik-Institut. Der Berner Psychiater Alexander Wopfner beleuchtet »moralische Konflikte« bei der Annahme einer »Lebendorganspende« und will zeigen, »wie die Ethik helfen kann«. Die Göttinger Ethnologin Vera Kalitzkus erläutert anhand eigener Studien, wie Angehörige von OrgangeberInnen und -empfängerInnen eine Transplantation erleben.

Infos und Anmeldung bei Frau Entezami, Telefon (030) 29 38 17 70

Do. 18.5., 16-18.30 Uhr
Hamburg (Universitätskrankenhaus Eppendorf, Seminarraum der Frauenklinik, Martinistr. 52)

◆ **»Die elektronische Gesundheitskarte«**
Vorträge mit Diskussion

Datenschutz, PatientInnenrechte, Kontrolle – das sind die Schwerpunkte der Veranstaltung, die über die geplante neue »Gesundheitschipkarte« informiert und im Rahmen der Reihe »Ethische Konflikte im ärztlichen Entscheiden und Handeln« stattfindet. ReferentInnen sind Dr. Hans-Joachim Menzel von der Hamburger Datenschutzbehörde und *BIOskop*-Redakteur Klaus-Peter Görlitzer.

Fr. 19.5., 18-20.30 Uhr – Sa. 20.5., 9.30-18 Uhr
Düsseldorf (Haus der Kirche, Bastionstraße 6)

◆ **»(Un)geregelter Tod«**

Tagung

Die Euthanasie-Debatte im Schatten neoliberaler Entwicklungen im Gesundheitswesen analysiert die Tagung, die auch menschliche Alternativen zur »Sterbehilfe« aufzeigen wird. Veranstalterin ist die Arbeitsstelle Neonazismus der Fachhochschule Düsseldorf, Kooperationspartner sind das evangelische Familienbildungswerk, die Hospizvereinigung Omega und *BioSkop*. ReferentInnen sind u.a. Inge Kunz (Omega), Bettina Rudhoff (Kunsthistorikerin und Innenarchitektin), Oliver Tolmein (Rechtsanwalt), Erika Feyerabend (*BioSkop*).

Infos und Anmeldung bei Heidi Schmitz, Telefon (0211) 81 14 625

BIO SKOP

Ja,

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

Name

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

