

BIO SKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

13. Jg. • Nr. 49 • März 2010

Fragile Leibordnungen

Von Erika Feyerabend

Biomedizinische Versprechen sind mittlerweile vielerorts bekannt. Transplantationsmedizin und pharmakologische Innovationen sollen das Leben länger und qualitätsvoller machen, Reproduktionsangebote den Nachwuchs defektfrei, die verschiedenen Sparten der Wellness- und Wunschmedizin die Körper ästhetisch und leistungsgerecht aufrüsten. Vieles, was im Gesundheitswesen privat und öffentlich angeboten wird, hat schon längst das Revier der Heilungsabsichten verlassen. Heute machen nicht mehr nur Kleider Leute, sondern auch Körper.

Sicher, es gibt auch Skepsis, ob all das möglich und unter Inkaufnahme welcher Folgen wünschenswert ist. Eine neue Studie der dänischen Universität Aarhus beispielsweise belegt gravierende Fehlschläge der Reproduktionsmedizin. Am Ende der ohnehin oft misslungenen Versuche mit künstlichen Befruchtungen stehen – im Vergleich zur technikfreien Schwangerschaft – allzu oft weder eine glückliche Mutter, noch ein perfektioniertes Kind. Die Rate der Fehlgeburten ist höher, die Kinder sind untergewichtig, unreif und mit verschiedensten Einschränkungen behaftet. Alles Mögliche wird verdächtigt, den außerhalb des Mutterleibs fabrizierten Embryo zu schädigen: Labormilieu, Petrischale und Nährlösungen scheinen dem Aufenthalt im Frauenleib um einiges nachzustehen. Auch die Erwartung, es seien vor allem die moderne Medizin und damit verbundene, persönliche Verhaltensanweisungen, die Krankheiten heilen und verhüten können, ist trügerisch.

Ein öffentliches Register über Ergebnisse und Misserfolge klinischer Studien gibt es nicht. ExpertInnengremien, die Leitlinien zur Behandlung bestimmter Krankheiten erstellen und GesundheitspolitikerInnen beraten, sind von ökonomischen Interessenkonflikten durchzogen (Siehe Seite 8). Die Versorgung im Krankenhaus richtet sich eher nach vorab kalkulierten Umsätzen und »budgetneutralen« Behandlungskonzepten als nach individuellen Bedürftigkeiten (Seite 6). Wohl und Wehe unseres Körpers hängen ohnehin mehr von anderen Einflüssen ab: von schlichter Armut, unsicheren Lebenslagen, stressigen Arbeitsbedingungen, die zunehmend nur noch mit Medikamenten ertragen werden können.

Warum wird dennoch eher hartnäckig auf die biomedizinische Offerten gesetzt – individuell wie gesellschaftlich? Ist der eigene Leib, wie der Philosoph Edmund Husserl schrieb, ein »Ding besonderer Art«, das sich als eigensinnig erweist, gegenüber biomedizinischen Modellen und Optimierungsvorhaben? Ist der Körper auf Dauer nur begrenzt dienstbar zu machen für gesellschaftliche Leistungsanforderungen? Gibt es »natürliche« oder »gespürte« Barrieren, die Kontroll- und Verwertungsambitionen trotzen?

Bitte weiter lesen auf der nächsten Seite

mit newsletter
Behindertenpolitik

BIO SKOP Schwerpunkt

Leitlinien, ExpertInnen und Interessenkonflikte

| | |
|--|----|
| Register über Meinungsbildner fehlen..... | 8 |
| Ungleiche Partner..... | 9 |
| Gendiagnostik-Kommission: Viele Fragen, kaum Antworten, wenig Transparenz..... | 10 |

Patientenverfügungen

| | |
|-----------------------|---|
| Geschützte Marke..... | 3 |
|-----------------------|---|

Sterbebegleitung

| | |
|--------------------------------------|---|
| Ehrenamt – keine Dienstleistung..... | 5 |
|--------------------------------------|---|

Gesundheitsökonomie

| | |
|-----------------------------------|---|
| Kalkulationen im Krankenhaus..... | 6 |
|-----------------------------------|---|

Forschung am Menschen

| | |
|---------------------------------------|----|
| Transplantationsstudien in China..... | 12 |
| Mit Volkes Stimmen..... | 13 |

Transplantationsmedizin

| | |
|-----------------------------------|----|
| Kompliziert gesponnenes Netz..... | 14 |
| Ins Gefängnis?..... | 15 |

Weitere Themen

| | |
|--|----|
| Initiative für transparente Krankenkassen..... | 11 |
| BioSkop braucht Unterstützung!..... | 2 |
| Pillen-Checker.de..... | 11 |
| Interessante Veranstaltungen..... | 16 |
| Wunschzettel..... | 16 |
| BIO SKOP im Juni 2010..... | 16 |

Impressum

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,
Jan Kuhlmann, Inge Kunz, Heinrich Lang.

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

Fragile Leibordnungen

Fortsetzung von Seite 1 →

BioSkop braucht Unterstützung!

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

BioSkop-Spendenkonto:
555988-439 bei der Postbank Essen (BLZ 360 100 43)

Die Zeiten einer fraglosen, natürlichen Ordnung, auf die man sich verlassen kann, sind vorbei. Der gespürte Leib ist so wenig aus einem Guss wie der erfahrbare Körper. Beides entsteht im Schmelztiegel des sozialen Lebens.

Auch wenn besonders in Körperbelangen das individuelle, eigene, authentische Empfinden oder das vernunftbetonte, selbstbestimmte Wollen stark gemacht wird: Spüren und Autonomie gibt es nur im Kontext einer sozialen Welt, die keinen einzelnen Urheber kennt und die wir auch nicht »gewählt« haben. Erst in dieser Welt entsteht das, was ich meinen eigenen Körper und mein Selbst nenne.

Bestes Beispiel ist die lang währende, abendländische Überzeugung, dass sich ein »höherwertiger Geist« vom »profanen Körper« unterscheiden lasse. In der alltäglichen Deutungspraxis ist genau diese Vorstellung ein gewichtiges Einfallstor für Technologien aller Art, die kontrollierend, (auf)wertend die Körper regieren sollen. Über das so genannte Neuroenhancement, das Gehirne durch Einnehmen von Medikamenten dopen soll, erfassen sie mittlerweile auch den Geist.

Hier die Unmittelbarkeit eigenleiblichen Spürens gegen die empirische Betrachtung des Körpers zu stellen, ist nicht nur erschlichen, denn schon das Nachdenken und Sprechen über diesen Leib ist ja weder unmittelbar noch ursprünglich. Zurück bliebe außerdem nur noch isolierte Selbstsuche, eine Leibessphäre als Reservat oder Arche Noah im Strom technologischer Aufrüstungen und wissenschaftlicher Reden. Es gibt keinen Zufluchtsort in uns – wohl eher ein »Niemandland«, in dem Kultur und Natur durchlässig und das »Rätsel des Leibes« wach und ungelöst bleibt, wie es der Philosoph Bernhard Waldenfels einmal formuliert hat.

Die ganze Aufregung um Körper und Leib ist ohnehin alles andere als selbstbezüglich. Es geht ums Begehren und um Anerkennung von und vor anderen. Wer wird nach welchen körper-ästhetischen, intellektuellen, gesundheitlichen oder geschlechts- und altersbezogenen Normen anerkannt?

Ein fragwürdiges Modellprojekt unter Federführung der Universität Düsseldorf legt nahe, sich der drohenden Missachtung eines pflegebedürftigen Lebensabends durch »selbstgewählten« Behandlungsabbruch im Altenheim zu entziehen (Siehe Seite 3). Der Pharmakonzern Roche macht sich für eigene Umsätze und Forschung offenbar zunutze, dass Gefangene in China jeder – auch der minimale biologische – Lebenswert abgesprochen wird, und sie nach der Hinrichtung als bloße Organressource behandelt werden (Seite 12). In der Schweiz wurde kürzlich per Mehrheitsbeschluss entschieden, dass Kinder, geistig behinderte und demenzkranke Menschen künftig für fremdnützige Forschungsprojekte zur Verfügung stehen sollen (Seite 13). Eine bundesdeutsche Kommission zur genetischen Diagnostik dient kaum dem Nachdenken, wie das Leben von Menschen mit Behinderungen gedeihen kann, sondern eher dem Ziel, es zu verhindern (Seite 10). Unter weitgehend intransparenten Konditionen werden im deutschen Transplanta-

Trotz geltender Körpernormen und Aufrüstungstechnologien erweist sich unsere physische Existenz immer wieder als verletzlich, endlich, bedürftig, normwidrig, eigensinnig.

tionswesen (Über-)Lebenschancen zugeteilt. Öffentlich betrauert wird das damit verbundene Sterben hirntoddiagnostizierter Menschen nicht. Ihre Existenz wird dann anerkannt, wenn sie Organentnahmen zuträglich ist (Seite 14). Und auch das bürgerschaft-

liche Engagement von HospizhelferInnen wird nicht voraussetzungslos begrüßt. Es muss durch das Nadelöhr institutioneller und professioneller Anerkennung (Seite 5).

Diese Realitäten sind nicht in Stein gemeißelt. Trotz geltender Körpernormen und Aufrüstungstechnologien erweist sich unsere physische Existenz immer wieder als verletzlich, endlich, bedürftig, normwidrig, eigensinnig. Ob wir auch jenseits auferlegter Ideale anerkannt sind, das ist sozial geschaffen und vermittelt.

Deshalb bedarf es Schutzzonen im öffentlichen und privaten Bereich, ausgestattet mit institutionellen Mitteln und rechtlichen Sanktionen. Und es bedarf einer politisch gedeuteten Phantasie, die es ermöglicht, an der Schwelle zwischen Körper und Leib, Natur und Gesellschaft mal verunsichert, mal beherzt die Fragen nach dem menschlichen Maß und dem Zusammenleben jenseits eingebürgerten Wissens und gesellschaftlichen Üblichkeiten zu stellen. Immer wieder neu.

Geschützte Marke

Ein Modellprojekt erprobt, wie man BewohnerInnen von Altenheimen zu Vorausverfügungen motivieren kann

Schriftliche Vorausverfügungen, die einen Therapieabbruch für den Fall späterer Nichteinwilligungsfähigkeit verlangen, sind seit September 2009 im Prinzip gesetzlich verbindlich. Doch niemand ist verpflichtet, eine »Patientenverfügung« zu verfassen; weder Kliniken noch Pflegeheime dürfen verlangen, dass ein kranker oder alter Mensch eine derartige Erklärung vorlegt. Gleichwohl bezahlt das Bundesforschungsministerium eine Studie, die erprobt, wie geschulte BeraterInnen möglichst viele HeimbewohnerInnen zum Abfassen einer Vorausverfügung bewegen können. Im Fokus stehen vor allem Menschen mit Demenz – und deren rechtliche VertreterInnen.

Die selbst ernannte »Bundeshauptstadt der Energie« heißt Grevenbroich und liegt im Rhein-Kreis Neuss. 65.000 Menschen leben hier, neben der größten Braunkohlelagerstätte Europas. Mit dem »pfiifigen Slogan« wirbt die Stadt, um sich »im Wettbewerb der Kommunen um neue Investoren besser zu positionieren«.

In Grevenbroich wirtschaften aber nicht nur Energie-, sondern auch Gesundheitsunternehmen: ein Kreiskrankenhaus, Rettungsdienst, diverse HausärztInnen, vier Altenheime. Und die beteiligen sich seit Anfang 2009 an einem Modellprojekt, initiiert von ForscherInnen aus dem benachbarten Düsseldorf und dem fernen Augsburg. »beizeiten begleiten®« nennen die MacherInnen ihre »kontrollierte Interventionsstudie«, deren Ziel es laut Projektleiter Jürgen in der Schmitt ist, AltenheimbewohnerInnen »durch Beratung und Entwicklung valider Patientenverfügungen die Teilhabe an künftigen Behandlungsentscheidungen zu ermöglichen«.

Beraten darf allerdings nur, wer zuvor durch die Projektverantwortlichen intensiv geschult worden ist. Federführende Ausbilderin ist, neben Allgemeinmedizinerin in der Schmitt (Uni Düsseldorf), die Juristin Sonja Rothärmel (Augsburg), bekanntester Kooperationspartner ist der Medizinethiker Professor Georg Marckmann (Tübingen), der auch »kostensensible Leitlinien« zur »ethisch vertretbaren Rationierung« im Gesundheitswesen entwickelt.

