BIOSKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

13. Jg. | Nr. 50 | Juni 2010

Schwerpunkt: Euthanasie

8 »Sterbehilfe«-Anwalt will Grundsatzurteil
9 Bundesärztekammer diskutiert »assistierte Selbsttötung«
10 »Es soll ja keine Exekution sein«
11 Organentnahme nach Euthanasie

Genomforschung

3 Fremdnützige Studien?

Ersatzteillager Mensch

7 EU will »Erhöhung des Organangebots«

Patientenverdatung

6 Klage gegen neue Gesundheitskarte

Krankenversicherung

5 Risiken ermitteln, Köpfe jagen, Kasse machen

Gesundheitsökonomie

12 Kosten-Nutzen-Bewertungen

Rationierungswissenschaft

14 »Kostensensible Leitlinien«

Weitere Themen

5 Liste Neuanfang
5 Kampagne für mehr Transparenz
5 BioSkop e.V. braucht Unterstützung!
16 Interessante Veranstaltungen
16 Wunschzettel
16 **BIOSKOP** im September 2010

Impressum

Herausgeber: BioSkop e.V. – Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Technologien
Bochumer Landstr. 144 a · 45276 Essen
Tel. (0201) 5366 706 · Fax (0201) 5366 705
BioSkop e.V. im Internet: *www.bioskop-forum.de*
Redaktion: Klaus-Peter Görlitzer (v.i.S.d.P.), Erika Feyerabend.
Anschrift: Erika-Mann-Bogen 18 · 22081 Hamburg
Tel. (040) 43188396 · Fax (040) 43188397
E-Mail: *redaktion@bioskop-forum.de*
Beiträge in dieser Ausgabe:
Ute Bertrand, Martina Keller, Tobias Michel.

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

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

Leere Versprechungen

Erika Feyerabend

Moderne Gesellschaften tragen große Versprechungen in sich – und vor sich her. Seit der Aufklärung ist ein gelingendes Leben mit Phantasien individueller Autonomie und persönlicher Authentizität angefüllt. Ohne Diktate von König, Kirche oder Tradition nach eigenem Gusto und Maß zu entscheiden, zu arbeiten, zu lieben, zu konsumieren und heute auch zu sterben, das sind die Kultur prägenden Eckpfeiler der Moderne. Erst die Effizienz kapitalistischen Wirtschaftens, gepaart mit demokratischen Regierungsstilen, lassen solche Phantasien wirklich werden – heißt es allerorten. Die große Fortschrittshoffnung: Befreit vom täglichen Existenzkampf, entlastet von ökonomischen Zwängen, ausgestattet mit technologischen Machbarkeiten, die materielle Knappheiten ein für alle mal aus der Welt schaffen, können wir uns entspannt den schönen Seiten des Lebens widmen.

Und nun? Von Entspannung kann keine Rede sein. Statt überwundener Zwänge, herrscht heute ein Wachstumstotalitarismus, der früher undenkbar war. Jedes Jahr muss mehr produziert, zirkuliert und konsumiert werden. Gibt es angesichts der aktuellen weltwirtschaftlichen Verwerfungen politisch ein anderes Rezept als dieses: alle gesellschaftlichen Kräfte mobilisieren, um das Wachstum anzukurbeln, unabhängig von konkreten Bedarfen und Bedürfnissen? Statt in Muße zu genießen, sitzt uns die Zeit im Nacken: als Produktionsfaktor, als Wettbewerbsvorteil, als erhöhtes Lebenstempo. Erfahrungen haben hier wenig Bestand, Erwartungen verfallen schnell. Sozial verunsichert und gestresst sehen wir in Beruf und Freizeit zu, wie »sich die Dinge ständig ändern, aber sie entwickeln sich nicht«, diagnostiziert der Jenaer Zeittheoretiker Hartmut Rosa.

Das Dasein ist alles andere als befriedet. Armut und Ungleichheiten verschärfen sich. Es dominiert die Dauerkonkurrenz um Status, Einkommen, Anerkennung, Gesundheit, Fitness, Schönheit, Beziehungen. Auf der Schattenseite der Gesellschaft wächst die Angst vor Absturz und Ausschluss. Das Gefühl, das eigene Leben nicht im Griff zu haben, ist allgegenwärtig. Gestaltungsziele ohne Gewinn- und Wettbewerbsaussichten werden vollständig suspendiert: Umverteilen, bessere Pflegestandards, Medizin mit menschlichen Angesicht gelten als stabilitätsgefährdend und unerreichbar.

Bitte auf der nächsten Seite weiter lesen ▸

Mit Newsletter Behindertenpolitik

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Eine neue Zeitschrift! *lautete unsere erste Titelschlagzeile, mit der wir »alle Neugierigen« zur ersten* BIOSKOP*-Lektüre eingeladen haben. Das war im Dezember 1997, im Mittelpunkt des Pilotheftes standen die Bioethik-Konvention des Europarates und der Widerstand dagegen.*
Sie lesen heute Ausgabe Nr. 50 *– und dafür danken wir Ihnen sehr: Ohne Ihr Interesse, ohne Ihre Abonnements und Spenden wäre es nicht möglich gewesen,* BIOSKOP *als unabhängige Stimme zur kritischen Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Akteure in Universitäten, Industrie und Politik zu etablieren.*
Im neugestalteten Gewand *wollen wir noch mehr Menschen mit unseren Recherchen, Berichten und Analysen erreichen. Das Team der Essener Agentur Reviera, die uns seit der ersten Stunde grafisch unterstützt, hat uns das neue Layout zum kleinen Jubiläum geschenkt – ganz herzlichen Dank!*
Die Farbe Grün *soll im Heft Akzente setzen, und sie gilt auch als Farbe der Hoffnung. Wir sind zuversichtlich, dass wir die ernste Finanzkrise, die auch uns getroffen hat, mit Ihrer Hilfe werden überwinden können. Gelingt uns dies nicht, müssen wir* BIOSKOP *Ende dieses Jahres leider einstellen.*
Empfehlen Sie BIOSKOP *weiter, im Freundes- und Kollegenkreis! Jedes Abo, jede Spende hilft!*

Erika Feyerabend, Klaus-Peter Görlitzer

Leere Versprechungen

Fortsetzung von Seite 1 ›

Im Gesundheitswesen werden »kostensensible Leitlinien« aus Steuergeldern gefördert und entworfen, um medizinische Leistungen plausibel verweigern zu können *(Siehe Seite 14)*. Computergestützte Grafiken sollen Kosten-Nutzen-Relationen veranschaulichen, die PatientInnen teuer zu stehen kommen können. In Großbritannien wird nur noch ein vollkommen gesund verbrachtes Jahr mit 365 Tagen »bewertet«, ein von Krankheit überschattetes mit 300 oder weniger Tagen taxiert *(Seite 12)*.

Wer gelernt hat, in ökonomischen Kategorien zu denken – mit Attributen wie »Erfolg« und »Leistung« aufgehübscht – wird sich dem »Bilanzsuizid« im Alter oder bei schwerer Krankheit möglicherweise nicht mehr verschließen, professionelle Tötungshilfe nachfragen und dies als Inbegriff privater Autonomie verstehen *(Seite 9)*. Oder schlicht als persönliche Kapitulation vor verbreiteten Missständen in Kliniken *(Seite 10)*. Sterben unter dem Diktat von Effizienz und Nutzenrelationen, das macht in Belgien die Organentnahme nach Euthanasie zum gesellschaftlichen Experiment und erweitert die Suche nach einem »verwertbaren Faktor« *(Seite 11)*. Orientierungshilfe wird bald eine europäische Richtlinie geben, die das Organaufkommen erhöhen und Knappheit beseitigen soll *(Seite 7)*.

Der Eindruck, autonom zu sein, hält sich dennoch. Vom großen Versprechen ist die dürre Konsumentenfreiheit übrig geblieben. Wir dürfen Krankenkassen und verschiedene Versicherungsniveaus aussuchen. Wer niedrige Beiträge einzahlt und kostenträchtige Diagnosen hat, ist bei der Kasse aber nicht gern gesehen. Und völlig aus dem liberalen Schema heraus fällt die Freiheit, Zeit zu haben. Pflegekräfte und ÄrztInnen, die sich angemessen um Kranke kümmern wollen, betrifft das ebenso wie PatientInnen, die ihre Sorgen und Ängste ansprechen möchten *(Seite 4)*.

Und was ist aus dem Demokratieversprechen geworden? Ohnmachtserfahrungen! In der Politik gedeihen das TINA-Prinzip (There Is No Alternative) und die Deadline. Atemberaubend schnell wurde das 750-Milliarden-Paket zur Rettung des Euro verabschiedet. Demokratische Willensbildung verbraucht zu viel Zeit. So beginnen Computersimulationen und Algorithmen, den »humanen Faktor« zu ersetzen. Sie sollen die Welt berechenbar und die unübersichtlichen Verhältnisse zeitnah entscheidbar machen.

> In der Opposition liegt Hoffnung. Sie keimt auf, wenn Initiativen, Verbände oder kritische Fachleute ihre Stimme erheben.

Eine gefahrvolle Illusion. An der Börse durchforsten elektronische Netzwerke »autonom«, ohne menschliches Zutun, lautlos riesige Datenmengen binnen Sekundenbruchteilen nach Gewinnpotentialen und ermöglichen fette Beute für Investmentbanken und Börsenmakler. Regulierungsbehörden halten das Tempo nicht mit; sie konnten neulich nur zusehen, wie der Aktienindex in ungeahnte Tiefen stürzte und die Weltwirtschaft einmal mehr an den Abgrund geriet.

Leere Versprechen und skeptische Einsichten machen die Suche nach einem guten Leben ganz und gar nicht überflüssig. In der Opposition liegt Hoffnung. Sie keimt auf, wenn kleine Initiativen ihre Stimme im bürokratischen Krankenkassenwesen erheben *(Seite 5)* oder Versicherte sich gegen die zentrale Erfassung ihrer medizinischen Daten wehren *(Seite 6)*. Oder Verbände sich nicht dem Innovationsgebot der Wissenschaft verschreiben und die Integrität behinderter Menschen verteidigen *(Seite 3)*. Oder wenn medizinische Fachleute sich für transparente Verhältnisse stark machen *(Seite 15)* statt für undurchsichtige medizinische Märkte.

»Soziologie – Kapitalismus – Kritik«

heißt ein lesenswertes Buch von Klaus Dörre, Stephan Lessenich und Hartmut Rosa. Die drei Soziologieprofessoren aus Jena entfalten auf 327 Seiten ihre »Kritik der Gegenwartsgesellschaft« und zeigen auch Alternativen auf. Das Werk erschien im Oktober 2009 in der Reihe »suhrkamp taschenbuch wissenschaft« und kostet 12 Euro.

Fremdnützige Forschung?

Fragwürdige Studie im Netzwerk »Mentale Retardierung«

Im Nationalen Genomforschungsnetz werden auch Wissenschaftler gefördert, die nach genetischen Ursachen geistiger Behinderung suchen. Deren Netzwerk »Mentale Retardierung« (MRNET) wird nun hinterfragt: In einem Teilprojekt »stehen fremdnützige Aspekte der Forschung im Vordergrund«, meint die Bundesvereinigung Lebenshilfe. Der Verband, der die Interessen von Menschen mit geistiger Behinderung vertritt, fordert Politiker auf, sich aktiv einzuschalten.

Warum seine Forschung notwendig sein soll, erläutert das MRNET auf der netzeigenen Website *www.german-mrnet.de*: »Mentale Retardierung (MR) betrifft etwa 2% der Bevölkerung und ist der bedeutendste einzelne Kostenfaktor im Gesundheitswesen. In der Mehrzahl der Fälle liegt eine genetische Ursache vor, wobei bisher aber nur wenige Gendefekte bekannt sind.« Ziel des Netzwerkes sei die »systematische Identifizierung von Genen für MR sowie die Untersuchung der Funktion der dadurch kodierten Proteine«. Im MRNET, auf das *BIOSKOP* erstmals im Juni 2009 aufmerksam machte, sind Humangenetik-Institute von sieben deutschen Universitäten und weitere wissenschaftliche Partner verbandelt; seit April 2008 werden ihre Aktivitäten vom Bundesforschungsministerium (BMBF) gefördert – zunächst für drei Jahre, mit vier Millionen Euro.

Eines der elf Teilprojekte des MRNET soll »genetische Ursachen der psychomotorischen Entwicklungsstörung« aufklären. Die Studie läuft am Humangenetischen Institut des Uniklikums Erlangen und wird von Professor André Reis geleitet, der auch als MRNET-Koordinator fungiert und Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik ist. Im Rahmen der Erlanger Studie werden Väter und Mütter von Kindern mit geistiger Behinderung gebeten, ihr Kind als Proband zur Verfügung zu stellen.

