BIOSKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

13. Jg. | Nr. 51 | September 2010

Schwerpunkt
Gentests & Genforschung

8 Genanalysen im Angebot
9 Was tut die Gendiagnostik-Kommission?
9 Kostenverordnung
10 Blankoscheck vom Ethikrat
11 Forschernetzwerk in Frage gestellt

Gesundheitsökonomie

3 Geplante Gesundheitseform – Kompromiss zwischen mehreren Übeln
5 Vereinnahmte BürgerInnen?

Klinische Studien

6 Klage für Transparenz
6 Gezielte ProbandInnensuche

Ersatzteillager Mensch

12 Leben Hirntote noch?
13 Politisierte Organspende

Beihilfe zur Selbsttötung

14 Etappenziel der Euthanasiebefürworter

Weitere Themen

6 Interessante Einblicke
6 KandidatInnen für Datenschutz
2 Jetzt BioSkop unterstützen!
16 Veranstaltungstipps
16 Wunschzettel
16 **BIOSKOP** im Dezember 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:
Martina Keller, Hagen Kühn, Michael Wunder.

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

Indirekte Verstrickungen

Erika Feyerabend

Unablässig liefern Medien Nachrichten frei Haus. Die Verfallszeiten sind rasant, die Anlässe sprengen nicht selten unsere Vorstellungskraft. Nach der Ölverseuchung im Golf von Mexiko, gemeldet im April, geht die Suche nach neuen Ölvorkommen unvermindert weiter. Die aktuelle Flutkatastrophe in Pakistan wird als »Naturereignis« dargestellt, deren Folgen keinem benennbaren Verursacher zugeordnet werden können.

»Apokalypseblind«, so nannte Günther Anders die Wahrnehmungen seiner ZeitgenossInnen. Für den heute wenig beachteten, jüdischen Philosophen begann mit den ersten Atombombenabwürfen auf Hiroshima und Nagasaki im August 1945 eine neue Weltordnung. Sie ist für ihn von der Tatsache gekennzeichnet, »dass die atomaren Drohungen (...) von Tag zu Tag als selbstverständlicher akzeptiert werden, sogar als täglich langweiliger gelten«. Man gewöhnt sich. Jede/r ist vom Kommen (damals eines Krieges, heute eines Klimadesasters) überzeugt. Pragmatisch glaubt aber niemand daran. Also plant und lebt man, als würde alles so weiter gehen wie gehabt.

»Schuldlos schuldig« werden, das ist ein weiteres Merkmal der modernen Welt. In seinem Briefwechsel mit Major Claude Robert Eatherly hat Günther Anders darauf aufmerksam gemacht. Der US-amerikanische Pilot war am Abwurf der ersten Atombombe beteiligt, ohne zu wissen, welch verheerende Waffe da eingesetzt wurde. Eatherly fühlte sich nicht als Held, sondern als mitschuldig; nach dem Krieg musste er in psychiatrische Behandlung. »Schuldlos schuldig werden, die Indirektheit der heutigen Verstrickungen«, so schlussfolgert Anders, das ist »die entscheidende, die unentbehrliche Einsicht unseres Zeitalters«. So viel Einsicht war weder bei den beteiligten Ärzten und Richtern, noch bei jenen Geistlichen, die die Hiroshimabombe einsegneten, oder dem damaligen US-Präsidenten zu erkennen. Sie alle »glaubten, es sich leisten zu dürfen, gewissenlos zu bleiben«.

Verstrickungen kenntlich zu machen, ist auch bei heutigen Entscheidungsträgern eher selten. Aktuelles Beispiel: die Debatte um den Bundesbanker Thilo Sarrazin. Über Pressekonferenzen und Talkshows hat er sein Buch »Deutschland schafft sich ab« auflagenstark machen und sein Gedankengut enorm verbreiten können. Zwar gibt es viel berechtigte Empörung und Kritik, doch einige Kritiker versuchen zu unrecht, sich als Verteidiger von Chancengleichheit und moderner, vorurteilsfreier Genetik zu präsentieren.

Bitte auf der nächsten Seite weiter lesen ›

Mit Newsletter Behindertenpolitik

Fortsetzung von Seite 1 ›

Indirekte Verstrickungen

Das Kindergeld wird bei Hartz IV-EmpfängerInnen seit langem als Einkommen verbucht. Mit dem neuen Sparpaket der Bundesregierung wird nun auch das Elterngeld gestrichen. Ist die Botschaft dieser sehr konkreten Sozialpolitik nicht eindeutig: »Eure Kinder wollen wir nicht!«? Dagegen dürfen Besserverdienende weiterhin mit Höchstbeträgen und Eliteförderung rechnen.

Die krude Degenerationsangst des 19. Jahrhunderts, die in Sarrazins Auftritten aktuell zu inspizieren ist, soll nicht schön geredet werden. Aber: Weder alte noch moderne Genetik war und ist frei von politischen Absichten und Diskriminierungspotentialen. Nur: Heutzutage sind die Bewertungslinien nicht an rassistischen Kategorien geformt. Zentral ist die Bildung neuer Krankheitskollektive und Risikogruppen – auch mit der eugenischen Zielperspektive, zukünftig Kinder mit »mentaler Retardierung« vorgeburtlich zu verhindern *(Siehe Seite 11)*. Zentral ist heute die ökonomische Interessenlage – zum Beispiel von Gentestfirmen, die ihre Diagnosekits verkaufen wollen und dabei genetische Denkmuster popularisieren *(Seite 8)*. Das US-Unternehmen Knome vermittelt per Internet gar soziale Bekanntschaften unter ihrer genetisch kompatiblen Kundschaft. Und wie ein »Vokabelschock« wirkt schon gar nicht mehr, was der Deutsche Ethikrat dem Gesetzgeber empfiehlt: ein »Biobankgeheimnis«. Der Begriff soll die Illusion von Datenschutz erhalten – und den öffentlich geförderten Biobanken mit genetischen und gesundheitlichen Informationskonten eine Art »Blankoscheck« für zukünftiges Forschen sichern *(Seite 10)*.

> Weder alte noch moderne Genetik war und ist frei von politischen Absichten und Diskriminierungspotentialen.

Worte sind bedeutsam, um an Ungeheuerlichkeiten zu gewöhnen oder Verstrickungen unkenntlich zu machen. »Die Lüge feiert gerade dadurch, dass sie bescheiden als Einzelwort auftritt ... ihren Triumph«, schrieb Günther Anders und schlug vor, »Atomwaffen« als »Katastrophengeräte« und »Verteidigungsministerien« als »Untergangsministerien« zu bezeichnen, um seine »Wahrheiten in die Vokabeln selbst hineinzustopfen«.

Auch heute gibt es Einzelworte und Erklärungsmuster, die vollständig unter Quarantäne gestellt gehören, zum Beispiel »Kostenexplosion« im Gesundheitswesen. Denn was hier tatsächlich vorliegt, ist vor allem eine »Einnahmeschrumpfung« – in Folge von Lohndumping, Erwerbslosigkeit und skandalöser Verteilung gesellschaftlichen Reichtums *(Seite 3)*. Auch die gerade wieder populär gemachte Vorstellung, dass eine Niere zu Lebzeiten »entbehrlich« und allein ein ausgefüllter Organspendeausweis »Leben schenkt«, gehört zum Repertoire der Bedenklichkeiten *(Seite 13)*. Ebenso wie die fixe Idee, dass verzweifelte und unheilbar Kranke »Solisten« seien und MedizinerInnen wertfreie Wesen, wenn es gilt, die ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung auf die (berufs-)politische Tagesordnung zu setzen *(Seite 14)*.

> Worte sind bedeutsam, um an Ungeheuerlichkeiten zu gewöhnen oder Verstrickungen unkenntlich zu machen.

Allgegenwärtig ist auch die wissenschaftliche Sprache, sie funktioniert als »Bagatellisierungsfutter«. Nichts wirkt selbstverständlicher und beruhigender »als das in fremdem Experten-Idiom Präsentierte«, bemerkte Anders, nicht nur angesichts von Kalkulationstabellen zur atomaren Technik. In biomächtigen Zeiten werden Menschen, die noch Blutfluss, Temperatur und Hormonhaushalt regulieren oder verdauen und schwanger sein können, mittels wissenschaftlicher Sprechweisen zu (Hirn)»Toten« erklärt (*Seite 12*). Sie sind vertraute Fremde unserer Alltagswelt. Vertraut, weil die »vernüchternde Sprache« der Wissenschaft üblich und fremd, weil die konkrete Leiblichkeit dieser Menschen kaum vorstellbar ist.

Ob atomar oder biopolitisch, die Verstrickungen werden weder solistisch noch durch anerkanntes Expertenwissen wirklich verstanden. Es müssen andere »Wahrheiten« in die Vokabeln gestopft und kollektiv Kräfteverhältnisse geändert werden. Vielleicht hilft es doch. Mit den Worten von Günther Anders: »Es gilt noch immer: ›Wenn wir verzweifelt sind, was geht's uns an!‹. An die Arbeit!«

»Hiroshima ist überall«

Das ist der Titel eines beeindruckenden Buches des Philosophen Günther Anders, das mehrere seiner Schriften versammelt: »Tagebuch aus Hiroshima und Nagasaki«, »Der Briefwechsel mit dem Hiroshima-Piloten Claude Eatherly«, »Rede über die drei Weltkriege«.

Das 394 Seite starke Taschenbuch ist Teil der Beck'schen Reihe, die aktuelle Auflage erschien 1995 zum Preis von 12,50 Euro.

Unterstützen Sie BioSkop!

Sie können bei BioSkop **mitmachen** oder unsere Arbeit **unterstützen**! Wir sind auf **Insider-Wissen** aus Medizin und Gesundheitwesen 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 beisteuern**. Die **ernste Finanzkrise**, die BioSkop getroffen hat, ist leider noch nicht überwunden. Wir sind zuversichtlich, sie mit neuen Abos und Spenden einigermaßen meistern zu können. **Gelingt uns dies nicht, werden wir *BIOSKOP* bald einstellen müssen.** Fordern Sie einfach **Probehefte** für FreundInnen und Bekannte 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)

Kompromiss zwischen mehreren Übeln

Gewinner und Verlierer der geplanten Gesundheitsreform

Die geplante »Gesundheitsreform« setzt verschärft den Kurs fort, den diverse Bundesregierungen seit Anfang der 1980er Jahre gefahren haben. Bedient werden diverse wirtschaftliche Interessen – von der Pharma- und Gesundheitsindustrie über Ärzteschaft und Versicherungen bis zu den Arbeitgebern. Die gesetzlich versicherten Arbeitnehmer und Rentner werden einmal mehr die Verlierer sein.

Hagen Kühn (Stendal), Ökonom und Soziologe, ehemaliger Leiter der Fachgruppe Public Health am Wissenschaftszentrum Berlin

Das diesjährige Treiben um die schwarz-gelbe »Gesundheitsreform« musste selbst diejenigen erstaunen, die ohnehin keine hohe Meinung von der Kompetenz bundesdeutscher Gesundheitspolitiker haben. Nicht ganz realitätsfern aber ungewöhnlich schätzte der CSU-Generalsekretär Alexander Dobrindt die Mannschaft des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) als »Gurkentruppe« ein, während der freidemokratische Staatssekretär im BMG, Daniel Bahr, die CSU-Gesundheitspolitiker als »Wildsäue« bezeichnete. Das sieht nach sehr viel Chaos und Inkompetenz aus.

Bei genauerem Hinsehen jedoch lassen sich durchaus Konturen und Widersprüche erkennen, die auch bei mehr Kompetenz eine gewisse Hilf- und Ratlosigkeit hätten aufkommen lassen. Denn die Regierungen der letzten 30 Jahre haben die Gesundheitspolitik mit schleichender Privatisierung, Entsolidarisierung und Ökonomisierung des Gesundheitssystems in solche Widersprüche verwickelt, aus denen es keine leichten Auswege gibt. Diese mussten zunächst gefunden werden.

Über die Interessen und Ziele ist man sich, trotz des Getöses, grundsätzlich durchaus einig: Beitragsentlastungen für die Unternehmen (»Kostendämpfung«), Ausbau eines expandierenden und weitgehend privatisierten »Gesundheitsmarktes«, weitere Entsolidarisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und schließlich die Legitimation dieser Politik, die die Interessen der überwiegenden Mehrheit geradezu mit Füßen tritt. Gestritten wird um unterschiedliche Gewichtungen. Wie schwierig das allerdings ist, kann erst vor dem Hintergrund der folgenden drei großen und langfristigen Tendenzen verständlich werden. Dazu muss man über den Rand des Gesundheitswesens hinaus die politisch-ökonomische Entwicklung im Ganzen betrachten.