35 HeimmitarbeiterInnen – überwiegend Pflegekräfte, auch SozialarbeiterInnen – hätten sich bisher zu Vorsorgebegleitern weiterqualifiziert, sagt Rothärmel; die Fortbildung, immerhin fünfzig Stunden, sei kostenfrei, erfolge aber während der Arbeitszeit. »Wir konnten die Heimleitungen überzeugen, dass sich diese Zeit rechnet«, erläutert Rothärmel, »wenn ein Mensch gut geplant sterben kann, kann auch sehr viel negative Energie und Zeit gespart werden.«

Die BegleiterInnen sollen aktiv auf die BewohnerInnen zugehen. Plakate und Falblätter machen auf ihre kostenlose Beratung aufmerksam, mit Überschriften wie »Ich möchte gerne in Würde leben. Bis zuletzt«. Schriftliche Grundlage von »Vorsorgeplanung« und Beratungsgesprächen sind »aussagekräftige Patientenverfügungen eines neuen Typs«, alle im Projekt eingesetzten Vordrucke tragen das unverwechselbare Logo von beizeiten begleiten®.

Ankreuzbare Alternativen

Die Musterverfügungen umfassen mehrere DinA-4-Seiten; sie schildern verschiedene Situationen, skizzieren Krankheiten und geben vor, dass man eine der vorgefertigten Antworten ankreuzen soll. Für den Fall »dauerhafter Unfähigkeit, selbst zu entscheiden« – etwa aufgrund fortgeschrittener Demenz oder schwerer Schädel-Hirn-Verletzungen – kann man in der Patientenverfügung zum Beispiel markieren, dass man »jegliche lebensverlängernde Behandlung einschließlich künstlicher Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr« ablehne. Man kann aber auch erklären, einverstanden zu sein »mit intensiv- und notfallmedizinischen Maßnahmen, ungeachtet eventuell geringer Erfolgsaussichten«. Dann stimme man auch zu, eine PEG-Sonde »zur dauerhaften Ernährung« anlegen zu lassen.

Für den Fall, dass die Entscheidungsunfähigkeit plötzlich eintreten sollte, verursacht etwa durch Schlaganfall oder Herzversagen, haben sich die beizeiten begleiten®-MacherInnen ein weiteres Dokument einfallen lassen: die »Hausärztliche Anordnung für den Notfall« (HANo). Sie ergänzt die Patientenverfügung und lässt sechs Ankreuzmöglichkeiten zu. Variante A fordert »Uneingeschränkte Notfall- und Intensiv-

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

Nebeneffekte

»beizeiten begleiten® be- zweckt als wichtigen Nebeneffekt eine höhere berufliche Zufriedenheit durch **Entlassung der Hausärzte** und **Pflegenden von der undankbaren Aufgabe, in Unkenntnis des Patientenwillens kritische Entscheidungen treffen zu müssen.**«

aus einem Schreiben des beizeiten begleiten®-Projektleiters Jürgen in der Schmitt, mit dem er Grevenbroicher MedizinerInnen zu einer 5-stündigen Fortbildung »Hausärztliche Validierung von Patientenverfügungen« einlud. Die Fortbildung, angesetzt am 13. Februar 2009 im Kloster Langwaden, qualifiziere zur Teilnahme am Modellprojekt und berechtige beratende HausärztInnen »künftig zur Liquidation über Projektkosten«.

Fortsetzung nächste Seite →

Fortsetzung von Seite 3 →

Einmischung möglich

»Pflegerkräfte erleben Menschen mit Demenz oder im Koma oft intensiver als Angehörige, Ärzte und Betreuer. Laut Gesetz müssen Pflegenden aber nicht gehört werden, wenn es gilt, eine Vorausverfügung auszulegen oder den mutmaßlichen Willen des Betroffenen zu erkunden. Mediziner können das Personal anweisen, zum Beispiel die Ernährung per Sonde zu unterlassen, falls ein Bevollmächtigter des Patienten sowie der behandelnde Arzt dies einvernehmlich beschlossen haben. Dennoch haben auch Pflegenden in Heimen die Möglichkeit, eine Überprüfung beim Betreuungsgericht anzuregen, falls sie bezweifeln, dass im Sinne des Patienten entschieden wurde.«

aus dem Faltblatt »Patientenverfügungen – Hilfreiche oder gefährvolle Vorsorge?«, im Herbst 2009 herausgegeben von der Hospizvereinigung Omega und BioSkop. Das Faltblatt gibt es gratis, bitte anfordern bei BioSkop, Telefon (0201) 5366706, info@bioskop-forum.de

therapie mit dem Ziel der Lebensverlängerung, einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung«. Variante C schließt im Notfall jede »lebensverlängernde Therapie« aus – sowohl stationär als auch ambulant. Die – differenzierten – B-Alternativen listen Vorabverzicht auf bestimmte »lebensverlängernde Therapien« auf, wobei die Herz-Lungen-Wiederbelebung stets ausgeschlossen wird.

Stempel vom Hausarzt

HANNo und Patientenverfügung müssen von mehreren Personen unterschrieben sein: Der Patient drückt so seinen »Behandlungswillen« aus. Sein Angehöriger bestätigt, dass er die HANNo »zustimmend zur Kenntnis« genommen hat. Der im Projekt geschulte Begleiter zeichnet, dass er den Entscheidungsprozess unterstützt hat. Und der ebenfalls von beizeiten begleiten® fortgebildete Hausarzt erklärt per Praxisstempel und Unterschrift, dass der Betroffene bzw. sein Vertreter beim Abfassen der Erklärungen sowohl einwilligungsfähig war als auch tatsächlich verstanden habe, welche therapeutischen Konsequenzen mit seinen Festlegungen verbunden sein werden. Basis dieser Einschätzungen ist ein Beratungsgespräch mit den Betroffenen. Der validierende Arzt soll pro Bewohner eine Aufwandsentschädigung von 40,23 Euro aus Projektmitteln erhalten – Finanzier der gesamten Studie ist das Bundesforschungsministerium, das dafür fast 500.000 Euro ausgibt.

Das Original der HANNo wird im Heim im Bewohnerordner abgelegt, der Hausarzt verpflichtet sich, eine Kopie aufzubewahren. Von der HANNo soll, so ihre EntwicklerInnen, »im Notfall eine klare Botschaft« ausgehen: Die Vorgaben seien für jedermann rechtlich verbindlich – für die Nachschwester im Heim ebenso wie für MitarbeiterInnen von Rettungsdienst, ärztlichem Bereitschaftsdienst und dem Grevenbroicher Krankenhaus.

Neuartige »Vertreterverfügung«

Laut Juristin Rothärmel unterstützen derzeit sieben HausärztInnen in Grevenbroich aktiv das Projekt. Wie viele der über 500 BewohnerInnen der vier beteiligten Altenheime eine Patientenverfügung welchen Inhalts unterschrieben haben, wollen die ForscherInnen voraussichtlich im Oktober bekannt geben, im März 2011 soll die erste Phase des Projekts abgeschlossen sein.

Womöglich veröffentlichen sie dann auch das Muster einer neuartigen Willenserklärung, die in den Modellheimen ebenfalls kursiert, aber mit-

nichten im Gesetz steht: die sogenannte »Vertreterverfügung«. Sie wird Bevollmächtigten und Betreuern angeboten, deren Schutzbefohlene nicht mehr in der Lage sind, selbst einzuwilligen, vor allem Menschen mit Demenz. Der Vordruck gleicht in weiten Teilen dem Formular zur Patientenverfügung, auch die weit reichende HANNo ist integriert. Aber einen grundlegenden Unterschied gibt es: Hier wird ein »legaler Stellvertreter« ermächtigt, den »mutmaßlichen Willen« des Patienten im Voraus zu erklären und so vorab zu bestimmen, ob und wie der Bewohner in einem möglichen Notfall behandelt werden soll. Dieses neue Schriftstück diene der Vorsorgeplanung und soll »PflegerInnen und Ärzten erleichtern, soweit als möglich im Sinne des Betroffenen zu handeln«, heißt es dazu im einleitenden Abschnitt »ethisch-rechtliche Grundlagen«.

Die ForscherInnen sind zuversichtlich, dass sie in den vier Grevenbroicher Heimen erheblich mehr Vorausverfügungen werden zählen können als in der »Kontrollregion«. Gemeint sind zwei benachbarte Städte, wo zehn vergleichbare Heime liegen, in denen eine beizeiten begleiten®-Beratung aber bewusst nicht stattfindet.

Vorsorgliche Registrierung

Perspektivisch soll sich das nach dem Willen der Projektverantwortlichen sehr ändern, sie träumen davon, ihr Konzept beizeiten überall im Lande anzubieten. Eine wesentliche Vorsorge dafür haben die federführenden Universitäten Düsseldorf und Augsburg jedenfalls schon getroffen: Sie haben sich den Namen beizeiten begleiten® und das dazu gehörende Logo markenrechtlich schützen lassen. Unter Nummer 302009008497 ist die Marke seit dem 8. Juli 2009 im Register des Deutschen Patent- und Markenamts (DPMA) eingetragen; der Markenschutz endet im März 2019, eine Verlängerung um weitere zehn Jahre ist grundsätzlich möglich.

Eine Marke ist nützlich für Geschäftsleute, sie kennzeichnet Produkte und Dienstleistungen. Und sie »ermöglicht die Unterscheidung von Konkurrenzangeboten«, erläutert das DPMA. Dem Inhaber biete sie ein »ausschließliches Recht« und damit die Option, sich gegen unerlaubte Nachahmung zu wehren – notfalls mit Forderungen von geldwertem Schadensersatz. Der Schutz für die Marke beizeiten begleiten® erstreckt sich laut DPMA-Register auf zahlreiche Waren und Dienstleistungen, darunter Lehr- und Unterrichtsmittel, Unternehmensberatung und Erstellen von Pflege- und Behandlungsplänen.



Ehrenamt – keine Dienstleistung

Problematische Vereinbarung zur ambulanten Hospizarbeit

Die Rahmenvereinbarung für die ambulante Sterbebegleitung wird reformiert. Ein Entwurf, ausgehandelt von Krankenkassen und HospizvertreterInnen, ist unterschriftsreif – und problematisch.

Seit acht Jahren finanzieren die Krankenkassen die Personalkosten für die KoordinatorInnen ambulanter Hospizdienste gemäß Paragraph 39a des Sozialgesetzbuches. Einzelheiten der Förderung vereinbart der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen mit den Trägern oder Dachverbänden ambulanter Hospizdienste, beteiligt sind: Arbeiterwohlfahrt, Bundesverband Kinderhospiz, Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Caritas, Diakonisches Werk, Deutsches Rotes Kreuz, Paritätischer Wohlfahrtsverband.

Die Rahmenvereinbarung gemäß § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V, die »Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit« regelt, soll in diesen Tagen unterschrieben werden. Vereinbart wird nicht nur, welche Qualifikationen geförderte, hauptamtliche KoordinatorInnen haben müssen. Auch von den ehrenamtlich Engagierten wird einiges erwartet. Sie sind nicht mehr allein für das Selbstverständnis der Hospizdienste zentral, von ihnen hängen auch die Zuschüsse der Krankenkassen ab. Um

gefördert zu werden, muss ein Hospizdienst mindestens 15 BegleiterInnen schulen und koordinieren. Die Anzahl der Ehrenamtlichen wird mit dem Faktor 2, die Anzahl ihrer geleisteten Sterbebegleitungen demnächst mit dem Faktor 4 multipliziert. Anschließend wird alles zusammen gerechnet. Das ergibt eine Punktzahl, die in Euro umgerechnet wird und maßgeblich dafür ist, wie viel Fördergeld die Krankenkassen zahlen müssen.

Dieses Prinzip gilt schon länger. In der reformierten Version der Rahmenvereinbarung wird nun gefordert, dass »Ehrenamtliche, die in der Hospizarbeit arbeiten möchten, vor Antritt ihrer Tätigkeit einen Befähigungskurs abgeschlossen haben« – und sie sind verpflichtet, dies mit einer persönlichen Erklärung glaubhaft zu machen. Zudem haben die unbezahlten HelferInnen »beim sterbenden Menschen« eine Dokumentation zu

führen, die »sachgerecht und kontinuierlich« ist. Darunter verstehen die Kostenträger auch, dass BegleiterInnen angeben müssen, welche Versichertennummer der Schwerstkranke hat und welcher Krankenkasse er angehört.

