

BIOSKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

14. Jg. | Nr. 54 | Juni 2011

Schwerpunkt Euthanasie

- 8 Notwendige Klarstellung: Ärztetag gegen Beihilfe zur Selbsttötung
- 10 Bedenkliche Grundsätze zur Sterbebegleitung
- 11 Anordnungen in Altenheimen

Pharmasponsoring

- 3 Mosaiksteine für mehr Transparenz

Medikamente

- 4 Riskante Rezepte

Impfungen

- 6 Rechtsweg offen?
- 7 Kinderärzte und »Impfskeptiker« im Blick der Aufklärungszentrale

Ersatzteillager Mensch

- 14 Das Organe spendende Geschlecht?
- 15 ExpertInnen-Anhörung mit Hirntod?

Weitere Themen

- 12 »Persönlicher Arbeitsbogen« zur »künstlichen Ernährung im Alter«
- 13 »Wir brauchen mehr Pflegepersonal«
- 13 DNA-Datenbanken: »Langfristig auflösen«
- 13 Grundsätzlich wichtige Klage
- 16 Interessante Veranstaltungen
- 16 Lesetipps
- 16 Wunschzettel
- 16 **BIOSKOP** im September 2011

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) 431883 96 · Fax (040) 431883 97

E-Mail: redaktion@bioskop-forum.de

Beiträge in dieser Ausgabe:

Martina Keller, Mona Motakef.

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

Tiefes Unbehagen

Erika Feyerabend

Es ist schon ein paradoxes Hin und Her in der gesellschaftlichen Unterhaltung: Einerseits wird beklagt, dass soziale Bindungen schwächer werden. Echte Familien, verlässliche Arbeitsbiografien, souveräne staatliche Politik, gute Versorgungseinrichtungen in Krankheit und Alter, auch damit verbundene Werte – all das ist passé. So lautet die Erzählung, und sie bringt den Wunsch zum Ausdruck, in einer mobilisierten, sich ständig verändernden Welt noch verlässlich auf Gemeinschaften, auf staatlichen Schutz und institutionelle Hilfe zählen zu können.

Andererseits wird allerorten das autonome, das selbstbestimmte Individuum beschworen. Wo immer man hinschaut: Wir werden angerufen – und wollen das oft auch – im Namen der Wahlfreiheit und der Selbstermächtigung, das eigene Leben in allen möglichen Situationen stets selbst zu meistern. So lautet die andere Erzählung, und zum Ausdruck bringt sie das tiefe Unbehagen und Misstrauen gegenüber staatlicher Kontrolle, undurchschaubaren Institutionen und verblichenen Konventionen.

»Die Selbstbehauptung ist sowohl eine Norm, weil sie zwingend ist, als auch ein Wert, weil sie wünschenswert ist«, schreibt der französische Soziologe Alain Ehrenberg in seiner Analyse über »Das Unbehagen in der Gesellschaft«. Autonomie ist zum Schlüsselbegriff geworden, sei es für das gesellschaftliche Zusammenleben, sei es für das »eroberungslustige« oder das »leidende Individuum«. Die Welt sortiert sich auf den ersten Anschein hin nicht mehr um die Frage: Was darf ich tun? Das gemeinschaftsstiftende Ideal lautet heute: Was kann ich tun?

Dieses höchstbewertete Ziel, die autonome Handlung, ist in den Alltag gerutscht, bildet gemeinsame Gewohnheiten, wird öffentlich wie privat gewürdigt und geachtet. Es schafft keinesfalls soziale Bindungen und Ordnungen ab, sondern stiftet sie neu. Das ist alles andere als unproblematisch. Das Versprechen, befreit zu sein von fremdbestimmten Kontrollen oder den Mauern von Anstalten, ist begleitet von Problemen, unfähig zu sein, dieser allgegenwärtigen Norm entsprechen zu können. Dann fühlen wir uns eher überfordert, unfähig und schuldig.

Bitte auf der nächsten Seite weiter lesen ▶

Fortsetzung von Seite 1 >

Literaturtipp

Alain Ehrenberg: **Das Unbehagen in der Gesellschaft.** Berlin (Suhrkamp) 2011, 531 Seiten, 29,90 Euro

Sie können BioSkop unterstützen!

Sie können bei BioSkop e.V. mitmachen oder unsere Arbeit **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. Die **ernste Finanzkrise**, die BioSkop getroffen hat, ist leider existentiell. Aber wir sind zuversichtlich, sie mit neuen Abos und Spenden meistern zu können. Fordern Sie einfach **Probehefte** für FreundInnen und Bekannte 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)

Tiefes Unbehagen

Der weniger hierarchisch anmutende Geist, der heute in Krankenhäusern, Altenheimen, Parlamenten oder Gerichten weht, hat machtvolle Ordnungen nicht abgeschafft. Die »informierte Zustimmung« des Patienten, die im Medizinbetrieb routinemäßig vorausgesetzt wird, befreit nicht von alten Autoritäten. Sie ist eine Form, die den üblichen Ablauf von medizinischen, juristischen und politischen Handlungen oder Sprechakten nicht weiter stört – gleichzeitig aber, ohne das Ideal der Selbstermächtigung zu verletzen.

Unter solchen Vorzeichen richtet sich das Unbehagen weniger an weiterhin fragwürdige institutionelle Ordnungen oder ungerechte Verteilung von Autorität und Reichtum. Die mögliche, eigene Unfähigkeit, angemessen sprechen, entscheiden, wissen und handeln zu können, wird zentral, inklusive der Verantwortung für die Folgen eines einmal eingeschlagenen Weges.

Beispiel Organspende: Die Bedingungen, unter denen hier »selbstbestimmte« Entscheidungen erwartet – perspektivisch auch erzwungen (Siehe Seite 15) – werden,

sind stark vorstrukturiert. »Das Sprechen über Organspende ist keine neutrale Praxis«, schreibt zutreffend die Soziologin Mona Motakef. Die Stiftung Organtransplantation, Apotheken und Krankenkassen werben mit Organspende-Tagen und verbreiten Informationspakete für Medien und LehrerInnen.

Das Unbehagen am fragwürdigen Hirntod-Konzept wird fast vollständig ausgeblendet und kompensiert über die Rhetorik vom angeblichen »Organmangel«, der nur eine Deutung zulässt: die informierte Zustimmung *pro* Organspende. Gänzlich unberücksichtigt bleibt im Pathos der propagierten »Freiwilligkeit«: Wir müssen uns bereits alle als »veräußerbare Subjekte« verstehen, die über ihren Körper verfügen können, sollen und möglichst wollen. Unhinterfragt bleibt auch, dass sich die Aufforderung zur Organspende als selbstlose »Gabe« in die traditionelle Rollenerwartung an Frauen einpasst (Seite 14).

Das Unbehagen an kontextloser »Selbstbestimmung«, eingedampft auf das bioethische Vertragswesen der »informierten Zustimmung«, zeigt sich auch bei der aktuellen Debatte um die Suizidbeihilfe für Kranke. Viele Medienschaffende haben das jüngst vom Ärztetag beschlossene berufsrechtliche Verbot kritisiert – als Unwillen (jeglicher und alternativloser) ärztlicher Hilfe gegenüber willensfähigen PatientInnen. Vernachlässigt werden dabei aber konkrete Hilfen, die bei überforderten Angehörigen und den Kranken den Lebenswillen wieder ankurbeln

können. Vernachlässigt wird auch, mit welchen Folgen im sozialen Gefüge zu rechnen wäre, wenn über die Berufsordnung ganz regulär ausgerechnet Heilbehandler und Sterbebegleiter zu legitimen Suizidhelfern würden (Seite 8).

Im Zeichen der autonomen Lebensplanung ist die Rolle des Arztes als Vollstrecker eines patientenseitig vorabverfügten Therapieabbruchs mit Todesfolge bereits kulturell und relativ konfliktbereinigt eingepasst. Standardisierte Fragebögen von Krankenkassen für Angehörige (Seite 12) und direkte Ansprache betagter HeimbewohnerInnen (Seite 11) intensivieren eine »Freiheit« zum Verzicht auf medizinische und pflegerische Leistungen, die indes dem »leidenden Individuum« allein aufgebürdet wird (Seite 10).

Problematische Behandlungsregime bei betagten Kranken, die mit Unmengen an Pharmaka behandelt werden – nicht immer zu ihrem gesundheitlichen Wohl und ihrer möglichst noch selbstbestimmten Alltagsbewältigung – erfahren weit weniger Aufmerksamkeit (Seite 4). Die Tatsache, dass medizinische Angebote und Pharmaindustrielle dominieren, passt nicht reibungslos ins Autonomiekonzept. Der Macht

der Gesundheitsindustrie unterliegen auch diverse PatientenvertreterInnen, selbst wenn sie sich gern der Rhetorik vom selbstbewusst gewordenen Patienten bedienen (Seite 3).