Wer mitmacht, wird körperlich untersucht und fotografiert; zudem willigen die Eltern stellvertretend für ihre Kinder ein, dass ihnen zwecks genetischer Analyse eine Blut- oder Gewebeprobe entnommen wird, die das Institut zeitlich unbefristet aufbewahren darf. Unterschreiben sollen sie auch diese Vorformulierung: »Wir sind damit einverstanden, dass die entnommenen Blut-/Gewebeproben im Rahmen anderer wissenschaftlicher Kooperationsprojekte an andere Kliniken oder Institute im In- und Ausland versandt werden dürfen.« Zudem sollen die Mütter und Väter akzeptieren, dass sie »keinerlei Ansprüche« auf Vergütung, Tantiemen oder Gewinne haben, die »möglicherweise auf der Basis der Forschung mit unseren Blut- bzw. Gewebeproben erlangt werden«.

Weder Einwilligungserklärung noch schriftliche Probandeninformation stellen den Teilnehmern einen gesundheitlichen Nutzen in Aussicht. Dies ist auch der Bundesvereinigung Lebenshilfe aufgefallen. Nach Lektüre der Erlanger Unterlagen kam sie im Sommer 2009 zu dem Schluss, dass bei diesem wissenschaftlichen Projekt mit nichteinwilligungsfähigen Testpersonen »fremdnützige Aspekte der Forschung im Vordergrund« stehen. »Eine bloße Einordnung der Behinderung«, kritisiert Lebenshilfe-Vorstandsmitglied Prof. Jeanne Nicklas-Faust, »ist für den oder die Betroffene nicht gleichbedeutend mit einem tatsächlichen Nutzen, da aus der Zuordnung nicht zwangsläufig konkrete therapeutische Konsequenzen folgen.«

Politische Klärung?

Fremdnützige Forschungsprojekte mit nichteinwillungsfähigen Menschen gelten in Deutschland als unethisch und verboten. Die Lebenshilfe informierte den MRNET-Hauptfinanzier, also das BMBF. Ministerin Annette Schavan (CDU) antwortete Ende Oktober 2009 und erklärte, ein internationales Expertengremium habe das MRNET begutachtet und »zur Förderung empfohlen«. Schavan fügte hinzu, dass das Lebenshilfe-Schreiben ihr Haus veranlasst habe, den Projektleiter »nochmals auf seine ärztliche und juristische Verantwortung« aufmerksam zu machen – konkreter wurde die Ministerin nicht.

Zwei Monate später trafen sich Reis und Nicklas-Faust in Berlin, das Gespräch brachte keine Klärung. Anschließend formulierte sie ihre Fragen und Bedenken in einem ausführlichen Brief an den Projektleiter und bat um schriftliche Stellungnahme; Kopien gingen an die MRNET-Partner sowie an zuständige Ethikkommissionen. Reaktionen bisher? Konzertiertes Schweigen!

Nun hofft die Lebenshilfe auf Unterstützung durch Politiker. Ende April alarmierte sie den neuen Behindertenbeauftragten der Bundesregierung, Hubert Hüppe. Der Christdemokrat, bekannt für klare medizinethische Positionen, soll nun eine »politische Klärung der Zulässigkeit« dieses Forschungsprojektes in die Wege leiten. *BIOSKOP* wird berichten, was dabei herauskommt.

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

»Es ist davon auszugehen«

Das Humangenetische Institut des Uniklinikums Erlangen will »genetische Ursachen der psychomotorischen Entwicklungsstörung« aufklären. Für ihre Studie rekrutieren die ForscherInnen Kinder, die sie auffällig finden; einwilligen müssen Eltern oder gesetzliche Vertreter. Die schriftlichen Informationen zur Studie nennen diagnostische, nicht aber therapeutische Ziele. Auszüge: »Aufgrund des aktuellen Wissensstandes ist davon auszugehen, dass bei einem Großteil der Kinder und Erwachsenen mit psychomotorischer Entwicklungsstörung ungeklärter Ursache eine kleine, mit den üblichen Untersuchungsverfahren nicht nachweisbare Chromosomenstörung oder ein Defekt in noch unbekannten Erbanlagen vorliegt. Wir sind daher im Rahmen einer multizentrischen wissenschaftlichen Studie bemüht, unter Anwendung verschiedener genetischer und molekularbiologischer Analyseverfahren bisher unbekannte Ursachen der Entwicklungsstörungen aufzuklären. Weitere Ziele der Studie sind, neue Krankheitsbilder zu erkennen und in ihrem Verlauf näher zu charakterisieren. Hieraus kann sich die Möglichkeit ergeben, die Krankheitsursache bei Ihrer Tochter/Ihrem Sohn aufzuklären und daraus zum Beispiel Aussagen über die Wiederholungswahrscheinlichkeit innerhalb der Familie zu treffen.«

Risiken ermitteln, Köpfe jagen, Kasse machen

Tobias Michel (Oberhausen), Betriebsrat im Essener Alfried-Krupp-Krankenhaus

Lag in Ihrem Briefkasten ein bunter Prospekt Ihrer Krankenkasse für Wellnessurlaub in Bad Kissingen oder an der Nordsee? Lädt die Barmer oder BKK Sie da unaufgefordert ein zu ein paar »Vitaltagen« mit Nordic Walking und Autogenem Training? Dann hat deren Marketing-Abteilung hinter Ihren Namen vielleicht vermerkt: »2 + (halten)«. Denn Sie sind ein gutes Risiko für Ihre Kasse.

Haben Sie Mühe, bei Ihrer Krankenkasse eine klare Auskunft zu bekommen? Hören Sie statt dessen bei Anrufen mehr Musik in den Warteschleifen, als Sie ertragen mögen? Vielleicht steht hinter Ihrem Namen eine verhängnisvolle »4- «. Ihre Sachbearbeiterin erkennt dann mit einem Blick: Ihre Beiträge und auch die Ausgleichszahlungen für Ihre Diagnosen decken nicht mehr alle Ausgaben für die Behandlung Ihrer Krankheiten ab. Ihre Kasse möchte Sie nur zu gerne zur Konkurrenz wechseln lassen.

> Diejenigen, die in den Sozialwahlen unsere Stimmen bekamen, bleiben stumm.

Die Krankenkassen kümmern sich weniger um die Kranken und mehr um gute Geschäftsergebnisse. Die AOK macht als »Gesundheitskasse« Reklame und bewirbt Zusatzversicherungen. Die Versicherten sollen die Lücken beim Schutz selbst schließen – für den Zahnersatz, für das Zweibett-Zimmer in der Klinik oder für eine Vorzugsbehandlung vom Chefarzt.

Die Gesundheitsreformen zeitigen Wirkung. Am Gesundheitsmarkt verkamen die Krankenkassen zu Wirtschaftsunternehmen. Und manche Kranke werden als schlechte KundInnen abgestempelt. Schuld daran ist noch nicht der neue Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP). Es war seine Vorgängerin Ulla Schmidt (SPD), die über Jahre hinweg in den rot-grünen und schwarz-roten Koalitionen die Weichen so falsch gestellt hat. Heute hat jede Behandlung und jeder Versicherte einen Festpreis. Heute haben viele Angst, dass im Ernstfall ihre Versicherung ihnen Notwendiges verweigert.

Viele Kliniken klagen zu Recht. In ihren Verhandlungen mit den Krankenkassen geht es fast nur noch um eines: Ergebnisse. Aber PatientInnen wollen nicht nur schnelle Ergebnisse und wieder entlassen werden. Kranke Menschen wollen, dass Pflegepersonal und ÄrztInnen sich kümmern können. Schmerzen sollen gelindert werden, Ängste besprochen werden. Die Krankenkassen haben längst nicht mehr die Interessen der PatientInnen und Versicherten im Blick. In ihren bunten Internetauftritten suchen wir vergeblich nach Rechenschaft aus den Verwaltungsräten. Diejenigen, die in den Sozialwahlen unsere Stimmen bekamen, bleiben stumm.

Von der Bundesregierung ist nichts Gutes zu erwarten. Sie hat sich auf die Fahnen geschrieben, dass wir unsere Beiträge zur Krankenkasse unabhängig von der Höhe unseres Einkommens zahlen. »Keine Prämienzahlung pro Kopf« – beruhigen Minister Rösler (FDP) und seine KoalitionsfreundInnen aus CDU und CSU. Dann schränken sie schon ein – sie wollen zumindest kein »reines Prämienmodell« wie bei den Privatkassen.

Doch wichtig ist ihnen, die Rechnungen für die Behandlung unserer Krankheiten schrittweise von den »Arbeitskosten« abzukoppeln. Sie haben den Arbeitgebern versprochen, für sie die indirekten Löhne zu senken. Dazu wollen sie den »Arbeitgeberbeitrag« zur Krankenversicherung der Beschäftigten begrenzen.

Mit weniger Geld wird die Versorgung in den Praxen und Kliniken nicht besser werden. Rösler & Co. lassen derzeit durchrechnen, ob ein beherzter Griff in die Taschen der SteuerzahlerInnen 20 bis 30 Milliarden Euro herbei zaubert. Das wird wohl ernüchternd. Dann aber könnten sie ernst machen. Sie werden die bereits zur Grundversicherung beschnittene Krankenversorgung zu einer Rumpfversicherung zu verstümmeln suchen.

Dabei wäre eine Kasse für alle und alles so viel billiger und vernünftiger!

Fusionitis

»Von den aktuell 169 Krankenkassen«, vermeldet die Unternehmensberatung Ernst & Young, »werden im Jahr 2012 nach Einschätzung der Branche nur 100 übrigbleiben.« Für ihre im März 2010 veröffentlichte Studie hatte die Stuttgarter Beratungsfirma Manager von 40 Krankenkassen befragt. 44 Prozent gaben an, in den nächsten drei Jahre Fusionen anzustreben, weitere 33 Prozent der Befragten sehen Zusammenschlüsse »zumindest als Option«, bilanziert Ernst & Young – und nennt zwei Hauptgründe für den »beschleunigten Konzentrationsprozess«: den von der Ex-Bundesregierung aus CDU/CSU und SPD eingeführten, einheitlichen Beitragssatz (14,9 Prozent des Bruttoeinkommens) sowie die »Verschärfung der Insolvenzmöglichkeiten«. Laut Ernst & Young bewerten die interviewten Manager Kassenzusammenschlüsse, an denen sie beteiligt waren, »durchweg als erfolgreich«. Es gibt aber auch Fusionen, deren Rückabwicklung diskutiert werde. »Ausschlaggebend« für einen langfristigen Fusionserfolg sind nach Erfahrungen von Ernst & Young »die Gewinnung von Kunden und die Vermeidung personeller Fluktuation«.

Noch mehr bezahlen

Nach andauernden Protesten scheint der von Schwarz-Gelb geplante, einheitliche Krankenkassenbeitrag (»Kopfpauschale«) vorerst vom Tisch. Nun will Philipp Rösler (FDP), Bundesgesundheitsminister, den Weg seiner Amtsvorgängerin Ulla Schmidt (SPD) verschärft fortsetzen: Zusatzbeiträge für alle! Dank Schmidt können gesetzliche Kassen seit Anfang 2010 acht Euro im Monat extra kassieren, unabhängig vom Einkommen der Versicherten. Alternativ können sie ein Prozent des Bruttoeinkommens als Zusatzbeitrag verlangen, sofern ihnen das Geld aus dem Gesundheitsfonds nicht reicht. Rösler wird sein neues Konzept wohl im Juli vorlegen. Anfang Juni stellte er in Aussicht, die Zusatzbeiträge mindestens zu verdoppeln. Die Beiträge der Arbeitgeber sollen nicht erhöht werden.

Sozialwahlen 2011

Liste Neuanfang

Sozialwahlen für die Selbstverwaltung der gesetzlichen Krankenkassen locken niemanden hinter dem Ofen hervor. Bislang jedenfalls. Im Juni 2011 könnte das anders werden – eine alternative Liste will erstmals kandidieren.

Der Verein, der am 29. April in Hamburg gegründet wurde, heißt »Neuanfang«, und seine Ziele sind durchaus ehrgeizig: »Wir wollen«, sagt der Vorsitzende, der Rechtsanwalt und Programmierer Jan Kuhlmann, »die Sozialwahlen 2011 zu einer Volksabstimmung gegen den Abbau von Patientenrechten machen und für den Datenschutz.« Kuhlmann *(Siehe Seite 6)* und seine MitstreiterInnen, darunter auch BioSkop-Mitglieder, rufen dazu auf, »mit uns gemeinsam zu kandidieren« – auf jeden Fall bei der Techniker Krankenkasse und der AOK Plus für Sachsen und Thüringen, eventuell auch für Verwaltungsräte weiterer Kassen. Die Wahllisten müssen spätestens am 18. November bei den Kassen eingereicht werden – außerdem mindestens 2.000 Unterschriften von Kassenmitgliedern, die die alternative Kandidatur unterstützen.