Seit den späten 1970er Jahren beobachten wir eine globale Tendenz der Umverteilung, die in Deutschland vor allem seit Ende der 1990er Jahre besonders stark politisch vorangetrieben worden ist – Stichwort: Hartz IV, Ausweitung des Niedriglohnbereichs. So haben die Bruttolöhne zwischen 2000 und 2008 stagniert (+ 1,0 %), während sie in vergleichbaren Ländern wie Großbritannien um 25,5 % oder Frankreich um 8,4 % gestiegen sind. In der Alt-EU liegt die deutsche Lohnentwicklung laut aktuellen Zahlen des statistischen Amtes der EU (Eurostat) an letzter Stelle.

»Kostenexplosion«? Einnahmeschrumpfung!

Wenn die Löhne als Grundlage der Beitragsberechnung stagnieren, während die GKV-Ausgaben im Tempo des Bruttoinlandsprodukts (BIP) wachsen, muss es zu erheblichen Einnahmedefiziten kommen. Also steigen die Beitragssätze. Das ist die Hauptursache des Finanzierungsdilemmas der GKV, das nicht »Kostenexplosion«, sondern Einnahmeschrumpfung heißen müsste. Die Folgerungen der schwarz-gelben, schwarz-roten und rot-grünen Bundesregierungen lauteten: Ausgabendämpfung durch Leistungsausgrenzung, Selbstbeteiligung, Verbilligungsdruck. Begründet wird das mit dem Weltmarkt, der nach konkurrenzfähigen Lohnkosten verlange. Tatsache ist jedoch, dass die deutschen Lohnstückkosten niedriger sind als die aller vergleichbaren Weltmarktkonkurrenten. Parallel zu diesen Bemühungen, mit der gleichen Begründung, wird permanent Druck in Richtung Steuersenkungen für Kapitaleinkommen aufgebaut.

Die zweite, ebenfalls globale Tendenz ist die Privatisierung öffentlicher Güter und Einrichtungen. Das geschieht nicht aus Gründen des Allgemeinwohls. Der Druck geht aus von der globalen und nationalen Umverteilung zugunsten der Kapitaleinkommen. So sank in Deutschland der Anteil der Nettolöhne am Sozialprodukt zwischen 1991 und 2009 von 48,1 auf 38,4 %, während die Nettogewinnquote von 29,8 auf 36 % wuchs. Nettolöhne und Sozialeinkommen sind Konsumnachfrage. Diese stagniert und daher auch viele Märkte.

Sinken die Löhne, dann erhöhen sich die Gewinne, die aber bei stagnierenden Absatzmärkten Probleme haben, rentable Anlagemöglichkeiten zu finden. Es häuft sich überschüssiges Kapital, das mit Macht auf neue Anlagemöglichkeiten drängt. Daher die permanenten politischen und ideologischen Offensiven zur Privatisierung. Im Visier waren von Anfang an

»Gesellschaftliche Provokation«

Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) hat es eilig: Am 22. September soll das Kabinett in Berlin seiner Gesundheitsreform zustimmen und schon am 1. Januar 2011 soll sie in Kraft treten. Abzusehen ist aber auch: Es wird Widerstand geben, unter anderem vom Deutschen Gewerkschaftsbund. Dessen Vorstandsfrau Annelie Buntenbach hat für den Herbst Proteste und eine zweite Welle der DGB-Kampagne »Köpfe gegen Kopfpauschale« angekündigt. In einer Pressemitteilung vom 26. August stellte Buntenbach fest: »Es ist eine gesellschaftliche Provokation, dass die Bundesregierung daran festhalten will, die künftigen Kostensteigerungen für die Gesundheit allein den 70 Millionen Versicherten in Form von Kopfpauschalen aufzudrücken.«

Fortsetzung auf Seite 4 ›

Fortsetzung von Seite 3 ›

die »Filetstücke« des öffentlichen Eigentums (z.B. Telekom, Bahn, Energie, Wasserversorgung), die Sozialversicherungen und einzelne öffentlich geförderte bzw. finanzierte Branchen. Deren größte sind die medizinischen Versorgungssysteme, die immerhin etwa ein Zehntel des gesamten BIP ausmachen.

Seit zwei Jahrzehnten feiern die Consulting-Industrie und professorale Propagandisten im Gewande von Sachverständigen den »Zukunftsmarkt Gesundheit« als unaufhaltsam expandierendes Feld für Kapitalanlagen. Wie etwa der Krankenhaussektor zeigt, ist man damit weit vorangekommen. Hier haben sich inzwischen zusätzlich zu Pharma- und Geräteindustrie und den traditionellen Ärzteverbänden politisch mächtige Privatinteressen etabliert. Diese Interessen zielen nicht auf Ausgabendämpfung, sondern fordern umgekehrt, »mehr Geld ins System« zu lenken.

Der dritte bedeutende Trend ist die Entsolidarisierung der GKV. Während sie bei den »Gesundheitsreformen« der 1980er und 90er Jahre überwiegend als unerwünschte Nebenwirkung angesehen wurde, ist sie inzwischen zu einem eigenständigen politischen Ziel geworden, das besonders von FDP und neoliberalen Medien aggressiv verfochten wird, zu dem aber auch Teile der CDU, SPD und der Grünen mit Wort und Tat beigetragen haben. Das zielt auf Abschaffung der Solidarausgleichsfunktion, Wettbewerb, Selbstbeteiligung, private Zusatz- und Vollversicherung.

> Dieser Weg wird – über die aktuelle Gesundheitsreform hinaus – so lange fortgesetzt werden, wie die Arbeitnehmer und Rentner dieser Republik es sich bieten lassen.

In diesem Umfeld hatten sich die Regierungskoalitionäre zu bewegen. Die Auseinandersetzung wurde eröffnet mit der extremistischen, wirtschaftsliberalen Forderung nach einer »Kopfpauschale« zur Finanzierung der GKV. Damit sollen die letzten Reste von Solidarausgleich eliminiert werden. Alle Versicherten müssten die gleiche Beitragssumme bezahlen. Je niedriger also das Einkommen, desto höher faktisch der Beitragssatz.

Das Konzept birgt mindestens drei Probleme in sich: Zum einen ist der klassenkämpferische Charakter so unverkennbar, dass es mit erheblichen Legitimationsproblemen für das gesamte Projekt, ja sogar für die Regierungskoalition verbunden ist. Das wurde besonders von der CSU moniert. Zweitens würde die Kopfpauschale eine Spirale nach unten in Gang setzen, an deren Ende die GKV nur noch eine schlechte und unterfinanzierte Mindestsicherung sein wird. Das fördert automatisch die privaten Krankenversicherungen, denn je schlechter die Sozialversicherung, desto mehr Anreiz wird geschaffen zum Abschluss von Privatversicherungen. Das praktiziert man seit den 90er Jahren erfolgreich mit der Zerrüttung der Rentenversicherung, und man wollte es auch in der GKV weiter verfolgen.

Drittens steht das Konzept des wirtschaftsliberalen Gesundheitsministers in schroffem Konflikt zur Finanzpolitik seiner eigenen Regierung. Denn auf einen Schlag umgesetzt, würde die Kopfpauschale einen großen Teil der Bezieher niedriger und mittlerer Einkommen in finanzielle Bedrängnis, wenn nicht Armut stürzen. Daher sieht man es zunächst als unvermeidlich an, Kompensationen aus Steuermitteln zu leisten, um die Höhe der Pauschale zu begrenzen, aber zugleich dem »Gesundheitsmarkt« nicht das Geld zu entziehen. Für einen halbwegs erträglichen Ausgleich wären – so haben die Beamten der Bundesregierung im Februar errechnen lassen – jährliche Zuschüsse zwischen 22 Milliarden und 35 Milliarden Euro erforderlich. Und das in einer Situation, in der gerade die (unsinnige) »Schuldenbremse« in Verfassungsform gegossen wurde, die Länder und Gemeinden ihren fundamentalen Aufgaben der Daseinsvorsorge kaum mehr nachkommen können und man noch immer nicht von der Steuersenkungsrhetorik abgerückt ist. Das macht die Aufregung verständlich.

Der wohl gewichtigste Konfliktpunkt ist der zwischen den Interessen an Ausgaben- bzw. Lohnsenkungen, die generell von den Arbeitgebern und ihren politischen Helfern verfolgt werden und dem Konzept des »Zukunftsmarkts Gesundheitswirtschaft«. Will man unter gegebenen Bedingungen die Beiträge drücken, werden die Möglichkeiten, auf Gesundheitsmärkten Kapital rentabel zu investieren, stark beeinträchtigt. Den Akteuren stellte sich also die Frage, wie man den Arbeitgebern etwas zukommen lassen kann, ohne es den Anbietern von Waren und Dienstleistungen des Gesundheitswesens abzunehmen.

Der Regierungsbeschluss zur neuen Gesundheitsreform enthält Lösungen, die jedem der genannten Interessen etwas bieten:

1. Die Interessen der Unternehmen an noch niedrigeren Lohnkosten werden bedient, ohne der Gesundheitswirtschaft etwas zu nehmen. Der Interessenkonflikt wird entschärft zu Lasten Dritter, nämlich der Sozialversicherten. Ab 2012 soll der Arbeitgeberanteil am allgemeinen Beitragssatz der GKV auf 7,3 % des Bruttolohns begrenzt werden. Die »Gesundheitskosten werden von den Arbeitskosten für die Zukunft entkoppelt«. ›

Empfehlungen der Deutschen Bank

Die Deutsche Bank Research (DBR) erstellt Analysen zu »relevanten Trends auf den Finanzmärkten, in Wirtschaft und Gesellschaft«. Adressaten sind vor allem Unternehmen und Kapitalanleger, aber auch Politiker sollen die Analysen aufmerksam lesen. Am 3. Mai dieses Jahres verbreiteten die DBR-Experten die Botschaft: »Gesundheitswirtschaft im Aufwind«. Dreifache Schubkraft böten der demografische Wandel, der medizinisch-technische Fortschritt sowie das zunehmende Gesundheitsbewusstsein; allesamt würden sie dafür sorgen, dass die Gesundheitsbranche »weiterhin deutlich stärker expandiert als das Bruttoinlandsprodukt«. Die DB-Researcher sehen auch »Risikofaktoren«, vor allem Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenkassen. Die Ratschläge der Banker belasten ziemlich einseitig die gesetzlich Versicherten – hier eine kleine Leseprobe: »Wenn es gelingt, die Gesundheitsausgaben von den Arbeitskosten zu entkoppeln, steigen die Chancen für eine weniger restriktive Gesundheitspolitik. (...) Notwendig ist auch der Aufbau von Vorsorgekapital bei den Krankenkassen und/oder seitens der Bürger. (...) Dies dürfte für viele Bürger auch eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit erfordern. (...) Unabhängig vom Ausgang des aktuellen Reformvorhabens sind die Bürger wohl gefordert, künftig einen wachsenden Anteil ihrer Nachfrage nach Gesundheitsleistungen selbst zu finanzieren.«

Wer das ganze DBR-Papier lesen will, findet es gratis im Internet: http://www.db.com/mittelstand/downloads/Gesundheitswirtschaft.pdf

»Priorisierung« in der Medizn

Vereinnahmte BürgerInnen?

»Was ist den Bürgern wichtig?« Unter diesem Motto gibt es am 29. Oktober in Lübeck ein wissenschaftliches Symposium über »Prioritäten in der medizinischen Versorgung«. Grundlage ist ein Votum, das 19 LübeckerInnen im Rahmen einer sogenannten »Bürgerkonferenz« aufgeschrieben haben.

Die GastgeberInnen vom Lübecker Uni-Institut für Sozialmedizin sind erfahrene PolitikberaterInnen. Geleitet wird die Einrichtung seit 1989 von Professor Heiner Raspe, der auch im Forschungsverbund »Priorisierung in der Medizin« mitwirkt *(Siehe BIOSKOP Nr. 50)*. »Eine öffentliche Debatte zum gerechten Umgang mit begrenzten Ressourcen«, heißt es in der Einladung zum Symposium, »kann von den Perspektiven der Bürger profitieren und die Akzeptanz bzw. Legitimation von wichtigen politischen Entscheidungen fördern.«

Zu Beginn des Symposiums wird das »Bürgervotum zur Prioritätensetzung in der medizinischen Versorgung« vorgestellt. Verantwortlich zeichnen sieben Frauen und zwölf Männer aus unterschiedlichen Berufsgruppen wie Polizei, Krankenpflege, Einzelhandel und Verwaltung. Von Mai bis Juli haben sie sich an vier Wochenenden in Lübeck getroffen. Angeleitet wurden die 19 – per Losverfahren Ermittelten – von Lübecker SozialmedizinerInnen, für Informationen sorgten ausgewählte WissenschaftlerInnen aus den Disziplinen Medizin, Gesundheitsökonomie, Politik, Recht und Ethik.