Staatliche Vorsorgepolitik ist allgegenwärtig. So werden Eltern aufgefordert, ihren Kindern die empfohlenen »Schutzimpfungen« verabreichen zu lassen. Doch was geschieht, wenn sich die permanent als »richtig« kommunizierte Entscheidung fürs Impfen als falsch erweisen sollte, ein Schaden auftritt und das eigene Kind plötzlich schwerstbehindert ist? Dann fühlen sich allein die Eltern schuldig und sind konfrontiert mit den »alten« Autoritäten in Arztpraxen und Gerichten, die womöglich unwillig sind, Verantwortlichkeiten aufzuklären (Seite 6)?

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat festgestellt, dass Eltern ganz allgemein für Impfungen sind, im konkreten Fall aber durchaus Vorbehalte haben und nicht gegen jede Krankheit impfen lassen (Seite 7). Individuelle Weigerungen gibt es, trotz Kampagnen aller Art. Sie werden aber selten sichtbar und eher als Verhalten mangelhaft Informierter dargestellt oder schlicht als vernachlässigte Bürgerpflicht.

Vonnöten ist ein Unbehagen, das zur politischen Kritik wird. Dazu gehört, die weiterhin wirksamen Logiken machtvoller Institutionen und Ökonomien unter die Lupe zu nehmen, die heute im Namen eines sehr abstrakten Ideals von Autonomie unser aller Leib und Leben regieren.

Die »informierte Zustimmung« des Patienten befreit nicht von alten Autoritäten im Medizinbetrieb.



Mosaiksteine für mehr Transparenz

Viele Listen und eine Datenbank zum Pharmsponsoring

Einmal im Jahr veröffentlichen die großen Pharmaunternehmen, welche PatientInnenorganisationen sie finanziell unterstützen. Der Informationsgehalt der Übersichten ist durchaus unterschiedlich. Und wie offenherzig sind die Geförderten?

Der Verband Forschender Arzneimittelhersteller (vfa) hat eine Kommunikationsgeschäftsführerin, am 11. April teilte sie Folgendes mit: »Beim Geld«, so Susan E. Knoll, »fängt die Transparenz an! Deshalb wollen wir es jedem Interessierten leicht machen, sich über finanzielle Ströme zwischen Industrie und Patientenorganisationen zu informieren.« Helfen soll eine neue Übersicht auf der vfa-Homepage (Siehe Randbemerkung): Aufgelistet sind dort 32 Pharmaunternehmen. Klickt man auf den Namen einer Firma, erscheinen auf dem Computerbildschirm Informationen über finanzielle Zuwendungen an PatientInnenorganisationen.

Ab 2009 hatten sich die forschenden Pharmafirmen in einem Kodex zu mehr Transparenz verpflichtet (Siehe BIOSKOP Nr. 46). Klar ist, dass die an Selbsthilfeorganisationen gezahlten Gelder einmal im Jahr, Stichtag 31. März, publik gemacht werden müssen. Aber der Kodex lässt offen, wie detailliert die »Unterrichtung der Öffentlichkeit« zu erfolgen hat.

So überrascht es nicht wirklich, dass die Angaben auf den firmeneigenen Internetseiten unterschiedlich informativ ausfallen. Von Pharmariesen wie Sanofi Aventis oder Takeda erfährt man lediglich, was sie mindestens angeben müssen. Aber was weiß man über den Grund der Zusammenarbeit ungleicher Partner, nachdem man zum Beispiel gelesen hat, dass Sanofi im vorigen Jahr 48.750 Euro an die Deutsche Gesellschaft für Muskelerkrankte überwiesen habe? Oder dass Takeda dem Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe 30.000 Euro »nicht zweckgebunden« gespendet habe?

Dass es auch aussagekräftiger geht, macht GlaxoSmithKline (GSK) wohl am besten vor. Das Unternehmen gibt auch an, welche Beträge es wofür ausgegeben hat und seit wann kooperiert wird. Beispiel »Das Lebenshaus«: 2010 erhielt der Selbsthilfeverein, in dem sich KrebspatientInnen, Angehörige und FachmedizinerInnen organisiert haben, von GSK insgesamt 15.947 Euro. Verwendet worden sei das Geld für die Beratung von Betroffenen und Angehörigen, die Durchführung von fünf Nierenkrebs-Foren sowie das Erstellen mehrerer Publikationen. Zudem erklärt GSK, dass man seit 2010 mit dem Lebenshaus zusam-

menarbeite und dass die zugewendeten 15.947 Euro »ca. 6 Prozent des gesamten Budgets der Organisation« ausmachten.

Klickt man die Website vom Lebenshaus an, liest man, dass der Verein gemeinnützig sei und seine Arbeit unter anderem durch Privat- und Firmenspenden sowie Sponsoring finanziere. Wie viele Euros von wem fließen, steht dort allerdings nicht. Dass das Lebenshaus weitere potente Förderer hat, erfährt indes, wer auf den Internetseiten einzelner Firmen wie Pfizer oder Novartis gezielt danach sucht.

Bequemer noch geht es mit Hilfe eines Gratis-Service, den neuerdings ein »Institut für Qualität und Transparenz von Gesundheitsinformationen« (IQTG) online bereitstellt. Das IQTG (www.iqtg.de), betrieben vom Medizinjournalisten Christian Leopold und vom Medizininformatiker Michael Hägele, hat eine »Transparenzdatenbank« gestartet, die Angaben von Pharmafirmen ziemlich übersichtlich aufbereitet. Gibt man dort den Begriff »Lebenshaus« ein, erfährt man, dass dieser Selbsthilfeverein im vorigen Jahr über 200.000 Euro von Pharmafirmen bekommen habe, am großzügigsten sei Novartis mit 109.343 Euro gewesen. Möchte man wissen, welche Firma 2010 das meiste Geld an Patientenorganisationen verteilt hat, wird man beim IQTG ebenfalls fündig. Vorn liege Roche mit 737.000 Euro, gefolgt von Novartis (671.000 €) und Pfizer (485.000 €).

Kooperationsverträge veröffentlichen!

Dass sich in punkto Sponsoring-Transparenz zumindest bei den großen Pharmafirmen etwas bewegt hat, ist zu begrüßen, und womöglich werden sich im Wettbewerb ums beste Image bald weitere Firmen an der relativen Offenheit von GlaxoSmithKline orientieren. Mindestens ebenso wichtig ist allerdings die Frage: Wie mitteilbar sind eigentlich die Selbsthilfeorganisationen selbst? Dies wäre noch genau zu untersuchen. Bei einer ersten Stichprobe auf den Websites diverser PatientInnenvereine fanden wir jedenfalls kaum Angaben zu Beträgen und Sponsoren.

Klar ist allerdings auch: Die Offenlegung von Geldflüssen allein reicht nicht. Wie richtig gute Transparenz ausgestaltet sein könnte, hatte die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft bereits 2008 skizziert: Notwendig sei auch ein öffentliches Register, in dem sämtliche Kooperationsverträge zwischen Pharmafirmen und PatientInnenorganisationen zentral dokumentiert sind.

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

Dieser lange Link ...

... führt zu interessanten Selbstauskünften von Pharmafirmen: <http://www.vfa.de/de/patienten/zusammenarbeit-mit-patientenselbsthilfegruppen/zusammenarbeit-vfa-mitgliedsunternehmen-patientenorganisationen.html>

»Von Beginn an kenntlich machen«

Der Anspruch klingt gut: »Wirksame Maßstäbe für transparentes und ethisch korrektes Verhalten« setzen will der Verein »Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie« (FSA). Mitglieder sind fast alle großen Pharmafirmen hierzulande, die sich auch einen Kodex zur Zusammenarbeit mit Patientenorganisationen gegeben haben. Die Regeln gelten seit Oktober 2008 (Siehe BIOSKOP Nr. 46), u.a. verlangen sie, dass FSA-Mitglieder spätestens am 31. März jeden Jahres eine Liste aller von ihnen geförderten Selbsthilfegruppen publizieren müssen. Wie die »Unterrichtung der Öffentlichkeit« aussehen soll, gibt § 14 des Kodex vor. Wir dokumentieren diesen Paragraphen auszugsweise: »(1) Die Mitgliedsunternehmen verpflichten sich, über die Summe der Geld- und Sachzuwendungen pro Kalenderjahr und PatientInnenorganisation zu berichten. [...] (2) Die Mitgliedsunternehmen müssen darauf hinwirken, dass ihre Unterstützung von Organisationen der Patientenselbsthilfe durch diese Organisationen von Beginn an gegenüber der Öffentlichkeit kenntlich gemacht wird.«



Riskante Rezepte

Medikamente können Menschen helfen, älter zu werden – aber oft schaden sie auch oder sind verzichtbar

**Martina Keller
(Hamburg), Journalistin**

Arzneien wirken bei älteren Menschen anders als bei jüngeren. Jeder Fünfte über 65 nimmt Mittel, die für ihn potentiell gefährlich sind. Oft werden alte Menschen wegen der Wechselwirkung von Medikamenten ins Krankenhaus eingewiesen. Hausärzte müssen entscheiden, welche Präparate für ältere Patienten wirklich unerlässlich und welche verzichtbar sind. An der Frankfurter Uniklinik wurde ein Programm entwickelt, das bei dieser Aufgabe helfen soll.