Motiviert sind die Kassen nicht nur von der Idee, mittels formaler Dokumentation Qualität sichern zu wollen, es geht ihnen auch ums Geld. Beim Punktesammeln, Multiplizieren und Addieren zum Berechnen der Förderung werden nur solche Sterbende berücksichtigt, die gesetzlich versichert sind. Begleitungen bei Privatversicherten werden nicht mitgezählt, weil private Krankenkassen sich nicht an der Finanzierung ambulanter Hospizdienste beteiligen.

Man stelle sich die Situation ganz konkret vor: Eine unbezahlte, ehrenamtliche Hospizbegleiterin besucht einen todkranken Menschen zu Hause. Bevor sie mit den Angehörigen oder Freunden spricht, wie sie helfen kann, fragt sie erst einmal den Versichertenstatus ab, notiert die Versichertennummer und zückt auf dem Weg zum Sterbebett den Dokumentationsbogen. Soll sie gleich wieder gehen, falls der besuchte Patient nicht gesetzlich versichert ist?

Freies, ehrenamtliches Engagement sieht anders aus. Es folgt nicht den institutionellen und ökonomischen Logiken bezahlter

Arbeit. Es stopft nicht die Lücken sozialstaatlicher Enthaltsamkeit, um das Angebot ambulanter Sterbebegleitung zu verbilligen. Es geht um menschliche Hilfe – nicht um Kontrolle.

Aus den spärlichen öffentlichen Mitteln, die den koordinierten Hospizdiensten zugestanden werden, finanzieren sie Fachseminare, Abendveranstaltungen, Kurse, Gruppengespräche. Von den rund 1.500 Hospizdiensten sind aber zwei Drittel gar nicht hauptamtlich koordiniert, weshalb sie gar keinen Anspruch auf diese Förderung haben.

All das sind Gelegenheiten, um über konkrete Sterbebegleitungen zu sprechen; Möglichkeiten, im gesellschaftlichen Raum mit anderen Menschen über Tod und Sterben nachzudenken. Solche Angebote sind weder nachweispflichtig noch standardisiert. Aber sie sind notwendig, und sie werden angenommen.

Man stelle sich vor: Eine Hospizbegleiterin besucht einen Todkranken zu Hause. Zuerst fragt sie seinen Versichertenstatus ab, dann zückt sie den Dokumentationsbogen.

Von Inge Kunz (Bocholt), Sozialpädagogin, Vorsitzende der Hospizvereinigung OMEGA – Mit dem Sterben leben

Gegen Ausgrenzung

»Gegenwärtig sind rund 80.000 Menschen in Deutschland ehrenamtlich im Hospiz- und Palliativbereich tätig bzw. unterstützen diese wichtige Arbeit. Die Hospizbewegung ist auch eine Bürgerbewegung. Die Ehrenamtlichen tragen dazu bei, dass schwerkranke und sterbende Menschen nicht ausgegrenzt werden, sondern Teil der Gesellschaft sind.«

aus der Pressemitteilung »Ehrenamtliches Engagement ist unverzichtbar«, verbreitet am 5. Dezember 2009 von der Berliner Geschäftsstelle des Deutschen Hospiz- und Palliativverbandes. Der DHPV, hervorgegangen aus der 1992 gegründeten Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, ist Dachverband von rund 1.000 Hospiz- und Palliativ-einrichtungen.

Kalkulationen im Krankenhaus

Die Deckelung der Kosten trifft Beschäftigte und Kranke, Investitionen in Kliniken erscheinen dennoch lukrativ

Im BioSKOP-Interview:
Hans Hermann
Heil-Ferrari

Rund 2.100 Krankenhäuser gibt es hierzulande, pro Jahr werden dort etwa 17 Millionen Menschen von über einer Million Beschäftigten stationär behandelt und versorgt. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die sich als »Sprachrohr« der Kliniken versteht, betont: »Mit 64,6 Milliarden Euro Umsatz sind die deutschen Krankenhäuser ein bedeutender Wirtschaftsfaktor im Wachstumsmarkt Gesundheitswesen.« Doch welcher Patient weiß eigentlich, wie Klinikmanager kalkulieren und welche ökonomischen Vorgaben die Behandlung beeinflussen? BioSkoplerin Erika Feyerabend hat einen Fachmann gefragt: Hans Hermann Heil-Ferrari, früher Personaldirektor eines Krankenhauses, heute Geschäftsführer des Bildungsinstituts im Gesundheitswesen (BiG) in Essen. Träger des BiG ist die Dienstleistungsgewerkschaft Ver.di.

Keine Erkenntnisse

Die Klinikprivatisierung schreitet voran: Nach Darstellung des Statistischen Bundesamtes waren 2007 bereits 29,7 Prozent der Krankenhäuser in privater Trägerschaft, 1993 betrug der Anteil noch 16,2 Prozent. Solche Veränderungen wertet das Bundesgesundheitsministerium (BMG) »als Ausdruck und Folge eines Wettbewerbs, der Chancen zur Verbesserung der Qualität der Krankenhausversorgung bietet«. So jedenfalls antwortete das BMG am 3. September 2009 auf eine parlamentarische Anfrage der Linksfraktion. Das BMG, damals noch unter Leitung von Ulla Schmidt (SPD), vermag »eine Gefährdung der Krankenhausversorgung und des Erhalts der Vielfalt von Krankenhausträgern (...) noch nicht zu erkennen«. Auch lägen der Bundesregierung »keine Erkenntnisse darüber vor, dass Krankenhäuser in privater Trägerschaft eine schlechtere Behandlungsqualität erbringen als andere Krankenhäuser«.

BioSKOP: Die Ausgaben der Krankenhäuser sind in Deutschland gedeckelt. Wie funktioniert das?

HANS HERMANN HEIL-FERRARI: Das feste Krankenhausbudget haben wir schon seit vielen Jahren. Egal, was es an Tarifabschlüssen oder an technologischen Entwicklungen gibt: Die Krankenkassen können insgesamt nur ausgeben, was die Grundlohnsumme ihnen an Einnahmen erlaubt. Das hat der Gesetzgeber so gewollt, auch um Rationalisierungen in den Kliniken zu befördern. Aber es gibt auch eine flexible Budgetierung. Das heißt: Die Kostenträger verhandeln im Voraus ein Erlösbudget mit den Krankenhäusern. Rechnen die am Ende des Jahres tatsächlich genau so viele Leistungen ab wie erwartet – meistens im Rahmen der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) – dann spricht man von einer »Punktlandung«.

BioSKOP: Und was passiert, wenn die misslingt?

HEIL-FERRARI: Erbringt eine Klinik mehr Leistungen als zuvor kalkuliert, etwa, weil sie mehr Patienten aufgenommen oder mehr mit schweren Erkrankungen behandelt hat, dann muss sie die Vergütung für ihre Mehrleistungen bis zu einem bestimmten Prozentsatz an die Versicherungen zurückzahlen – und zwar bis zu 90 Prozent. Im ungünstigsten Fall bleiben der Klinik also nur 10 Prozent der Einnahmen. Wird weniger berechnet als erwartet – weil zum Beispiel weniger Patienten behandelt wurden mit vermeintlich leichteren Erkrankungen – dann bekommt das Krankenhaus bis zu 40 Prozent dieser Differenz erstattet, damit es trotz der Mindereinnahmen wirtschaftlich gesichert ist.

BioSKOP: Wie geht es dann weiter?

HEIL-FERRARI: Bei den nächsten Verhandlungen wird von den tatsächlich erbrachten Leistungen ausgegangen. Das ist ein Automatismus, der bei Budgetunterschreitungen im Ergebnis dazu führt, dass das Budget fürs nächste Jahr geringer angesetzt wird. Anders aber bei den Mehrleistungen, da sagt der Gesetzgeber: Vergütungen müssen zurückgezahlt werden, damit es sich für die Krankenhäuser letztlich nicht rechnet, mehr Leistungen zu erbringen als ausgehandelt. Das ist praktisch eine Bestrafung. Man sieht: Elemente einer Plan- und einer Marktwirtschaft werden zusammengemischt. Heraus kommt so etwas wie eine flexible Budgetierung.

BioSKOP: Wie reagieren die Klinikmanager auf verpatzte Punktlandungen?

Gibt es Wege, trotz Deckelung mehr anzubieten und einzunehmen?

HEIL-FERRARI: Ja, es gibt auch Leistungen, die vom Budget

»Elemente einer Plan- und einer Marktwirtschaft werden zusammengemischt.«

unabhängig sind. Vor ein paar Jahren hat die damalige, schwarz-rote Bundesregierung die Krankenhäuser für ambulante Angebote geöffnet. Die so genannte Integrierte Versorgung soll niedergelassene Ärzte, Kliniken oder auch Reha-Einrichtungen vernetzen. Derzeit gibt es ungefähr 8.000 solcher Verträge mit den Krankenkassen. Beispielsweise werden totale Endoprothesen bei Hüftleiden – also neue Hüftgelenke – im Rahmen der Integrierten Versorgung eingesetzt. In einem solchen Fall tritt ein zweiter Partner in der ambulanten oder stationären Rehabilitation auf den Plan.

BioSKOP: Geht es hier um verbesserte Versorgung oder um Gewinnmöglichkeiten jenseits des Budgets?



→ **HEIL-FERRARI:** Auch die hochspezialisierten, ambulanten Leistungen sind budgetneutral, das sind besondere Diagnosen oder Therapien, die in einem Katalog zusammengefasst wurden gemäß § 116 SGB V. Die großen Klinikketten finden den Markt der ambulanten Dienstleistungen lukrativ. Die Rhön Klinikum AG zum Beispiel beachtet dieses Feld sehr aggressiv. Kräftig investiert wird zudem in medizinische Versorgungszentren, die ebenfalls außerhalb des Budgets abgerechnet werden.

BIO SKOP: Wie funktioniert das?

HEIL-FERRARI: Krankenkassen kaufen Niederlassungssitze ambulant tätiger Fachärzte. Anschließend betreiben sie in Eigenregie ein Versorgungszentrum, in dem drei, vier oder neun Ärzte unterschiedlicher Disziplinen ambulant tätig sind. Konflikte mit niedergelassenen Fachärzten sind hier programmiert. Und nicht nur das: Erzielen

Kliniken mit der ambulanten Versorgung mehr Leistungen, dann werden sie an anderer Stelle finanziell unattraktive Behandlungen abbauen. Das ist eine Umverteilung.

BIO SKOP: Gibt es noch weitere Einnahmequellen jenseits des Budgets?

HEIL-FERRARI: Zum Beispiel die Disease-Management-Programme (DMP) mit chronisch erkrankten Menschen. In Nordrhein-Westfalen gibt es 30 Brustkrebszentren, die Verträge mit einer oder mehreren Krankenkassen haben. Für die Kliniken sind diese DMP interessant, weil sie budgetneutral sind. Im Wachstum ist auch das »ambulante Operieren«. Es gibt einen Katalog chirurgischer Eingriffe, die nur noch ambulant erbracht werden dürfen – vom niedergelassenen Facharzt oder eben von Krankenhäusern. Beispielsweise gehört der Leistenbruch dazu. Früher wurde diese Operation nur stationär gemacht, heute nur noch ambulant. Allerdings muss vor dem Eingriff geprüft werden, ob es nicht gewisse Risiken gibt, die eine stationäre Einweisung erfordern und ob die häusliche Versorgung des Patienten gewährleistet ist.

BIO SKOP: Die Budgets gibt es ja schon lange. Warum werden erst jetzt die Klagen von Patienten und Krankenhauspersonal immer lauter?