Anlass für die Vereinsgründung ist die zunehmende computerisierte Erfassung von Behandlungsdaten durch Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen, die für PatientInnen kaum durchschaubar ist. Ein zentrales Ziel von »Neuanfang« ist es, die geplante elektronische Gesundheitskarte zu stoppen, weil sie noch mehr Kontrolle und Steuerung medizinischer Behandlungen technisch ermöglicht. Zudem will der Verein PatientInnen sachkundig unterstützen, die ihre Rechte gegenüber Krankenkassen, ÄrztInnen und Kliniken wahren wollen.

Wie Krankenkassen für mehr Durchblick sorgen könnten, zeigen Forderungen, die »Neuanfang« durchsetzen will – zum Beispiel: »Die Kassenmitglieder werden informiert, durch welche finanziellen Anreize ihre Behandlung beim Arzt gesteuert wird. Wie viele Kontakte zwischen Arzt und Patient in einem Quartal bringen für den Arzt bei welcher Diagnose den besten Ertrag?« Oder: »Die Mitglieder werden über laufende EDV-Verfahren informiert, in denen es um persönliche Daten geht wie Kontrollen ärztlicher Behandlungen nach Durchschnittswerten.« Oder: »Vor Veränderungen im Bezahlungssystem oder in der Informationstechnik werden die Mitglieder über Gestaltungsinitiativen informiert.«

> »Die Kassenmitglieder werden informiert, durch welche finanziellen Anreize ihre Behandlung beim Arzt gesteuert wird.«

Transparenter sollte endlich auch die Gremienarbeit der Krankenkassen werden, nach Ansicht von »Neuanfang« müssten Tagesordnungen, Sitzungsverlauf, Entscheidungen und Alternativen für alle Versicherten öffentlich und im Internet zugänglich sein. Und wenn ein Versicherter Fragen an seine Kasse hat, muss diese verpflichtet werden, »zeitnah und auf Wunsch öffentlich im Internet zu antworten«. *Ute Bertrand (Hamburg)*

Weitere Informationen:
www.liste-neuanfang.org., Ansprechpartner ist Jan Kuhlmann *(kontakt@liste-neuanfang.org)*

Zahlungen an politische Parteien

Kampagne für mehr Transparenz

Spenden und Sponsoring zugunsten politischer Parteien müssen begrenzt und transparenter werden. Diese Forderung, unterstützt von über 22.000 BürgerInnen, hat der Deutsche Bundestag nun schriftlich: Am 7. Juni übergaben die InitiatorInnen der Transparenz-Kampagne die Unterschriftenlisten an die Parlamentsfraktionen in Berlin.

Höchstens 50.000 Euro dürfe ein Unternehmen, Verband oder privater Gönner einer Partei pro Jahr zuwenden, meinen die Organisationen Campact, LobbyControl, Mehr Demokratie und Transparency International. Sämtliche Verträge über Sponsoring, das anders als Parteispenden ja als Betriebsausgabe oder Werbung steuerlich absetzbar ist, sollten für jedermann zugänglich veröffentlicht werden, zum Beispiel auf den Internetseiten des Bundestages. Bedarf zum Nachbessern sieht das Kampagnenbündnis auch bei den Regeln zu Parteispenden: Die Parteien müssten Beträge ab 10.000 Euro »sofort« offen legen, zurzeit sind sie dazu erst ab einer Spende von 50.000 Euro verpflichtet. Außerdem fordert die Transparenzinitiative, ein unabhängiges Gremium einzurichten, das die Einhaltung des Parteiengesetzes laufend kontrollieren soll.

Weitere Informationen und Aktionstipps
zur Transparenzkampagne gibt es bei LobbyControl, Telefon (0221) 1696507, *www.lobbycontrol.de*

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 KollegInnen an! 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)

Erster Prozess in der Pilotregion

Die geplante »elektronische Gesundheitskarte« (eGK) ist seit Jahren umstritten – insbesondere, weil sie zentrale Speicherungen sensibler Krankheitsdaten ermöglichen soll. Unklar ist, ob und wann sie tatsächlich flächendeckend kommt. Als Pilotregion gelten Teile von Nordrhein-Westfalen, dort haben einige zehntausend Versicherte die neue Chipkarte seit Herbst 2009 zugeschickt bekommen. Aber ein Kassenmitglied aus Wuppertal weigert sich hartnäckig, die Karte einzusetzen – ein Fall für das Bundesverfassungsgericht?

Sven S. gehört zu den ersten Krankenversicherten, die verpflichtet werden sollen, die neue eGK zu benutzen. Anfang 2009 wurde der Wuppertaler gebeten, zu diesem Zweck ein Bild an seine Krankenkasse zu schicken. Sven S. weigerte sich und erklärte, er sei nicht bereit, die Chipkarte zu verwenden und verlangte einen Bescheid, um Widerspruch einzulegen. Die Bergische Krankenkasse erließ den Bescheid, lehnte seinen Widerspruch aber mit der Begründung ab, dass jeder Versicherte zur Benutzung der Karte gesetzlich verpflichtet sei.

> Die Gesundheitskarte soll als Zugangsschlüssel zu medizinischen Daten dienen, die auf zentralen Rechnern gespeichert werden.

Inzwischen wird der Streit vor dem Sozialgericht Düsseldorf ausgetragen. Mit seiner Klage beruft sich Sven S. auf sein Recht auf informationelle Selbstbestimmung, geschützt durch Artikel 2 des Grundgesetzes. Seine Behandlungsdaten dürften ausschließlich bei den ÄrztInnen seines Vertrauens gespeichert werden.

Die eGK soll dagegen perspektivisch als Zugangsschlüssel zu medizinischen Daten und Rezepten dienen, die auf zentralen Rechnern (Servern) gespeichert werden. Angestrebt wird in der Endausbaustufe ein beispielloses Telematiknetz, in das alle 123.000 niedergelassenen ÄrztInnen, 65.000 ZahnärztInnen, 21.000 Apotheken und 2.200 Kliniken Daten eingeben und abrufen sollen. Wann es soweit sein wird, ist ungewiss; ob es technisch überhaupt funktionieren wird, ebenfalls. Svens S. findet das mehrere Milliarden Euro teure Vernetzungsprojekt unverhältnismäßig, zumal billigere Alternativen zur Chipkarte und ihrer zentralen Architektur nicht wirklich geprüft worden seien, beispielsweise die dezentrale Speicherung der Daten auf einem USB-Stick.

Der Kläger verlangt, dass das Sozialgericht Düsseldorf eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) einholt. Sein Prozessbevollmächtigter, der Hamburger Anwalt Jan Kuhlmann, hält die Klage für aussichtsreich, da das BVerfG Argumente gegen Gesundheitskarte und elektronische Erfassung der Behandlungsdaten »schon zweimal als durchaus erwägenswert bezeichnet hat«. Anders als Sven S. seien die früheren Kläger jedoch nie »direkt beschwert« gewesen, da die konkrete eGK-Umsetzung noch ausstand, erläutert Kuhlmann.

Besonders bedenklich findet der Anwalt eine Kartenanwendung, die gar nicht im Gesetz stehe: das »Versichertenstammdatenmanagement«. Gemeint ist, dass Informationen über die Teilnahme des Versicherten an Programmen zur Behandlung chronischer Krankheiten wie Brustkrebs und Asthma von zentralen Servern einmal im Quartal via Internet an die Arztpraxis geschickt werden. Angestrebt ist auch, unterschiedliche Tarife in der Gesetzlichen Krankenversicherung anzubieten. Schon am Eingangstresen der Arztpraxis soll dann angezeigt werden, ob dieser Versicherte überhaupt auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung behandelt werden darf.

»Die Karte dient nicht wirklich der Wirtschaftlichkeit, Transparenz und Qualität, was sie laut Gesetz ja eigentlich soll«, schlussfolgert Kuhlmann. Die beklagte Bergische Krankenkasse hält die neue Karte und die Infrastruktur für verfassungsgemäß – wozu eine Verwaltungsbehörde ja auch verpflichtet ist. Am 26. August wird der Fall im Sozialgericht Düsseldorf öffentlich verhandelt.

Die rechtliche Klärung werde »mindestens ein Jahr« dauern, schätzt Kuhlmann, der noch weitere Klagen erwartet, »da jeder, der eine Karte erhält, mit Widerspruch und Klage dagegen vorgehen kann«. Ein Musterbrief für Widerspruchswillige *(Siehe Randbemerkung)* steht auf den Internetseiten des im April gegründeten Vereins »Neuanfang« *(Seite 5)*, der zu den Sozialwahlen im kommenden Jahr eigene Listen aufstellen will.

Was Sie tun können ...

... wenn Ihre Krankenkasse Ihnen die neue Gesundheitschipkarte schicken will und ein Passfoto verlangt, steht auf der Internetseite http://wiki.liste-neuanfang.org/. Zur ausführlichen Anleitung (»Mit Widerspruch und Klage gegen die eGK«) gehört auch ein Musterbrief an die Krankenkasse – Leseprobe:
»In Ihrem Schreiben an mich kündigen Sie an, dass ich die elektronische Gesundheitskarte (eGK) erhalten soll. Ich lehne diese Karte und die dahinter stehende Telematik-Infrastruktur ab und habe nicht die Absicht, die Karte zu benutzen. Die Karte und die Infrastruktur verstoßen gegen mein Recht auf Datenschutz. Ich beantrage hiermit, unbefristet weiterhin die Krankenversichertenkarte zu benutzen. Wenn Sie meinen, ich wäre verpflichtet, die eGK zu benutzen, senden Sie mir einen Bescheid, gegen den ich Widerspruch einlegen kann.«

Anzeige gefällig?
Sie können in BIOSKOP inserieren! *Rufen Sie uns an: Tel. (0201) 53 66 706*

»Erhöhung des Organangebots«

EU-Parlament beschließt Aktionsplan und Qualitätsrichtlinie

Alle Krankenhäuser im EU-Europa sollen einen Transplantationskoordinator benennen. Dies rät ein »Aktionsplan« der EU – zwecks »Erhöhung des Organangebots«. Außerdem beschloss das Europäische Parlament eine Richtlinie, die Mindeststandards zu »Qualität und Sicherheit« für entnommene Körperteile und Transplantationen vorgibt. Ab 2012 muss sie von allen EU-Staaten befolgt werden. An den Strukturen des für die Öffentlichkeit kaum durchschaubaren Organspendemanagements in Deutschland wird sich wohl wenig ändern.

Kein deutscher Europaabgeordneter hat über die jahrelangen Beratungen der im Mai verabschiedeten EU-Richtlinie so kontinuierlich die Medien informiert wie der Christdemokrat Peter Liese. Der promovierte Arzt hatte schon am 30. April per Pressemitteilung erklärt: »Europäisches Parlament und Ministerrat einigen sich auf Regeln zur Organspende«.

Die Richtlinie, die Vorgaben zum Beschaffen, Testen, Konservieren und Transportieren von Körperstücken enthält, stelle sicher, dass bei Transplantationen »nicht unbeabsichtigt Viren wie HIV, Hepatitis oder Krebs übertragen werden«. Dies werde den Austausch von Organen über nationale Grenzen »erleichtern«, erwartet Liese. Die »Rückverfolgbarkeit« soll ein »Spender- und Empfängeridentifikationssystem« ermöglichen, das die EU-Staaten einführen müssen. Zudem sollen alle LebendorganspenderInnen in nationalen Registern oder »entsprechenden Aufzeichnungen« gelistet werden, die auch schwerwiegende, unerwünschte Reaktionen nach Organentnahmen erfassen.

Lobbyarbeit erfolgreich

Liese zeigte sich »froh«, dass bezahlte Organspenden trotz Widerstands einiger Mitgliedsstaaten »verboten« werden konnten – der Wortlaut der Richtlinie billigt tatsächlich nur »Entschädigungen« für LebendspenderInnen, zum Ausgleich für Einkommensausfälle und Ausgaben, die »mit der Spende verbunden« sind.

Wichtig für die deutsche Transplantationslobby war vor allem diese Mitteilung: »Auf Drängen, insbesondere der deutschen Abgeordneten und der deutschen Bundesregierung«, so Liese, »wird es aber keine Vorgabe geben, eine zusätzliche Behörde zu schaffen.« In ihrem ursprünglichen Entwurf hatte die EU-Kommission noch gefordert, dass jeder EU-Staat eine spezielle Behörde etabliert, die über die Einhaltung der Richtlinien wacht und Organbeschaffungsorganisationen wie auch Transplantationszentren regelmäßig kontrolliert.