Johann Löffler (*Name von der Redaktion geändert*) wurde aus dem Krankenhaus entlassen, um zu Hause zu sterben. Dabei hatte er in der Klinik sogar eine akute Lungenentzündung überwunden. Aber der 87-Jährige hat obendrein ein schwaches Herz, eine chronische Atemwegserkrankung und verschiedene andere Leiden. Sein Zustand hatte sich so stark verschlechtert, dass die Klinikärzte ihm keine Chance mehr gaben. Am Entlassungstag sei der alte Mann nahezu bewusstlos gewesen, erinnert sich Wolfgang Dörr, der Hausarzt von Löffler. Als er bei seinem Patienten den Blutdruck maß, zeigte das Gerät einen Wert von 80 zu 40 an – das ist nicht weit von der Grenze, bei der ein Mensch stirbt.

Im Entlassungsbrief der Klinik las Dörr die Medikamentenliste des Patienten – und begann zu ahnen, dass nicht nur die vielen Krankheiten die Ursache seiner schlechten Verfassung waren. Der alte Mann nahm 18 Tabletten täglich ein, gegen jedes seiner Leiden ein eigenes Mittel – die Spezialisten im Krankenhaus hatten gründliche Arbeit geleistet. Dörr, der im hessischen Urberach eine Hausarztpraxis führt, setzte umgehend alle Medikamente ab, bis auf vier wirklich lebenswichtige. »Es macht keinen Sinn, einem Patienten mit so niedrigem Blutdruck ein herzstützendes Mittel zu geben, das senkt den Blutdruck nur noch weiter.«

Mit seinem raschen Handeln hat Dörr dem 87-Jährigen wohl das Leben gerettet. »Das Ergebnis war, dass er in den nächsten Tagen ansprechbarer wurde, sich wohler fühlte und das Bett nach zwei Wochen verlassen konnte.« Heute ist Löffler zwar immer noch ein chronisch kranker Mann mit vielfältigen Leiden, aber es geht ihm den Umständen entsprechend gut. Er läuft sogar wieder, mit dem Rollator.

Hausärzte sind häufig mit Fällen wie dem von Löffler konfrontiert. 35 Prozent der älteren Männer und 40 Prozent der Frauen schlucken Pillencocktails mit mehr als neun Wirkstoffen in Dauertherapie. »Vier bis fünf Wirkstoffe können wir gut aushalten«, sagt Gerd Glaeske, Arzneimittelexperte an der Universität Bremen, »neun und mehr ist ganz schwer auszuhalten.« Deshalb müssen die Ärzte priorisieren, wie es in der Fachsprache heißt: Sie müssen entscheiden, welches Medikament der Patient dringend braucht und auf welches er verzichten kann – auch wenn dann ein Leiden unbehandelt bleibt.

Die Priorisierung ist eine heikle Aufgabe: Einem alten Patienten 12, 13 oder 15 Medikamente zu geben, ist zwar unverantwortlich, aber es ist auch riskant, ein Herzmittel wegen drohender Nebenwirkungen abzusetzen. Wenig später könnte der Patient einen Herzinfarkt erleiden. Deshalb hat ein Wissenschaftlerteam um Ferdinand Gerlach und Christiane Muth am Institut für Allgemeinmedizin der Universitätsklinik Frankfurt ein Programm entwickelt, das Hausärzte bei ihren Entscheidungen unterstützen soll.

Das Programm besteht aus verschiedenen Elementen: Als erstes recherchiert die Arzthelferin anhand einer Checkliste, was ein alter Mensch tatsächlich einnimmt. »Der Patient wird aufgefordert, alle Medikamente, die er so schluckt, in der Plastiktüte zum Arzt zu bringen und kippt die da auf den Tisch«, sagt Professor Gerlach. So gewinnt die Helferin

einen Überblick, was Fachärzte möglicherweise zusätzlich zu den Verordnungen des Hausarztes verschrieben haben und was sich der Kranke darüber hinaus noch in der Apotheke gekauft hat.

Im nächsten Schritt kommt ein Arzneimittelinformationssystem zum Einsatz, das an der Universität Heidelberg entwickelt wurde. Es hilft Hausärzten bei der Entscheidung, welches Medikament sie besser absetzen sollten. Wolfgang Dörr aus Urberach hat das Programm getestet. Er sitzt am Laptop und loggt sich ein. »Ich habe hier die Daten der Frau Wedeking eingegeben«, sagt er. Erika Wedeking (*Name von der Redaktion geändert*) ist 84 Jahre alt und seit vielen Jahren Dörrs Patientin. Im vorigen Jahr verbrachte sie nach einer Herzkrise mehrere Wochen in einem Akutkrankenhaus und anschließend in einer Rehaklinik.

Praktische Tipps

»Sie können wesentlich dazu beitragen, dass Ihre Arzneimitteltherapie so sicher und erfolgreich wie möglich ist.«

Besagt jedenfalls ein Informationsblatt, erhältlich beim Bundesgesundheitsministerium, Telefon 01805/778090. Auf einer DIN A4-Seite stehen acht Tipps, zum Beispiel: »Führen Sie bitte eine Liste aller Arzneimittel, die Sie derzeit einnehmen bzw. anwenden. Legen Sie bitte die Liste bei jedem Arztbesuch vor. Bitte beachten Sie alle gegebenen Hinweise zur Einnahme bzw. Anwendung Ihrer Arzneimittel. Bitte vergewissern Sie sich, dass Sie alle Informationen richtig verstanden haben.«

Die »Tipps für eine sichere Arzneimitteltherapie«, erstellt in Zusammenarbeit mit Ärzten, Apothekern und Patientenvertretern, gibt es auch im Internet: <http://www.ap-amts.de>

»Vier bis fünf Wirkstoffe können wir gut aushalten«, sagt Arzneiexperte Gerd Glaeske, »neun und mehr ist ganz schwer auszuhalten.«

► Dörr hat die Medikamente eingegeben, die seine Patientin bei der Entlassung nehmen sollte, und ihre Laborwerte. Die Nieren von Erika Wedeking arbeiten nur noch eingeschränkt. Manche Arzneien werden deshalb langsamer ausgeschieden. Das Programm analysiert, ob die Medikation der Patienten ihrer Nierenschwäche angepasst ist. Außerdem zeigt es an, wie sich die verschiedenen Präparate in Kombination vertragen.

Bei einem Betablocker, den die alte Frau nehmen muss, und einem Medikament gegen Herzrhythmusstörungen erscheint auf dem Bildschirm eine rote Flagge – für den Hausarzt ein Warnsignal: »Sie sehen, was hier als unerwünschte Arzneimittelinteraktion angegeben wird, nämlich Blutdruckabfall, Herzrhythmusstörungen mit einer Herzfrequenzverlangsamung, und eventuell Herzstillstand.« Diese Wechselwirkungen *müssen* nicht eintreten, aber sie *können* es. Das Programm mahnt den Hausarzt zur Wachsamkeit. Per EKG, also durch Aufzeichnen der Herzströme, kann Dörr kontrollieren, wie seine Patientin auf die Mittel reagiert.

Ein weiteres Element ist das Beratungsgespräch zwischen Hausarzt und Patient oder dessen Angehörigen. Da geht es zum Beispiel darum zu erkennen, welche Leiden einen älteren Menschen besonders stark belasten und deshalb vorrangig behandelt werden müssen. Die Wünsche des Patienten müssen nicht dem entsprechen, was der Hausarzt am wichtigsten findet. Für einen Menschen mit ohnehin eingeschränkter Lebenserwartung kann es oberste Priorität haben, die Schmerzen im verschlissenen Kniegelenk zu therapieren. Einem Schlaganfall vorzubeugen, der vielleicht in zehn Jahren droht, ist für ihn womöglich zweitrangig.