HEIL-FERRARI: Rationalisierungseffekte, beflügelt durch die Budgetierung, werden immer sichtbarer. In den letzten zehn Jahren sind in den Kliniken 90.000 Vollzeitstellen abgebaut worden, 50.000 davon in der Pflege. Das war die Konsequenz aus

der Deckelung. Nur die Ärzte hatten Zuwachs, teilweise wegen des neuen Arbeitszeitgesetzes. Mit dem Pflegeförderprogramm sollen in den nächsten drei Jahren 17.000 Stellen in der Pflege geschaffen werden. Die alte Regierung aus Union und SPD hatte wohl begriffen, dass die Rationierungsgrenze erreicht ist; die Zitrone ist bis zum letzten Tropfen ausgepresst. Es kann mir keiner sagen, dass es ohne Konsequenzen für Personal und Patienten ist, wenn jeder zehnte Arbeitsplatz betroffen ist. Wir haben zwar nicht sehr viel mehr Krankheitsfälle zu versorgen, aber die Patienten werden schneller entlassen. Also ist die Arbeit viel verdichteter als früher.

BIO SKOP: Öffentliche Mittel werden gedeckelt oder gesenkt, andererseits gibt es enorme Wachstums- und Technisierungsbestrebungen. Wie geht das zusammen?

HEIL-FERRARI: Die Betreiber deutscher Kliniken sind dreigeteilt. Es gibt öffentliche Krankenhäuser, es gibt freie, gemeinnützige Eigentümer vor allem der Kirchen, und es gibt die gewinnorientierten. Letztere haben Aufwind – und zwar zu Lasten der öffentlichen Krankenhausträger, teilweise auch der gemeinnützigen.

Das heißt doch: Wer in Kliniken investiert, hält das für eine rentable, sichere, mit Renditen behaftete Investition in die Zukunft. Die privaten Unternehmensketten verfügen mittlerweile über 15,6 Prozent der Krankenhausbetten und 29,7 Prozent der Kliniken. Und politisch darf man nicht vergessen: Mit 4,5 Millionen Beschäftigten ist die Gesundheitsindustrie ein enorm wichtiger Wirtschaftsbereich.

BIO SKOP: Es drängt sich der Eindruck auf, dass es nicht mehr nur um Kranke geht, sondern auch um Gesunde, die privat zahlende Klinikkunden werden sollen.

HEIL-FERRARI: Insgesamt geben die Kassen einen verschwindend geringen Teil für Prävention aus. Aber es gibt immer mehr Leute, die aus eigener Tasche zahlen. Ich kenne Krankenhäuser, die haben Wellnessbereiche und Muckibuden eingerichtet. Oder Hotels, das ist schon bei einem Anteil von 20 Prozent Privatpatienten lukrativ. Das Krankenhaus Links der Weser in Bremen hat ein Fünf-Sterne-Hotel gebaut für Patienten, vielleicht für Nachsorgeaufenthalte oder für einen Manager-Checkup am Wochenende. Da ist man schon sehr kreativ.

»Rationalisierungseffekte, beflügelt durch die Budgetierung, werden immer sichtbarer. In den letzten zehn Jahren sind in den Kliniken 90.000 Vollzeitstellen abgebaut worden, 50.000 davon in der Pflege.«

Argumentationsproblem

»Die Budgetdeckelung steht, genau betrachtet, im Widerspruch zum Bedarfsdeckungsprinzip, da sie den Keim für gesetzlich vorgegebene Rationierung medizinischer Leistungen in sich birgt. Rationierung ist insofern in der Budgetdeckelung angelegt, als mit der Deckelung versucht wird, der Beitragssatzstabilität Vorrang vor der Bedarfsdeckung zu verschaffen. Nicht von ungefähr wird die Budgetdeckelung denn auch seit Jahren von zahlreichen Akteuren der Gesundheitspolitik dahingehend kritisiert, dass sie Leistungserbringer zur verdeckten Rationierung zwingt.

Dem wird häufig mit dem Verweis auf »Wirtschaftlichkeitsreserven« begegnet, die noch in Krankenhäusern vorhanden wären, und dass darum die Gefahr einer Rationierung nicht gegeben sei. Diese Argumentation steht allerdings vor dem Problem, dass es bislang weder eine anerkannte und überzeugende Definition des Begriffs der Wirtschaftlichkeit im Krankenhaus gibt noch Daten, die es erlauben würden, qualifizierte Aussagen über sogenannte Wirtschaftlichkeitsreserven zu machen.«

Hinweise des Gesundheitswissenschaftlers Michael Simon (Evangelische Fachhochschule Hannover), nachzulesen in seiner Studie »Sechzehn Jahre Deckelung des Krankenhausbudgets«. Professor Simons »kritische Bestandsaufnahme« erschien im Juni 2008 im Auftrag der Ver.di-Bundesverwaltung.

ExpertInnen und Interessenkonflikte

Register mit Angaben über MeinungsbildnerInnen in der Medizin und ihre möglichen Industriekontakte fehlen

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

Honorare für Vorträge und Beratungen, Drittmittel für klinische Studien oder auch Aktienpakete – geschäftliche Verbindungen zwischen ÄrztInnen und Unternehmen der Gesundheitsindustrie werden zunehmend kritisch beäugt. Wachsamkeit ist aber auch geboten, wenn ExpertInnen über Krankheiten, Therapien oder Medizinprodukte schreiben und Leitlinien erstellen. Die Forderung wird lauter: Jeder potenzielle Interessenkonflikt muss offen gelegt werden!

§ 27

...der (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2006) unterscheidet zwischen »erlaubter Information« und »berufswidriger Werbung«.

Wir dokumentieren hier Auszüge, die sicherlich auch PatientInnen interessieren:

»(1) Zweck der nachstehenden Vorschriften der Berufsordnung ist die Gewährleistung des Patientenschutzes durch sachgerechte und angemessene Information und die Vermeidung einer dem Selbstverständnis der Ärztin oder des Arztes zuwiderlaufenden Kommerzialisierung des Arztberufs.

(2) Auf dieser Grundlage sind Ärztinnen und Ärzte sachliche berufsbezogene Informationen gestattet.

(3) Berufswidrige Werbung ist Ärztinnen und Ärzten untersagt. Berufswidrig ist insbesondere eine anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung. Ärztinnen und Ärzte dürfen eine solche Werbung durch andere weder veranlassen noch dulden.«

Der Begriff »Interessenkonflikt«, weiß Professor David Klemperer, »bezeichnet einen Zustand und nicht ein Verhalten«. Dieser Zustand liege stets vor, »wenn materielle oder soziale Vorteile in einem Spannungsfeld zu den primären ärztlich-ethischen Zielsetzungen stehen«, erläutert Klemperer, der an der Fachhochschule Regensburg Sozialmedizin lehrt. Zwar gibt es reichlich ExpertInnen, die sagen, Geld und Anerkennung würden sie nicht beeinflussen.

Aber Klemperer, der auch Vorsitzender des Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) ist, warnt: »Interessenkonflikte können das Urteilsvermögen beeinträchtigen.« Jeder, der sich für Beziehungsgeflechte von ExpertInnen interessiert, solle sich selbst ein Bild machen können. Deshalb fordert Klemperer die Einrichtung öffentlich zugänglicher Register, in denen Personen und Organisationen über Sachverhalte Auskunft geben, die beeinflussend wirken könnten – zum Beispiel: haupt- und nebenberufliche Tätigkeiten, damit verbundene (Zeit-)Aufwendungen und Bezahlungen, außerdem Selbsteinschätzungen zu »gefühlter Beeinflussung«.

Der Professor ist mit gutem Beispiel voran gegangen. Auf seiner Homepage www.davidklemperer.de steht nämlich schon ein tabellarisches »Interessenregister«. Unter anderem erfährt man dort, dass er seine Mitgliedschaften in diversen Beratungsgremien durchaus als »Imagegewinn« wertet. Und dass er 240 Euro für einen Aufsatz (zeitlicher Aufwand: »zwei Wochen«) erhalten hat, der im Deutschen Ärzteblatt (DÄB) ausgebreitet hat, was Interessenkonflikte sind und wie sie das ärztliche Urteilsvermögen gefährden.

Klemperers – eher geringe – Nebeneinnahmen sind für Medizinprofessoren sicher nicht reprä-

sentativ, und schon gar nicht sein transparenter Umgang damit. Immerhin, die Sensibilität ist in Fachkreisen gewachsen, das gilt auch für das DÄB, das Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gemeinsam herausgeben. Seit 2005 werden hier alle AutorInnen wissenschaftlicher Artikel gebeten, eine schriftliche Erklärung zu möglichen »Interessenkonflikten« abzugeben, deren Inhalt auch am Ende des eingereichten Manuskripts gedruckt wird. Offen gelegt werden sollen insbesondere finanzielle Verbindungen zu Unternehmen, »deren Produkte im Artikel mittelbar oder unmittelbar berührt sind«. Gibt der Autor keinen Interessenkonflikt an, wird auch diese Selbsteinschätzung veröffentlicht.

Über erste Erfahrungen mit diesem Verfahren berichtete das DÄB im Oktober 2008. Der Leiter der Medizinisch-Wissenschaftlichen Redaktion, Privatdozent Dr. med. Christopher Baethge, bilanzierte unter der Überschrift »Transparente Texte« (Heft 40, Seiten 675-679): »In den Jahren 2006 und 2007 bestand bei 65 von 207 Original- und Übersichtsartikeln (31,4 %) in der Rubrik Medizin des Deutschen Ärzteblattes ein Interessenkonflikt bei mindestens einem der Verfasser.« Dabei habe es sich »ganz überwiegend« um »finanzielle Verbindungen zur pharmazeutischen Industrie« gehandelt.

»Kein anderer Weg«

Artikel von »gesponserten Autoren« grundsätzlich nicht zu drucken, wie dies ein niedergelassener Arzt und DÄB-Leser im Jahr 2006 angeregt habe, findet Baethge falsch; ein Interessenkonflikt gehe keineswegs immer einher mit einem Fehlverhalten. Bei der Bewertung solle man zudem »im Auge behalten, dass eine Kooperation von Klinikern und Wissenschaftlern etwa mit der pharmazeutischen Industrie oder den Herstellern von Medizinprodukten oft wünschenswert und zum Teil auch unverzichtbar ist«, schreibt Baethge, der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist und am Universitätsklinikum Köln lehrt und forscht.

»Was tun?« fragt Baethge rhetorisch und gibt die folgende Antwort: »Da es nicht gerechtfertigt ist, Artikel allein aufgrund der Interessenkonflikte ihrer Autoren abzulehnen, gibt es außer dem kritischen Lesen keinen anderen Weg, um herauszufinden, wann ein Artikel wirklich verzerrt ist.« →

→ Dieser Hinweis an die LeserInnenschaft, der selbstverständlich auch für andere Fachzeitschriften gilt, ist ernst zu nehmen. Wer auf den Wissenschaftsseiten des *DÄB* einen interessanten Artikel über Krankheiten, Therapieoptionen oder medizinische Leitlinien zur Kenntnis genommen hat, sollte in den folgenden Wochen und Monaten regelmäßig auch die kleine Rubrik »Berichtigung« anschauen. Dort findet man nicht nur Korrekturen sinnentstellender Druckfehler. Es tauchen auch immer mal wieder nachgereichte Erklärungen zu Interessenkonflikten auf, die AutorInnen beim Abgeben ihres Originalmanuskripts wohl vergessen hatten.

Vergessliche Professoren

Etwa jener Professor, der über »Impfsicherheit heute« schrieb und ausweislich der Berichtigung nun einräumt, Vortragshonorare bestimmter Impfstoffhersteller erhalten zu haben. Oder eine Autorengruppe, die über eine Klinische Leitlinie zum kolorektalen Karzinom (Darmkrebs) informierte, pharmazeutische Therapien inklusive. In diesem Fall füllten die verspätet aufgelisteten Interessenkonflikte vergleichsweise viele Zeilen: Allein dem Hauptverfasser war noch eingefallen, dass er Honorare von drei großen Pharmafirmen für »beratende Tätigkeit« kassiert hat, außerdem Referentenhonorare bei diesen drei und vier weiteren, namentlich ebenfalls genannten Unternehmen. Durch wen oder was Berichtigungen veranlasst wurden, teilt die *DÄB*-Redaktion leider regelmäßig nicht mit – dabei könnte auch ein solcher Hinweis durchaus dazu beitragen, Strukturen klarer zu sehen.