Was die 19 am Ende auf 9 Seiten zu Papier gebracht haben, erinnert in Aufbau und Stil an Kurzexpertisen bezahlter Beratungsprofis: »Die Politik«, liest man in den Empfehlungen, »sollte eine breite Priorisierungsdebatte anstoßen und begleiten und dabei die Ergebnisse der Lübecker Bürgerkonferenz zur Kenntnis nehmen und nutzen.« Medien, heißt es weiter, »sollten dieses Thema in die Bevölkerung transportieren«. Zudem plädieren die 19 dafür, ein »nationales Gremium« einzurichten, das »Grundwerte und Kriterien zur Priorisierung feststellt und die Diskussion führt«. Und im Votum steht auch dieser Ratschlag: »Möglicherweise entstehende Prioritätenlisten sollten öffentlich und transparent diskutiert werden, um hiermit Verständnis und Akzeptanz in der Gesellschaft zu erreichen.«

Die ersten, die aufgefordert sind, das Votum im Rahmen des Symposiums zu »reflektieren«, sind zumindest in Fachkreisen einschlägig bekannt: Die Palette reicht von BioethikerInnen wie Bettina Schöne-Seifert und Peter Dabrock über den Transplanteur und Medizinmanager Eckhard Nagel bis zu Peter Sawicki, dem langjährigen Direktor des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Am Ende sollen sich Schöne-Seifert und Raspe einen »Wortwechsel« liefern – angesagt ist: »Die Bedeutung des Lübecker Bürgervotums für die Priorisierungsdiskussion in Deutschland«.

Klaus-Peter Görlitzer

2. Die Interessen des »Zukunftsmarktes Gesundheit« werden folgendermaßen berücksichtigt: Die sich – bei weiterhin stagnierenden Löhnen – auftuende Lücke zwischen den Einnahmen des Gesundheitsfonds bzw. der GKV plus dem fixen Bundesanteil von 14 Milliarden Euro ab 2012 und den Gesamtausgaben würde geschlossen durch einen Zusatzbeitrag der Arbeitnehmer und Rentner.

3. Dem Verlangen nach konsequenter Fortsetzung der Entsolidarisierung kommt man entgegen – durch einen, zunächst noch moderaten, Einstieg in die nach oben offene Kopfpauschale. Denn die Kassen werden verpflichtet, diesen Zusatzbeitrag nicht als Prozentsatz vom Einkommen, sondern als einheitliche Summe zu erheben. Für Bedürftige soll ein gewisser Ausgleich aus Steuermitteln konzipiert werden, der erfahrungsgemäß im Laufe der Jahre unter die Räder der »Haushaltskonsolidierung« kommen wird.

4. Auch die Versicherungswirtschaft kommt nicht zu kurz: Neben den hohen Beiträgen werden weitere, noch nicht explizit beschlossene, Selbstbeteiligungen, Leistungsausgrenzungen und bürokratische Kleinlichkeiten die GKV so unattraktiv machen, dass der Markt für private Zusatz- und Vollversicherungen expandieren wird. Je mehr das geschieht, desto geringer wird dann auch das politische Gewicht der GKV, der die Mittelschicht davonlaufen wird. Sie wird tendenziell zu einer unterfinanzierten Mindestsicherung degenerieren, wie es von den Wirtschaftsliberalen aller Couleur seit langem angestrebt wird, ähnlich dem Medicaid-System in den USA. Das wiederum kommt dem Gesundheitskapital und den Ärzten entgegen, denn diese haben es dann nicht mehr mit Krankenkassen und somit einem Gegengewicht zu tun, sondern mit individuellen Patienten, die man bereits heute realistischerweise als Kunden bezeichnet. Die PKVen aller Länder neigen dazu, die Rechnungen der Anbieter zu bezahlen und die Ausgaben in Gestalt höherer Prämien an die Versicherten weiterzureichen.

Dieser Weg wird – über die aktuelle Gesundheitsreform hinaus – so lange fortgesetzt werden, wie die Arbeitnehmer und Rentner dieser Republik es sich bieten lassen.

»Die katholische Kirche in Deutschland ist bereit«

Das Fachblatt *Der Kassenarzt* versteht sich als »Magazin für den Unternehmer Arzt«. Im Juni kam dort mal ein prominenter Seelsorger ausführlich zu Wort – interviewt wurde Robert Zollitsch, der Vorsitzende der Deutschen Bischofskonferenz. Die Botschaft des Gesprächs fasste *Der Kassenarzt* so zusammen: »Die katholische Kirche in Deutschland ist bereit, sich an einer gesamtgesellschaftlichen Debatte über Konsequenzen aus knapper werdenden Ressourcen im Gesundheitswesen zu beteiligen.« Die Debatte sei notwendig. Ob sie in bestehenden Gremien oder in einem Gesundheitsrat geführt werden soll, wie es die Bundesärztekammer wünscht, ließ Zollitsch allerdings offen. Er betonte jedoch, dass die deutschen katholischen Bischöfe bereits 2003 eine gesundheitspolitische Stellungnahme unter dem Titel »Solidarität braucht Eigenverantwortung« publiziert hatten. »Eigenverantwortung«, erläuterte Zollitsch dem *Kassenarzt*, »wird dabei nicht eingeengt auf eine Entlastung des Systems durch Selbstbeteiligung an den Kosten oder Zusatzbeiträge. Es meint das Bemühen des Einzelnen, die Solidargemeinschaft nicht übermäßig in Anspruch zu nehmen und je nach eigenen Möglichkeiten und Fähigkeiten – etwa durch eine entsprechende Lebensführung – Selbstsorge zu tragen.«

Klage für Transparenz

»Präferierte Pharmapartnerschaft« demnächst wohl vor Gericht

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

Universitäten und private Unternehmen kooperieren zunehmend. Wie viel die Öffentlichkeit über solche »Public Private Partnerships« erfahren darf, könnte ein Fall aus Köln grundsätzlich aufzeigen. Es geht um eine »präferierte Partnerschaft« bei »Entwicklung und klinischer Testung neuer Substanzen«, vereinbart zwischen der Uni Köln und dem Pharmariesen Bayer.

Problematisiert wurde die »bevorzugte Partnerschaft« zwischen der Kölner Uniklinik und der Bayer Healthcare AG zuerst in *BIOSKOP*.

»Ein Modell für Deutschland?«, fragten wir im Juni 2008. Die Kooperation, die mittelfristig zu neuen Präparaten gegen Krebs, neurologische Leiden und Herz-Kreislauf-Erkrankungen führen soll, will sich Bayer laut eigenen Angaben pro Jahr einen »soliden sechsstelligen Betrag« kosten lassen. Details über die Zusammenarbeit wollten die ungleichen Partner allerdings nicht verraten.

Zehn Organisationen und Verbände, angeführt von der Coordination gegen Bayer-Gefahren (CBG), hakten nach. Im November 2008 forderte die CBG die Universität Köln förmlich auf, den Kooperationsvertrag »vollständig offenzulegen«. Die Uni soll zum Beispiel erklären, wer die Verwertungsrechte an den angestrebten Arzneientwicklungen erhält. Und sie soll sagen, ob sie sich womöglich verpflichtet hat, missliebige Resulate klinischer Prüfungen zu verschweigen.

Zunächst ließ die Kölner Universitätsleitung nichts von sich hören. Ende März 2009 verweigerte sie dann schriftlich die Einsichtsnahme; sie meint, ihr Partnerschaftsvertrag mit Bayer sei eine Angelegenheit von Forschung und Lehre, wozu das Informationsfreiheitsgesetz keine Pflicht zur Auskunft vorsehe.

Präzedenzfall in Deutschland

Die CBG gab nicht auf und schaltete die nordrhein-westfälische Datenschutzbehörde ein, die auch für Informationsfreiheit zuständig ist. Im Juni 2010, nach ausführlicher Prüfung des Falls, teilte sie der CBG dann ihre »abschließende informationsfreiheitsrechtliche Bewertung« mit: Der Kooperationsvertrag, so der Bescheid, dürfte nach »derzeitigem Erkenntnisstand offenzulegen sein«, die Universität sei entsprechend informiert worden. Allerdings, so fügten die DatenschützerInnen auch hinzu, habe die Behörde »keine Möglichkeiten, eine Offenlegung durchzusetzen«.

Und so kam es, wie es die Behörde wohl schon geahnt hatte: Das Justitiariat der Uni Köln stellte sich weiter quer; am 20. August schrieb es der CBG, dass die Uni die Rechtsauffassung des Datenschutzbeauftragten »nicht teilt« und entschlossen ist, den Kooperationsvertrag weiterhin unter Verschluss zu halten.

Die CBG will nun tun, was sie in dieser Situation tun kann: Klage auf Informationszugang zum Vertrag beim Verwaltungsgericht einreichen. Nach Auffassung der CBG handelt es sich um einen Präzedenzfall, der grundsätzlich alle Public-Private-Partnership-Projekte

Krankenhaus-Informationssysteme

Gezielte Suche nach Versuchspersonen

Wie kann man kranke ProbandInnen, die für klinische Studien geeignet erscheinen, systematisch finden und rekrutieren? Am besten durch zielstrebigen Einsatz von Informationstechnik, meint Professor Martin Dugas. Der Medizininformatik-Direktor von der Universität Münster koordiniert einen neuen Modellverbund, dem auch die Unikliniken in Düsseldorf, Erlangen, Gießen und Heidelberg angehören.

Ausgestattet mit 426.000 Euro vom Bundesforschungsministerium, geht es vor allem darum, Krankenhaus-Informationssysteme (KIS) für die Bedürfnisse klinischer ForscherInnen verfügbar zu machen. »Qualität und Quantität von elektronisch verfügbaren Patientendaten haben in den letzten Jahren massiv zugenommen«, sagt Dugas. Fünf verschiedene KIS-Systeme führender Hersteller sollen im Forschungsverbund analysiert und verglichen werden, »um herauszufinden, wie sie jeweils zur Identifikation von Studienpatienten und zur Dokumentation im Rahmen der Patientenrekrutierung genutzt werden können«, erläutert die Uni Münster in ihrer Pressemitteilung vom 20. Juli.

»Basierend auf diesen Analysen wollen wir dann eine grundsätzliche Struktur für die KIS-basierte Patientenrekrutierung entwickeln und klinisch erproben«, kündigt Dugas an. Die »Vision« des Professors ist ein einheitliches Informationssystem für alle Bereiche eines Krankenhauses, das Daten für Patientenversorgung und klinische Forschung vereint.

Klaus-Peter Görlitzer

Anzeige gefällig?

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

Interessante Einblicke

Werbung für verschreibungspflichtige Präparate ist hierzulande außerhalb von Fachkreisen verboten. Dennoch sind Pharmafirmen bemüht, Kontakte zu Kranken zu knüpfen – mehr oder wenig auffällig. Eine Patientenorganisation, die von solchen Beeinflussungsversuchen nichts hält, ist die Psoriasis Selbsthilfe Arbeitsgemeinschaft (PSOAG). Mehr noch: Sie bemüht sich sogar erkennbar um Transparenz! Und so machte PSOAG-Vorstandsmitglied Rolf Blaga kürzlich mal wieder auf eine »weitere, neue Strategie« eines Pillenherstellers aufmerksam.

»Im August«, berichtet Blaga per Rundmail, »bekam die Berliner Selbsthilfegruppe die Einladung einer Apotheke aus Königs Wusterhausen zu einer Informationsveranstaltung.« In gediegenem Ambiente der Kavaliershäuser des Schlosses Königs Wusterhausen wurde ein »offenes Gespräch mit Fachleuten« über Psoriasis in Aussicht gestellt.

Wer sich die Einladung genauer anschaute, fand den gedruckten Hinweis auf eine »Website, die den tatsächlichen Initiator der Veranstaltung offenlegt«, schreibt Blaga. Hinter der Seite namens *www.psoriasis-gespraeche.de/psoriasis-gesprache/* steckt eine Veranstaltungsserie, die, wie Blaga weiß, »von der Firma Abbott organisiert und finanziert« wird. Abbott vermarktet auch eines der teuren Biologika, die Menschen mit schwerer Psoriasis, Psoriasis Arthritis und Rheuma verordnet werden können.