Noch stehen Allgemeinmediziner mit ihren Priorisierungsentscheidungen weitgehend alleine da: »Wir machen hier einen großen Feldversuch«, sagt Hausarzt Dörr. Es gebe zu wenig wissenschaftliche Daten, die Hausärzte könnten letztlich nur spekulieren, was ihren alten Patienten am meisten nützt und am wenigsten schadet. »Unser Gesundheitssystem ist typischerweise eher auf die Behandlung von akuten Erkrankungen ausgerichtet«, sagt auch Allgemeinmediziner Gerlach, einer der sieben sogenannten Weisen, die die Bundesregierung bei der Gestaltung des Gesundheitswesens beraten. »In der Langzeitversorgung chronisch Kranker brauchen wir aber ganz andere Strategien.«

Doch das Wissen um die Behandlung älterer Patienten ist begrenzt. Schon 2009 beklagten die sieben Gesundheitsweisen in einem Gutachten, mehrfach kranke Patienten würden aus Studien

ausgeschlossen. Es fehlten außerdem Studien nach Markteinführung, die den klinischen Alltag widerspiegeln. In den USA stellte die Regierung mehr als eine Milliarde Dollar bereit, um den Nutzen von medizinischen Therapien unter Alltagsbedingungen zu erforschen. Die Bundesregierung investiert nur rund 65 Millionen Euro in vergleichbare Forschung, ein Bruchteil der US-Summe. Selbst wenn man die höhere Einwohnerzahl in den USA berücksichtigt, tut die amerikanische Regierung in diesem Punkt immer noch dreimal so viel wie die deutsche. Im Alltag geht es vielen alten Menschen in den USA allerdings deutlich schlechter als hierzulande.

Erste Schritte, Wissenslücken zu schließen, gibt es immerhin. Gefördert vom Bundesforschungsministerium (BMBF), erarbeiteten Wissenschaftler 2010 die sogenannte Priscus-Liste,

eine Art schwarze Liste von Medikamenten, die für ältere Patienten gefährlich werden können. Sie wurde nach dem Vorbild der sogenannten Beers-Liste erstellt, die in den USA bereits seit 1991 existiert. Auf der Priscus-Liste sind 83 Wirkstoffe verzeichnet, für die weniger schädliche Alternativen existieren. »Das sind Medikamente gegen Schmerzen, gegen Depressionen, gegen hohen Blutdruck, also querbeet durch die Hausapotheke«, sagt Petra Thürmann, Pharmakologieprofessorin aus Wuppertal und Mitverfasserin der Liste. Besonders heikel sind Psychopharmaka, die mehr als die Hälfte der Wirkstoffe auf der Priscus-Liste ausmachen.

Im Alltag von Hausärzten nützt eine solche Zusammenstellung noch nicht viel. Sie sensibilisiert für die Risiken von Medikamenten, aber Handlungsempfehlungen liefert sie nicht. Das in Frankfurt entwickelte Programm hilft dagegen, die Gefährlichkeit bestimmter Wirkstoffe in Verbindung mit individuellen Patientendaten einzuschätzen. Aus internationalen Studien weiß man, dass mithilfe von elektronischen Systemen unangemessene Verordnungen vermieden und automatische Warnhinweise erstellt werden können. Bislang fehlen aber hochwertige Studien, die belegen, dass dadurch die Versorgung alter Menschen in Hausarztpraxen tatsächlich verbessert werden kann.

Diese Lücke soll die PRIMUM-Studie schließen. PRIMUM steht für Priorisierung und Optimierung von Multimedikation bei Multimorbidität. An der industrieunabhängigen, vom BMBF finanzierten Studie nehmen 70 Hausarztpraxen und 490 Patienten teil. Die eine Hälfte der Praxen testet das in Frankfurt entwickelte Programm, die andere Hälfte dient der Kontrolle. Im Februar 2012 sollen die Ergebnisse vorliegen.

Hausärzte könnten letztlich nur spekulieren, was ihren alten Patienten am meisten nützt und am wenigsten schadet.

Gaben für die alternde Gesellschaft

Der Verband Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) ist einer der mächtigen hierzulande. Er vertritt, vorzugsweise gegenüber der Politik, die Interessen von 43 weltweit agierenden Unternehmen mit über 100 Tochter- und Schwesterfirmen. Ein Instrument des Lobbyings ist das Verbreiten wissenschaftlicher Expertisen. Am 28. August 2008 stellte der VFA eine neue Studie vor – Titel: »Herausforderungen einer alternden Gesellschaft – Was kann ihr die pharmazeutische Industrie geben?« Seine Kernbotschaft fasste der VFA in einer Mitteilung für die Presse zusammen – Leseprobe: »Die Arzneimitteltherapie spielt für die Verlängerung der mittleren Lebenserwartung eine wichtige Rolle: Sie ist verbunden mit einem Gewinn von ca. drei Wochen pro Jahr.« Dies ist eine der Aussagen einer Studie zur alternden Gesellschaft, die Prof. Adelheid Kuhlmeier (Charité Berlin) und Prof. Walter E. Müller (Goethe-Universität Frankfurt /M.) im Auftrag des VFA erstellten. [...] Die Autoren konstatieren weiter, der Gewinn an Lebenszeit sei »trotz erhöhter Kosten für Medikamente mit einem signifikanten ökonomischen Gewinn verbunden, da nicht-medikamentöse Maßnahmen reduziert wurden.«

Die Auftragsarbeit von Kuhlmeier und Müller ist 91 Seiten lang, sie steht auch im Internet: <http://www.vfa.de/pk20080828>



Rechtsweg offen?

Verdacht auf Impfschaden – Eltern kämpfen seit 15 Jahren um Anerkennung

Erika Feyerabend (Essen),
Journalistin und
BioSkoplerin

1996 war für das Ehepaar Lutat ein folgenschweres Jahr. Ihr Sohn Lorenzo wurde damals gegen Tuberkulose geimpft. Seitdem kämpfen die Eltern um Entschädigung, um Anerkennung eines Impfschadens – und gegen ärztliche Ignoranz. Lorenzo ist schwerstbehindert, er lebt heute zu Hause.

«Geburt, Schwangerschaft, alles war prima. Lorenzo hat auch gute Werte gehabt», erinnert sich Wislawa Lutat. Als sie sich vor über 14 Jahren beim Kinderarzt vorstellte, war alles in Ordnung. Dann impfte der behandelnde Arzt den vier Wochen alten Säugling gegen Tuberkulose. Die Begründung: In Polen, dem Geburtsland der Mutter, sei die Erkrankung häufig.

Schon am Abend bekam Lorenzo hohes Fieber, Durchfall und Krämpfe. »Lorenzo hat sich total verändert. Er hat aufgehört zu lachen, hat die Flasche nicht mehr gepackt und nur noch geweint«, erzählt die Mutter. Die Symptome hielten an. Wislawa Lutat machte sich Sorgen, wechselte zu einer anderen Kinderärztin und besuchte mehrmals pro Woche die Arztpraxis. Doch da hieß es nur: Das Baby ist kerngesund.

Im Alter von viereinhalb Monaten wurde Lorenzo wieder geimpft, dieses Mal mit einem Kombinationsimpfstoff, der gegen fünf Krankheiten wirken soll. Die Krämpfe und der gesundheitliche Zustand verschlechterten sich zusehens. Irgendwann sah auch die Ärztin ein: Der Junge hat epileptische Anfälle. Mutter und Kind verbrachten ein halbes Jahr im Uniklinikum Aachen – mit unzähligen Untersuchungen. Nach dieser diagnostischen Odyssee stand fest: Lorenzo hat schwer kontrollierbare, epileptische Anfälle. Sein Hirnvolumen, das anfänglich normal gewesen war, ist vermindert. Er wird nie laufen, sprechen oder greifen können.

Wislawa Lutat kann sich noch genau erinnern: »Für uns war das ein Schock. Und ich habe gesagt, das ist von der Impfung. Aber das wollte dort niemand wissen.« Statt dessen formulierten behandelnde Ärzte einen folgenschweren Verdacht, der noch heute die Krankenakten und das Leben der Lutats bestimmt: Das Kind leide an einer mitochondrialen Myopathie, einem genetisch bedingten Leiden. Daran änderte auch die Beurteilung einer Muskelbiopsie beim dreijährigen Lorenzo nichts. Aus dem Uniklinikum Aachen erfuhren

die Eltern damals: »Wir können keinen sicheren Anhaltspunkt für eine ausgeprägte mitochondriale Krankheit finden.«

Lorenzo hat zwei ältere Geschwister. Die Familie muss mit einem Gehalt auskommen. Von der Pflegekasse bekommt Frau Lutat Geldleistungen. Das heißt aber auch: Sie ist tagtäglich rund um die Uhr mit der Pflege ihres behinderten Sohnes beschäftigt. Seit Jahren können die Eltern keine Nacht durchschlafen, weil Lorenzo nachts Anfälle bekommt und ständig umgelagert werden muss. Unter diesen Umständen ist es fast unmöglich, einen Gerichtsprozess wegen des Verdachts auf einen Impfschaden selbst zu finanzieren.