Wohl gemerkt: Die *DÄB*-Redaktion, deren Blatt ja auch gratis im Internet zu lesen ist und schon deshalb medizinisch interessierte Laien erreicht, ist um Transparenz bemüht. Aber was machen in dieser Hinsicht eigentlich die *DÄB*-Herausgeber, namentlich die Bundesärztekammer? Die BÄK veröffentlicht zum Beispiel Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen, die auch politische Wirkungen zeitigen, mitunter prägen sie die Rechtsprechung maßgeblich mit. BÄK-Richtlinien stehen im Wortlaut auf den Internetseiten der

Kammer. Ihre Inhalte sind weit gefächert, und sie berühren selbstverständlich nicht nur das Leben von ExpertInnen: Die Richtlinienpalette reicht von Vorgaben zur Feststellung des »Hirntods« über Richtlinien zur pränatalen Diagnostik bis hin zur Qualitätssicherung labormedizinischer Untersuchungen. Die WissenschaftlerInnen, die an solchen Richtlinien mitgeschrieben haben, werden in den Dokumenten in der Regel aufgelistet. Mehr aber auch nicht: Wer einen Eindruck davon bekommen möchte, ob und welche Interessen die honorigen ExpertInnen leiten (könnten), muss mühsam selbst recherchieren.

Viel Zeit und einiges Knowhow vorausgesetzt, würde man wohl manch sachdienlichen Hinweis finden – darauf deutet auch diese Überschrift hin: »Medizinische Leitlinien: Jeder dritte Autor hat Interessenkonflikte«. Zu lesen war sie im November 2005 im *DÄB*, berichtet wurde über eine Untersuchung des britischen Fachblattes *Nature*. Dessen RechercheurInnen hatten sich die Mühe gemacht, über 200 Leitlinien unter die Lupe zu nehmen, die 2004 auf den Seiten des US-National Guideline Clearinghouse veröffentlicht waren. »Nur 90 dieser Leitlinien«, übersetzt *DÄB*-Autor Rüdiger Meyer das Kernergebnis der *Nature*-AutorInnen Rosie Taylor und Jim Gilese, »machten Angaben zu möglichen Interessenkonflikten ihrer Autoren; und von diesen seien nur 31 frei davon gewesen.«

Hoffentlich kein Armutszeugnis

Eine Studie, die endlich mal Leitlinien-AutorInnen und ihre Vernetzungen in Deutschland systematisch beleuchtet, gibt es noch immer nicht; öffentliche Interessenregister à la Klemperer, die entsprechende Untersuchungen unterstützen könnten, fehlen auch. Zwecks Abwehr solcher Forderungen nach Transparenz wird mitunter vorgebracht, die Arbeit und das notwendige Geld dafür könne man sparen, weil es in diversen Medizinbereichen sowieso kaum noch ExpertInnen ohne Interessenkonflikte gebe.

Das wäre – wenn es wirklich stimmen sollte – ein Armutszeugnis.

Gemeinschaftlich erarbeitete Expertise

»Der Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf die wissenschaftlichen Ergebnisse und die Publikation von Arzneimittelstudien« lautet der Titel einer Ende 2008 abgeschlossenen Expertise, die wir im Dezember-Heft (Seite 7) zur Lektüre empfohlen haben – Leseprobe: »Publizierte Arzneimittelstudien, die von pharmazeutischen Unternehmen finanziert werden oder bei denen ein Autor einen finanziellen Interessenkonflikt hat, haben häufiger ein für das pharmazeutische Unternehmen günstiges Ergebnis als aus anderen Quellen finanzierte Studien.«

Das Zitat ist korrekt, aber unsere Quellenangabe war nicht vollständig. Wir schrieben, die Expertise sei allein vom Mainzer Psychiatrieprofessor Klaus Lieb für die Arzneimittelkommission der Bundesärztekammer (AkdÄ) erstellt worden. Der Vorsitzende der AkdÄ, Professor Wolf-Dieter Ludwig, hat uns nun darauf hingewiesen, dass die zitierte Expertise tatsächlich eine »gemeinschaftlich erarbeitete systematische Übersichtsarbeit der AkdÄ« ist. »Die wesentliche Arbeit«, erläutert Prof. Ludwig, »wurde hierbei von Frau Dr. G. Schott aus der AkdÄ geleistet – und von der Arbeitsgruppe von Prof. Lieb in Mainz«. Wichtige Ergebnisse sollen demnächst auch im Deutschen Ärzteblatt dargestellt werden. Die BioSKOP-Redaktion bittet Frau Dr. Schott um Verzeihung und dankt Herrn Prof. Ludwig für seine Hinweise!

Ungleiche Partner

heißt eine 28-seitige Broschüre, die Einflussnahmen von Unternehmen auf Selbsthilfverbände beschreibt, kritisch hinterfragt und mögliche Alternativen benennt. AutorInnen der Broschüre, die einen fundierten Beitrag zur notwendigen Debatte über die Sponsoringpraxis der Pharmaindustrie leisten will, sind Erika Feyerabend und Klaus-Peter Görlitzer.

Herausgeber der Broschüre sind die Ersatzkassen und ihre Verbände. »Sie möchten die Selbsthilfeorganisationen motivieren, ihre Finanzen transparent zu machen«, steht in ihrem Geleitwort. Die »Ungleichen Partner« kann man im Internet downloaden: www.vdek.com/vertragspartner/Selbsthilfe/Ungleiche_Partner_bf.pdf

Gendiagnostik-Kommission

Viele Fragen, kaum Antworten

**Hinter
verschlossenen Türen**

»Eine vom Bundesgesundheitsministerium berufene ›Gendiagnostik-Kommission‹ soll Details des Gesetzes regeln. Sie wird entscheidende Weichen stellen: Welche Gentests werden letztlich unter die Schutzbestimmungen des Gesetzes fallen? Wie wird Beratung in der Praxis aussehen? Werden Rechte von PatientInnen gewahrt, etwa im Rahmen genetischer Reihenuntersuchungen? Die Interessen derjenigen, die das Gesetz schützen soll, werden in dieser Kommission allerdings nur mangelhaft vertreten: Nur drei von achtzehn Mitgliedern vertreten VerbraucherInnen, PatientInnen und Behinderte. Es dominieren ›Sachverständige‹ aus Medizin und Biologie, deren Diskussion noch dazu hinter verschlossenen Türen stattfindet. Der Durchsetzung säkularer Standes- und Berufsinteressen steht also kaum etwas im Wege. Uta Wagenmann, Mitarbeiterin des Gen-ethischen Netzwerks, ist eine der für die Verbraucherverbände berufenen Vertreterinnen. Sie wird in der Gendiagnostik-Kommission dafür einstehen, dass die Interessen der Betroffenen gewahrt bleiben.«

aus der Pressemitteilung »Gendiagnostik-Gesetz tritt in Kraft – Es bleiben empfindliche Lücken«, verbreitet vom Gen-ethischen Netzwerk am 29. Januar 2010

Ohne großes Aufsehen hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) im November die Mitglieder der neu geschaffenen Gendiagnostik-Kommission (GEKO) berufen. Woran arbeitet dieses ehrenamtliche Gremium gerade? Welche Interessen haben ihre Mitglieder? Wie wird die Öffentlichkeit informiert?

Ein Blick ins Gendiagnostikgesetz (GenDG) macht deutlich: § 23 stattet die GEKO mit reichlich Definitionsmacht aus. So sind die ernannten Fachleute befugt, per Richtlinien festzulegen, welche genetischen Eigenschaften für Krankheiten, ihre Behandlung und Vorbeugung relevant sein sollen und wie genetische Beratungen zu erfolgen haben. Die GEKO darf auch bestimmen, welche Reihenuntersuchungen sinnvoll und welche Gentests geeignet sein sollen. Und die ExpertInnen sind sogar ermächtigt, Richtlinien zur »Erforderlichkeit« von genetischen Untersuchungen »bei nicht einwilligungsfähigen Personen« aufzustellen.

Schaffen sollen sie all dies mit Sachverstand, ehrenamtlich und unabhängig. Den Sachverstand hat der Gesetzgeber ziemlich einseitig gewichtet, von 18 GEKO-Mitgliedern müssen 13 aus den Fachrichtungen Medizin und Biologie kommen. Die Geschäftsstelle der GEKO ist beim Robert-Koch-Institut (RKI) untergebracht, auf der RKI-Homepage stehen auch die Namen und Dienststellen der vom BMG berufenen 18, ihre persönlichen StellvertreterInnen sind ebenfalls aufgeführt. Dass der GEKO-Vorsitzende Prof. Dr. Jörg Schmidtke heißt und am Humangenetischen Institut der Medizinischen Hochschule Hannover arbeitet, liest man auch. Weitere Details? Fehl-anzeige!

Man würde gern mehr erfahren über die GEKO-ExpertInnen, ihre hauptberufliche Arbeit und ihre sonstigen Engagements. Wie diesbezüglich etwas Transparenz geschaffen werden kann, zeigt die ebenfalls beim RKI angesiedelte Ständige Impfkommision (STIKO). Deren Mitglieder tun

auf der RKI-Homepage inzwischen, was jahrelang öffentlich gefordert (Siehe *BioSKOP* Nr. 40) wurde: Sie geben Aktivitäten an, die zum Einschätzen der versprochenen Unabhängigkeit relevant sind, beispielsweise: Beteiligung an klinischen Studien im Auftrag von pharmazeutischen Unternehmen, Mitwirkung in wissenschaftlichen und industriellen Gremien, Beratungs- und Gutachtertätigkeiten und – soweit vorhanden – Inhaberschaft von Patenten, Lizenzen, Unternehmensbeteiligungen und Aktien.

Empfiehlt die STIKO eine neue Impfung, hat das in der Regel zur Folge, dass die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten für den Einsatz entsprechender Impfstoffe übernehmen müssen. Ähnliche Konsequenzen dürften perspektivisch auch die GEKO-Richtlinien haben. Teuer würden etwa Reihenuntersuchungen auf bestimmte genetische Veränderungen, die ein mögliches Erkrankungsrisiko signalisieren sollen.

GEKO-Vorsitzender Schmidtke ist einschlägig erfahren: Im Februar 2001 startete er, gemeinsam mit der Krankenkasse KKH, den Modellversuch »Hämochromatose-Screening« (*BioSKOP* Nr. 13). Rund 6.000 Freiwillige ließen sich gratis auf eine Erbanlage für Hämochromatose testen, gut zweieinhalb Jahre später stand für die KKH

fest: Der Massengentest sei als »Früherkennung« einer behandelbaren Krankheit sinnvoll und sollte deshalb Kassenleistung werden. So weit kam es damals nicht – heute haben Schmidtke und die ExpertInnen der GEKO die Macht, ein derartiges Screening per Richtlinie zu befürworten.

Ob die GEKO tatsächlich an solchen Richtlinien arbeitet oder diese plant, wird die Öffentlichkeit wohl erst erfahren, wenn die Papiere fertig sind. Dann muss das RKI sie, gemäß Vorgabe des Gendiagnostikgesetzes, veröffentlichen. Wo genau, ist nicht geregelt.

Allerdings hat die GEKO Ermessensspielräume auch für mehr Transparenz. Sie darf sich nämlich selbst eine Geschäftsordnung (GO) geben, der das BMG zustimmen muss. In der GO könnte zum Beispiel stehen, dass Entwürfe von Richtlinien stets öffentlich zur Diskussion gestellt werden. Und auch, dass Tagesordnungen, komplette Sitzungsprotokolle, Arbeitskreise und Interessenkonflikte im Internet bekannt gemacht werden. Bisher ist nicht mal die Geschäftsordnung online. Oder gibt es die noch gar nicht?

Man würde gern mehr erfahren über die Mitglieder der GEKO, ihre hauptberufliche Arbeit und ihre sonstigen Engagements.

Klaus-Peter Görlitzer 

Für mehr Transparenz bei den Krankenkassen

Rechtzeitig wirksam auftreten

Krankenkassen sollen zum Wohle ihrer Versicherten arbeiten. Wie sie zu ihren Entscheidungen kommen, ist jedoch kaum durchschaubar für die BeitragszahlerInnen. Jan Kuhlmann, Mitautor des Buches »Der Gesundheitschip« (Siehe Randbemerkung), ruft dazu auf, sich in die Selbstverwaltung der gesetzlichen Kassen einzumischen.