Gegen diesen Plan hatten die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) und die Bundesärztekammer (BÄK) beharrlich »Bedenken« vorgebracht. Schließlich sind ihnen die Abgeordneten gefolgt: »Wir haben in Deutschland ein funktionierendes System«, schreibt Liese zur Begründung; dafür sorgen würden diverse nichtstaatliche Institutionen, die sich wohl auch in Zukunft faktisch selbst kontrollieren dürfen: etwa die DSO, zuständig für die Koordination der Organspende hierzulande oder die BÄK, die vom Gesetzgeber ermächtigt ist, wissenschaftlich fundierte Richtlinien zu formulieren, etwa für die Aufnahme von Kranken in Organwartelisten.

»Funktionierendes System«?

Die Einschätzung vom »funktionierenden System« teilen viele Fachleute nicht. Der Juraprofessor Heinrich Lang beispielsweise hält die Strukturen und Verantwortlichkeiten im deutschen Transplantationswesen für reformbedürftig; der Versuch des Gesetzgebers, Vertrauen, Transparenz und Kontrolle zu schaffen, sei »gescheitert«, stellte er in seinem Aufsatz »Kompliziert gesponnenes Netz« fest, der in *BIOSKOP Nr. 49* erschien.

Flankiert wird die Richtlinie durch einen »Zehn-Punkte-Aktionsplan«, den die EU-Staaten freiwillig umsetzen können. Empfohlen werden zum Beispiel Programme zur Förderung der »uneigennützigen Lebendspende« und zur »Qualitätsverbesserung«. Zudem sollten Selbsthilfegruppen und GesundheitsberuflerInnen aufgefordert werden, sich über Organspende zu informieren und »im Familienkreis« darüber zu reden.

Als »europäischen Rückenwind« empfindet die BÄK eine EU-Aktionsidee, die der Deutsche Ärztetag bereits vor drei Jahren gefordert hatte: Sämtliche Kliniken sollen Fachkräfte benennen, die Organspenden und Transplantationen koordinieren. Gut findet das im Prinzip auch die DSO, ihr Medizinischer Vorstand Günter Kirste will aber noch viel mehr: Die DSO, sagte Professor Kirste der Zeitschrift *FOCUS* Ende Mai, »muss die Kompetenz erhalten, jeden Todesfall in einer Klinik hinterfragen zu können.«

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

In drei Minuten entschieden

Den zweifelhaften Ruf des »Organspende«-Weltmeisters genießt Spanien. Mit 34,2 Explantierten pro eine Million EinwohnerInnen weist das Land die höchste Rate auf diesem Gebiet auf, in Europa folgen Portugal, Belgien und Frankreich. In Deutschland gab es 2009, laut DSO-Statistik, pro Million EinwohnerInnen rechnerisch 14,9 »SpenderInnen«. In Spanien und Portugal gilt: Wer zu Lebzeiten nicht ausdrücklich einer Organentnahme widerspricht, darf nach Feststellung des »Hirntods« explantiert werden; bevor es tatsächlich so weit kommt, sollten ÄrztInnen aber Angehörige des Patienten kontaktiert haben. Dieses Vorgehen, das in einigen anderen europäischen Staaten ebenfalls zulässig ist, soll nach Meinung des Deutschen Ärztetages auch hierzulande eingeführt werden. Die Mehrheit der DelegiertInnen forderte den Gesetzgeber auf, »zeitnah« eine neue Regelung im Sinne der »Widerspruchslösung« anzustreben.

Die Meinungsbildung in Dresden verlief rasant: »Aus formalen Gründen musste über diesen Antrag in drei Minuten entschieden werden«, erläuterte Martina Wenker, Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, der *Ärztezeitung* vom 4. Juni. Wenker ist gegen die »Widerspruchslösung«, sie befürwortet, in allen Kliniken TransplantationskoordinatorInnen einzusetzen.

»Die Gelegenheit« für Putz

Sterbehilfe-Anwalt erwartet Grundsatzurteil des BGH

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

Der Münchner »Sterbehilfe«-Anwalt Wolfgang Putz veröffentlichte im Mai mal wieder eine Pressemitteilung: »Dieser Fall«, so Putz, »bietet dem 2. Strafsenat des Bundesgerichtshofs die Gelegenheit, nicht nur bisherige Fragen der strafrechtlichen Erlaubtheit und Grenzen von passiver Sterbehilfe zu klären, sondern auch zur gesamten Rechtslage nach dem neuen Patientenverfügungsgesetz vom 1. September 2009 Stellung zu nehmen.«

Zentraler Akteur des Verfahrens, von dem er sich ein »Grundsatzurteil« erhofft, ist Putz selbst. Der Tochter einer 76-jährigen Pflegeheimbewohnerin im nordhessischen Bad Hersfeld, die nach einer Hirnblutung über fünf Jahre im Wachkoma lebte, hatte Putz empfohlen, den Schlauch der Ernährungssonde zu durchtrennen. Diesem Rat folgte die als Betreuerin eingesetzte Frau im Dezember 2007. Ihre Mutter, die im September 2002, noch bei Bewusstsein, mündlich geäußert habe, dass sie niemals künstlich ernährt werden wolle, überlebte – weil ein Staatsanwalt eine Notoperation angeordnet hatte. Alarmiert worden war er vom Pflegeheim, dessen Leitung das Abbrechen der Ernährung strikt ablehnte. Zwei Wochen später starb die Frau an Herzversagen.

Aktiv oder passiv?

Im April 2009 sprach das Landgericht Fulda die Tochter vom Vorwurf des versuchten Totschlags frei, weil sie sich über die Strafbarkeit ihres Tuns geirrt habe. Ihr Rechtsbeistand wurde hingegen zu einer 9-monatigen Haftstrafe auf Bewährung und zu einer Geldstrafe verurteilt. So konnte Putz in die angestrebte Revision gehen. Nun erhofft er sich vom 2. Senat des BGH, dass die höchsten StrafrichterInnen das Durchschneiden des Sondenschlauches nicht als verbotenen Tötungsversuch durch aktives Tun bewerten, sondern als passiven, von der Kranken gewollten Behandlungsabbruch, der gemäß Patientenverfügungsgesetz erlaubt sei.

Ob sie der juristischen Logik von Wolfgang Putz folgen, werden die BGH-Richter voraussichtlich am 25. Juni bekannt geben. Ihre Entscheidung dürfte über den Einzelfall hinauswirken.

Etwas ganz anderes?

»Die Gesellschaft prägt Vorstellungen von ›Würde‹ und ›Wünschen‹ nach Sterbehilfe mit ihren Versorgungsangeboten und öffentlichen Medien. [...] Stets wird betont: Aktive Euthanasie wie in den Niederlanden wird es hierzulande nicht geben. Aber: In vielen Patientenverfügungen wird jede Behandlung abgelehnt, um schnell zu Tode zu kommen – unabhängig vom Erkrankungsstadium. Ist das langsame Vergehen ohne Nahrung oder das fiebrige Sterben an einer behandelbaren Lungenentzündung etwas ganz anderes als aktives Töten durch Ärzte? Einige Experten fordern bereits, dass Mediziner mit ihrem Fachwissen Patienten bei der Selbsttötung helfen sollen.«

aus dem Faltblatt »Patientenverfügungen – Hilfreiche oder gefahrvolle 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*

Altenheim und Arztpraxis verlassen Modellprojekt

Im März berichtete *BIOSKOP* exklusiv über ein brisantes Modellprojekt, das den markenrechtlich geschützten Namen »beizeiten begleiten®« trägt. Es soll PflegeheimbewohnerInnen und deren rechtliche VertreterInnen motivieren, schriftliche Vorausverfügungen zu verfassen. Die Studie, Anfang 2009 im niederrheinischen Grevenbroich gestartet, verläuft inzwischen nicht mehr reibungslos: Eines der vier beteiligten Altenheime sowie eine Hausarztpraxis seien Ende April ausgestiegen, sagte Projektleiter Jürgen in der Schmitten (Universität Düsseldorf) auf Anfrage von *BIOSKOP*.

HausärztInnen haben im Modellprojekt eine Schlüsselrolle: Sie bestätigen mit Unterschrift und Praxisstempel, dass verfügungswillige HeimbewohnerInnen oder BetreuerInnen Inhalt und Tragweite ihrer Voraberklärung wirklich verstanden haben. Die dissidente Praxis hat laut in der Schmitten ihren Rückzug per E-Mail an alle Projektbeteiligten erklärt; anschließend habe ein Altenheim, dessen BewohnerInnen zum Großteil von besagter Praxis medizinisch betreut würden, die Kooperation mit beizeiten begleiten® beendet. Die abgesprungenen ÄrztInnen hätten Zweifel an der Gesprächsführung der im Projekt geschulten BeraterInnen, zumal fast alle Vorausverfügungen, die ihnen zum Abstempeln vorgelegt worden seien, lebensverlängernde Therapien und Wiederbelebung im Notfall ausgeschlossen hätten. Außerdem hätten die AussteigerInnen ernste Bedenken, ob die im Projekt verbreitete, von Allgemeinmediziner in der Schmitten selbst entworfene »Vertreterverfügung« überhaupt rechtmäßig sei.

Vertreterverfügungen stehen tatsächlich in keinem deutschen Gesetz. Dennoch wird den Bevollmächtigten und BetreuerInnen von Menschen mit Demenz in den Grevenbroicher Heimen nahegelegt, den mutmaßlichen Willen ihrer schon nicht mehr einwilligungsfähigen Schutzbefohlenen vorab verbindlich aufzuschreiben – beispielsweise, ob und wie der Betreute behandelt werden wolle, sollten ihn später ein lebensbedrohlicher Infekt, Schlaganfall oder Herzversagen treffen.

Die beizeiten-begleiten®-EntwicklerInnen wollen ihr Konzept perspektivisch überall im Land anbieten. In Grevenbroich beteiligen sich zurzeit noch drei Altenheime, zwölf Arztpraxen, Rettungsdienst und das Kreiskrankenhaus. Projektleiter in der Schmitten plant, im Frühjahr 2011 den Abschlussbericht zu veröffentlichen. *Klaus-Peter Görlitzer*

Erweiterte Sterbepolitik?

Bundesärztekammer diskutiert »assistierte Selbsttötung«

Beihilfe zur Selbsttötung war für die Bundesärztekammer (BÄK) jahrzehntelang tabu. Das könnte sich bald ändern: 2011 will die BÄK renovierte Regeln zur ärztlichen Sterbebegleitung veröffentlichen.

Die Beihilfe zum Suizid ist hierzulande straffrei. MedizinerInnen, die tödliche Medikamente besorgen, müssen allerdings damit rechnen, wegen Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz angezeigt zu werden. Auch dürfen ÄrztInnen nicht einfach zusehen, wenn ein Sterbewilliger das lebensbeendende Präparat einnimmt. Schreiten sie nicht ein und wird dies bekannt, droht ihnen ein Strafverfahren wegen unterlassener Hilfeleistung.

Die Erfahrung zeigt, dass Strafen – wenn überhaupt – in der Regel milde ausfallen. Selbst der Arzt Julius Hackethal wurde nicht verurteilt, nachdem er in den 1980er Jahren medienwirksam den Sterbewunsch einer krebskranken Frau per Video aufgenommen und ihr Zyankali besorgt hatte. Garantiert straffrei sind solche »Beihilfen« aber nicht, und im Standesrecht gelten sie als »unethisch«.

Seit Jahren werben juristische, bioethische und medizinische ExpertInnen für den so genannten »Bilanzsuizid«, soll heißen: Möglichst frei von Emotionen und sozialen Einflüssen, in Kenntnis therapeutischer Aussichtslosigkeit und prognostizierter Gebrechlichkeit, könne das eigene Leben wohlüberlegt beendet werden. Wer so sterben will, brauche professionelle Unterstützung. Ob es tatsächlich Menschen gibt, die krank oder in hohem Alter ihre Gegenwart und Zukunft bilanzieren, ist unbekannt.

Gesetzliche Weichenstellung

Im September 2009 trat das »Dritte Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts« in Kraft. Seitdem gelten Patientenverfügungen hierzulande als verbindlich. Das Gesetz gibt ÄrztInnen auf, notwendige Therapien und Ernährung unabhängig vom Erkrankungsstadium zu unterlassen oder abzubrechen – vorausgesetzt, dies folgt dem dokumentierten oder vermuteten Willen der PatientInnen. Ziel des Behandlungabbruchs ist der Tod der Betroffenen. Im Ergebnis hat der Gesetzgeber damit praktisch die Tötung auf Verlangen durch Unterlassen ärztlicher Hilfe ermöglicht.