Aber die Familie Lutat will Recht bekommen – und auch Versorgungsleistungen, um ihres Sohnes willen. Sie stellte einen Antrag beim Versorgungsamt. Doch zum Prozess kam es nicht, Begründung: Lorenzos Leiden seien genetisch bedingt. Mittlerweile wurde der Junge mit Kortison behandelt. Er bekam Herzprobleme und konnte sich gar nicht mehr bewegen, weil er sehr viel Wasser einlagerte. Dann bekam Lorenzo eine Lungenentzündung. Wieder im Krankenhaus, will Wislawa Lutat ihre »Worte an die Wand schlagen: Mein Sohn ist krank von der Impfung. Aber die Ärzte antworten nicht.« Geld und Kraft reichten nicht mehr, um weiterhin um

die Anerkennung des Impfschadens zu kämpfen.

Familie Lutat gab und gibt dennoch nicht auf. 2007 verklagte sie die Hausärztin wegen der zweiten Impfung mit dem

»Jemand muss doch mal die Wahrheit sagen«

Kombinationsimpfstoff. Der Gutachter bestätigte, dass diese Impfung ein Behandlungsfehler war. Lorenzo hatte damals schon epileptische Anfälle und hätte nicht geimpft werden dürfen. »In diesem Prozess bekamen wir 12.700 Euro Entschädigung. Der Richter hat gesagt: Seien Sie froh, dass sie überhaupt etwas bekommen, weil das Kind schon krank war«, erinnert sich die Mutter.

Unhinterfragt galt im Prozess die Verdachtsdiagnose »genetisch bedingt behindert«. Der geladene Gutachter hatte eine andere Meinung. Er vermutete, dass die erste Impfung gegen Tuberkulose der Auslöser für die unkontrollierbaren epileptischen Anfälle war. Seit 1998 empfiehlt die Ständige Impfkommission den BCG-Impfstoff nicht mehr in Deutschland. Der Lebendimpfstoff gilt unter ExpertInnen als wenig effektiv, um die Tuberkulose zu verhindern, und er ist wegen unerwünschter Nebenwirkungen gefürchtet. Doch dieser Schadensverdacht war nicht Gegenstand dieses Prozesses. Ein weiteres Verfahren aber konnte und kann sich die Familie nicht ohne finanzielle Unterstützung leisten.

Unterstützt von einer AOK-Sachbearbeiterin, veranlasste das Ehepaar im Jahr 2010 human-

Erfahrungen eines Gutachters

Professor Wolfgang Ehrengut, Jahrgang 1919, hat sich fast ein halbes Jahrhundert mit Impfungen beschäftigt. Eine Gesamtchau seiner Tätigkeit legte er 2004 als Buch vor: »Erfahrungen eines Gutachters über Impfschäden in der Bundesrepublik Deutschland von 1955 – 2004«. Ehrengut, bis 1984 Direktor des Instituts für Impfwesen und Virologie in Hamburg, erläutert »grundlegende Fragen zu wichtigen Impfwischenfällen« und informiert über einige Schadensfälle im Zusammenhang mit bekannten Impfungen. »Die kritische Betrachtung einzelner Impfungen«, schreibt Ehrengut im Vorwort, »soll den Wert der Schutzimpfung insgesamt keinesfalls in Frage stellen.« Und er fügt hinzu: »Eine prinzipielle Negierung der Existenz von Dauerschäden ist zwar der Durchimpfung dienlich, aber unwissenschaftlich und wird dem Impfling nicht gerecht.« Das lesenswerte Buch (251 Seiten, 28 €) erschien 2004 im Norderstedter Verlag Books on Demand.

Kinderärzte und »Impfskeptiker« im Blick

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) will ihre Informations- und Werbebemühungen zu Impfungen intensivieren. Zielgruppen sind Kinderärzte und »Impfskeptiker«.

Im Herbst 2010 riefen MitarbeiterInnen des Instituts Forsa bei 3.002 zufällig ausgewählten Eltern an. Die MeinungsforscherInnen wollten erfahren, was die Mütter und Väter von Impfungen halten, ob sie ihre Kinder im Alter von 0-13 Jahren haben impfen lassen und was ihnen allgemein über Impfungen bekannt ist.

Die Ergebnisse der Telefonumfrage lösten beim Auftraggeber BZgA nicht gerade Begeisterung aus: 35 % der Befragten gaben an, sich aufgrund von Vorbehalten bereits gegen einzelne Impfungen entschieden zu haben. Knapp die Hälfte der von Forsa so genannten »Impfskeptiker« hielt die ausgelassene Impfung für unnötig, 40 % hatten Angst vor Nebenwirkungen. Ein Prozent aller Angerufenen lehnt Impfungen grundsätzlich ab.

Angesichts solcher Zahlen will die BZgA sich nun »verstärkt an die Zielgruppe der Eltern richten, die Vorbehalte gegenüber dem Impfen haben«. Im Hintergrund stehen politische Vereinbarungen mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die Masern, angeborene Röteln und Diphtherie bis zum Jahr 2010 ausgerottet haben wollte. Das erklärte WHO-Ziel, hohe Impfquoten zu erreichen, liege in Deutschland »noch in weiter Ferne«, nach Meinung der BZgA werden »zu wenige Kinder« ein zweites Mal gegen Masern, Mumps und Röteln geimpft.

Ob und wie die Aufklärungszentrale ihrem Anspruch, unabhängig und neutral zu informieren, gerecht wird, sollte man genau beobachten. »Bei heutigen Impfstoffen«, schreibt die BZgA auf ihrer Internetseite www.impfen-info.de,

»kommen Impfkomplicationen nur noch sehr selten vor.« Differenzierter hatten sich MitarbeiterInnen des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) im November 2009 im *Bundesgesundheitsblatt* geäußert. Auch moderne Impfstoffe seien »nicht vollständig frei von Nebenwirkungen«, schreiben sie in ihrem Aufsatz über »Sicherheit von Impfstoffen«. Zum Zeitpunkt der Zulassung eines Impfstoffes sei die klinische Erfahrung »begrenzt«, dann lägen nur Daten über einige tausend bis zehntausende Impflinge vor. »Seltene Nebenwirkungen und Langzeiteffekte werden daher zumeist erst nach der Zulassung erkannt«, schreiben die PEI-AutorInnen. Und sie stellen fest, dass es bei Impfkomplicationen »schwer« sei, eine »Kausalität zu belegen«, also die jeweilige Ursache zu finden.

Nachfragen beim Kinderarzt!

»Die Schlüsselrolle« bei der Impfaufklärung spiele der impfende Arzt, folgert die BZgA aus der Forsa-Auswertung. Tatsächlich hatten 93 % der befragten Eltern »das persönliche Gespräch mit dem Arzt« als Informationsquelle zum Impfen genannt, Broschüren und Faltblätter nutzten vergleichsweise wenige, nämlich 63 %. Vor diesem Hintergrund kündigte die BZgA im Mai an, die »Unterstützung der Ärzte als Multiplikatoren vor Ort« auszubauen. Sie will ihnen nun »spezifische Medienpakete und Arbeitshilfen« zuschicken.

Die Forsa-Umfrage offenbart aber auch diese Merkwürdigkeit: Nur 73 % der Eltern konnten sich erinnern, dass der behandelnde Arzt vor der letzten Impfung ihres Kindes ein Aufklärungsgespräch mit ihnen geführt hat – wozu er ja gesetzlich verpflichtet ist. Also sollten Eltern beim nächsten Praxisbesuch ruhig mal nachfragen, was ihr Kinderarzt denn genau über Impfungen weiß und auf welche Quellen er seine Impfeempfehlungen stützt. *Klaus-Peter Görlitzer* ☺

- genetische Untersuchungen an Lorenzo. Würden dabei keine Hinweise auf eine genetisch bedingte Erkrankung festgestellt, könnte der Weg wieder frei sein: für eine Prozesskostenbeihilfe, um die Folgen der ersten BCG-Impfung vor Gericht zu klären; für die Hoffnung, Versorgungsansprüche geltend machen zu können; für Wislawa Lutat, um Pflegekräfte bezahlen und endlich einmal einen halbwegs »normalen« Alltag führen zu können; für die Familie, die auf das Recht hofft, dass ÄrztInnen ihre (Mit-)Schuld eingestehen müssen.