Die Krankenkassen gehören zu den treibenden Kräften hinter der beschlossenen, aber noch nicht eingeführten Elektronischen Gesundheitskarte (e-card). Die Steuerung der Krankenkassen funktioniert rechtlich über eine gewählte Selbstverwaltung. Bei den Angestellten-Krankenkassen wird sie zu 100 Prozent von den Mitgliedern gewählt, bei allen anderen Krankenkassen je zur Hälfte von den Versicherten und Arbeitgebern. Sozialwahlen gibt es alle sechs Jahre, das nächste Mal am 1. Juni 2011.

Nur bei 6 von über 300 Krankenkassen fanden 2005 echte Wahlen statt. Bei allen übrigen stellten sich höchstens so viele Leute zur Wahl, wie zu wählen waren, so dass keine Wahlen durchgeführt wurden. Auch bei den 6 Kassen, die Wahlen abhielten, beschäftigt sich die Selbstverwaltung offenbar lediglich damit, Entscheidungen der Verwaltung durchzuwinken. Jedenfalls kann man im Internet keine Spuren eigenständiger Aktivität feststellen – auch nicht bei den Selbstverwaltern der gewerkschaftlichen Listen. Trotz hunderttausendfachen Protests gegen die e-card wurden von der Selbstverwaltung keine Fragen dazu gestellt, soweit von außen zu sehen.

Die Verwaltungen der Krankenkassen und ihre Gegenstücke, die Verwaltungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, vertreten ihre Selbsterhal-

tungsinteressen. Sie betreiben die Ausweitung ihrer Aufgaben, vor allem zunehmende Steuerung der medizinischen Behandlungen, und sie lenken immer mehr Geld in neue Verwaltung, neue Gemeinschafts- und Dachorganisationen, IT-Projekte wie zum Beispiel die e-card. Solange die Selbstverwaltung keine Grenzen setzt, ist das menschlich und kann gar nicht anders sein.

Die Sozialwahlen sind eine sehr gute Möglichkeit, zum Beispiel die Gesundheitschipkarte (e-card) und die damit verbundenen IT-Pläne öffentlich zu machen. Eine entsprechend kritisch eingestellte Liste soll rechtzeitig wirksam auftreten. Spätestens am 18. November 2010 müssen die Versicherten jeder Kasse die Kandidatenlisten einreichen, dazu benötigen wir je nach Kasse bis zu 2.000 Unterschriften ihrer Versicherten. Bei Millionen Versicherten, und Hunderttausenden, die bereits gegen die e-card unterschrieben haben, ist das zu schaffen.

»Die glorreichen Sieben«

Bis April 2010 soll das Kernteam zusammen sein, das koordiniert und organisiert (genannt: »Die Glorreichen Sieben«). Bis Ende Juni 2010 werden wir Kandidatenlisten aufgestellt haben, dann organisieren wir Unterschriften. Alles so weit wie möglich über das Internet, einschließlich Facebook und Twitter.

Wer bereit ist, zu kandidieren und ab 2011 im Verwaltungsrat einer Krankenkasse konstruktive Fragen zu stellen, meldet sich bitte per Email unter kontakt@liste-neuanfang.org. Weitere Details zum Projekt stehen im Internetwiki:

<http://www.liste-neuanfang.org>

Jan Kuhlmann (Hamburg), Jurist und Informatiker

Noch mal lesen

1994 wurde in Deutschland die maschinenlesbare Krankenversichertenkarte (KVK) eingeführt. Die KVK war nicht nur Einstiegsbillet für das auf elektronische Datenverarbeitung umgestellte Gesundheitswesen, sie bahnte auch den Weg zu mehr Kontrolle von ÄrztInnen und PatientInnen und – damit verbunden – zu Kosteneinsparungen und Rationierungsmaßnahmen.

Aufbauend auf der mit der KVK geschaffenen technischen Infrastruktur sollen bald Chipkarten folgen, die – zunächst auf freiwilliger Basis – Zugang auch zu sensiblen medizinischen Daten eröffnen. Risiken und (Neben-)Wirkungen von Patientenchipkarten und elektronischer Vernetzung des Gesundheitswesens veranschaulicht das bereits 1995 im Campus-Verlag erschienene Buch »Der Gesundheitschip. Vom Arztgeheimnis zum gläsernen Patienten«.

Die IT-Technik hat sich seitdem zwar rasant entwickelt, doch die politische »Gesundheitschip«-Analyse ist in weiten Teilen noch immer lesenswert und aktuell.

Das längst vergriffene Buch, gemeinsam geschrieben von Jan Kuhlmann, Ute Bertrand und Claus Stark, kann man auf Kuhlmanns Homepage gratis lesen:

www.kuhlsite.de/g-chip/g-chip.html

Pillen-Checker.de

Pharmamarketing ist allgegenwärtig. Für rezeptpflichtige Arzneien dürfen Hersteller – außer in den USA und Neuseeland – zwar nur bei Fachleuten werben. »Jedoch wird in vielen Ländern der Welt nicht streng genug kontrolliert«, schreibt die BUKO Pharma-Kampagne. Keine Werbeschränken gibt es für Präparate, die nicht vom Arzt verordnet werden müssen, zum Beispiel Schlankheitspillen oder Antipickelcremes. Eine wichtige Zielgruppe aus Produzentensicht

sind Jugendliche; sie werden nicht nur via Fernsehen und Zeitschriften mit Werbebotschaften konfrontiert, sondern verstärkt auch im Internet über Websites, Foren, Blogs oder Videoportalen.

Kritische Auseinandersetzung ist notwendig, am besten schon in der Schule, meint BUKO. Eine neue Internetseite soll sie befördern: www.Pillen-Checker.de. SurferInnen finden dort reichlich Infos zu Strategien und Tricks der Arzneibranche. Hilfreich ist eine Checkliste mit Fragen, die man an jede Pharmaanzeige stellen sollte.

Fragwürdiges Umfeld

Für Transplantationsstudien in China gewann Roche den Schmähpriis übelstes »Unternehmen des Jahres«

Von Martina Keller (Hamburg), Journalistin

Enge Zusammenarbeit
Der Pharmakonzern Roche ist offenbar ein gefragter Berater der chinesischen Regierung. Angesprochen auf Menschenrechtsverletzungen in der Transplantationsmedizin erklärte Franz B. Humer, Präsident des Roche-Verwaltungsrates, bei der Generalversammlung der Aktionäre am 4. März 2008: »China hat im Jahr 2007 auf Veranlassung und in Zusammenarbeit mit Roche und anderen Unternehmen ein erstes Transplantationsgesetz erlassen. Danach müssen Gefangene und/oder Familienmitglieder einer Organtransplantation zustimmen.«
Die Kooperation geht noch weiter, laut Protokoll erklärte Humer außerdem: »Roche ist zur Zeit daran, in drei Bereichen mit der chinesischen Regierung zusammenzuarbeiten. Dabei soll die Förderung von Lebendspenden (Organschenkungen von Verwandten) verstärkt werden und im Bereich der Etablierung klarer Regeln für Organspenden von Hirntoten (z.B. nach einem Autounfall) sollen in Kürze Gespräche mit den Behörden stattfinden. Die chinesische Regierung hat ferner Roche gebeten, bei der Einführung eines nationalen Registrierungs-systems behilflich zu sein.«

Die Geehrten fehlten, als vor der Eröffnung des Weltwirtschaftsforums in Davos die »übelsten Unternehmen des Jahres« ausgezeichnet wurden. In diesem Jahr gewann der Baseler Pharmakonzern Roche gleich zwei der ungeliebten Public Eye Awards, die seit 2005 von Greenpeace Schweiz und der entwicklungspolitischen Organisation »Erklärung von Bern« vergeben werden. Roche macht in China Studien mit Menschen, die eine Organtransplantation hinter sich haben. Der Vorwurf: Es sei höchst wahrscheinlich, dass auch Patienten einbezogen würden, die Organe hingerichteter Gefangener eingepflanzt bekommen haben.

Die chinesische Regierung hatte erstmals 2005 öffentlich eingeräumt, dass die meisten der in China transplantierten Organe aus Körpern getöteter Gefangener stammen. 90 Prozent seien es, meinte Ende 2008 der stellvertretende Gesundheitsminister Huang Jiefu laut der renommierten medizinischen Fachzeitschrift *The Lancet*. Solange Roche »in einem so fragwürdigen Umfeld« nicht sicherstellen und nachweisen könne, dass seine Probanden keine Organe Hingerichteter erhalten hatten, seien die Studien »unverantwortliches Konzernverhalten«, begründete die »Erklärung von Bern« die Auszeichnung. Roche erhielt den Public Eye Swiss Award und den Publikumspreis, der per Abstimmung im Internet vergeben wurde. Von mehr als 20.000 abgegebenen Stimmen entfielen rund 5.700 auf Roche.

Organe Hingerichteter verpflanzt

China ist mit rund 10.000 jährlich verpflanzten Organen nach den USA der zweitgrößte Markt weltweit für Transplantationen – und damit äußerst attraktiv für Pharmafirmen. Seit 1997 vertreibt Roche in China sein Medikament Cellcept, das Abstoßungsreaktionen nach Transplantationen unterdrücken soll. Nach den jüngsten verfügbaren Daten setzte Roche in China 2008 insgesamt 578 Millionen Schweizer Franken um, wobei Cellcept zu den einträglichsten Präparaten zählte.

Cellcept wird mittlerweile sogar in China selbst hergestellt. Ende 2005 eröffnete Roche

in Shanghai eine eigene Produktionsstätte mit 1.300 Mitarbeitern. Dass Organe in China auf ethisch fragwürdige Weise entnommen werden, kümmerte den damaligen Chef des Unternehmens, Franz Humer, nicht. »Wir haben volles Vertrauen in dieses großartige Land«, sagte er laut einem Bericht der *Wirtschaftswoche* während der Einweihungsfeier.

Allerdings konnte sich die Transplantationsmedizin in China nur entwickeln, weil die Organe Hingerichteter genutzt werden. Neben dem Vertrieb von Cellcept profitiert Roche auch durch seine Studien von den fragwürdigen Umständen der Transplantationsmedizin in China. Die erste wurde im Jahr 2006 mit 36 Patienten mit Herztransplantat durchgeführt. Derzeit werden für zwei Forschungsvorhaben rund 300 Patienten rekrutiert, die eine Leber oder eine Niere bekommen haben. Es handelt sich um sogenannte Phase-IV-Studien. Laut Roche sollen sie helfen, bei chinesischen Patienten die beste Dosierung für Cellcept zu finden. Warum die nach mehr als zehn Jahren der Anwendung des Medikaments in China noch nicht bekannt sein soll, bleibt das Geheimnis von Roche.

Kein Anspruch auf Auskunft?

Tatsächlich dienen Phase-IV-Studien häufig auch dem Marketing, weil sie Kontakte zu Kliniken verschaffen. Laut der Studien-Datenbank von Roche werden Kliniken in elf Städten an den Studien beteiligt: in Shanghai, Zhejiang, Nanjing, Fuzhou, Peking, Guangzhou, Chengdu, Changsha, Chongqing, Jiangsu und Xian City.

In keinem Land der Welt werden Verurteilte häufiger hingerichtet als in China. Die Todesstrafe kann für 68 Delikte ausgesprochen werden. Amnesty International zählte für das Jahr 2008 mindestens 1.718 Exekutionen, wobei die Dunkelziffer erheblich höher sein dürfte. Und jedem Toten können mehrere Organe entnommen werden.

Die Tatsache, dass Organe in China leicht verfügbar sind, hat das Land auch zu einem Zentrum des internationalen Organhandels gemacht – für chinesische Kliniken eine gute Möglichkeit, den eigenen Etat aufzubessern. Erst 2007 verabschiedete die chinesische Regierung eine Bestimmung, die Organtourismus unterbinden soll. Allerdings →

→ erlaubt das Gesetz zur Organtransplantation von 2007 weiterhin, dass Organe von Gefangenen transplantiert werden, sofern diese oder ihre Angehörigen zugestimmt haben (Siehe Randbemerkung auf Seite 4).

Auf Anfrage beruft Roche sich darauf, dass die gesetzlichen Bestimmungen in China sowie die Standards der Weltgesundheitsorganisation eingehalten würden. Roche sei zudem »weder in China noch in einem andern Land der Welt für die Beschaffung von Organen zuständig«. Anonymität und Vertraulichkeit von Spenderdaten seien rechtlich geschützt. »Roche hat weder in China noch in einem anderen Land einen Anspruch zu erfahren, woher oder von welchen Spendern die transplantierten Organe stammen.«

Deutliche Distanzierungen

Die »Erklärung von Bern« hält das für eine Schutzbehauptung. Die Herkunft von Organen zurückzuverfolgen erfordere auch nach Auffassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) nicht, dass die Anonymität der Spender verletzt und ihre Namen preisgegeben würden.