Blagas Fazit: »Das ist für unser Krankheitsbild eine weitere, neue Strategie einer Firma, die verschreibungspflichtige Medikamente verkauft, Patienten direkt anzusprechen. Dazu bedient man sich in diesem Fall einer Apothekerin.«

Weitere Informationen bei der PSOAG, Tel. (030) 61283091, *www.Psoriasis-Selbsthilfe.org*

KandidatInnen für Datenschutz

Freie Liste Mueller heißt eine neue Initiative, die vor allem für Datenschutz und Transparenz im Gesundheitswesen eintritt und die geplante elektronische Gesundheitskarte (eGK) kategorisch ablehnt. Die Liste, initiiert vom Verein »Neuanfang« *(Siehe BIOSKOP Nr. 50)*, tritt bei den Sozialwahlen 2011 für den Verwaltungsrat der Techniker Krankenkasse (TK) an und hat bereits 13 KandidatInnen aufgestellt.

Nun sammelt Freie Liste Mueller eifrig Unterschriften von TK-Mitgliedern, denn für die Kandidatur sind mindestens 2.000 UnterstützerInnen notwendig. Bis Mitte November 2010 können TK-Versicherte noch mithelfen. Das Formular zum Unterschreiben steht auf der Internet-Seite der Initiative *(http://freieliste mueller.de)*, wo man weitere Informationen findet und auch lesen kann, wer sich aus welchen Gründen für die alternative Liste engagiert. Ansprechpartner ist der Hamburger Rechtsanwalt Jan Kuhlmann, erreichbar per E-Mail: *kontakt@liste-neuanfang.org*

Kuhlmann vertritt zudem die Interessen eines Versicherten der Bergischen Krankenkasse, der sich dagegen wehrt, die neue eGK nutzen zu müssen *(BIOSKOP Nr. 50)*. Der Prozess vor dem Sozialgericht Düsseldorf begann Ende August mit einem Erörterungstermin, der – anders als zunächst geplant – hinter verschlossenen Türen stattfand. Frühestens Anfang 2011 wird nun öffentlich verhandelt und auch entschieden.

Kuhlmann und sein Mandant hoffen, dass ihr Prozess nicht der einzige bleibt. Jeder, der irgendwann eine eGK erhalten sollte, kann den Rechtsweg einschlagen. Eine Anleitung »Mit Widerspruch und Klage gegen die Elektronische Gesundheitskarte« steht ebenfalls auf den Internet-Seiten der Freien Liste Mueller.

»Was bin ich wert?«

Jörn Klare, Autor des gleichnamigen Buches, nimmt uns in kurzen Kapiteln mit auf eine interessante Reise: zu Volkswirten, die uns die Humankapitaltheorie erklären wollen; Versicherungen, die ihre Investitionen für Sicherheitstechnik aus Toten pro verkauftem Auto berechnen; zu einem Gesundheitsökonomen, der ein Lebensjahr in Euro taxiert und zu Reproduktionsmedizinern, die Samen bepreisen; zur Journalistin Martina Keller *(Siehe Seite 12)*, die den »Wert« von Leichen im Zeitalter der Gewebetransplantation kritisch kommentiert.
Die Frage, was der Jörn Klare denn nun ganz konkret und persönlich »wert« ist, bringt besonders jene Experten ins Schleudern, die aus großer Entfernung, mittels statistischer Werkzeuge mit Menschenleben und Menschengruppen ökonomisch kalkulieren. Am Ende fragt Klare einfach seine Tochter: »Und ich? Was bin ich wert?« Die Sechsjährige kennt die Zahlen noch nicht so gut und tippt auf: »einhundert-einhundert-zwanzig-einhundertdreißig-zweihundertundzehn Euro«. »Das ist die schönste Zahl«, meint der Autor: »Unendlich groß und befreiend sinnlos.« Lesenswert!
Was bin ich wert? Eine Preisermittlung von Jörn Klare, 2010 erschienen im Suhrkamp Verlag, 266 Seiten, 14,90 Euro.

in Deutschland betreffe; auch der NRW-Datenschutzbehörde ist bisher kein derartiger Rechtsstreit im Bundesgebiet bekannt geworden. »Die Allgemeinheit kann solche Kooperationen nur bewerten, wenn alle relevanten Informationen veröffentlicht werden«, sagt Philipp Mimkes von der CBG. »Das Argument, wonach Geschäftsgeheimnisse von einer Offenlegung betroffen sind, darf nicht länger dafür herhalten, dass der Einsatz öffentlicher Mittel im Dunkeln bleibt.«

Rückendeckung erhält die CBG inzwischen auch von der Ärzteorganisation IPPNW. In einem offenen Brief an den Rektor der Universität Köln kritisiert die IPPNW, die Geheimhaltung der Vertragsbedingungen »gefährde die Freiheit der Forschung«. IPPNW-Vorstandsmitglied Dieter Lehmkuhl beklagt den enormen »Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf die Medizin und die medizinische Forschung«.

Lehmkuhl verweist auch auf eine kürzlich veröffentlichte Studie der Arzneimittelkommission der Bundesärztekammer und der Universitätsmedizin Mainz, in der gefordert werde, »dass ÄrztInnen den wirtschaftlichen Eigeninteressen der Pharmakonzerne entgegentreten« müssten.

Genanalysen im Angebot

Unternehmen vermarkten fragwürdige Tests via Internet

Erika Feyerabend (Essen), Journalistin und BioSkoplerin

Im Auftrag des Europaparlamentes hatte ein Expertengremium vor zwei Jahren die Direktvermarktung von Gentests unter die Lupe genommen. Ein neuer Bericht über diese Marktnische ist nun in den USA erschienen – Kernergebnis: Die Tests sind irreführend und wenig nützlich. Hierzulande fehlt eine Untersuchung der einschlägigen Firmenlandschaft. Es gibt aber einen neuen Anbieter: DNA Plus.

Werden Sie Pionier in der Zukunft der Medizin«, so bewirbt das junge Unternehmen DNA Plus aus Freilassing hauseigene Seminare. Eingeladen sind Ärzte, Apotheker, Hebammen und Heilpraktiker, aber auch Fitness- und Wellness-Studios oder Kosmetiker/innen und Ernährungsberater. Für 375 Euro plus Mehrwertsteuer, inklusive Selbsttest nach freier Wahl und Werbematerial, soll diese breite Zielgruppe lernen, wie Gentests bei risikobewussten KonsumentInnen vermarktet und abgerechnet werden können: im öffentlichen Medizinsystem als Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL), mit ermäßigtem Einkaufspreis für Genanalysen und der Aussicht auf Betreuungsseminare für ÄrztInnen und als Marketingstrategie im Wellness-Sektor.

Im Angebot ist zum Beispiel das Produkt »DNA+Herz«, mit Tests auf zwei Thrombose-Gene für 190 Euro oder vier Arterie-Gene, ebenfalls für 190 Euro. Das Komplettpaket wird in der sommerlichen »Aktionswoche« für 250 Euro feilgeboten. Oder wie wäre es mit den Produkten »DNA+Stoffwechsel« und »DNA+Verdauung«, die neben Checks genetischer Anfälligkeiten für Diabetes, Eisenspeicher-Krankheit oder Unverträglichkeiten von Laktose und Gluten auch einen passenden Ernährungsplan für zusätzliche 290 Euro beinhalten? Wer wissen möchte, ob eher Kraft- oder Ausdauersport seinem molekularen Make-up entspricht, wählt »DNA+Bewegung«, wobei die Firmenhomepage die Erwartungen etwas dämpft: »Dieser Gentest stellt keine Überprüfung dar, ob man für die Olympischen Spiele geeignet ist, sondern liefert Informationen, in welchen Bereichen man bessere Chancen hat, Spitzenleistungen zu erbringen.«

Weniger amüsant ist, dass auch die Sorge um die eigenen Kinder in bare Münze verwandelt wird. In zartem Rosa erscheint das Produkt »DNA+Nachwuchs« auf der Website. Neben dem Nachweis eines erhöhten Thromboserisikos während der Schwangerschaft versprechen die Firmeninhaber, zum Preis von 269 Euro 101 Krankheitsrisiken bei Kindern bis zum fünften Lebensjahr ausfindig machen zu können. Das Programm wird gleich noch einmal im Internet beworben – und zwar über die Firma Seracell Baby U100+, mit der DNA Plus kooperiert. Auch die Präventionsakademie Thüringen bietet ihre Produktpalette an – neben einer Privatpraxis für ganzheitliche Naturheilkunde sowie einem Anwendungs- und Lehrinstitut für Entspannung, Stressbewältigung oder Klangtherapie.

Vernetzung wird bei DNA Plus groß geschrieben. Am neuen Marktsegment partizipieren auch das Gesundheits- und Wellnesshotel Elisabethpark in Österreich, die Vermittlungsagentur für Honorarärzte »Doc-to-rent« und die Telefon- und Online-Beratung »Psychoquest«. Der Molekularbiologe und wissenschaftliche Leiter Daniel Wallerstorfer hat im vorigen Jahr gleich noch das Laborunternehmen »Novogenia« gegründet. Hier werden die genetischen Analysen durchgeführt oder an externe Partnerlabors weitergereicht.

> Auf der Firmenhomepage geht es über den »Warenkorb«-Button zum Einkauf der Gen-Analysen.

Auf der Firmenhomepage geht es über den »Warenkorb«-Button zum Einkauf der Gen-Analysen. Videos mit einem seriös klingenden Berater informieren über Aussagekraft, präventive Vorteile und Qualitätsstandards. Wer sich überzeugen lässt, bekommt Post – ein Set für die Speichelprobe und eine Einwilligungserklärung. Die Speichelprobe wird laut Firmenaussagen verschlüsselt, analysiert und dann vernichtet. Zurück erhalten die KundInnen einen »verständlichen Gesundheitsbericht, ein Beratungsvideo und einen Arztbericht«.

Werden »genetische Vorbelastungen« festgestellt, die statistisch über dem Bevölkerungsdurchschnitt liegen, gibt es ein Vorsorgeprogramm und einen Familienstammbaum. Ob seine Verwandten über ihre »genetischen« Risiken aufgeklärt werden, soll der Kunde persönlich entscheiden. Bei Bedarf können ärztliche oder psychologische BeraterInnen kontaktiert werden.

Das Gendiagnostikgesetz verlangt für den Einsatz solcher Tests: Aufklärung, Arztvorbehalt, Einwilligung und eine zwingende genetische Beratung vor und nach dem Test. DNA Plus klärt

Fortsetzung auf Seite 9 ›

»Neue Autorität«

Ein Anbieter kompletter Genomanalysen aus den USA nennt sich »Knome«. Das Wort setzt sich aus »know« (kennen) und »me« (mich) zusammen. So wird schon im Firmennamen deutlich, dass die privaten Märkte nicht nur Krankheitsrisiken, sondern auch »Selbsterkenntnis« feilbieten. Das allerdings für betuchtere Kreise, denn der virtuelle Trip ins genomische Selbst kostet 100.000 Dollar. Der US-amerikanische Schriftsteller Richard Powers hat eine solche Selbstanalyse bei Knome in Auftrag gegeben. Anschließend schrieb er darüber das Buch »Ich #9«, das in diesen Tagen erschienen ist. Zuvor hatte Powers seine Erfahrungen bereits in der *Süddeutschen Zeitung* geschildert. In seinem Aufsatz »Ich habe das Neugier-Gen«, gedruckt am 28. Dezember 2009, schreibt er unter anderem: »Wir stecken meinen Genom-Stick in einen Computer, und auf dem Bildschirm erscheint eine grafische Darstellung meiner Chromosomen, farblich kodierte Streifen in Grün (gut), Gelb (neutral), Grau (unbekannt) und Rot (Gefahr). Ich habe den Eindruck, dass es da eine Unmenge Rot gibt. (...) Ich weiß jetzt, dass ich 248 genetische Varianten in mir habe, die mein Risiko erhöhen, an ungefähr 77 Krankheiten zu erkranken. Der alte, müde Rat jedes Arztes – essen Sie gesünder, bewegen Sie sich mehr, leben Sie entspannt, nehmen Sie Anteil an der Welt – bekommt plötzlich auf der Molekülebene eine neue Autorität.«

Hinter verschlossenen Türen

Was tut die Gendiagnostik-Kommission?

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

Im November wird die Gendiagnostik-Kommission (GEKO) ein Jahr im Amt sein. Das Gremium, vom Gesetzgeber mit reichlich Definitionsmacht ausgestattet, darf zum Beispiel bestimmen, welche Gentests und genetischen Reihenuntersuchungen hierzulande sinnvoll sein sollen *(Siehe BIOSKOP Nr. 49)*. Ungewiss ist, worüber die vom Bundesgesundheitsministerium berufenen Fachleute gerade nachdenken.