Vor der umstrittenen Entscheidung pro Patientenverfügungsgesetz plädierte der Medizinrechtsprofessor und BÄK-Berater Jochen Taupitz im viel gelesenen Magazin *Der Spiegel* dafür, auch die Tötungsbeihilfe zur ärztlichen Aufgabe zu machen. Sofern der Patient urteilsfähig und einverstanden sei, sollten tödlich wirkende Präparate verschrieben, die Sterbewilligen begleitet und die Leistung nach üblichen Beratungsgebühren abgerechnet werden.

Der Deutsche Juristentag hatte bereits 2006 mit knapper Mehrheit für diese Regel votiert, und im selben Jahr gelang es Taupitz und der Bioethikerin Bettina Schöne-Seifert, den assistierten Suizid auch im Nationalen Ethikrat diskussionswürdig zu machen, wenn auch nicht konsensfähig.

Interne Beratungen

Wenige Monate nach Inkrafttreten des Patientenverfügungsgesetzes wird die »Hilfe-zum-Sterben«-Kampagne offensichtlich intensiviert. Im April lud der Südwestrundfunk zur Diskussion. Dabei erklärten der Berliner Chefarzt Michael de Ridder und der Münchner Rechtsanwalt Wolfgang Putz *(Siehe Seite 8)* übereinstimmend, dass Tötungsbeihilfen strafrechtlich keineswegs verboten sind. Deshalb müsse auch die ärztliche Berufsordnung, die sie nach wie vor als unethisch bewertet, geändert werden.

Mitdiskutant und BÄK-Präsident Jörg-Dietrich Hoppe, der sich in der Öffentlichkeit stets entschieden gegen assistierte Selbsttötungen ausspricht, stellte für 2011 reformierte BÄK-Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung in Aussicht. Derzeit soll es in der Kammer noch unterschiedliche Meinungen geben zwischen den intern beratenden Ausschüssen für Berufsrecht sowie für ethische und medizin-juristische Grundsatzfragen, dem Hoppe persönlich vorsitzt. Einbezogen in die Reformdiskussion sei auch die Zentrale Ethikkommission (ZEKO) bei der BÄK. In diesem Gremium reden einige ausgewiesene Befürworter ärztlicher Suizidbeihilfe mit – neben Taupitz auch die Philosophieprofessoren Dieter Birnbacher und Urban Wiesing, der Vorsitzender der ZEKO ist.

Öffentlicher Gegenwind?

Sollte es keinen Gegenwind aus ÄrztInnenschaft, Öffentlichkeit und Politik geben, werden PatientInnen zukünftig nicht nur aufgerufen zu entscheiden, welche Behandlungen sie wünschen oder ablehnen. Sie werden perspektivisch auch unter gesellschaftlichen und sozialen Druck geraten, eine persönliche Lebensbilanz zu ziehen und ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung zu erwägen.

Erika Feyerabend (Essen), Journalistin und BioSkoplerin

Beifall für die Bundesärztekammer

»Die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) e.V. begrüßt die Ankündigung von Bundesärztekammerpräsident Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, die Haltung der Standesorganisation zu ärztlich assistierter ›Beihilfe zur Selbsttötung‹ zu prüfen. [...].
›Wir fordern schon lange, dass ein Arzt in seltenen Extremfällen schweren Leidens einem Patienten auch beim und zum Sterben helfen können darf, ohne standesrechtliche Konsequenzen befürchten zu müssen‹, sagt dazu DGHS-Präsidentin Elke Baezner. ›Endlich denkt die Bundesärztekammer um!‹«
aus einer Pressemitteilung der DGHS vom 30. April 2010. Baezner, früher Präsidentin der Sterbehilfeorganisation EXIT Deutsche Schweiz, steht seit November 2008 an der Spitze der deutschen DGHS. Deren Vereinszeitschrift »Humanes Leben – Humanes Sterben« stellte den Neuzugang Anfang 2009 per Interview vor. U.a. sagte Baezner: »Für beide EXIT-Gesellschaften führe ich seit über 20 Jahren Freitodbegleitungen durch, allerdings nur für Menschen mit Wohnsitz in der Schweiz ...«.

»Es soll ja keine Exekution sein«

Die Schweizer Organisation Ex International, initiiert 1997 vom Pastor Rolf Sigg, bietet Beihilfe zur Selbsttötung – auch für Sterbewillige aus dem Ausland. Ralf Schneider *(Name von der Redaktion geändert)* wohnt am Niederrhein und lebt seit 30 Jahren mit Multiple Sklerose (MS); er erwog, die »Sterbehilfe«-Dienste in Anspruch zu nehmen. Warum, schildert er im Gespräch mit BioSkoplerin Erika Feyerabend.

Interview

BIOSKOP: Ende der 1990er Jahre wurden Sie Mitglied bei Ex international. Wie kam es dazu?

RALF SCHNEIDER: Ich habe in der Zeitschrift *FOCUS* einen Bericht gelesen, dass Herr Sigg Ex International gegründet hat. Er hat deshalb viele Schwierigkeiten bekommen; er musste zur Polizei und vor Gericht. Aber die Kampfkasse von Ex International war wohl gut gefüllt. Irgendwann bekam ich sogar Besuch von der Kriminalpolizei. Die hatten Herrn Sigg verhaftet und bei der Durchsuchung auch meine Unterlagen gesehen. Dann wurde ich als Zeuge befragt.

BIOSKOP: Heute sind Sie skeptisch geworden?

SCHNEIDER: Damals musste man die Mitarbeiter von Ex ansprechen und seine ärztlichen Belege beibringen. Anschließend wäre der Transport in die Schweiz und das Sterbezimmerchen organisiert worden sowie das Medikament Natrium-Pentobarbital. Bezahlen muss man all das selbst. Aber heute soll man auch noch eine Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht liefern, die jedes halbe Jahr erneuert werden muss. Das macht mich misstrauisch, all die Formalitäten. Ich habe mich selbst abgesichert. Ich kann mich ohne Ex International töten. Für mich ist nicht der Sterbehelfer wichtig, sondern die Methode. Die sollte, wie soll ich sagen, mir »sympathisch« sein. Also: Mit Zyankali, wie das früher gemacht wurde, das ginge nicht. Ich denke, es soll ja keine Exekution sein.

> »Wenn ich nicht mehr für mich selbst sorgen kann, dann muss ich diesen Weg gehen.«

BIOSKOP: Haben Sie Bedenken, dass jemand dann den Schritt in den Tod zu schnell macht?

SCHNEIDER: Ja, die Gefahr besteht tatsächlich. Vielleicht kann das für bestimmte Erkrankungen wie Krebs oder Multiple Sklerose in der Endphase als Möglichkeit offen gehalten werden. Ärzte könnten das ausarbeiten, und es könnten ja auch Psychologen dabei sein. Ich denke, das wird sich ohnehin von selbst regeln. Die Menschen, die betroffen sind, die sind einfach zu teuer. Stellen Sie sich vor, wenn chronische Kranke im Endstadium nicht mehr versorgt werden müssten. Da lässt sich einiges sparen. Viele wollen ja auch sozial gerecht sterben, so was gibt es auch.

BIOSKOP: Wie haben Sie die Zeit seit Ihrer Mitgliedschaft gelebt?

SCHNEIDER: Mein Krankheitsverlauf ist ja eigentlich ganz gut. Seit dreißig Jahren ist klar, dass ich MS habe. Als Krankenpfleger habe ich mich intensiv damit beschäftigt, seit 1994 bin ich verrentet. Dank der Zusatzrente vom öffentlichen Dienst komme ich mit dem Geld auch gut klar.

BIOSKOP: Wann ist denn die Grenze des Erträglichen für Sie erreicht?

SCHNEIDER: Wenn ich nicht mehr für mich selbst sorgen kann, dann muss ich diesen Weg gehen. Ich sehe das bei meiner ehemaligen Lebenspartnerin. Sie hat eine Magensonde, ist bettlägrig, kann kaum noch sprechen und hat einen multiresistenten Keim. Das ist ein Zustand, den ich auf jeden Fall verhindern will. Wenn ich nicht mehr mit dem Rollator gehen kann, nicht mehr selbst das Haus verlassen kann, auf Hilfe angewiesen bin, das möchte ich nicht erleben.

BIOSKOP: Wäre das Leben vorstellbar, wenn Sie die Versorgung weitgehend selbst bestimmen könnten, mit persönlich ausgesuchter Assistenz?

SCHNEIDER: Es gibt einen großen Unterschied zum Beispiel zu Querschnittsgelähmten. Die haben einen bestimmten Zustand, und die können den halten. Bei MS ist das nicht so, bei MS wird es schlechter, und es gibt keine Perspektive, dass es einem besser gehen wird. Außerdem: Die gute ambulante Versorgung ist meiner Meinung nach eher die Ausnahme, so wie die Hospizbegleitung auch. Oder die Schmerztherapie. Das ist mein Steckenpferd. Die Hausärzte sind damit total überfordert. Es ist schlimm um die Schmerztherapie bestellt, besonders wenn die Mittel unter das Betäubungsmittelgesetz fallen.

BIOSKOP: Ich finde es schwierig, sich zu töten, weit bevor man in der Situation ist, die man vermeiden will?

Pfarrer Sigg im FOCUS

»Als Geschäftsführer der Schweizer Sterbehilfeorganisation Exit (63.000 Mitglieder) leistete Sigg 13 Jahre lang Freitodhilfe, die in der Schweiz legal ist. Nun will er seine Dienste auch jenseits der eidgenössischen Grenzen anbieten. Im Herbst 1997 gründete er die Vereinigung Ex International mit Sitz im schweizerischen Kanton Fribourg. Als Schirmherr gewann er – kurz vor dessen Tod – den Krebsarzt Julius Hackethal. Im November (1997) schaltete der gelernte Psychologe eine Anzeige in FOCUS – und fand ein breites Echo. In einem Fall, so Sigg zu FOCUS, habe er inzwischen einem Suizidwilligen in Deutschland das tödliche Gift ans heimische Krankenbett geliefert. Eine zweite Freitodbegleitung in Deutschland stehe kurz bevor. Der seltsame Seelenhirte agiert in einer juristischen Grauzone.«

aus dem Artikel »Der Todesengel«, erschienen am 26. Januar 1998 in der Münchner Zeitschrift FOCUS (Heft 5). Als Autorinnen zeichneten Barbara Esser und Petra Hollweg.

SCHNEIDER: Wenn man erst mal im Pflegeheim ist, dann wird über einen entschieden. Ich will aber die Kontrolle behalten, und deshalb muss ich schon vor der Pflegebedürftigkeit frühzeitig den Absprung finden. Ich gebe aber zu: Aus Verzweiflung ist es eher möglich, sich zu töten. Ich treffe die Entscheidung als logische Überlegung. Und das ist wirklich schwierig. Und: Ich bin viel allein gewesen, hatte keine Familie. Bei meiner früheren Lebensgefährtin kann die Mutter jetzt noch etwas machen, sie in den Arm nehmen oder Duftwässerchen aufstellen. Für die Mutter ist das sicher wichtig, um mit dem nahen Tod der Tochter klarzukommen.

»Eigentlich will ich ja nicht sterben, sondern ich will nicht leiden.«

BIOSKOP: Gewöhnt man sich nicht mit der Zeit auch an Einschränkungen?

SCHNEIDER: Ja, sicher. Vor 20 Jahren hätte ich nicht gedacht, Du sitzt im Rollstuhl und kommst damit klar. Da hätte ich gesagt: Du spinnst. Aber man arbeitet sich da so rein. Eigentlich will ich ja nicht sterben, sondern ich will nicht leiden.

BIOSKOP: Welche Hilfen können Sie denn noch akzeptieren, ohne sich abhängig zu fühlen?

SCHNEIDER: Also eine Putzfrau, da bin ich für. Bisher kann ich jeden Tag so etwa zehn Minuten die Wohnung sauber halten. Wenn ich das nicht mehr kann, dann kommt auch eine Putzfrau. Aber: Die zahle ich selbst und kann ihr sagen, was gemacht werden soll. Der Pflegekraft kann ich das nicht sagen. Und außerdem: Mit der Pflege habe ich wirklich schlechte Erfahrungen gemacht. Ich hatte schwere Verbrennungen und lag drei Wochen im Krankenhaus. Da merkt man, wie wenig Einfühlungsvermögen es gibt, beim Wechseln des Verbands, bei der Schmerztherapie. Ich hatte drei mal Schmerzattacken. Das muss nicht sein. Überspitzt würde ich sagen: Wer sterben will, der kann ins Krankenhaus gehen.

Organentnahme nach Euthanasie

Das belgische Experiment

Euthanasie ist seit 2002 in Belgien gesetzlich erlaubt. Vier PatientInnen, die in Antwerpen und Lüttich auf Wunsch getötet wurden, entnahmen Chirurgen anschließend Organe.