Die WHO stützt sich auf die Prinzipien internationaler Dachverbände von Mediziner:innen. So hat sich etwa die World Medical Association von den fragwürdigen Transplantationspraktiken in China distanziert und ihre eigene Position in Ethik-Richtlinien dargelegt. Die freiwillige Einwilligung in die Organspende beruhe auf der Abwesenheit von Zwang. »Weil Gefangene und andere Personen unter Bewachung nicht in der Lage sind, freiwillig zuzustimmen, und Zwang unterliegen können, dürfen ihre Organe nicht genutzt werden, außer für Mitglieder der eigenen Familie.«

Die Transplantation Society, ein Dachverband der Transplantationsmedizin, äußert sich dezidiert auch zu Forschungsprojekten mit China: »Eine Zusammenarbeit im Rahmen klinischer Studien sollte nur in Betracht gezogen werden, wenn die Studie ... die ethischen Grundsätze der Transplantation Society nicht verletzt, etwa indem Empfänger von Organen und Geweben hingerichteter Gefangener einbezogen werden.«

Studien sollen weiterlaufen

Aktivist:innen der »Erklärung von Bern« haben bei der Aktionärsversammlung von Roche Anfang März in Basel versucht, den Verantwortlichen die beiden Public Eye Awards zu übergeben – vergeblich. Konzern-Chef Severin Schwan ließ die Schweizer Zeitung *Sonntag* bereits wissen, der Konzern werde nicht auf seine Studien in China verzichten.

Mit Volkes Stimmen

77,2 Prozent der SchweizerInnen haben am 7. März »Ja« gesagt zum neuen Verfassungsartikel über die »Forschung am Menschen«. Die Volksabstimmung bahnt den Weg für fremdnützige Studien mit Kindern, demenzkranken und geistig behinderten Menschen.

Der Verfassungsartikel 118b, den über 1,7 Millionen Stimmberechtigte gebilligt haben, mag juristischen Laien streng erscheinen: »Mit urteilsunfähigen Personen«, liest man da, »darf ein Forschungsvorhaben nur durchgeführt werden, wenn gleichwertige Erkenntnisse nicht mit urteilsfähigen Personen gewonnen werden können«. Und: »Lässt das Forschungsvorhaben keinen unmittelbaren Nutzen für die urteilsunfähigen Personen erwarten, so dürfen die Risiken und Belastungen nur minimal sein.«

Was der Begriff »minimal« genau meint und wer entscheidet, wann es zu fremdnützigen Experimenten mit »Urteilsunfähigen« keine Alternative geben soll – dazu steht im Forschungsartikel nichts. Er sichert nur »eine unabhängige Überprüfung« des Forschungsvorhabens zu. Diese müsse ergeben, »dass der Schutz der teilnehmenden Person gewährleistet ist.«

Auseinandersetzung ab April?

Solche Details zu klären, war nicht das Ziel von Regierung und Parlament; sie empfahlen dem so genannten Stimmvolk unisono, Artikel 118b anzunehmen – und so einen verfassungsrechtlichen Rahmen zu legitimieren, der helfen soll, den »Forschungsstandort Schweiz« zu stärken.

Öffentlicher Widerspruch gegen den »Dambruch« war nur vom »Basler Appell gegen Gentechnologie« zu hören. Die Organisation hofft, dass die »eigentliche Auseinandersetzung« erst noch beginnen wird – wenn das Schweizer Parlament ein »Humanforschungsgesetz« erörtert, das auch die schwammigen Auflagen des Verfassungsartikels 118b konkretisieren soll.

Die Beratungen starten voraussichtlich im April. Aufmerksam beobachtet werden sie sicher auch von deutschen Behörden, Forscher:innen und Pharmafirmen.

Klaus-Peter Görlitzer

Von Basel nach Bochum
 SESAM – dieses Kürzel steht für ein denkwürdiges Forschungsprojekt, mit dem klinische Psycholog:innen der Universität Basel Zusammenhänge zwischen genetischen Faktoren und psychischen Störungen entdecken wollten. Ein Team um Professor Jürgen Margraf hatte vor, 3.000 Kinder kontinuierlich zu beobachten und zu testen – zwanzig Jahre lang, beginnend schon vor der Geburt. Erfasst werden sollten auch genetische Daten von Eltern und Großeltern (Siehe BioSKOP Nr. 32 + 38). Es blieb bei den großspurigen Plänen: Im Frühjahr 2008 musste die SESAM-Leitung den Abbruch der Kernstudie beschließen – weil nicht genug Proband:innen bereit waren, bei dieser Langzeitstudie ohne therapeutischen Nutzen mitzumachen. »Teurer Riesenflop« jubelte der Verein »Basler Appell gegen Gentechnologie«, der jahrelang gegen das Projekt mobilisiert hatte, u.a. mit einer Petition, die 12.000 Menschen zeichneten. Prof. Margraf arbeitet neuerdings in Deutschland – und »er hat Großes vor«, verkündete im Februar die Ruhr-Universität Bochum: Dort baut der 53-Jährige, ausgestattet mit fünf Millionen Euro vom Bundesforschungsministerium, ein »Forschungs- und Behandlungszentrum für Psychische Gesundheit« auf; es soll sich mittels Behandlung von Patient:innen auf lange Sicht »selbst finanzieren«. Rund 100 Mitarbeiter:innen stehen dem Spezialisten für Panik- und Angststörungen zur Seite; besonders eng kooperieren will Margraf mit den Neurowissenschaftler:innen.

Kompliziert gesponnenes Netz

Das Transplantationsgesetz sollte Transparenz und Kontrolle ermöglichen – dieser Versuch ist gescheitert

Von Heinrich Lang (Greifswald), Professor für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht an der Universität Greifswald

»Änderungsbedarf«

Die Ständige Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer spielt eine Schlüsselrolle: Sie gibt regelmäßig Empfehlungen, beispielsweise zur Spende, Vermittlung und Verteilung von Organen; sie berät Politik, Gesundheitsverwaltungen, Kostenträger und medizinische Einrichtungen; auch die breite Öffentlichkeit soll sie informieren. Vorsitzender des Gremiums ist kein Mediziner, sondern ein Jurist: Hans Lilie, Professor für Strafrecht an der Uni Halle in Sachsen-Anhalt. Kurz vor Weihnachten ereignete sich Bemerkenswertes: In einem Interview mit dem Deutschen Ärzteblatt (Heft 51-52, 2009) räumte Lilie »Änderungsbedarf« hinsichtlich seiner Kommission ein und erklärte: »Ihre Arbeit sollte etwas stärker formalisiert werden. Der Gesetzgeber hat wenig zur Richtlinienerstellung geregelt, und es wäre mir ein Anliegen, wenn die Ständige Kommission Organtransplantation die Transparenz der Tätigkeit stärken könnte. Sie sollte zum Beispiel – ähnlich wie der Gesetzgeber bei Gesetzesvorlagen – Richtlinienentwürfe publizieren, damit die interessierte Öffentlichkeit zeitnahe Informationsmöglichkeiten hat.«

Das Transplantationssystem setzt auf Selbstlosigkeit und Vertrauen der Bürger. Wesentliche Voraussetzungen sind Transparenz und Kontrolle. Eine Analyse aus juristischer Perspektive verdeutlicht: Strukturen und Verantwortlichkeiten sind für die Öffentlichkeit kaum durchschaubar.

Als das Transplantationsgesetz (TPG) formuliert wurde, war man sich der besonderen Bedeutung transparenter Strukturen und Entscheidungsströme voll auf bewusst. In wesentlichen Fragen trägt das seit Ende 1997 geltende TPG freilich einen der Transparenz wenig förderlichen Kompromisscharakter – zum Beispiel in der Frage der Todesdefinition. Dennoch wurde das neue Gesetz mit dem Versuch begründet, Vertrauen, Transparenz und Kontrolle in einem bis dato gesetzlich weitgehend unregulierten Bereich zu schaffen. Man wird nicht umhin kommen, diesen Versuch als gescheitert zu betrachten.

Das TPG legitimiert ein überaus kompliziert gesponnenes Netz von Kooperationsmustern und Entscheidungsprozessen öffentlich-rechtlicher und privater Rechtsträger. Beteiligt sind:

► die Transplantationszentren (TZ). Sie verfügen über das Implantationsmonopol und entscheiden auch über die Aufnahme von Patienten auf die Warteliste (§ 10 II TPG). Obgleich nicht zwingend in öffentlich-rechtlich Trägerschaft stehend, üben die TZ insoweit Tätigkeiten verteilender Verwaltung aus.

► Eurotransplant (ET). Die privatrechtliche Stiftung niederländischen Rechts, ansässig in Leiden, fungiert als Vermittlungsstelle i.S.v. § 12 TPG; sie besitzt das Organvermittlungsmonopol. Beauftragt ist ET von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Bundesärztekammer und der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

► die Bundesärztekammer (BÄK). Sie ist verfasst als nicht rechtsfähiger Verein bürgerlichen Rechts, durch § 16 TPG ist ihr eine zentrale Funktion zugewiesen. Die BÄK soll in Richtlinien, die der Staat nicht genehmigen muss, den Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft feststellen – nicht nur, aber auch hinsichtlich der Regeln zur Organvermittlung nach § 12 III 1 TPG.

Dieser Paragraph spricht davon, die vermittlungspflichtigen Organe seien von der Vermitt-

lungsstelle (ET) nach Regeln, die dem Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft entsprächen, insbesondere nach Erfolgsaussicht und Dringlichkeit, für geeignete Patienten zu vermitteln. Ungeachtet der insoweit verharmlosenden gesetzlichen Formulierung *stellen* die BÄK-Richtlinien in Wahrheit nicht fest, tatsächlich *legen* sie fest. Und ihr Gegenstand sind nicht wissenschaftliche Erkenntnisse, sondern Gerechtigkeitsfragen, die eben nicht unter Zuhilfenahme allein medizinischer Kriterien beantwortet werden können.

An einer Organtransplantation sind recht viele Organisationen beteiligt – neben TZ, ET und BÄK auch die DSO, zuständig für die Koordinierung der Organspenden. Dies wäre vielleicht nicht weiter schlimm, wenn Tätigkeiten und Befugnisse der Akteure durch eine eindeutige normative Vorsteuerung gekennzeichnet und vor allem auch für die Bürger erkennbar wären. Gerade bei der konkreten Entscheidung über die Verteilung von Organen ist dies aber weitestgehend nicht der Fall. Das Gesetz begnügt sich damit, (tendenziell gegenläufige) Auswahlkriterien zu fixieren und überlässt nicht nur die Feinsteuerung, sondern auch die Festlegung wahrhaft existentieller Entscheidungskriterien und -ströme in einem Konzept »regulierter Selbstregulierung« den beteiligten Institutionen und namentlich der BÄK.

Gegenläufige Kriterien

Unter Verfassungsrechtlern ist kaum noch bestritten, dass die Regeln zur Organvermittlung im TPG (§§ 12 III 1, 10 II Nr. 2), insbesondere die Verwendung der tendenziell gegenläufigen Kriterien der Erfolgsaussicht und der Dringlichkeit, einer verfassungsrechtlichen Prüfung weder mit Blick auf den Parlamentsvorbehalt noch das Bestimmtheitsgebot standhalten. Auch verfehlt die in Form der Richtlinienaktivität seitens der BÄK ausgeübte Staatsgewalt die Anforderungen, die das Bundesverfassungsgericht legitimatorisch an Ausübung staatlicher Gestalt stellt. Doch damit nicht genug. Aufgrund der geschaffenen gesetzlichen Grundlagen und der gewählten institutionellen Arrangements versagen die klassischen rechtsstaatlichen Kontrollmittel der Aufsicht und des Rechtsschutzes.