Die Kommission ist beim Robert-Koch-Institut (RKI) angesiedelt. Sucht man auf der RKI-Website *(www.rki.de)* das Stichwort »GEKO«, kann man deren Seite finden. Doch über die inhaltliche Arbeit der Kommission erfährt man dort nur wenig; die GEKO veröffentlicht weder ihre Geschäftsordnung noch ihre Tagesordnungen – und schon gar nicht potenzielle Interessenkonflikte ihrer Mitglieder. Das Aktuellste, was man auf der Website lesen kann, ist ein – sehr knapp gehaltener – »Bericht« über die zweite GEKO-Sitzung vom 22. Januar. Erläutert wird, was als »genetische Untersuchung« im Sinne des Gendiagnostikgesetzes anzusehen sei.

Tatsache ist: Die GEKO hat bereits viermal offiziell getagt, zuletzt am 23. Juni. Dass Geheimniskrämerei auf die Dauer problematisch sein kann, ist einigen in der Kommission wohl bewusst. Jedenfalls vermerkt das Protokoll der 3. GEKO-Sitzung vom 22. April, dass ein GEKO-Mitglied »bei zu restriktivem Umgang mit der Öffentlichkeitsarbeit den Vorwurf von mangelnder Transparenz« befürchte.

Kostenverordnung

Ein Stückchen Transparenz gewährt das Bundesgesetzblatt, das die Gendiagnostik-Kommission-Kostenverordnung vom 17. Juni 2010 enthält. Auf Wunsch von Personen und Einrichtungen, die Genanalysen vornehmen, kann die GEKO nämlich Stellungnahmen »zu Einzelfragen der Auslegung und Anwendung ihrer Richtlinien abgeben«. Je nach Aufwand müssen FragestellerInnen dafür 100 bis 800 Euro zahlen.

Teurer kann es werden, wenn die GEKO eine genetische Reihenuntersuchung schriftlich zu bewerten hat: Für solche – obligatorischen – Stellungnahmen des ehrenamtlichen ExpertInnengremiums erhebt das Robert-Koch-Institut (RKI) Gebühren von bis zu 2.000 Euro.

Derartige Gebührenbescheide sind aber noch Zukunftsmusik. Denn die GEKO muss ja überhaupt erst ihre Richtlinien beschließen und veröffentlichen. Perspektivisch interessant und genau zu beobachten wird aber sein, wer mit welchen Anfragen an die GEKO herantritt – und vor allem: Wie und wann wird eigentlich die Öffentlichkeit über Anfragen und Begutachtungen informiert? Unabhängig davon bleibt abzuwarten, ob die GEKO Anfragen von JournalistInnen fundiert, zeitnah und gebührenfrei beantwortet.

Veröffentlichung spätestens Ende 2012

»Die Gendiagnostik-Kommission (GEKO) bewertet in einem Tätigkeitsbericht die Entwicklung in der genetischen Diagnostik. Der Bericht ist im Abstand von drei Jahren, erstmals zum Ablauf des Jahres 2012, zu erstellen und durch das Robert-Koch-Institut zu veröffentlichen.«
Wortlaut des § 23, Abs. 4 des geltenden Gendiagnostikgesetzes

auf – per Video. Die Firma beschäftigt ÄrztInnen und fordert den Berufsstand zur Mitarbeit auf – dank IGeL. Genetische Beratung bietet sie auch an – via Telefon.

DNA Plus ist nicht das einzige Unternehmen, das aus biotechnologischen Werkzeugen und Risikobewusstsein einen privaten Geschäftsbereich macht. Auch die Frankfurter Firma Humatrix bietet solche Tests für Erwachsene und Neugeborene an. Das Geschäft ist international. Die bekanntesten Firmen im Direktverkauf sind US-amerikanisch und heißen 23andMe, Knome *(Siehe Randbemerkung auf Seite 8)* und Navigenecis, sie verkaufen komplette Genomanalysen. Unternehmen wie DNA Direct und Sciona haben sich auf verschiedene Krankheitsanfälligkeiten spezialisiert.

Das US-amerikanische Governmental Accountability Office (GAO) hat im Juli das Ergebnis einer eigenen, verdeckt ausgeführten Recherche veröffentlicht. Under cover schickte das GAO an vier Gentestfirmen, die in medizinischen Journalen und allgemeinen Medien als »seriös« inszeniert werden, genetische Proben. Die Ergebnisse sind kein Werbeargument für die Firmen, ihre Vorhersagen widersprechen sich. Und einem DNA-Spender mit Herzschrittmacher wurde ein geringes Risiko für Herzerkrankungen attestiert. Gar als »vollkommenen Müll« bezeichneten zu Rate gezogene Experten das genetische Orakel von zwei Firmen, die meinen, auf DNA-Basis vorhersagen zu können, welcher Sport zum eigenen Nachwuchs passt. Vor zwei Jahren hatte schon die European Technology Assessment Group kaum ein gutes Haar am privaten Testsektor gelassen.

Bekannt ist weder, wie häufig solche Angebote tatsächlich nachgefragt werden noch wie Ergebnisse der Gentests auf die KundInnen wirken. Klar ist aber: Die Grenzen zwischen Medizin und Wellness verschwimmen einmal mehr. Und auch diese Marktnische demonstriert, dass biomedizinische Dienstleistungen vor allem eines sind: kommerziell.

Neue Empfehlungen zu Biobanken

Blankoscheck vom Ethikrat

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

Die Nachricht klingt viel versprechend: Der Deutsche Ethikrat fordert »klare gesetzliche Regelungen« für die Forschung mit Humanbiobanken. Doch die Vorschläge der PolitikberaterInnen orientieren sich ziemlich einseitig an den Bedürfnissen von GenforscherInnen.

Der Grundsatz gilt für jede Forschung am Menschen: Wer an einer klinischen Studie teilnimmt, muss wissen können, worauf er sich einlässt. Zwingend ist eine verständliche Aufklärung über Ziele der Forschung, angestrebte Verwertung der Ergebnisse, gesundheitliche Risiken. Nur so ist – zumindest theoretisch – machbar, was JuristInnen »informierte Einwilligung« nennen.

Der Deutsche Ethikrat (DER) hat sich nun ein neues, rechtliches Instrument einfallen lassen, das der Gesetzgeber einführen soll: das »Biobankgeheimnis«. Es bezwecke, so die offizielle Darstellung des Gremiums, den GenforscherInnen die Arbeit zu erleichtern – und gleichzeitig die Interessen von ProbandInnen besser zu schützen.

Typisch für Biobanken ist, dass Menschen Körpersubstanzen und Daten für Forschungsprojekte zur Verfügung stellen, »die zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht definiert sind«, erläutert der Ethikrat in seiner ausführlichen Stellungnahme »Humanbiobanken für die Forschung«. Eine »Vorausinformation«, wie lange und für welche Zwecke Proben und Daten genutzt werden sollen, sei »in der Regel nicht möglich«.

Solche »strukturellen Besonderheiten« von Biobanken, die eine informierte Einwilligung der SpenderInnen praktisch unmöglich machen, stellt der Ethikrat nicht in Frage. Vielmehr sei die Einschränkung individueller Aufklärung dann legitim, wenn im Gegenzug ein gesetzlich festgeschriebenes Biobankgeheimnis gelte. Dieses sieht nach Empfehlung des DER im Kern eine »Schweigepflicht« vor, die für alle MitarbeiterInnen einer Biobank und ForscherInnen gelten soll, die auf genetische Proben und Daten zugreifen wollen. Sofern diese verschlüsselt oder anonymisiert seien, müssten Maßnahmen zur Identifikation der SpenderInnen untersagt werden. Eine Weitergabe persönlicher Daten an nichtwissenschaftliche Einrichtungen wie Versicherungen und Arbeitgeber sei zu verbieten. Zugriffe interessierter StrafverfolgerInnen soll ein Beschlagnahmeverbot ausschließen.

Unter diesen Voraussetzungen soll es nach Auffassung des Ethikrates auch opportun sein, dass SpenderInnen eine Art Blankoscheck ausstellen – also ihre Proben und Daten ohne Beschränkung auf ein bestimmtes Forschungsprojekt oder -gebiet »zeitlich unbegrenzt für wissenschaftliche Forschung« zur Verfügung stellen. Ein wichtiges Recht sollen sie allerdings nicht aufgeben dürfen: die Option, die Verwendung ihrer Daten und Proben jederzeit widerrufen zu können, so lange diese nicht anonymisiert worden sind.

Zum »Fünf-Säulen-Konzept« des DER für die gesetzliche Regulierung von Biobanken gehört auch die »Einbeziehung von Ethikkommissionen«. Allerdings sollen diese jeweils nur dann ein zustimmendes Votum abgeben müssen, wenn ForscherInnen mit personenbezogenen Daten und Proben arbeiten wollen; ist die Identität der SpenderInnen dagegen nicht erkennbar, sei es entbehrlich, Einzelprojekte zu begutachten – weil ja das Biobankgeheimnis gelten würde, meint der Ethikrat.

> »Es sind Regelungen erforderlich, die eine weniger restriktive Zweckbindung für die Nutzung von Biobankmaterialien und -daten zulassen als im geltenden Datenschutzrecht.«

Ungewiss ist, wie viele Biobanken es hierzulande in Kliniken, Laboren und Pharmafirmen überhaupt gibt. Für Überschaubarkeit könnte gemäß DER-Empfehlung ein »öffentliches Biobankenregister« sorgen. Es soll im Internet anklickbar sein, Verantwortliche und Rechtsform der jeweiligen Biobank benennen und allgemeinverständlich über Aktivitäten, Sammel- und Speicherregeln berichten. Allerdings sagt der Ethikrat nicht, ob Biobanken auch verpflichtet werden sollen, ihre Daten via Register bekannt zu machen.

Gefördert mit 256.000 Euro vom Bundesforschungsministerium, baut der Verein »Telematikplattform für Medizinische Forschungsnetze« (TMF) derzeit ein »Deutsches Biobanken-Register« (*www.biobanken.de*) auf. Bisher sind dort Angaben zu über 40 Biobanken zu lesen – durchweg in englischer Sprache, denn erklärter Anspruch des Online-Registers ist nicht nur »Transparenz«. Vor allem geht es darum, internationale »Kooperationen zwischen Wissenschaftlern zu vermitteln«. In einer Stellungnahme begrüßt die TMF »vorbehaltlos« die folgende Aussage des Ethikrates: »Wenn man Biobanken als Ressource für die wissenschaftliche Forschung akzeptiert, sind Regelungen erforderlich, die eine weniger restriktive

National vernetzt, global ausgerichtet

Deutschlands Biobanken sollen sich vernetzen und international ausrichten – das bezweckt die »Nationale Biomaterialbanken-Initiative«, die das Bundesforschungsministerium (BMBF) derzeit anschiebt. Hochschulen und außeruniversitäre Einrichtungen, die finanziell gefördert werden wollen, müssen ihre »Vorhabenbeschreibungen« bis zum 15. September beim BMBF eingereicht haben, Förderzusagen wird es wohl frühestens ab 2011 geben. Die Ausschreibung des BMBF verlangt, dass Antragsteller schon über »mindestens eine Biomaterialbank (z.B. Zellen, Gewebe, Blut, DNA, ganze Organe, etc.)« verfügen müssen, die mit einer epidemiologischen oder Patienten/Probanden-Datenbank verknüpft ist. Außerdem haben Förderwillige zu erläutern, wie sie »eine studienübergreifende, auch internationale Verwendung von Proben und Daten ermöglichen« wollen und ob es Maßnahmen gibt, »die auch die übergreifende Nutzung von Daten und Materialien aus der Krankenversorgung gestatten«. Ausgewählte Projekte will das BMBF bis zu fünf Jahre fördern, anschließend sollen sich die Biomaterialbanken finanziell selbst tragen.

Genforschernetzwerk in Frage gestellt

Studie zu »mentaler Retardierung« befremdet die Grünen

»Fremdnützige Forschung?« – unter dieser Überschrift informierte *BIOSKOP* im Juni über das Humangenetiker-Netzwerk Mentale Retardierung (MRNET). Die Studie der Forscher, die genetische Ursachen geistiger Behinderung finden wollen, wird nun auch im Bundestag in Frage gestellt.

Im Rahmen der multizentrischen Studie, an der HumangenetikerInnen von sieben deutschen Universitäten beteiligt sind, werden Mütter und Väter von Kindern mit »psychomotorischer Entwicklungsstörung« gebeten, ihr Kind als Proband zur Verfügung zu stellen. Wer mitmacht, wird körperlich untersucht und fotografiert; zudem stimmen die Eltern stellvertretend für ihre Töchter und Söhne zu, dass ihnen zwecks genetischer Analyse eine Blut- oder Gewebeprobe entnommen wird, die ForscherInnen zeitlich unbefristet aufbewahren dürfen. Einen gesundheitlichen Nutzen stellt die Einwilligungserklärung den TeilnehmerInnen nicht in Aussicht.