Die Ergebnisse sind eindeutig. In der Stellungnahme des humangenetischen Institutes in Aachen werden »die schweren körperlichen und geistigen Behinderungen, Atembeschwerden und epileptischen Anfälle« von Lorenzo nicht gene-

tisch erklärt. Dort heißt es: »Genetische Analysen wie Chromosomenanalyse, CHG-Array-Analyse des gesamten Genoms, FraX-, SDKPB1-SCMA-Genanalysen und solche, die bereits andernorts vorgenommen wurden, ergaben keine Hinweise auf eine genetisch bedingte Erkrankung. Die Schilderung des Krankheitsbeginns lässt m.E. eher an einen Impfschaden denken.«

Der zuständige Richter am Landesozialgericht in Essen forderte trotz der zahlreichen Gutachten und der Stellungnahme eine weitere Erklärung des federführenden humangenetischen Institutes in Aachen an. Erst dann könne die Prozesskostenbeihilfe gewährt werden. Bis dahin müssen die Eltern weiter warten und hoffen, »dass jemand doch mal die Wahrheit sagen muss«. ☺

»Underreporting«

Ende 2009 sorgte die H1N1-Grippe (besser bekannt als »Schweinegrippe«) für Schlagzeilen und verunsicherte viele BürgerInnen. Anlass für die Abgeordnete Kathrin Vogler und ihre linke Bundestagsfraktion, kritische Fragen an die Bundesregierung zu stellen, auch zum »Gefährdungsrisiko« der Impfungen. Das seinerzeit noch von Philipp Rösler (FDP) geführte Gesundheitsministerium (BMG) antwortete am 18. Januar 2010 (Bundestags-Drucksache 17/491). Bemerkenswert sind die BMG-Ausführungen zum (un-)möglichen Nachweis potenzieller Impfschäden: »Neben den Vorzügen der passiven Überwachung (Surveillance) von Verdachtsfällen von Nebenwirkungen bzw. Impfkomplicationen (Signalgenerierung), sind auch Limitationen dieses Systems zu berücksichtigen. So können zumeist keine unmittelbaren Aussagen zur Kausalität gemacht werden. Auch kann die tatsächliche Häufigkeit der Nebenwirkungen nicht bestimmt werden, selbst wenn die Durchimpfungsrate exakt erfasst würde. Bekanntermaßen werden nicht alle Nebenwirkungen gemeldet. Dieses so genannte underreporting hat mehrere Gründe, beispielsweise meldet sich der Patient nicht beim Arzt oder der Arzt stellt den Zusammenhang mit einer stattgefundenen Impfung nicht her (beispielsweise weil die Symptome einer Grunderkrankung zugeordnet werden). Das genaue Ausmaß des »underreporting« lässt sich nicht exakt beziffern. Offenbar werden aber schwerwiegende Nebenwirkungen vollständiger gemeldet als nichtschwerwiegende Nebenwirkungen.«

Notwendige Klarstellung

Ärztetag stimmt gegen die Beihilfe zur Selbsttötung – Euthanasielobby setzt weiter auf richterlichen Beistand

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

Keine Antworten, guter Beschluss

Mitte März bekamen alle Landesärztekammern Post von *BioSkop* und der Hospizvereinigung OMEGA: »Keine ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung!« forderten die Absender und begründeten dies in einer gemeinsamen Stellungnahme. Anlass für den Appell waren die reformierten, am 17. Februar veröffentlichten Grundsätze der Bundesärztekammer (BÄK) zur ärztlichen Sterbebegleitung (Siehe *BIOSKOP* Nr. 53), laut denen Suizid-Beihilfe für PatientInnen nicht mehr dem Ethos von MedizinerInnen widersprechen soll. Geantwortet hat uns zwar keine Ärztekammer, aber hinter den Kulissen gab es reichlich Bewegung. Am 26. März sprach sich die hessische Landesärztekammer öffentlich gegen die vom BÄK-Vorstand im Februar erstmals offiziell gebilligte Suizid-Unterstützung aus, eine Woche später tat dies auch die Ärztekammer Westfalen-Lippe. Am 1. Juni beschlossen dann die meisten Delegierten des Deutschen Ärztetages, Beihilfe zur Selbsttötung in der (Muster-)Berufsordnung ausdrücklich zu verbieten.

Dieser Beschluss des Deutschen Ärztetages lässt keinen Raum für Interpretationen: »Ärztinnen und Ärzte dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.« Nun sind die Landesärztekammern aufgerufen, die notwendige Klarstellung zügig in ihre Berufsordnungen zu übernehmen. Die Positionierung der Ärzteschaft, die vor Monaten überhaupt nicht absehbar war, hat Euthanasie-BefürworterInnen etwas gebremst. Sie werden aber sicher weiter versuchen, ihre Ziele zu erreichen – und setzen dabei auf höchstrichterliche Hilfe.

Rückblickend würde man gern wissen: Was hatte Jörg-Dietrich Hoppe eigentlich im Hinterkopf, als er am 17. Februar 2011 in Berlin vor die Presse trat? Der langjährige Präsident der Bundesärztekammer (BÄK) präsentierte eine neue Version der Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung. In dem Papier, das MedizinerInnen ethische Orientierung geben soll, steckt viel Bedenkliches (Siehe Seite 10) – und ein radikaler Kurswechsel: Gestrichen hatte der BÄK-Vorstand den Grundsatz, dass es dem ärztlichen Ethos widerspreche, wenn ein Arzt bei der Selbsttötung eines Patienten mitwirkt. Statt dessen stellt die reformierte Fassung nur fest, Suizidbeihilfe sei »keine ärztliche Aufgabe« (Siehe *BIOSKOP* Nr. 53).

Kalkül aufgegangen?

Wollte der Rheinländer Hoppe (70), der seit über 30 Jahren Berufspolitik macht, wirklich das Ethos seines Berufsstandes radikal verändert sehen – der Arzt also nicht mehr nur als Heiler, sondern auch als legitimer Sterbehelfer? Oder haben Hoppe und seine Berater die Grundsätze zur Sterbebegleitung, die erfahrungsgemäß politisch wirksam sind, aber Ärzte rechtlich nicht binden, bewusst so umformuliert, dass sie geradezu wachrütteln müssen: vor allem viele in der Ärzteschaft, die seit Mitte der 1990-er Jahre ja einige Schritte in Richtung Euthanasie (Stichwort: tödlicher Abbruch von Therapien und Ernährung bei Menschen, die überhaupt nicht im Sterben liegen) ohne großen Widerstand mitgegangen ist.

In den Kopf des Pathologen Hoppe, den viele JournalistInnen regelmäßig als Wertkonservativen darstellen, kann man nicht hineinschauen. Sollte er, kurz vor seinem lange angekündigten Abgang als Ärztepräsident, mit der Grundsätze-Reform einen Aufstand im Ärztetand provo-

ziert haben wollen, der mit einer deutlichen, Grenzziehung befriedet wird? Wenn dies das Kalkül Hoppes (und weiterer BÄK-Vorständler) war, dann ist es letztlich aufgegangen.

Zunächst erntete die BÄK verhaltenen Beifall von Euthanasie-Lobbyisten. Die neuen Grundsätze, meinte etwa die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS), seien »ein Schritt hin zu mehr Humanität«. Widerstand ließ auf sich warten, *BioSkop* und die Hospizvereinigung OMEGA gehörten zu den ersten, die den BÄK-Vorstand öffentlich aufforderten, die Billigung der Suizid-Beihilfe zurückzunehmen. Ab Ende März wurde dann Gegenwehr auch aus Medizinerkreisen bekannt, als Vorreiter erwiesen sich die Ärztekammern Hessen und Westfalen-Lippe (Siehe *Randbemerkung*).

Ökonomischer Druck

Es folgten heftige Töne aus der Deutschen Krebsgesellschaft, deren Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie forderte Anfang April die »Revision« der Grundsätze. Im Namen der AG warnte Professor Ulrich Kleeberg in einem Brief an Hoppe und KollegInnen, die BÄK-Grundsätze stellten ein »fatales Einfallstor für Bewertungen menschlichen Lebens nach ökonomischen Gesichtspunkten« dar. Der Druck insbesondere auf KrebsmedizinerInnen werde zunehmen, denn »immer häufiger« würden sie sich »vor die Entscheidung gestellt sehen, einem Leben mit Leiden ein Ende zu bereiten«, schrieb Kleeberg.

Am 10. Mai – tags zuvor hatte gerade der Deutsche Hospiz- und Palliativverband ärztliche Suizidbeihilfe per Resolution abgelehnt – veröffentlichte die Pressestelle der BÄK eine überraschende Mitteilung ihres Präsidenten. Jörg-Dietrich Hoppe kündigte an, der BÄK-Vorstand werde im Juni beim Ärztetag beantragen, die (Muster-)Berufsordnung (MBO) zu ändern. Deren künftiger § 16 werde ärztliche Beihilfe zum Suizid verbieten – erstmals und ausdrücklich. Damit konkretisiere die BÄK nur, was in ihren kritisierten Grundsätzen inhaltlich schon drin stehe.

Hoppes Logik konnten viele BeobachterInnen zwar nicht nachvollziehen. Aber seine Ankündigung provozierte reichlich Schlagzeilen. Insbesondere diejenigen JournalistInnen angesehenen Medien, die ärztliche Unterstützung beim Suizid in Ordnung finden, legten sich kräftig ins Zeug. Zum Beispiel Harro Albrecht von der Wochenzeitung *DIE ZEIT*, am 26. Mai ▶

► orakelte er: »Die Verlierer des Ärztetages werden jene Mitglieder der Zunft sein, die sich vorstellen können, aus Mitgefühl Sterbehilfe zu leisten.« Und es seien »nicht wenige«, denen die BÄK, »gegen ihre Willen strikte Zurückhaltung verordnen will«.