In Ländern wie Spanien, Schweden, den USA, Belgien oder den Niederlanden werden Organe von Herztoten für Transplantationen entnommen – nach den so genannten vier Maastrichter Kriterien. Explantationen erfolgen nach »Tod bei Ankunft in der Klinik« oder nach »erfolgloser Wiederbelebung«.

Die Wartezeiten zwischen erklärtem Herztod und Organentnahme variieren international. In manchen Kliniken wird das »kontrollierte Sterben« favorisiert: Die künstliche Beatmung wird im Operationssaal beendet, um gleich an Ort und Stelle nach zwei oder nach zehn Minuten Nieren zu entnehmen. Schon vor dem erklärten Herztod wird in verschiedenen Zentren Heparin verabreicht, um Blutgerinnsel zu verhindern. Oder es werden Venenkatheder gelegt, um Kühlflüssigkeit in den Körper zu leiten. Die letzte transplantationsfähige Sterbesituation bezeichnen Fachleute als »Herzstillstand während des Hirntodes«.

In Belgien haben Mediziner eine fünfte Kategorie eingeführt: Organentnahme nach Euthanasie. Zwischen 2005 und 2007 sind drei PatientInnen in Antwerpen und ein Schwerkranker in Liège (Lüttich) in einem Operationssaal getötet worden. Nach der Diagnose »Herztod« wurden Lebern und beide Nieren entnommen, zwei der Getöteten auch die Lunge, einem zusätzlich die Inselzellen der Bauchspeicheldrüse entfernt, um sie zu transplantieren. Die vier PatientInnen waren zwischen 43 und 50 Jahre alt. Sie litten an neurologischen Erkrankungen und Multipler Sklerose.

Tatbeteiligt waren unter anderem Dirk Ysebaert am Antwerpener Universitätsklinikum und Dirk van Raemdonck aus Leuven *(Siehe Randbemerkung)*. Sie betonen in ihren Veröffentlichungen: Ethikkommissionen haben die nötigen Prozeduren überwacht. Die Euthanasie gemäß gesetzlichen Vorgaben wurde erlaubt und am vom Patienten gewünschten Tag im Operationssaal von drei Ärzten durchgeführt. Ethiker kontrollierten, dass Anfrage und Akt der Organentnahme zeitlich und personell getrennt von der Euthanasie erfolgten und das beteiligte Fachpersonal freiwillig mitarbeitete. Die Organe wurden über Eurotransplant in Belgien und den Niederlanden verteilt. In beiden Ländern ist Euthanasie legal.

Unscharfe Grenzen

Die Grenzen sind unscharf, zwischen »kontrolliertem Sterben« im Operationssaal oder Euthanasieprozeduren am gleichen Ort, um das Organaufkommen zu steigern. Es bleibt aber zu fragen: Folgt nicht die gesamte Transplantationsmedizin der Logik, in jedwedem Sterben noch einen »verwertbaren Faktor« zu entdecken?

Erika Feyerabend

Eine Empfehlung von Eurotransplant

Transplantationszentren, die hierzulande Körperstücke »Hirntoter« verpflanzen, erhalten Nieren, Lebern, Lungen und Herzen nicht nur aus Deutschland, sondern auch aus Österreich, Slowenien, Kroatien, Belgien, Niederlande und Luxemburg. Zuständig für die Organvermittlung ist die Stiftung Eurotransplant (ET), ansässig in der niederländischen Stadt Leiden.

Das Verpflanzen von Organen euthanisierter PatientInnen billigt ET spätestens seit 2008. In der »Empfehlung REC01.08« des ET-Ethikkomitees heißt es: »Die Euthanasie-Prozedur und Organentnahme und auch die Organverteilung sollten so getrennt wie möglich gehalten werden.« Alle euthanisierten SpenderInnen seien an ET zu melden; vermittelt werden sollten die so beschafften Körperstücke ausschließlich an Warteliste-PatientInnen in ET-Staaten, die »diesen Typ der Organspende akzeptieren«. Deutschland tut dies bisher nicht, also dürften Körperstücke Getöteter hierzulande auch nicht transplantiert werden.

Als ET-Präsident fungiert derzeit der Münchner Herzchirurg Prof. Bruno Meiser, weitere deutsche Professoren gehören dem Vorstand der niederländischen Stiftung an. Mit Sitz und Stimme dabei sind auch die Belgier Dirk van Raemdonck und Dirk Ysebaert, die in Fachzeitschriften über Erfahrungen mit Organentnahmen nach Euthanasie berichtet haben.

Brisante Berechnungen

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen bewertet erstmals Kosten und Nutzen von Therapien

Martina Keller (Hamburg), Journalistin

Deutschland ist eines der wenigen Länder, in denen die Pharmaindustrie Preise für ihre neu zugelassenen Medikamente prinzipiell selbst festsetzen kann. Künftig soll eine unabhängige Kosten-Nutzen-Bewertung für eine angemessene Preisgestaltung sorgen.

Die Kosten für Arzneimittel sind 2008 erneut überproportional angestiegen: Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat für diesen Ausgabenblock fünf Milliarden Euro mehr ausgegeben als für ärztliche Behandlungen. Mehr als die Hälfte des Kostenanstiegs entfallen dabei auf Spezialpräparate wie Krebsmedikamente, die in den letzten Jahren eingeführt wurden und sehr teuer sind.

Um den Ausgabenanstieg zu begrenzen, hatte der Gesetzgeber verschiedene Maßnahmen beschlossen. Die wohl wichtigste: Seit 2004 können patentgeschützte neue Medikamente, deren Nutzen und Nebenwirkungen mit anderen Präparaten vergleichbar sind, in eine sogenannte Festbetragsgruppe eingeordnet werden – die GKV erstattet die Kosten nur bis zu einem Festbetrag, der von der Selbstverwaltung festgelegt wird.

Eine weitere, sehr strittige Maßnahme wurde 2007 im Sozialgesetzbuch verankert: Die Selbstverwaltung kann einen Höchstbetrag für Präparate beschließen, die gegenüber den Behandlungsalternativen einen Vorteil besitzen. Ermittelt wird der Höchstbetrag mit Hilfe einer sogenannten Kosten-Nutzen-Bewertung, die das Kölner Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vornimmt. Das Institut erhielt auch den Auftrag, eine Methodik dafür zu entwickeln.

> Die Selbstverwaltung kann einen Höchstbetrag für Präparate beschließen, die gegenüber den Behandlungsalternativen einen Vorteil besitzen.

Der Gesetzgeber hat damit ein Instrument geschaffen, das in einigen Ländern, etwa Großbritannien, Kanada oder Australien, schon genutzt wird. In Großbritannien allerdings beruhen Kosten-Nutzen-Berechnungen auf dem Modell des QALY, was häufig mit »qualitätskorrigiertes Lebensjahr« übersetzt wird. Der zugrunde liegende Gedanke: »Nur ein vollkommen gesund verbrachtes Jahr ist wirklich 365 Tage wert. Von Krankheit überschattete Jahre müssen dagegen korrigiert werden, so dass sie nur noch ein effektives Gewicht von 300, 200 Tagen haben«, wie zwei Wissenschaftler bereits 1990 formulierten.

In die Berechnung des QALY gehen Lebenserwartung und Lebensqualität ein. Nutzen wird dabei nicht aus der Perspektive des einzelnen Patienten, sondern gesamtgesellschaftlich gemessen. Dieser Ansatz ist umstritten, auch aus ethischen Gründen, wie der Wissenschaftsjournalist Marcel Bülow in einer Arbeit über das QALY-Modell an Beispielen verdeutlicht: Angenommen, zwei Patienten sind nach einem Unfall zu 25 Prozent behindert, können aber durch eine Operation wiederhergestellt werden. Einer der beiden leidet zusätzlich an Asthma, so dass ihm die Operation nicht ganz zu vollständiger Lebensqualität verhilft. Weil Lebensqualität in die Berechnung des QALY eingeht, wäre die Behandlung der im Vorfeld erkrankten Person weniger wert.

Auch eine verkürzte Lebenserwartung wirkt sich negativ auf die Maßeinheit QALY aus: Die Behandlung eines betagten Menschen lohnt weniger als die eines jungen Menschen. Pech haben beim QALY-Ansatz ferner Patienten mit seltenen Krankheiten. Bei ihnen verhalten sich die Kosten eines Medikaments wegen des enormen Entwicklungsaufwands besonders ungünstig zum Nutzen.

Das kann schnell zur Diskriminierung von Patientengruppen führen, wenn ein Schwellenwert für die Kosten pro QALY existiert. In England etwa werden Leistungen, die mehr als 30.000 Pfund (ca. 35.300 Euro) pro QALY kosten, nur ausnahmsweise vom Gesundheitswesen übernommen. Therapien, die eher junge Leute betreffen, überspringen diese Hürde leichter als Therapien für Alte oder Schwerkranke. Auch in England ist das QALY deshalb in der Diskussion.

Das IQWiG, beraten von einem Gremium internationaler Gesundheitsökonomen, entschied sich dagegen, QALYs als Standard zu verwenden. Auch hat das Institut keine einheitliche, von der Indikation unabhängige Kostenobergrenze definiert – wie die 30.000 Pfund in England. Vielmehr wird das Kosten-Nutzen-Profil eines Medikaments nur innerhalb der gleichen Indikationsgruppe bewertet, so dass nicht eine Krankheit gegen eine andere ausgespielt wird.

Neuer Institutsleiter, ruhigeres Fahrwasser?

Am 1. September bekommt das Kölner Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) einen neuen Chef: Er heißt Jürgen Windeler und arbeitet zurzeit als stellvertretender Geschäftsführer und leitender Arzt des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDS) in Essen. Träger des MDS ist der Spitzenverband der gesetzlichen Kassen, der im 12-köpfigen Stiftungsrat des IQWiG die Hälfte der VertreterInnen stellt. Prof. Windeler (53), Experte für Medizinische Biometrie und Klinische Epidemiologie, war von 2005-2007 auch ehrenamtlicher Präsident des Deutschen Netzwerkes für Evidenzbasierte Medizin. Er gilt als ähnlich pharmakritisch wie der amtierende IQWiG-Chef Prof. Peter Sawicki, der das international anerkannte Institut etabliert hat und in der Gesundheitsindustrie ziemlich unbeliebt ist. Am Stil des Hauses könnte sich etwas ändern: »Ich werde mich als Person zurücknehmen«, verriet Windeler dem Magazin *SPIEGEL* (Onlineausgabe vom 6. Juni), das während der Sawicki-Jahre auffallend gut über IQWiG-Interna informiert war. »Das Institut«, so Windeler laut *SPIEGEL ONLINE*, »muss in ein ruhigeres Fahrwasser kommen, sein Niveau ist so hervorragend, dass es sich leisten kann, ruhig und souverän aufzutreten.«

Die im Oktober 2009, nach fast zweijähriger Diskussion, publizierte IQWiG-Methodik sieht zwei Stufen vor: Im ersten Schritt wird der medizinische Nutzen eines Arzneimittels ermittelt, wobei das IQWiG die Prinzipien der evidenzbasierten Medizin zugrunde legt.

- Für echte Innovationen, die Heilung versprechen, wo es bisher noch keine Behandlungsmöglichkeiten gibt, wird weiterhin der vom Hersteller festgesetzte Preis erstattet.
- Schneidet ein neues Mittel schlechter ab als bisherige Behandlungsmöglichkeiten, kann es sogar von der Erstattung ausgeschlossen werden.
- Ist ein neues Präparat mit bereits vorhandenen Mitteln vergleichbar, lässt es sich in eine Festbetragsgruppe einordnen.
- Nur wenn in der vorab durchgeführten Nutzenbewertung ein Zusatznutzen erkennbar ist, kann sich eine Kosten-Nutzen-Bewertung anschließen.

Im zweiten Schritt ermittelt das IQWiG die wesentlichen Nutzen- und Kostenaspekte der alten und neuen Behandlungsmöglichkeiten und stellt sie einander gegenüber. Aus dem Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen lässt sich eine sogenannte Effizienzgrenze ableiten: Sie wird in einer Grafik mit Kosten- und Nutzenachse als Kurve abgebildet, die die effizientesten Maßnahmen miteinander verbindet. Mit Hilfe dieser Grafik lässt sich auch ein Vorschlag für einen angemessenen Preis des neuen Medikaments ableiten, indem man die Kurve verlängert: Bei Arzneien, die nützlicher, aber teurer als die bisher verwendeten sind, kann ermittelt werden, wo ihr Preis liegen müsste, damit das Kosten-Nutzen-Verhältnis im akzeptierten Effizienz-Bereich liegt.

Aus dem Verhältnis zwischen Kosten und Nutzen lässt sich eine sogenannte Effizienzgrenze ableiten.