»Uns befremdet, dass dieses bioethisch fragwürdige Forschungsprojekt vom Bundesforschungsministerium (BMBF) seit dem Jahr 2008 finanziell gefördert wird«, sagt die grüne Abgeordnete Biggi Bender.

Therapeutische Optionen?

Alarmiert durch die Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung, die insbesondere vor der Entwicklung weiterer vorgeburtlicher Gentests im Rahmen von MRNET warnt, haben die Grünen Mitte August eine ausführliche »Kleine Anfrage« an die Bundesregierung gestellt. Forschungsministerin Annette Schavan (CDU) soll erklären, ob und welche therapeutischen Behandlungsoptionen sich ihr Haus vom MRNET verspricht. Auch soll sie darlegen, ob das BMBF erwarte, »dass aus diesem Forschungsprojekt prognostische Schlussfolgerungen (z.B. Gentests) abgeleitet werden«.

Bender und ihre Fraktion wollen außerdem wissen, ob der Förderantrag der beteiligten Humangenetikinstitute »eine Kostensenkung im Gesundheitswesen« verheiße und was Schavan davon halte. Anlass zur Nachfrage bietet die Selbstdarstellung des MRNET: »Mentale Retardierung«, erklärt die Website des Forschernetzwerkes, »betrifft etwa zwei Prozent der Bevölkerung und ist der bedeutendste einzelne Kostenfaktor im Gesundheitswesen.« Die Antworten der Ministerin standen bei Redaktionsschluss dieser *BIOSKOP*-Ausgabe noch aus, sie sollen aber noch in diesem September vorgelegt werden.

Internationale Konferenz

Gespannt darauf sind sicherlich auch die MRNET-ForscherInnen, deren erste, vier Millionen Euro umfassende BMBF-Förderung am 31. März 2011 abläuft. Netzwerk-Koordinator André Reis *(Siehe Randbemerkung),* der auch Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik (GfH) ist, hat im Juni einen neuen Förderantrag für weitere zwei Jahre beim Forschungsministerium eingereicht. Vom 29. September bis 1. Oktober laden die NetzwerkerInnen zur »Internationalen Konferenz zur Genetik und Neurobiologie mentaler Retardierung« nach Erlangen ein, Mitveranstalterin ist die Leopoldina, also die Nationale Akademie der Wissenschaften. Als Sponsoren der Veranstaltung werden neben dem BMBF auch einige DNA-Chip-Firmen genannt.

Nicht zum konkreten Fall MRNET, aber allgemein zum geltenden Recht hat sich Schavan Mitte Juli im Internetportal *abgeordetenwatch.de* wie folgt positioniert: »Dient die Forschung nur Interessen Dritter«, erläuterte die Ministerin einem interessierten Bürger, »ist eine Einwilligung von Sorgeberechtigten in diese Forschung nach deutscher Rechtslage grundsätzlich nicht möglich.«

Klaus-Peter Görlitzer

Kein Verständnis

MRNET-Koordinator André Reis kann die Kritik an seinem Forschungsverbund nicht verstehen. Auf journalistische Nachfrage betonte der Erlanger Humangenetikprofessor, neun Ethikkommissionen an allen beteiligten Studienstandorten hätten das Forschungsprojekt zur »Aufklärung genetischer Ursachen der psychomotorischen Entwicklungsstörung« vorab »begutachtet und für unbedenklich beurteilt«. Selbsthilfegruppen seien nach Darstellung von Reis nicht informiert worden, »da uns keine bekannt war, die sich für Ursachenforschung bei geistig Behinderten interessiert«. Dass Betroffene »unser Forschungsprojekt und unsere Ziele unterstützen«, belege aber die Tatsache, dass Eltern von »über 2.100 Patienten« in die Studienteilnahme schriftlich eingewilligt hätten.
Reis räumt ein, dass für die TeilnehmerInnen dieser Studie kein persönlicher therapeutischer Nutzen zu erwarten sei. Es bestehe aber die Hoffnung, dass man perspektivisch Formen geistiger Behinderung »wird lindern oder vielleicht sogar heilen können« – die Grundlagen solle die Erforschung genetischer Ursachen legen. Ob und wann therapeutische Optionen Realität werden, lasse sich seriös nicht vorhersagen; Patentanmeldungen, etwa auf neue Testverfahren, gibt es aus dem MRNET laut Professor Reis bisher nicht.

Zweckbindung für die Nutzung von Biobankmaterialien und -daten zulassen als im geltenden Datenschutzrecht vorgesehen.«

In Universitätskliniken lagern zig Millionen Proben von Körpersubstanzen, die bereits gesammelt wurden, als über gesetzlichen Regeln für Biobanken noch gar nicht diskutiert wurde. Diese so genannten »Altproben«, entnommen in der Regel für diagnostische Zwecke und gelagert ohne ausdrückliche Einwilligung der Betroffenen, will der Ethikrat offensichtlich nicht antasten. In einer Fußnote seiner langen Stellungnahme verweist er auf »Übergangslösungen«, die der Nationale Ethikrat (NER), also das Vorgängergremium des DER, 2004 befürwortet hatte. Darin heißt es: »Die Sammlungen wären für die Forschung verloren, wenn man sie rückwirkend nach heutigen Kriterien beurteilen und für ihre Nutzung eine wirksame Einwilligung und Aufklärung fordern würde.«

Leben Hirntote noch?

Neue Erkenntnisse reanimieren eine für tot gehaltene Debatte

Martina Keller (Hamburg), Journalistin

Als Christiaan Barnard 1967 in Kapstadt erstmals das Herz einer hirntoten Frau verpflanzte, verhalf er einem neuen Todeskriterium zum Durchbruch: Bereits im Jahr darauf definierte eine Kommission der Harvard Medical School den Hirntod als den Tod des Menschen. Seither setzte sich der neue Standard weltweit durch. Manche Länder wie die USA verankerten ihn sogar per Gesetz. Neuere Studien zu Hirntoten sowie Fortschritte in der bildgebenden Diagnostik haben Zweifel an Todeskonzept und Diagnostik wieder wach gerufen.

Eine Antwort auf die Frage, ob der Hirntod als Tod des Menschen zu begreifen sei, hat der Gesetzgeber in Deutschland vermieden. Im Transplantationsgesetz von 1997 heißt es lediglich, nur Toten dürften lebenswichtige Organe entnommen werden. Die Entnahme sei zudem unzulässig, wenn nicht zuvor der endgültige Ausfall des gesamten Gehirns festgestellt worden sei. Die Bundesärztekammer (BÄK) hingegen bezieht in ihren Richtlinien zur Transplantation eindeutig Position: »Mit dem Hirntod ist naturwissenschaftlich-medizinisch der Tod des Menschen festgestellt«, heißt es dort.

In Deutschland wie in anderen Staaten argumentieren Befürworter dieser Todesdefinition mit der herausragenden Bedeutung des Gehirns: Wenn es zerstört sei, falle die Steuerungszentrale für sämtliche Körperfunktionen aus. Zudem brächen nach Absterben des Gehirns in kurzer Zeit auch alle anderen Körperfunktionen zusammen. Diese Annahmen sind allerdings mittlerweile so stark erschüttert, dass der US-amerikanische Bioethikrat sich Ende 2008 zu einer Stellungnahme gezwungen sah. In seinem Report *Controversies in the Determination of Death* verwirft er die bisherigen physiologischen Begründungen für den Hirntod.

Der Rat zitiert eine Studie des Neurologen Alan Shewmon aus dem Jahr 2001, die vielfältige Beispiele dafür anführt, dass Hirntote durchaus noch über komplexe Steuerungsfunktionen verfügen: Ihr angeblich toter Körper ist in der Lage, seine Temperatur, den Blutfluss und Hormonhaushalt selbstständig zu regulieren, Hirntote verdauen und scheiden aus, ihr Immunsystem kann mit einer Abwehrreaktion auf Infektionen oder Verletzungen antworten. Auf Schmerzreize reagiert ihr Körper mit Blutdruckanstieg. Hirntote Kinder können sexuell reifen. Im Leib von hirntoten Schwangeren können Föten heranwachsen.

Shewmon folgert aus seinen Beobachtungen, dass das Gehirn eben nicht als Integrationszentrale für alle menschlichen Körperfunktionen wirkt. Integrationskraft könne keinem einzelnen Körperteil zugeschrieben werden, sondern sie sei ein Zusammenspiel des gesamten Organismus.

Das zweite Hauptargument der Befürworter, wonach innerhalb kurzer Frist nach dem Hirntod der gesamte Organismus zusammenbreche, lässt sich systematisch nicht untersuchen, weil den Betroffenen entweder Organe entnommen werden oder sie nach Abstellen der Beatmung sterben. Man weiß allerdings von hirntoten Schwangeren, in deren Leib ein Fötus weiterwachsen soll, dass der vermeintlich tote Organismus Monate lang am Leben gehalten werden kann, wenn er intensivmedizinisch versorgt wird. In einer vom US-Bioethikrat zitierten Veröffentlichung werden elf solcher Fälle bis 2003 dokumentiert.

> Der nahe liegende Schluss wäre, dass die bisherige Praxis der Organentnahme bei Hirntoten verboten werden müsste.

Der Düsseldorfer Philosoph Dieter Birnbacher, der noch 1993 den vollständigen und endgültigen Ausfall der Hirntätigkeit als »Todeszeichen des Menschen« gewertet hatte, folgert aus solchen Befunden: »Bei der Explantation von Organen von Hirntoten werden einem lebenden Organismus Organe entnommen.« Der nahe liegende Schluss wäre, dass die bisherige Praxis der Organentnahme bei Hirntoten verboten werden müsste, weil sie gegen das Tötungsverbot verstößt. Doch Birnbacher, Mitglied der Ständigen Kommission Organtransplantation der BÄK, argumentiert anders; er fordert, die sogenannte »dead donor rule« aufzugeben. Nach dieser Regel dürfen lebenswichtige Organe nur Toten entnommen werden, sie zählt zu den wichtigsten Prinzipien der Transplantationsmedizin.

Birnbachers Forderung bedeutet einen Tabubruch, doch der BÄK-Berater steht damit nicht allein. Auch der US-amerikanische Medizinethiker und Anästhesist Robert Truog plädiert dafür, unter bestimmten Umständen Organe von noch lebenden Spendern zu entnehmen. Laut Truog würde es einen hohen Aufwand an Selbsttäuschung erfordern, den Hirntod weiterhin als biologischen Tod des Menschen zu bezeichnen. ›

»Strukturelles Problem«

»Revival der Hirntod-Debatte: Funktionelle Bildgebung für die Hirntod-Diagnostik« lautet der Titel eines lesenswerten Aufsatzes, den Sabine Müller für die Zeitschrift *Ethik in der Medizin (Ausgabe Nr. 1/März 2010, Seiten 5-17)* geschrieben hat. In einer Fußnote geht die Berliner Medizinethikerin auf Ursachen des so genannten »Organmangels« ein: »Die Kluft zwischen Organnachfrage und -angebot ist ein strukturelles Problem. Erstens steigt die Nachfrage nach Organen mit dem zunehmenden Durchschnittsalter sowie mit der Zunahme von Organversagen in Folge von Übergewicht, Medikamenten- und Drogenmissbauch. Zweitens sind hohes Alter und schwere systemische Erkrankungen seltener als früher Ausschlusskriterien für eine Transplantation. Drittens wird eine Transplantation umso eher zur Therapie der Wahl, je mehr Transplantationen gelingen. Und viertens steigt mit der Zahl der Transplantationen die Zahl der Retransplantationen. Während die Nachfrage nach Organen steigt, sinkt das Angebot mit jeder Verbesserung der Verkehrssicherheit (Geschwindigkeitsbegrenzungen, Anschnallpflicht, Airbags) und der Therapie von Hirntraumata.«

Politisierte Organspende

Wenn ein Oppositionsführer wochenlang ausfällt, hat das Nachrichtenwert. Die Privatangelegenheit von Frank-Walter Steinmeier (SPD), der seit Ende August im Bundestag fehlt, weil er seiner erkrankten Ehefrau eine Niere »gespendet« hat, ist jedoch öffentlich instrumentalisiert worden.

An der Kampagne beteiligen sich Journalisten, Politiker, Transplantationslobbyisten. Die Bundesärztekammer (BÄK) erfindet gar eine neue Todesursache: »Jeden Tag sterben drei Patienten, *weil* nicht rechtzeitig ein passendes Organ zur Verfügung steht.« Im Verein mit Sabine Leutheusser-Schnarrenberger (FDP) und Karl Lauterbach (SPD) fordert BÄK-Präsident Jörg-Dietrich Hoppe, das Transplantationsgesetz zu ändern und die »Widerspruchslösung« einzuführen. Käme es so weit, würde jede/r im Fall des »Hirntods« als potenzieller Organspender gelten, es sei denn, er oder sie hat dies zu Lebzeiten ausdrücklich ausgeschlossen.