Man mag dem Gesetzgeber zugutehalten, dass die Einschaltung verschiedener Institutionen und →

→ die Verzweigung von Kompetenzen dem Versuch entspringen, Entscheidungen zu dezentralisieren und wechselseitige Kontrollen zu ermöglichen. Nur, ist man dann gut beraten, eine selbst von Befürwortern der gegenwärtigen Ausgestaltung des Systems als defizitär bezeichnete, (nur) vertraglich verankerte Selbstkontrolle zu etablieren, die es im Wesentlichen den beteiligten Institutionen selbst überlässt, auf Verstöße zu reagieren? Im rechtswissenschaftlichen Schrifttum ist dazu konstatiert worden, dass sich Verantwortlichkeiten nicht nur faktisch, sondern auch normativ bis zur Unkenntlichkeit verflüchtigen.

Defizitäre (Selbst-)Kontrolle

Einer der tiefsten Kenner des Transplantationsrechts hat konstatiert, mit Hilfe von Fallbeispielen ließen sich komplexe Probleme anschaulich machen und dabei auf den zuvor schon in Fachzeitschriften diskutierten »Berliner Fall« hingewiesen. Im Januar 2006 wurde bei einem Mann in Berlin der Hirntod festgestellt, so dass die medizinische Voraussetzung für eine Organspende vorlag. Seine Familie teilte daraufhin mit, es sei sowohl im Sinne des Hirntoten als auch in ihrem Sinne, dass Organe zur Transplantation entnommen würden – allerdings unter der Bedingung, dass die Ehefrau eine Niere ihres verstorbenen Mannes erhalte. Die Ehefrau war dialysepflichtig und seit fünf Jahren auf der Warteliste für eine Nierentransplantation. Zwar hatte der Ehemann ihr zu Lebzeiten angeboten, eine seiner Nieren zu spenden; sie hatte dies aber aus Sorge, ihn gesundheitlich zu gefährden, abgelehnt. Wie also verfahren?

Das Gesetz ist ebenso eindeutig wie das Dilemma offensichtlich: Verweigert man sich dem Ansinnen der Angehörigen, werden dem System überhaupt keine Organe zugeführt, gibt man dem Begehren nach, verstößt man gegen das Gesetz, das eine zielgerichtete Spende von Organen Hirntoter nicht erlaubt. In einem so im TPG nicht vorgesehenen Entscheidungsverfahren kamen die Leitung der DSO, die Vorsitzenden der bei der BÄK gebildeten Ständigen Kommission Organtransplantation sowie ET überein, am Gesetz vorbei eine Niere der Ehefrau zuzuteilen und die weiteren entnommenen Organe über die Vermittlungsstelle zu verteilen.

Es ist hier nicht der Ort, diese Vorgehensweise in Bausch und Bogen zu verurteilen, sie ist menschlich durchaus verständlich. Nur ist sie eines nicht: rechtmäßig. Aus meiner Sicht hätte es der Transplantationsmedizin gut getan, wenn die beteiligten Entscheider das offen eingeräumt

hätten, um dann womöglich die Konsequenzen zu ziehen, die im Rechtsstaat geboten sind, wenn Entscheidungsträger aufgrund innerer Bindungen gegen das geschriebene Recht verstoßen.

Der statt dessen unternommene Versuch, die am Gesetz vorbei getroffene Zuteilung unter Berufung auf das strafrechtliche Notwehrrecht zu rechtfertigen, greift zu wackeligen Krücken und ist jedenfalls aus öffentlich-rechtlicher Perspektive kaum haltbar. Eine fehlende (öffentlich-rechtliche) Befugnisnorm ist nicht schlicht unter Hinweis auf das strafrechtliche Notwehrrecht ersetzbar.

Aus Platzgründen hier nur ein Hinweis: Trüge die Berufung auf strafrechtliche Notwehrtatbestände nicht nur hinsichtlich der persönlichen Verantwortlichkeit der handelnden Personen, sondern auch hinsichtlich der Rechtmäßigkeit der am Gesetz vorbei getroffenen Zuteilungsentscheidung, stellte sich die Frage nach der Sinnhaftigkeit der Normierung des gesamten TPG. Wozu Organentnahme- und Übertragungsvoraussetzungen und -modalitäten regeln, wenn differenzierte Regelungen in Gesetz und Richtlinien doch jederzeit unter Berufung auf strafrechtliche Notwehrtatbestände ausgehebelt würden?

Dass sämtliche beteiligten Institutionen ebenso wie die Aufsicht zum »Berliner Fall« geschwiegen oder die gewählte Vorgehensweise mehr oder minder stillschweigend gebilligt haben, mag menschlich verständlich sein; rechtsstaatlich ist es indes unbefriedigend. Geht man tatsächlich davon aus, dass praktische Beispiele komplexe Probleme deutlich machen, so demonstriert der Fall, dass sich die im Transplantationsgeschehen agierenden Entscheider über das geschriebene Recht hinwegsetzen, wenn sie dies für geboten und für nachvollziehbar halten. Im Rechtsstaat wirkt aber in erster Linie die Rechtstreue berufener Entscheidungsträger vertrauensbildend.

Fazit

Was also wäre zu raten? Was immer zu raten ist, wenn sich Misstrauen und Verdacht etabliert haben: Transparenz. Aus meiner Sicht müssten der Gesetzgeber und die beteiligten Institutionen in einen vor allem auch die Patienten wie die Gesellschaft als Ganze beteiligenden, offenen Diskurs darüber eintreten, wer nach welchen Kriterien in der Transplantationsmedizin über die Zuteilung knapper Güter entscheidet. Insoweit könnte das Transplantationsystem eine Vorreiterrolle einnehmen – in der Debatte eines Problems, das ebenso zielsicher wie weitgehend ausgeblendet mit voller Wucht auf das gesamte System der Kranken-

Ins Gefängnis?

Der prominente Mandant bestreitet alle Vorwürfe, und seine Verteidiger plädierten auf Freispruch. Nun haben sie Revision gegen das Urteil angekündigt. Denn Professor Christoph Broelsch, seit Oktober 2007 suspendierter Chef des Transplantationszentrums Essen (Siehe BioSKOP Nr. 40+48), soll ins Gefängnis. Am 12. März hat die XXI. Große Strafkammer des Landgerichts Essen den 65-Jährigen zu einer Freiheitsstrafe von drei Jahren verurteilt. Der Angeklagte sei in 30 Fällen der Bestechlichkeit schuldig, davon dreimal in Tateinheit mit Nötigung. Achtmal habe er Abrechnungsbetrug zum Nachteil von PrivatpatientInnen begangen, zweimal Steuerhinterziehung. Das Landgericht hält es für erwiesen, dass der beamtete Professor von schwer kranken KassenpatientInnen jeweils eine »Geldspende« verlangt und erhalten hat – und zwar »als Gegenleistung für die Behandlung durch ihn persönlich«. Auf diese Weise seien »Spenden« von insgesamt 158.000 Euro auf ein »Drittmittelkonto« eingezahlt worden. Auf die Gelder habe Broelsch »unmittelbaren Zugriff« gehabt und aus deren Verwendung »auch Vorteile für sich« gezogen. In drei Fällen nimmt das Gericht »Nötigung« schwer Kranker an – Begründung: »weil Prof. Broelsch die Behandlung als besonders dringlich dargestellt oder erklärt hatte, nur er könne aufgrund seiner Qualifikation die Behandlung vornehmen, so dass die Patienten sich gezwungen sahen, die Geldbeträge zu bezahlen, um in den Genuss der Behandlung zu kommen«.



Vorschau

Themen im Juni 2010

- ◆ **Schwerpunkt**
Verdatete PatientInnen
- ◆ **Gesundheitspolitik**
Integrierte Versorgung
- ◆ **Transplantationsmedizin**
Europäische Reformpläne

Veranstaltungstipps

Sa. 27. März, 9.00 – 15.00 Uhr
Berlin (Französische Friedrichstadtkirche,
Gendarmenmarkt 5)

◆ **Angst im Krankenhaus –
Überwinden, Lindern, Aushalten**

Workshop

Wie gehen KlinikärztInnen und Pflegekräfte mit Ängsten der PatientInnen vor Krankheit, Leid und Tod um, und wie mit den eigenen Ängsten? Welche Rolle spielen Angehörige und Ehrenamtliche? Fragen, die der Workshop der ev. Akademie stellt. ExpertInnen aus Medizin, Pflege, Architektur und Theologie sollen antworten und erläutern, was man konkret tun kann, um Ängste zu verringern. Anmeldung bei Frau Elter, Telefon (030) 20355411

Mi. 21. April, 9.00 – 17.30 Uhr
Berlin (Hotel Aquino, Hannoversche Straße 5b)

◆ **Über Lebens Netze**

Tagung

Der Berliner Selbsthilfekongress diskutiert »Herausforderungen an eine bewährte Hilfeform«. Welche Netze und Hilfeformen brauchen älter werdende Menschen? Welche Rolle spielen virtuelle soziale Netzwerke im Internet? Versteht sich Selbsthilfe als Partner oder Dienstleister, und wie weit muss oder darf ihre »Professionalisierung« gehen? Anmeldung bei SEKIS, Telefon (030) 89028533

Do. 22. April, 18 Uhr – Sa., 24. April, 14 Uhr
Dresden (Deutsches Hygiene-Museum,
Lingnerplatz 1)

◆ **Körpergewenart**

Tagung

»Die Begriffe, Modelle und Befunde, die in den modernen Lebenswissenschaften benutzt werden, entziehen sich mehr und mehr einer abbildenden Darstellung«, schreiben die Veranstalter. Museen seien herausgefordert, »neue Sammlungsstrategien zu entwickeln«. Aus diesem Anlass analysieren zahlreiche ReferentInnen Techniken, Instrumente und Theorien, mit denen der menschliche Körper wissenschaftlich durchdrungen, zerlegt, präpariert, gedeutet, dargestellt wurde und wird. Auch BioSkoplerin Erika Feyerabend spricht, Titel ihres Vortrags: »Vermessene Menschen. Vom Fingerabdruck bis zum Ganzkörperscan«. Anmeldung bei Frau Mühlenberend, Telefon (0351) 4846311

Mi. 19. Mai, 18.15 – 20.00 Uhr
München (Klinikum rechts der Isar,
Hörsaal B, Ismaninger Str. 22)

◆ **Ökonomisierung der Medizin –
wo bleibt der Mensch?**

Vortrag

Technisierung und Ökonomisierung der Medizin schreiten voran. Verunsichert seien nicht nur PatientInnen, sondern auch ÄrztInnen, meint Professor Johannes Ring, Studiendekan der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München.

Fr. 28. Mai, 15 Uhr – Sa. 29. Mai, 16.30 Uhr
Bonn (Haus Venusberg, Haager Weg 28-30)

◆ **Gentechnikkritik konkret**

Seminar

»Wir wollen versuchen, Gentechnikkritik als Ganzes zu denken und zu diskutieren«, verspricht die gemeinsame Seminareinladung des Politischen Arbeitskreises Schule und der AG Gentechnologie bei attac Bonn. Die Veranstalter gehen davon aus, dass Gentechnologie – ähnlich wie Atomkraft – »ein grundsätzlich unkontrollierbares Destruktivpotenzial enthält«. Auf Basis spannender Texte wird erörtert, »inwieweit man grüner und roter Gentechnologie mit gleicher Kritik begegnen kann«. Infos und Anmeldung bei Werner Rätz, Telefon (0228) 212222

Mi. 16. Juni
Bonn (Ev. Akademie im Rheinland,
Mandelbaumweg 2)

◆ **Darf man Leben patentieren?**

Forum

2007 hat die Evangelische Kirche im Rheinland das »Forum Bioethik« ins Leben gerufen – in der »Einsicht, dass die ethische Fragen der Biowissenschaften und Biotechnologien eine grundlegende Bedeutung für unsere Gesellschaft haben«. Dieses Mal werden Patente auf Tiere und Pflanzen kritisch beleuchtet. Referent ist der Theologe und Biologe Professor Günter Altner.

Anmeldung bei Frau Korsch, Telefon (0228) 9523201

BIO SKOP

Ja,

- ich abonniere **BIO SKOP** für zwölf Monate. Den Abo-Betrag in Höhe von 25 € für Einzelpersonen/50 € für Institutionen habe ich heute auf das BioSkop e.V.-Konto 555 988-439 bei der Postbank Essen (BLZ 360 100 43) überwiesen. Dafür erhalte ich vier **BIO SKOP**-Ausgaben. 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 DAISY-CD. 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. 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