Landesärztekammern am Zug

Am 1. Juni, einen Tag nach Hoppes letzter Rede als BÄK-Chef (sein gewählter Nachfolger ist der Hamburger Frank Ulrich Montgomery), wurde beim Deutschen Ärztetag in Kiel dann abgestimmt. 166 DelegiertInnen folgten dem Antrag des BÄK-Vorstands für die Änderung des § 16 MBO, 56 stimmten dagegen, 7 enthielten sich.

Vorausgegangen waren eine mehrstündige Debatte sowie ein kurzer Vortrag von Professor Georg Maschmeyer. Der Potsdamer Palliativmediziner schilderte Erfahrungen mit verzweifelten Schwerkranken, die äußern, lieber tot sein zu wollen, als weiterhin Schmerzen, Luftnot, Schwäche, Angst zu ertragen; hinzu komme oft noch eine »Überforderung des sozialen Umfeldes«. Aber auch bei solchen PatientInnen könne der Wunsch zu leben »innerhalb von Stunden wieder ganz im Vordergrund« stehen, wenn ihre Leiden effektiv bekämpft würden, erklärte Maschmeyer.

Welche praktischen Wirkungen der Mehrheitsbeschluss von Kiel tatsächlich zeitigen wird, sollte sich zunächst auf Ebene der 16 Landesärztekammern zeigen. Denn das Verbot der Suizidbeihilfe ist für MedizinerInnen erst dann verbindlich und sanktionierbar, wenn es in den jeweiligen Landesberufsordnungen steht; also sollte man genau beobachten, ob und wie schnell die einzelnen Ärztekammern hier handeln.

Anzunehmen ist aber auch: MedizinerInnen, die »Sterbehilfe« legitim finden, werden sich durch berufsrechtliche Vorgaben wohl kaum abschrecken lassen. Würden Verstöße nachgewiesen, bedeute dies »weder automatisch noch regelmäßig, dass die Approbation entzogen wird«, erläuterte der Rechtsprofessor Winfried Kluth (Halle) in einem Kommentar zur Entscheidung des Ärztetages. Wenn Berufsgerichte Verstöße ahnden, dann in der Regel mit Rügen und Geldstrafen; der Entzug der ärztlichen Zulassung komme »nach gängiger Praxis« erst dann in Frage, wenn ein Arzt »langanhaltend in gravierender Weise gegen seine Berufspflichten verstoßen hat«.


Zuständig für Verleihung und Entzug der Approbation sind die Aufsichtsbehörden, »klassischerweise die Gesundheitsministerien der Länder«, erläutert Kluth. Dass die – strafrechtlich nicht verbotene – Suizidassistenz »in einem Einzelfall« mit einem Verbot der ärztlichen Berufsausübung bestraft würde, ist auch für den sterbehilfe-kritischen Rechtsanwalt und FAZ-Biopolitik-Blogger Oliver Tolmein (Hamburg) »nur schwer vorstellbar«.

Angesichts solcher rechtlichen Einschätzungen und verbreiteter Unterversorgung in Pflege und Kliniken, sollte die Politik ernsthaft darüber nachdenken, ob die strafrechtliche Liberalität in punkto Suizidbeihilfe überhaupt noch in die heutige Zeit passt, deren sozialpolitisch rauhe Rahmenbedingungen persönliche Selbstbestimmung, zumal von Schwerkranken, erfahrungsgemäß oft behindern. Wem würde es eigentlich schaden, wenn der Gesetzgeber es allen im Gesundheitswesen Arbeitenden – ÄrztInnen, Pflegekräften, ApothekerInnen etc. – bei Androhung von Strafe untersagen würde, Menschen bei der Selbsttötung zu unterstützen?

Ein Verbot im Strafgesetzbuch würde es zumindest erschweren, in medizinischen Einrichtungen unter der Hand Strukturen und Kulturen von Suizidbeihilfe zu etablieren. Das Für und Wider einer solchen Reform sollte gesellschaftlich diskutiert werden, bevor Juristen mit Sendungsbewusstsein versuchen, einen speziellen, tragischen Einzelfall zu benutzen, um für alle wirksame Fakten herbeizuführen. Folgt man den Andeutungen des offenbar gut informierten ZEIT-Journalisten Harro Albrecht, so steht ein Berliner Chefarzt bereits in den Startlöchern. Die Rede ist von Michael de Ridder, der auch Mitglied im Kuratorium des Humanistischen Verbandes ist und seit Jahren den ärztlich assistierten Suizid öffentlich befürwortet.

Prozessvorbereitungen?

In seinem Artikel »Dem Gewissen folgen«, publiziert kurz vor dem Kieler Ärztetag, berichtet Albrecht, dass de Ridder seit eineinhalb Jahren die 42-jährige Katharina S. begleite. Sie sei vom Kinn abwärts gelähmt und habe wiederholt »angedeutet«, dass sie Hilfe zum Suizid wünsche. Albrecht schreibt, Chefarzt de Ridder habe seiner Patientin versprochen, dass er sie nicht verlassen und ihr helfen werde. Weitere Details nennen weder der Mediziner noch der Journalist, aber Albrecht wagt schon mal einen Blick in die Zukunft: »Sollte es später – vielleicht im Fall von Frau S. – hart auf hart kommen, dann wird der Arzt möglicherweise vor das Bundesverfassungsgericht ziehen.«

Einen »Partner« dafür soll de Ridder schon haben: Wolfgang Putz, Rechtsanwalt aus München. Das darf man getrost glauben, zumal dieser Jurist schon manchen Richter unglaublich beeindruckt hat. 2010 gelang es Putz tatsächlich, den Bundesgerichtshof davon zu überzeugen, dass das Durchschneiden eines Magensonden-Schlauches bei einer nichteinwilligungsfähigen Kranken zulässig sein soll, sofern sie tatsächlich oder mutmaßlich einverstanden sei. Seit diesem BGH-Spruch gelten in Deutschland auch aktive Taten, die den Tod des Patienten bewirken, als zulässige passive Sterbehilfe. 

Ausgezeichnet

Die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) fordert ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung und, als »Ultissima Ratio«, auch aktive direkte Sterbehilfe straffrei zuzulassen. Mit ihrer Öffentlichkeitsarbeit versucht die DGHS insbesondere, Medien für sich einzunehmen. Als Instrument, das JournalistInnen motivieren soll, über »Selbstbestimmung am Lebensende« zu schreiben und zu senden, hat sich die DGHS den Arthur-Koestler-Preis ausgedacht. Die Auszeichnung, derzeit dotiert mit 5.000 Euro, wird jedes Jahr vergeben – laut DGHS für »herausragende Beiträge« in Presse, Hörfunk und TV. Zu den seit 2001 Geehrten gehören JournalistInnen diverser einflussreicher Medien, darunter Richard Herzinger und Martin Spiewak von der ZEIT und Beate Lakotta vom SPIEGEL. Im November 2010 vergab die DGHS außerdem einen Sonderpreis: »Die goldene Lebensuhr« erhielt der Berliner Chefarzt Michael de Ridder für sein Buch »Wie wollen wir sterben?« In ihrer Laudatio auf de Ridder, der seit Jahren für ärztliche Suizidbeihilfe plädiert, freute sich DGHS-Präsidentin Elke Baezner: »Nicht nur in unseren eigenen Reihen, sondern auch in den Medien hat Ihre Insider-Sicht als Notfall-Arzt eine ungeheure öffentliche Debatte ausgelöst.« De Ridder bedankte sich sehr, für ihn sei der DGHS-Preis eine »Ermutigung, auf einem Weg weiterzugehen, der nicht immer ganz leicht ist«. Als Vorsitzende der Jury fungierte übrigens die – bereits 2009 von der DGHS ausgezeichnete – SPIEGEL-Redakteurin Beate Lakotta.

BÄK-Grundsätze zur Sterbebegleitung

Bedenkliche Orientierung für MedizinerInnen

Der Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) agiert merkwürdig: Einerseits beantragte er beim Kieler Ärztetag Anfang Juni mit Erfolg, ärztliche Beihilfe bei der Selbsttötung ausdrücklich im § 16 (Muster-)Berufsordnung (MBO) zu verbieten. Andererseits weigerten sich die BÄK-Präsidenten ausdrücklich, die BÄK-Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung vom Februar 2011 an die neue MBO-Regel anzupassen.

Zwecks »Klarstellung« hatten gleich zwei Anträge von Ärztetagsdelegierten übereinstimmend gefordert, in die Grundsätze wieder hineinzuschreiben, dass die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung »dem ärztlichen Ethos widerspricht«. Über beide Anträge wurde beim Ärztetag jedoch nicht entschieden, sie wurden statt dessen »zur weiteren Beratung« an den BÄK-Vorstand überwiesen.