Was fast alle ausblenden, sind Erfahrungen, wie sie die Initiative »Kritische Aufklärung über Organtransplantation« *(www.initiative-kao.de)* berichtet. Hier engagieren sich Eltern, die ihre verunglückten Kinder »zur Organspende freigegeben haben, ohne die Hintergründe zu diesem Zeitpunkt genau genug zu kennen«. Schon die bestehende Rechtslage gehe zu weit, kritisiert KAO: »Bei der jetzt geltenden ›Erweiterten Zustimmungslösung‹ werden die Angehörigen im Schockzustand zu einer stellvertretenden Entscheidung genötigt, die sie nicht rückgängig machen können.« *Klaus-Peter Görlitzer*

Er nennt auch den Grund dafür, warum viele Anhänger des Hirntodkonzepts trotz schwindender naturwissenschaftlicher Evidenz hartnäckig an dieser Sichtweise festhalten: Der Transplantationsmedizin würde sonst die Basis entzogen. Eine Konsequenz, die laut dem Potsdamer Medizinethiker Ralf Stöcker selbst viele Kritiker des Hirntodkonzepts nicht wünschen.

Der amerikanische Bioethikrat hält am Hirntodkonzept fest, indem er Merkmale von lebenden Organismen so definiert, dass Hirntote sie nicht aufweisen. Dies bewertet die Berliner Medizinethikerin Sabine Müller als Versuch, »den Tod so zu definieren, dass er den Interessen der Transplantationsmedizin dient«. Mit seiner Argumentation verstoße der Rat zudem gegen ein wichtiges wissenschaftliches Prinzip: »Obwohl die empirische Hypothese, mit der bisher die These ›Hirntod = Tod‹ begründet wurde, falsifiziert *[widerlegt; Anm. der Redaktion]* worden ist, wird diese These nicht aufgegeben, sondern eine neue Begründung eingeführt – die statt auf einer falsifizierbaren empirischen Hypothese auf einer naturphilosophischen Setzung basiert.«

Auch von anderer Seite gerät das Hirntodkonzept unter Druck. Neuere bildgebende Verfahren wie die funktionelle Magnetresonanztomographie (fMRT) und die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) können Hirnaktivität sensibler und zuverlässiger feststellen als die derzeit in der klinischen Hirntoddiagnostik eingesetzten Verfahren. Die wenigen Studien an Patienten mit schweren Störungen des Bewusstseins zeigen, dass das Wissen um isolierte Hirnaktivität und ihre Bedeutung noch sehr begrenzt ist. So zeigte eine Studie an Patienten im minimalen Bewusstseinszustand, dass deren Antworten in der Großhirnrinde auf Sprache oder Berührung sich kaum von denen gesunder Kontrollpersonen unterschieden.

Der amerikanische Neuropsychologe Joseph Giacino vermutet, dass bei manchen Wachkomapatienten bestimmte Areale in der Großhirnrinde noch funktionsfähig sind und auf Schmerzreize und Sprache reagieren, wobei diese Reaktionen nicht auf höherer Ebene integriert und somit nicht bewusst werden. Die Reaktionen könnten nur mit Hilfe funktioneller Bildgebung sichtbar gemacht werden.

Vor dem Hintergrund solcher Erkenntnisse warnt Sabine Müller in ihrem Aufsatz »Revival der Hirntod-Debatte« in der Zeitschrift *Ethik in der Medizin (Siehe Randbemerkung auf Seite 12)* vor möglichen Fehlern bei der Hirntoddiagnostik. Wie oft fälschlich der Hirntod eines überlebensfähigen Patienten bescheinigt werde, sei völlig unbekannt, da derartige Fehldiagnosen nur in den seltensten Fällen bemerkt würden. Wenn man schon am Hirntod als Voraussetzung der Organentnahme festhalte, müsse zumindest die Diagnostik verbessert werden. In Deutschland sind bildgebende Verfahren bei der Hirntoddiagnostik bislang nicht vorgeschrieben.

> In Deutschland sind bildgebende Verfahren bei der Hirntoddiagnostik bislang nicht vorgeschrieben.

Laut Müller müsste die zerebrale Angiographie, also eine Darstellung der Gefäße im Gehirn, zum Standard werden, in Zweifelsfällen sollten auch andere Verfahren wie fMRT oder PET hinzugezogen werden. Die Medizinethikerin vermutet allerdings, dass diese Forderung auf Widerstand stoßen wird. Nicht nur weil die verbesserte Diagnostik teurer würde, sondern auch weil sie die Zahl der Spenderorgane vermindern dürfte – um, so Müller, »schätzungsweise rund zehn Prozent«.

Selbstbestimmung nach Bedarf

»Biopolitik« nennt der Hamburger Rechtsanwalt und Publizist Oliver Tolmein seinen Blog, der auf der Website der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung (http://faz-community.faz.net/)* zu lesen ist. Veranlasst durch den Medienwirbel um die Nierenoperationen der Eheleute Steinmeier, fragte Blogger Tolmein am 30. August kritisch: »Organe spenden – zukünftig Gemeinschaftspflicht auf Widerruf?« Sein Beitrag weist auf bemerkenswerte Widersprüche hin; Jurist Tolmein schreibt: »Während im Diskurs um Patientenverfügungen über Jahre das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen als Höchstwert behandelt wurde (auch gegen jede Nachfrage, ob bestimmte Entscheidungen wirklich einem Selbstbestimmungsrecht entspringen), führt die nach Auffassung von Transplantationspromotern zu wenig verbreitete Bereitschaft, einen Spenderausweis mit sich zu führen, zur Forderung nach einem neuen Gesetz, das das Selbstbestimmungsrecht wirkungsvoll aushebeln soll: Die Bereitschaft zur Organspende soll dabei de facto (wenn auch nicht mit diesen Worten) als allgemeine Pflicht begründet werden, der man nur durch einen ausdrücklichen Widerspruch entkommen kann. Zugespitzt ließe sich formulieren: Selbstbestimmung erscheint nur solange opportun, wie die Ergebnisse stimmen – wer auf lange und kostspielige Pflege verzichten und lieber sterben will, darf sich und sein Schicksal selbst bestimmen, wer sich nicht engagiert zur Organspende bereit findet, hat das Selbstbestimmungsrecht erstmal verwirkt.«

Etappenziel der Euthanasiebefürworter

Beihilfe zum Suizid auf der Agenda der Bundesärztekammer

Michael Wunder (Hamburg), Dipl.-Psychologe, Leiter des Beratungszentrums der Ev. Stiftung Alsterdorf, Mitglied des Deutschen Ethikrates

Experten diskutieren seit Jahren, ob ärztliche Beihilfe zum Suizid nicht nur in bestimmten Fällen ethisch gerechtfertigt, sondern sogar »angemessen« sei. So zum Beispiel die Rechtswissenschaftler Heinz Schöch und Torsten Verrel auf dem Deutschen Juristentag 2006 und jüngst der Unfallarzt Michael de Ridder im *Spiegel*-Interview »Was ist so schlimm am Sterben?« vom 22. März 2010. Gefordert wird die Kehrtwendung im ärztlichen Berufsrecht – vom faktischen Verbot hin zu einer Empfehlung.

Ganz in diesem Tenor forderte dann auch der Medizinrechtler Jochen Taupitz, dass die Ärzte die Aufgabe der Suizidbeihilfe zugewiesen bekommen sollten. Dieser Berufsstand sei auf das Leben ausgerichtet und aufgerufen, Menschen in einer schwierigen Situation beizustehen – auch, wenn sie aus dem Leben scheiden wollen. Zudem sei es der einzige Berufsstand, der ausreichend Fachkunde über entsprechende Arzneien besitze.

Veranlasst durch solche Stimmen sowie Medienberichte, dass viele Mediziner einer Suizidbeihilferegelung zustimmen würden, gab die Bundesärztekammer (BÄK) bei Allensbach eine Umfrage in Auftrag. Die wichtigsten Ergebnisse: 61 % der befragten Ärzte lehnten eine Unterstützung beim Suizid in jedem Fall ab, 37 % aber erklärten unter bestimmten Bedingungen ihre Bereitschaft. Eine Regelung der ärztlich begleiteten Selbsttötung wurde von 62 % der befragten Ärzte abgelehnt, 30 % sprachen sich dafür aus, 8 % waren unentschieden.

Die Anerkennung der ärztlichen Suizidbeihilfe wird trotz dieser Zahlen von den Präsidenten der BÄK, Jörg-Dietrich Hoppe und Frank Ulrich Montgomery, als unvereinbar mit dem ärztlichen Selbstverständnis abgelehnt. Man kann beiden nur zustimmen. Zu fragen bleibt aber: Wird diese Haltung stabil bleiben?

Eine reine Gewissensentscheidung?

» ›Ich kann mir für unser Berufsrecht eine Formulierung vorstellen, die zum Ausdruck bringt, dass es nicht zur Aufgabe des Arztes gehört, Menschen beim Suizid zu helfen. Wenn der Arzt als Mensch dies aber mit seinem Gewissen vereinbaren kann, dann darf er dies tun‹, sagte der Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, unserer Zeitung.«

aus dem Bericht »Sterbehilfe: Ärzte wollen Berufsrecht liberalisieren«, der am 18. August 2010 in der Tageszeitung *Rheinische Post (RP)* erschien. Als Autorin zeichnete *RP*-Sozialpolitikkorrespondentin Eva Quadbeck.

Assistenz und Verantwortung

Befürworter der Suizidbeihilfe argumentieren oft, dass das Berufsrecht nicht etwas sanktionieren könne, was das Strafrecht zulasse. Der rechtliche Grundsatz, wenn die Tat straffrei ist, kann die Beihilfe dazu nicht strafbar sein, sei juristisch eine klare Linie. Wenn die Tatherrschaft beim Suizidenten liegt, dann erbringt der Assistent juristisch nur eine straffreie, tatermöglichende Unterstützungsleistung. Die berufsrechtliche Missbilligung ärztlicher Suizidbeihilfe stützt sich aber mit gutem Grund auf die nachträgliche Rettungsverpflichtung der Garanten nach Paragraph 13 des Strafgesetzbuches.

Ethisch beginnen bei einer Aushebelung dieser Vorschrift die Probleme des ärztlichen – oder auch pflegerischen – Assistenten. Er hat aufgrund seines Fachwissens und seiner Rolle eine persönliche Verantwortung. Er ist kein reiner Serviceerbringer. Er kann zwar den abstrakten Standpunkt beanspruchen, nur die freie Entscheidung des Suizidenten zu ermöglichen, er nimmt dabei aber stets eine Bewertung vor. Auch Schöch und Verrel sprechen von unverzichtbaren Bewertungskriterien, nämlich der »Freiverantwortlichkeit« und der »Ernsthaftigkeit«. Sie belegen damit unfreiwillig das Ende der reinen Assistenz, weil der Assistent diese Kriterien einschätzen muss und dabei auch die Risiken der Fehlbeurteilung auf sich nimmt.

Der Assistent muss aber meist noch ein ganzes Stück weitergehen: Er übernimmt auch Verantwortung für den Rahmen, er konstruiert die Situation, er übersieht dabei möglicherweise etwas, zum Beispiel, dass nicht alle Alternativen ausreichend beachtet wurden. Was ist reine Beihilfe, was eigene Verantwortung und was aktives Hinzutun? Kann der Arzt oder Pflegende den Heilauftrag und den unbedingten Auftrag der Lebenserhaltung mit dem gleichzeitigen Auftrag, unter bestimmten Bedingungen den Tod zu ermöglichen, ohne bleibende Mentalitätsveränderung kombinieren?

Freigabe als Ende der Debatte?

Berichte von Aussteigern aus der Schweizer Organisation Dignitas legen ein beredtes Zeugnis der Gewissenskonflikte der Helfer ab, auch darüber, dass die Praxis prägend ist und Suizidanwärter oft nicht ergebnisoffen beraten werden.

Die SAMW, die Schweizer Akademie der medizinischen Wissenschaften, hatte 2003 aufgrund des Drucks der öffentlichen Debatte ihre Ächtung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid aufgegeben und für die beteiligten Mediziner die Mindestkriterien der Todesnähe, der Urteilsfähigkeit des Patienten und der Erörterung der Alternativen eingeführt. Was als Ruhe bringendes Zugeständnis gedacht war, entpuppte sich aber nur als der Anfang einer Entwicklung. Die Reaktion der sogenannten Laienorganisationen Exit und Dignitas ließ nicht lange auf sich warten: Die Regelung widerspreche dem Autonomieanspruch der Betroffenen und sei eine unzulässige Freiheitseingrenzung.