Gemäß IQWiG-Methodik gibt es keinen festen Zusammenhang zwischen Nutzen und noch akzeptablen Kosten. Wenn ein Arzneimittel zehn Prozent mehr Nutzen bringt als bisherige Behandlungsverfahren, könnten die akzeptablen Zusatzkosten in einem Fall bei fünf Prozent liegen, im anderen bei 50 oder sogar 500 Prozent. Wenn beispielsweise in einer Indikationsgruppe bereits sehr gute und preisgünstige Behandlungsmöglichkeiten existieren, dürfte eine Nutzensteigerung von zehn Prozent nicht mit einem exorbitant höheren Preis einhergehen, soll sie noch effizient sein.

Letztlich veröffentlicht das IQWiG aufgrund seiner Analyse aber nur eine Empfehlung. Die Entscheidung über einen Höchstbetrag trifft der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen. Im Dezember 2009 erteilte der Gemeinsame Bundesausschuss, der den Leistungskatalog der GKV festlegt, dem IQWiG erstmals zwei Aufträge für eine Kosten-Nutzen-Bewertung. In einem der beiden Fälle handelt es sich um das Mittel Clopidogrel, das bei Gefäßerkrankungen eingesetzt wird.

Das IQWiG hatte bereits 2006 den Nutzen von Clopidogrel im Vergleich zur Behandlungsalternative Acetylsalicylsäure (ASS) untersucht. Ergebnis: »Es gibt derzeit keine Belege, dass Clopidogrel gegenüber Acetylsalicylsäure (ASS) in der Monotherapie einen generellen Zusatznutzen bei der Vermeidung von Folgekrankheiten (Sekundärprophylaxe) bei Patienten mit Gefäßerkrankungen hat. Bei der Langzeitbehandlung von Patienten mit fortgeschrittener peripherer arterieller Verschlusskrankheit (pAVK) hingegen hat Clopidogrel nachweislich Vorteile gegenüber ASS.«

Die Frage, die das IQWiG in den folgenden Monaten zu beantworten hat, lautet: Ist die Behandlung mit Clopidogrel alleine oder auch in Kombination mit ASS kosteneffektiv im Vergleich zur Behandlung mit ASS? Erst seit 2008 liegt Clopidogrel als Nachahmerpräparat vor, erzielte jedoch laut jüngstem Arzneiverordnungsreport bereits im ersten Jahr der Zulassung einen Marktanteil von acht Prozent. Eine durchschnittliche Tagesdosis Clopidogrel für Erwachsene kostet mit 1,86 Euro das 62-fache dessen, was die preisgünstigste Variante von ASS kostet – nämlich drei Cent.

Sollte das IQWiG zu dem Schluss kommen, dass der akzeptable Höchstbetrag für Clopidogrel unter dem derzeit verlangten liegt, so kann das für die Patienten unterschiedliche Folgen haben. Eigentlich seien Höchstbeträge dazu gedacht, für einen zusätzlichen Vorteil einen angemessenen Preis zu finden, schreibt das IQWiG auf seiner Website.

Jedoch seien Pharmafirmen nicht gezwungen, ihre Preise auf einen festgelegten Höchstbetrag abzusenken. Wenn also die Selbstverwaltung zum Beispiel einen Höchstbetrag für ein Arzneimittel auf 500 Euro festlege, der Hersteller seinen Preis aber weiterhin bei 900 Euro belasse, müssten betroffene Patienten die 400 Euro Differenz selbst bezahlen.

Das könnte dazu führen, dass Kosten insgesamt gar nicht begrenzt, sondern vermehrt von Patienten getragen würden. »So würden Höchstbeträge vor allem wirtschaftlich schlechter gestellten Patienten den Zugang zu solchen Arzneimittelinnovationen erschweren, die erwiesenermaßen oft die bessere Wahl wären«, schreibt das IQWiG, »welche Folgen Höchstbeträge also für Patienten haben, hängt von Entscheidungen der Hersteller ab.«

»Grundlage für Rationierungsentscheidungen«

Der Verband Forschender Arzneimittelhersteller (vfa), aber auch mehrere deutsche Gesundheitsökonomen, hatten die Methodik des IQWiG zur Kosten-Nutzen-Bewertung von Medikamenten im Vorfeld heftig kritisiert. In einer Stellungnahme des vfa heißt es: »Die Kosten-Nutzen-Bewertungen des IQWiG werden die Grundlage für Rationierungsentscheidungen sein, insbesondere durch die Festlegung von Höchsterstattungsbeträgen für innovative Arzneimittel. Mittelbar werden die Kosten-Nutzen-Bewertungen Auswirkungen auf die Anreize zur Erforschung neuer Wirkstoffe haben.«
Wenn das IQWiG schon »Rationierungsentscheidungen« vorbereite, so müssten diese einer »Priorisierung« folgen – medizinische Leistungen würden dabei nach definierter Dringlichkeit gewichtet *(Siehe Seite 6)*.
Im Klartext heißt das auch: Ein neues Mittel soll sich nicht gegenüber bewährten Präparaten derselben Indikationsgruppe als effizient erweisen müssen. Lieber ist den führenden Arzneimittelherstellern offenbar, dass die gesetzlichen Krankenkassen bestimmte Behandlungen dann überhaupt nicht mehr bezahlen müssen – und PatientInnen selbst für die Kosten aufkommen. Vorausgesetzt, sie können sich dies finanziell leisten.

»Kostensensible Leitlinien«

ForscherInnen wollen plausible Kriterien und Instrumente zur Priorisierung von Gesundheitsleistungen entwickeln

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

Die finanzielle Situation der gesetzlichen Krankenversicherung ist angespannt – da sind sich viele Fachleute seit Jahren einig. Anhaltenden Streit gibt es allerdings darüber, mit welchen Methoden die Kosten im Gesundheitswesen in den Griff zu bekommen sind. Eine Strategie, die LobbyistInnen und auch PolitikerInnen zunehmend favorisieren, ist die Einschränkung von Leistungen – zu Lasten der Kranken. ForscherInnen, bezahlt aus Steuergeldern, sollen Begründungsmodelle liefern, die ethisch und rechtlich plausibel klingen.

Die Mitteilung, die Deutschlands Redaktionen am 12. Juni 2009 erreichte, klang beunruhigend: »Tübinger Studie bestätigt Rationierung im Gesundheitswesen«. Mit dieser Schlagzeile machte die Pressestelle der Universität Tübingen auf eine bundesweite »Umfragestudie« aufmerksam, die ein Team um den Medizinethikprofessor Georg Marckmann initiiert und ausgewertet hatte.

Die ForscherInnen hatten 1.137 KlinikärztInnen aus der Intensivmedizin und Kardiologie einen Fragebogen geschickt – das Kernergebnis fassten sie so zusammen: »Über drei Viertel der antwortenden Ärzte (77 %) bestätigten, mindestens einmal aus Kostengründen eine für den Patienten nützliche Maßnahme nicht durchgeführt bzw. durch eine preiswertere und zugleich weniger effektive Leistung ersetzt zu haben.« Zudem belege die Auswertung, dass ÄrztInnen es »nicht grundsätzlich ablehnen, Verantwortung für Rationierungsentscheidungen zu übernehmen«. Und auch diese Botschaft war der Tübinger Pressestelle wichtig: Knapp drei Viertel der ÄrztInnen »äußerten klar das Bedürfnis nach einer Regelung ›oberhalb‹ der individuellen Arzt-Patient-Beziehung.«

Um die Entwicklung von Instrumenten, die geeignet sein sollen, Leistungsbegrenzungen im Gesundheitswesen ethisch, rational und transparent zu rechtfertigen, ging es im 2006 gestarteten Forschungsverbund »Allokation«, den Marckmann bis Ende 2009 geleitet hat. Das Modell, das er auf Kosten des Bundesforschungsministeriums entworfen hat, heißt »Kostensensible Leitlinien« (KSLL). »Diese Leitlinien«, erläutern die Allokationsexperten, »geben dem behandelnden Arzt vor, welche Patienten eine teure Maßnahme erhalten sollen und welche Patienten auf eine günstigere ausweichen müssen.«

Wie eine KSLL konkret aussehen könnte, beschreibt Marckmanns Team am Beispiel der koronaren Herzkrankheit (KHK), die weltweit an der Spitze der Todesursachen stehe und einen wesentlichen Kostenfaktor für das Gesundheitswesen darstelle – »nicht zuletzt aufgrund der massiven Leistungsausweitung invasiver Diagnose- und Therapiemaßnahmen«.

Wolle man in diesem Bereich »gezielt sparen«, könne man mit Hilfe der KSLL festlegen, die Anwendung teurer, Medikamente freisetzender Stents (DES) auf solche PatientInnen zu beschränken, die einen »größeren Vorteil« als andere von ihnen erwarten können. Dies seien nach dem Stand der Wissenschaft diejenigen Kranken, die kleine Gefäße und eine lange Engstelle haben. PatientInnen mit größeren Gefäßen und kürzeren Engstellen, bei denen ein erneuter, lebensbedrohlicher Gefäßverschluss weniger wahrscheinlich sei, »würden von ihrer Krankenkasse nur den reinen Metall-Stent bezahlt bekommen«, heißt es in den Erläuterungen für medizinische Laien.

> »Diese Leitlinien geben dem behandelnden Arzt vor, welche Patienten eine teure Maßnahme erhalten sollen und welche Patienten auf eine günstigere ausweichen müssen.«

Die gesundheitsökonomischen Gedanken, die hinter den KSLL stehen, bringen die ForscherInnen so auf den Punkt: »Es soll also bei denjenigen Patienten gespart werden, die ein ›kleineres Opfer‹ erbringen müssen, wenn sie auf die günstigere und etwas weniger wirksame Behandlungsmöglichkeit ausweichen müssen.« Dieses Vorgehen habe für ÄrztInnen zudem den Vorteil, dass sie »im Einzelfall nicht jedes Mal neu entscheiden« müssten, welcher Patient welche Behandlung erhält – sie bräuchten sich ja nur nach den KSLL zu richten, die alle gesetzlich Versicherten, entsprechend der Vorgaben, gleich behandele.

Die KSLL sollen nun in der Fachöffentlichkeit diskutiert werden, und eine weitere Befragung soll die Akzeptanz in der ÄrztInnenschaft ausloten. Gut möglich, dass Marckmanns Ideen zumindest bei den FunktionärInnen gut ankom-

Ärztepräsident will Priorisierungsdebatte

»Dass es zu Rationierung in der medizinischen Versorgung kommt, ist mittlerweile wohl unbestritten«, meint Jörg-Dietrich Hoppe. Der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK) hat deshalb seine Forderung erneuert, eine Debatte über »Priorisierung im Gesundheitswesen« zu beginnen. »Im derzeitigen System«, sagte Hoppe beim Ärztetag im Mai, »sehe ich nur einen Weg aus der Rationierung, nämlich die Diskussion um die Priorisierung.« Um Priorisierungsentscheidungen vorzubereiten, soll die Politik nach Meinung der BÄK einen »Gesundheitsrat« berufen, in dem Philosophen, Theologen, Juristen, Patientenvertreter, Ärzte und andere Gesundheitsberufler repräsentiert sind. Dies werde die Akzeptanz von Sparbeschlüssen erhöhen, glaubt Hoppe – beim Ärztetag drückte er es so aus: »Dialog schafft Vertrauen. Wir wollen die Menschen in die Entscheidungsprozesse einbinden. Sie müssen verstehen können, um was es geht – nur dann auch werden sie Verständnis für die Entscheidungen haben.«

men, die angesichts verschärfter ökonomischer Verteilungskämpfe wiederholt Priorisierungskonzepte eingefordert hatten *(Siehe Randbemerkung auf Seite 14)*.

Wesentlich breiter angelegt als die KSLL-Studie ist das interdisziplinäre Projekt »Priorisierung in der Medizin«. Es wird seit 2007 von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) bezahlt und soll möglichst bis 2013 laufen. Hier kooperieren Fachleute aus 13 Universitäten, nicht nur Gesundheitsökonomen, Juristen und Mediziner, sondern auch bekannte Bioethiker wie Hartmut Kliemt und Bettina Schöne-Seifert sowie der Transplanteur Eckhard Nagel.

Die Leitung des Teilprojekts »Rechtliche Vorgaben und Grenzen für eine Priorisierung in der öffentlichen Gesundheitsversorgung« liegt beim Bochumer Sozialrechtsprofessor Stefan Huster. Hier gehe es um eine »umfassendere Betrachtung von Priorisierung«, betont die von der Ruhr-Universität herausgegebene Zeitschrift *Rubin*; Leitlinien, die auf einer Kosten-Nutzen-Bewertung basieren, seien dabei »nur ein Mittel«. Man könnte auch nach anderen Kriterien priorisieren, etwa »nach Lebensalter, Dringlichkeit oder Selbstverantwortung«.