Gegen den daraufhin erhobenen Vorwurf der Willkür und der reinen Bedienungsmentalität versuchen sich Exit und Dignitas seither durch eine Art Motivklärung der Suizidenten zu schützen. Sie erkennen aber offensichtlich neben schwerer Erkrankung und körperlichen Leiden auch Sinnverlusterleben, Angst vor Abhängigkeit, Einbuße von Selbstwertgefühl und unwürdige soziale Situationen als ausreichend an.

2005 hat die Nationale Ethikkommission Sorgfaltskriterien vorgelegt, die bislang allerdings nur Empfehlungscharakter haben:

- Urteilsfähigkeit des Betroffenen
- Krankheitsbedingtes schweres Leiden (einschließlich der Folgen von Unfall oder Behinderung)
- Ausschluss psychischer Erkrankung
- Freiheit von äußerem Druck
- Prüfung und Erörterung aller Alternativen
- Mehrfachkontakte vor der Assistenzerbringung
- Ärztliche Zweitmeinung
- Dokumentation

Diese Mischung aus Indikationseinschränkung und qualitätssichernder Durchführungsbestimmungen, bei der ins Auge fällt, dass Aussagen zu Minderjährigen und zu Menschen mit Demenz bislang fehlen, rückt das Schweizer Modell in die Nähe der niederländischen Lösung.

Wie in der Debatte um Legalisierung der Euthanasie stellen sich Fragen: Kann ein solcher Katalog eine stabile Grenze gegen Ausweitungen darstellen? Wo überhaupt sollen die Grenzen sein? Was wäre mit dem chronisch Depressiven, der erkennbar ernsthaft um die Suizidbeihilfe bittet? Was wäre mit dem Suchtkranken? Was wäre mit dem Demenzerkrankten, der in der ersten Phase seiner Erkrankung angesichts seiner Perspektive um Suizidbeihilfe bittet?

Begrenzung auf Fallgruppen?

Depression, Sucht und Demenz sind anerkannte Krankheiten. Wäre nicht absehbar, dass die Begrenzung auf bestimmte Fallgruppen nach und nach aufgegeben würde? Interessant in diesem Zusammenhang: Exit hat an diesem Kriterienkatalog insbesondere die Einschränkung auf schwere krankheitsbedingte Leiden kritisiert. Man wolle eben nicht nur Sterbehilfe praktizieren, sondern Freitodhilfe.

Ein Ende der Debatte ist nicht abzusehen, ebensowenig die praktischen Ausweitungen. So hat eine Untersuchung von Georg Bosshard und anderen zumindest für den Grossraum Zürich ergeben, dass der Anteil der nicht tödlich Erkrankten an den assistierten Suizidfällen von 2001 bis 2004 auf 34 % gestiegen ist. Zu fragen ist demnach auch, ob und wie eine Erleichterung der Suizidbeihilfe und eine damit verbundene »Normalisierung« labile oder insbesondere alte Personen beeinflusst.

Fließende Übergänge

Die Übergänge von der Suizidassistenz zur aktiven Sterbehilfe sind fließend. Das zeigen Fälle, in denen nach plötzlich eintretender Angst die Medikamente unvollständig eingenommen werden oder Präparate aufgrund von Fehldosierung oder unberücksichtigter körperlicher Besonderheiten nicht ausreichend wirken. Hilft der Suizidassistent nach, handelt er eindeutig im Bereich der aktiven Sterbehilfe. Aus dem Assistenten wird der Aktivist. Aktiviert er den Rettungseinsatz, handelt er sicher nicht im Interesse des Betroffenen und produziert außerdem neue, schwierige ethische Fragestellungen, sofern der Patient beispielsweise mit starken Schädigungen überleben sollte.

Wie soll der Suizidassistent sich in solchen Fällen verhalten? Wie soll bei gelähmten Menschen vorgegangen werden? Ist ein am Ellenbogen unterstützter Arm noch in der Tatherrschaft des Patienten, oder ist dies bereits eine aktive Tötungshandlung des Unterstützers? Und wie soll der Assistent reagieren, wenn der Betroffene um mehr bittet, weil er den allerletzten Schritt nicht alleine schafft?

Öffentliche Dynamik

Die Problematik der aktuellen Diskussion besteht in der öffentlichen Dynamik. Schöch und Verrel, Kusch, Taupitz, de Ridder – die Vorstöße mehren sich. Die Euthanasiebefürworter treiben die Politik vor sich her. Der erste Fall eines Outings »Ich habe Suizidbeihilfe geleistet« wird eine Lawine auslösen. Weil die Befürworter dies wissen, werden sie es darauf anlegen. Die veröffentlichte Meinung wird vermutlich in Richtung Liberalisierung gehen. Und die Euthanasie befürwortenden Gruppierungen wie die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben und Humanistischer Verband werden die Diskussion um die Suizidbeihilfe weiterhin als Sprungbrett für ihr Kernziel nutzen: die Legalisierung aktiver Sterbehilfe.

Eine erwägenswerte Handlungsalternative der Ärztekammern wäre, ihre bisherige Praxis, die Approbationen nach vollzogener Suizidassistenz nicht abzuerkennen, noch einmal deutlich zu betonen. Sie kämen damit den Effekten eines Outings zuvor. Missbilligt – aber sanktionsfrei, wäre damit die Leitlinie, die den Gefahren der Ausweitungen und des Mentalitätswechsels entgegenträte, den Druck aber vom einzelnen Arzt nehmen würde, der ja durchaus in eine Situation kommen kann, die im Grunde nicht regulierbar ist.

Kontroverse im Deutschen Ethikrat

Der Deutsche Ethikrat hat den Auftrag, die öffentliche Diskussion zu fördern und den Gesetzgeber zu beraten. Im Februar 2010 bildete er eine Arbeitsgruppe, die eine Stellungnahme zum Thema »Selbstbestimmung und Demenz« schreiben soll. Während der Ethikrat-Sitzung am 24. Juni wurden auch Meinungsverschiedenheiten deutlich – insbesondere zwischen AG-Sprecher Michael Wunder *(Siehe Seite 14)* und Juraprofessor Jochen Taupitz, der zudem Mitglied der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer ist. Der *Infobrief Nr. 5* des Ethikrats, veröffentlicht im Juli 2010, zeichnet die Debatte nach, die auch auf Menschen mit fortgeschrittener Demenz (sog. Phase 2) einging. Wir dokumentieren einen Auszug:
»Jochen Taupitz warf die Frage auf, ob die Haltung einer Person der Demenzphase 2 zur Selbsttötung oder zur Beihilfe zur Selbsttötung ebenso einzustufen sei wie die Entscheidung einer voll selbstverantwortlich handelnden Person. In seiner Replik plädierte Michael Wunder zwar grundsätzlich für die rechtliche Gleichbehandlung; im Gegensatz zu seinem Kollegen Taupitz sei er jedoch der Auffassung, dass aus der prinzipiellen Straflosigkeit weder auf eine allgemeine Legitimität der Suizidbeihilfe noch darauf geschlossen werden dürfe, dass Beihilfe zum Suizid Ärzten oder Pflegenden berufsrechtlich erlaubt sei.«

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

Vorschau

Themen im Dezember 2010

- Schwerpunkt
  Demographie & Ökonomie
- Pränataldiagnostik
  Recht auf Nichtwissen?
- Patientenverdatung
  Was die Krankenkassen wissen

Veranstaltungstipps

Di. 28. Sept., 19.00 Uhr
Dresden (Deutsches Hygiene-Museum, Lingnerplatz 1)

- »Was bin ich wert?«
  Lesung

Mit dieser Frage im Gepäck, reiste der Journalist Jörn Klare ins Reich der »Menschenwert-Berechner«. Besucht hat er Behörden, PolitikerInnen, PhilosophInnen, ÄrztInnen, GesundheitsökonomInnen. Deren Antworten schildert Klare in seinem spannenden Buch *(Siehe Seite 7)*, sein Fazit: »Die Würde des Menschen ist antastbar – zumindest, wenn es sich ›lohnt‹«. Einblicke gibt Klare bei seiner Lesung im Hygiene-Museum.

Mi. 6. Okt., 14.30 Uhr – Fr. 8. Okt. 12.30 Uhr
Rehburg-Loccum (Ev. Akademie, Münchehäger Str. 6)

- Sind Sie gut genug?
  Tagung

Coaching, Pillen, Schönheitsoperationen – zunehmend lassen sich Menschen dopen, um in der herrschenden Leistungsgesellschaft mithalten zu können. Die Tagung der evangelischen Akademie fragt: »Welchen Druck übt die Gesellschaft auf das Individuum aus, sich stetig zu verbessern?« Zur Sprache kommen auch Optimierungsträume von ÄrztInnen und GehirnforscherInnen. Fachleute aus Theologie, Philosophie, Pädagogik, Personalentwicklung und Medizin referieren, Zeit für Diskussionen gibt es auch.
Infos und Anmeldung: Telefon (05766) 810

Sa. 9. Okt., 14.30 – 22.00 Uhr
Gelsenkirchen (Wissenschaftspark, Munscheidstr. 14)

- 25 Jahre OMEGA
  Jubiläumsfeier

»Leben mit dem Sterben« – ihren Anspruch praktiziert die Hospizvereinigung OMEGA. Seit 1985 engagieren sich hier viele Ehrenamtliche, sie begleiten schwerkranke, sterbende und trauernde Menschen. Und OMEGA mischt sich auch politisch ein, etwa mit kritischen Positionen zu Patientenverfügungen. Ein Beispiel ist das Faltblatt »Hilfreiche oder gefahrvolle Vorsorge?«, das OMEGA und BioSkop 2009 gemeinsam erstellt haben. Am 9. Oktober wird 30-jähriges Vereinsbestehen gefeiert – mit Musik, Lesung und Vorträgen.
Infos und Anmeldung: Telefon (0209) 9132822

Sa. 6. Nov., 9.30 Uhr – Fr. 7. Nov. 14.00 Uhr
Berlin (Hotel Christophorus, Schönwalder Allee 26/3)

- Frauengesundheit: Zwischen Konkurrenz und Solidarität
  Tagung

»Das Thema beinhaltet viel Zündstoff«, schreiben die Organisatorinnen der Jahrestagung des Arbeitskreises Frauengesundheit (AKF). Sie laden dazu ein, »die Gestaltung Ihrer Arbeitsbedingungen im Sinne der Frauen und PatientInnen mit zu beeinflussen«. Für Anregungen sollen diverse Referentinnen sorgen, darunter BioSkoplerin Erika Feyerabend. Ihr Thema: »Hilft Ethik, den allgegenwärtigen Wettbewerb zu bändigen?«
Infos und Anmeldung im AKF-Büro, Telefon (030) 86393316

Di. 16. Nov., 10 Uhr – Do. 18. Nov., 18 Uhr
Darmstadt (Goldener Löwe, Frankfurter Landstr. 153)

- Tradition, Inspiration, Innovation
  Tagung

Die Psychiatrie-Tagung, veranstaltet von SHK Lichtblick und Insel e.V., will »Gleichgesinnten Raum geben, den einen oder anderen Drahtseilakt miteinander zu wagen, ohne dabei Gefahr zu laufen abzustürzen«. Selbsthilfeaktivistin Jenny Oeser beleuchtet den »Sinn des Eigensinns«. Prof. Klaus Dörner analysiert die »Inklusionsfeindlichkeit der Profihelfer«, und Prof. Rolf Hirsch informiert über »Demenz und Humor«.
Infos und Anmeldung bei SHK Lichtblick, Telefon (06150) 134440

Mi. 24. Nov., 10.30 - 17.30 Uhr
Hamburg (Handwerkskammer, Holstenwall 12)

- Demenz – Ende der Selbstbestimmung?
  Forum

Zum aktuellen »Arbeitsprogramm« des Deutschen Ethikrats (DER) gehört neben Biobanken *(Siehe Seite 10)* und »Ressourcenallokation« auch das Thema »Demenz«. Beim Forum in Hamburg soll erörtert werden, ob Demenz das »Ende der Selbstbestimmung« bedeutet. Die Veranstaltung, bestückt mit diversen ExpertInnen, ist öffentlich – eine kritische Beobachtung der Willensbildung im einflussreichen DER dürfte nicht schaden.
Infos und Anmeldung in der Geschäftsstelle des Ethikrats, Telefon (030) 20370242

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. 144 a · 45276 Essen