> Man könnte auch nach anderen Kriterien priorisieren, etwa »nach Lebensalter, Dringlichkeit oder Selbstverantwortung«.

Zur Veranschaulichung wird die Transplantationsmedizin angeführt – mit einer merkwürdig konstruierten Frage: »Wenn nur ein Organ zur Verfügung steht – bekommt es derjenige, der es am dringendsten braucht, um vielleicht damit noch ein Jahr zu leben, oder derjenige, der aufgrund seines besseren Gesundheitszustandes noch dreißig Jahre etwas davon hat?« Weiter schreibt *Rubin*: »Nach der Gerechtigkeit bekäme es der dringlichste Fall. Was aber sagt die Bevölkerung, was hier gerecht ist?«

Professor Huster will das jetzt empirisch ermitteln; er vermutet, dass sich die BürgerInnen den Fragen nach Leistungsbeschränkungen früher stellen würden als die Politik: »Unsere große repräsentative Umfrage breiter Bevölkerungsgruppen«, weiß Huster schon im Vorhinein, »wird dies zeigen, aber auch, wo die Bürger ihre Versorgungsprioritäten setzen.« Und diese Methode soll noch mehr bewirken: »Die Umfrage«, so Huster, »könnte Anstoß sein für die politische Debatte.«

Gefragter Berater

Der Tübinger Ethikprofessor Georg Marckmann ist ein viel beschäftigter Berater. Er sitzt zum Beispiel im Wissenschaftlichen Beirat des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Dessen Methodik zur Kosten-Nutzen-Bewertung *(Siehe Seite 12)* sieht Marckmann allerdings kritisch. Auf einer Veranstaltung des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller habe Marckmann das IQWiG aufgefordert, sein Konzept indikationsspezifischer Effizienzgrenzen zu ergänzen – und zwar um das vom IQWiG abgelehnte Modell »qualitätsadjustierter Lebensjahre« (QALYs), berichtete die *Ärztezeitung* am 23. April 2009. Das QALY-Konzept, erläuterte das Blatt, »setzt den finanziellen Aufwand einer Therapie mit den durch sie gewonnenen Lebensjahren in ein Verhältnis.«

Marckmann ist auch Kooperationspartner des vom Bundesforschungsministerium finanzierten Modellprojekts »beizeiten begleiten®«. Es erprobt, wie man AltenheimbewohnerInnen bewegen kann, eine Patientenverfügung zu verfassen *(Siehe Seite 8)*.

Auf diesem Gebiet profiliert sich der Tübinger Ethiker seit Jahren. 2004 veröffentlichte das *Ärzteblatt Baden-Württemberg (Heft 9/2004)* einen Aufsatz Marckmanns unter der Überschrift »Lebensverlängerung um jeden Preis?«. In seinem Fazit stellte Marckmann fest: »Abschließend sei noch einmal betont, wie wichtig und für alle Beteiligten hilfreich eine frühzeitige Vorbereitung auf die Entscheidungssituationen am Lebensende ist, etwa durch rechtzeitige Gespräche mit Patienten und Angehörigen oder durch das Abfassen einer vorsorglichen Willensbekundung (Patientenverfügung).

> »Ein weitgehend ungenutztes Potenzial, das dringend mobilisiert werden sollte«

Empirischen Studien zufolge besitzen nur etwa 10% der Patienten eine Vorausverfügung, obwohl das Interesse an den Möglichkeiten grundsätzlich groß ist. Offenbar existiert hier noch ein weitgehend ungenutztes Potenzial, das dringend mobilisiert werden sollte: Nicht nur um der Autonomie der Patienten willen, sondern auch, um die ärztlichen Entscheidungen über Abbruch oder Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen zu erleichtern.«

Neue Empfehlungen zum Umgang mit Interessenkonflikten

Erinnern Sie sich noch an den Schwerpunkt in *BIOSKOP Nr. 49*? Wir berichteten über Interessenkonflikte medizinischer ExpertInnen. In diesem Heft können wir einen Fortschritt vermelden: Mit einer Pressekonferenz in Berlin hat die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) am 11. Juni ihre ersten »Empfehlungen zum Umgang mit Interessenkonflikten bei Fachgesellschaften« vorgestellt. Gemäß Regeln der AWMF, in der 154 Fachgesellschaften vertreten sind, sollen alle Personen, die beim Erstellen von Leitlinien mitwirken wollen, vorher ihre potenziellen Interessenkonflikte offen legen. Das entsprechende Formblatt fragt u.a. nach Berater- und Gutachtertätigkeiten für Firmen aus der Gesundheitswirtschaft. Benannt werden sollen auch Geschäftsanteile, Patente, bezahlte Vorträge und finanzielle Zuwendungen von Unternehmen für Forschungsvorhaben. Die Empfehlungen stehen auf der Internetseite der AWMF: *http://awmf.org/res/empf-coi.pdf* Allerdings sagen die Vorgaben nicht, ob und wie Verstöße gegen die nun erwünschte Transparenz sanktioniert werden sollen.

BioSkop e.V. · Bochumer Landstraße 144a · 45276 Essen ·
Tel. (0201) 53 66 706 · Postvertriebsstück · Entgelt bezahlt · K 49355

Vorschau

Themen im September 2010

- Schwerpunkt
  Genetische Diagnostik
- Körpermärkte
  Neue Geschäftsmodelle
- Transplantationsmedizin
  »Inhouse-Koordination«

Veranstaltungstipps

Mi. 16.6., 18.00 - 19.30 Uhr
Erlangen (Universität, Kollegienhaus, Universitätsstr. 15)

- Medikamente für Arme!
  Vortrag

Jörg Schaaber von der BUKO Pharma-Kampagne erläutert, wer was wo tun kann, um das Menschenrecht auf Gesundheit global zu verwirklichen. Gastgeber sind das Forum Medizin und Menschenrecht sowie der Erlanger Lehrstuhl für Ethik in der Medizin.

Mo. 21.6., 18.00 Uhr
Berlin (Otto-Suhr-Institut, Hörsaal A, Ihnestraße 21)

- Aus dem Inneren des Haifischbeckens
  Vortrag

Erinnern Sie sich noch an Andrea Fischer? Die grüne Ex-Politikerin, Jahrgang 1960, war von 1998 bis 2001 Bundesministerin für Gesundheit im rot-grünen Kabinett des Kanzlers Gerhard Schröder (SPD). Nach ihrem Ausstieg aus der Politik arbeitete die studierte Volkswirtin als Publizistin und »Kommunikationsberaterin«, seit 2009 ist Fischer selbstständige Beraterin für Firmen der Gesundheitsbranche. Nebenbei hält sie Vorträge, es dürfte ihr einiges einfallen zum Thema des Abends: »Aus dem Inneren des Haifischbeckens: Erfahrungen mit Lobbyismus in der Gesundheitspolitik«. Die Ringvorlesung wird am 12. Juli fortgesetzt. Der Politikwissenschaftler Prof. Peter Lösche will dann erläutern, ob Lobbyismus die parlamentarische Demokratie »stärkt oder gefährdet«.

Fr. 25.6., 18.00 Uhr - So. 27.6., 13.15 Uhr
Bonn (Ev. Akademie im Rheinland, Mandelbaumweg 2)

- »Die Liebe hört niemals auf«
  Tagung

Im Verlauf einer Demenzerkrankung verliert der Betroffene auch seine Sprachfähigkeit. Wie die Verständigung mit Angehörigen und BetreuerInnen dennoch aufrecht erhalten werden kann, sollen Vorträge und Workshops praktisch zeigen. TeilnehmerInnen haben »Gelegenheit, am kreativem Umgang mit körpersprachlichen Signalen wie Blickkontakt, Gesichtsausdruck, Körperhaltung usw. zu arbeiten«, schreibt die Bonner Akademie, die mit dem Demenznetz Düsseldorf zur Tagung einlädt.
Anmeldung bei Frau Hüttenbach,
Telefon (0228) 9523207

Fr. 16.7., 14.00 - 19.30 Uhr
München (Uniklinikum, Kompetenzzentrum Ethik, Raum M 210, Geschwister-Scholl-Platz 1)

- Leben im Koma
  Symposium

Die Forschungsgruppe »Neuroethik chronischer Bewusstseinsstörungen« hat sehr unterschiedliche ReferentInnen angefragt: Wachkoma-Experte Prof. Andreas Zieger erläutert »therapeutische und frührehabilitative Ansätze«. Psychologin Katja Kühlmeyer berichtet, was Angehörige und Pflegende über ihr »Leben mit Wachkomapatienten« berichten. Sterbehilfe-Anwalt Wolfgang Putz spricht über seine Rechtsauffassung und Erfahrungen zur Frage: »Wann darf ein Wachkoma-Patient sterben?« Am Ende steht eine Podiumsdiskussion, Titel: »Wachkoma: Stein des Anstoßes«

Mo. 19.7., 10.15 - 15.15 Uhr
München (Kolpinghaus, Adolf-Kolping-Straße 1)

- Patente auf Saatgut – am Wendepunkt?
  Konferenz

Die Zahl erteilter Patente auf Pflanzen und Tiere steigt seit rund zehn Jahren stetig an – aber: Es wächst auch der Widerstand! Gegen Patente und damit einher gehende Marktkonzentration wehren sich BäuerInnen und ZüchterInnen, unterstützt werden sie von Umwelt- und Entwicklungsorganisationen wie Greenpeace und Miserior. Gemeinsam mit ReferentInnen aus dem In- und Ausland werden sie die Situation analysieren und fordern, das Patentsystem zu verändern.
Infos und Anmeldung im Internet:
www.evb.ch/patentsconference

Do. 16.9. - Sa. 18.9.
Berlin (Technische Universität)

- »... global, gerecht, gesund«
  Konferenz

Noch immer sterben alljährlich Millionen Menschen an behandelbaren Krankheiten – vor allem in Staaten des Südens. »Die anhaltende Deregulierung des öffentlichen Gutes Gesundheit wirkt sich immer stärker nachteilig auf Idee und Praxis gerechter, allen gleichermaßen zugänglicher Versorgungssysteme aus«, schreiben medico international sowie der Verein »Gesundheit Berlin-Brandenburg«. Auf ihrer Konferenz diskutieren zahlreiche Organisationen, wie Gesundheit »weltweit zum öffentlichen Gut werden« kann.
Infos und Anmeldung bei medico,
c/o Katja Rohrer, Telefon (069) 9443847

Ja, ...

○ ich abonniere BIOSKOP für zwölf Monate. Den Abo-Betrag in Höhe von 25 € für Einzelpersonen/50 € für Institutionen habe ich heute auf das BioSkop e.V.-Konto 555 988-439 bei der Postbank Essen (BLZ 360 100 43) überwiesen. Dafür erhalte ich vier BIOSKOP-Ausgaben. Rechtzeitig vor Ablauf des Bezugszeitraums werden Sie mich daran erinnern, dass ich erneut 25 bzw. 50 € im voraus überweisen muss, wenn ich BIOSKOP weiter beziehen will.

○ ich möchte die Hörversion von BIOSKOP für zwölf Monate abonnieren und erhalte statt der Zeitschrift jeweils eine DAISY-CD. Bitte schicken Sie mir das notwendige Formular mit den Bezugsbedingungen.

○ ich möchte BioSkop e.V. mit einer regelmäßigen Spende fördern. Bitte rufen Sie mich mal an. Meine Telefonnummer: ..... .

○ ich unterstütze BIOSKOP mit einem zwölf Monate laufenden Förderabonnement. Deshalb habe ich heute einen höheren als den regulären Abo-Preis von 25 bzw. 50 € auf das o.g. Konto von BioSkop e.V., überwiesen. Mein persönlicher Abo-Preis beträgt ..... €. Dafür erhalte ich vier BIOSKOP-Ausgaben. Rechtzeitig vor Ablauf des Bezugszeitraums werden Sie mich daran erinnern, dass ich erneut mindestens 25 bzw. 50 € im voraus überweisen muss, wenn ich BIOSKOP weiter beziehen will.

○ ich bin daran interessiert, eine/n BioSkop-Referentin/en einzuladen zum Thema: ..... . Bitte rufen Sie mich mal an. Meine Telefonnummer: ..... .

○ ich unterstütze BioSkop e.V. mit einer Spende von ..... € (Konto siehe oben). Weil BioSkop e.V. vom Finanzamt Essen als gemeinnützig anerkannt worden ist, bekomme ich eine abzugsfähige Spendenquittung.

Name ..... Telefon .....

Straße ..... E-Mail .....

PLZ + Wohnort ..... Datum Unterschrift .....

Nur für Abonnentinnen 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: .....

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