Es gibt weitere, bedenkliche Passagen in den Grundsätzen, die man sehr genau lesen und dringend – über Ärztekammern hinaus – öffentlich diskutieren sollte, etwa das Kapitel »Verhalten bei Patienten mit infauster Prognose« (Wortlaut siehe Randbemerkung). Die dort gewählten Formulierungen, mit dem eher unscheinbaren, hier aber sehr wichtigen Wort »oder« ermöglichen es prinzipiell, Therapien nicht nur einvernehmlich, sondern ausdrücklich auch gegen den Willen bestimmter PatientInnen abzubrechen oder gar nicht erst zu beginnen.

Verweigerung von Behandlungen soll gemäß Sterbebegleitungsgrundsätzen legitim und sogar »geboten« sein, wenn zwei Voraussetzungen erfüllt sind: Erstens muss der behandelnde Arzt glauben, dass ein Kranker »in absehbarer Zeit« sterben wird. Der Begriff »absehbar« ist nicht definiert – bezieht sich diese Prognose auf zu erwartende Lebensstage, auf Wochen, Monate oder womöglich noch längere Zeiträume? Zweite Bedingung ist, dass »lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern würden«. Die BÄK-Grundsätze lassen offen, welche Leiden es denn sind, die einen lebensverkürzenden Therapieabbruch für »geboten« erscheinen lassen. Und sie sagen auch nicht, wer ermächtigt ist zu beurtei-

len, dass ein Kranker leidet – der Patient selbst, seine Angehörigen, der behandelnde Arzt?

Manche Menschen, die jetzt an ihren vertrauten Arzt denken mögen, werden so kritische Anfragen vielleicht irritierend oder unangemessen finden. Beim Nachdenken über das vornehmlich von JuristInnen inspirierte Thema »Änderung des Behandlungsziels« sind aber auch die institutionellen und politischen Rahmenbedingungen zu berücksichtigen: ÄrztInnen und Pflegende in Krankenhäusern klagen seit Jahren zurecht über chronische Arbeitsüberlastung und Klinikfallpauschalen. Und im Verteilungskampf um Geld im Gesundheitswesen mehren sich die Stimmen von ÖkonomInnen und auch BÄK-Vorständlern, die dafür eintreten, medizinische Leistungen zu »priorisieren«, also bei begrenzten Ressourcen nach Rangfolge der Dringlichkeit zu gewähren. Die Behandlung »am Lebensende« haben sie bei solchen Überlegungen durchaus im Blick, man erinnert sich an gesundheitsökonomische Studien, die vorrechneten, dass die letzten beiden Jahre vor dem Tod eines Menschen in der Regel die teuersten in seinem Leben seien.

Die reformierten BÄK-Grundsätze enthalten auch neue Empfehlungen für den Umgang mit Minderjährigen. Anzuerkennen sei, meinen die AutorInnen, »dass schwerstkranke Kinder oder Jugendliche oft einen frühen Reifungsprozess

durchmachen«. Aufgrund ihrer Erfahrungen mit vorhergegangenen Behandlungen und deren Folgen könnten sie »ein hohes Maß an Entscheidungskompetenz erlangen«.

Die Schlüsse, die aus früher Reife gezogen werden, können zu endgültigen Folgen führen: Seien Minderjährige

erst einmal in der Lage, Bedeutung und Tragweite einer ärztlichen Maßnahme zu verstehen und zu beurteilen, stehe ihnen grundsätzlich ein »Vetorecht« gegen die Durchführung der empfohlenen Therapie zu – und zwar auch dann, wenn die Sorgeberechtigten in diese einwilligen wollen. Von der Fähigkeit zur selbstbestimmten Entscheidung könne nach Lesart der BÄK-Grundsätze zur Sterbebegleitung »ab einem Alter von 16 Jahren regelmäßig ausgegangen werden«.

So verstandene Autonomie kann zu ernststen Konflikten in Familien führen, das ist den BeraterInnen der Bundesärztekammer wohl bewusst. Wenn sich der minderjährige Patient und dessen sorgeberechtigten Eltern über die medizinische Behandlung nicht einigen können, »muss eine familiengerichtliche (Eil-)Entscheidung eingeholt werden«, stellen die BÄK-Grundsätze lakonisch fest.

Klaus-Peter Görlitzer

Änderung des Behandlungsziels

»Bei Patienten, die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden, ist eine Änderung des Behandlungszieles geboten, wenn lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern würden oder [Hervorhebung durch BIOSKOP-Redaktion] die Änderung des Behandlungsziels dem Willen des Patienten entspricht. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung tritt dann die palliativmedizinische Versorgung einschließlich pflegerischer Maßnahmen.«

aus den Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, veröffentlicht am 18. Februar 2011 im *Deutschen Ärzteblatt*. Zitiert haben wir den Wortlaut des Abschnittes II, der vorgibt, wie ÄrztInnen sich »bei Patienten mit infauster Prognose« verhalten sollen.

Veweiherung und Abbruch von Therapien auch gegen den Willen bestimmter PatientInnen.

Anordnungen in Altenheimen

Brisantes Projekt »beizeiten begleiten« nennt erste Zahlen

Das Modellprojekt mit dem markenrechtlich geschützten Namen »beizeiten begleiten« (Siehe BIOSKOP Nr. 49) bezweckt, Vorabverfügungen in Altenheimen zu verbreiten. Die MacherInnen hoffen, dass ihr Konzept perspektivisch von den Krankenkassen bezahlt wird. Die Auswertung steht noch aus, einige Zahlen gibt es aber schon.

Der Allgemeinmediziner Jürgen in der Schmittens von der Universität Düsseldorf ist derzeit ein gefragter Redner. Für den 21. Juni hatte ihn die Ärztekammer Nordrhein eingeladen, Ende September spricht er bei der Jahrestagung der Akademie für Ethik in der Medizin, und am 19. Oktober bildet er Heimleitungen und Pflegende an der Caritas-Akademie Köln-Hohenlind fort. Die Überschriften wechseln: Mal wird die »Patientenverfügung auf neuen Wegen« angekündigt, mal heißt die Frage des Tages: »Soll ich jetzt den Notarzt rufen?« Aber in der Schmittens Thema ist stets dasselbe: Er wirbt für die Verbreitung des vom Bundesforschungsministerium (BMBF) finanzierten Modellprojekts »beizeiten begleiten«, das er als wissenschaftlicher Leiter koordiniert.

Neuartige »Vertreterverfügung«

Ziel ist es, PflegeheimbewohnerInnen und deren rechtliche VertreterInnen mittels spezieller Beratung zu bewegen, schriftliche Voraussetzungen zur medizinischen Behandlung zu verfassen. Dabei wurde in vier Altenheimen des Modellgebiets Grevenbroich seit Frühjahr 2009 auch ein neues, brisantes Instrument eingesetzt, das in keinem deutschen Gesetz steht: die so genannte Vertreterverfügung, erfunden von in der Schmittens persönlich. Bevollmächtigte und BetreuerInnen von Menschen mit Demenz werden gebeten, die mutmaßlichen Wünsche 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.

»Größtenteils positive Rückmeldungen auf unser Projekt« habe er erhalten, wurde in der Schmittens im Mai vom Newsletter zur Gesundheitsforschung zitiert, den der Projektfinanzier BMBF herausgibt. Mitgeteilt wird dort auch kurz, was BIOSKOP-LeserInnen schon im Juni 2010 (Siehe Nr. 50) ausführlicher erfahren haben: »Doch es gab auch kritische Stimmen«, meldet

der BMBF-newsletter, »eine Hausarztpraxis und eines der vier Seniorenheime haben das Projekt nach einigen Monaten verlassen.«

Die Datenerhebung wurde im Juli 2010 abgeschlossen, die Auswertung laufe noch, Ergebnisse sollen in diesem Jahr veröffentlicht werden. Vorläufige Zahlen nennen die MacherInnen bereits zum Umgang mit einem weiteren Papier, der »Hausärztlichen Anordnung für den Notfall (HANNo)«. Den Inhalt dieses Dokuments, das im Grevenbroicher Modellgebiet erprobt wird, müssen sowohl Heimbewohner und/oder Angehörige als auch Hausarzt und Berater unterschreiben.

Das Papier, gedacht als Ergänzung zur Patientenverfügung bei plötzlich auftretenden Notfällen, lässt sechs Ankreuzmöglichkeiten zu. Variante A fordert »Uneingeschränkte Notfall- und Intensivtherapie mit dem Ziel der Lebensverlängerung, einschließlich Herz-Lungen-Wiederbelebung«, Variante C schließt im Notfall jede »lebensverlängernde Therapie« aus – sowohl stationär als auch ambulant. Die B-Alternativen listen Vorabverzicht auf bestimmte »lebensverlängernde Therapien« zum Auswählen auf, wobei die Herz-Lungen-Wiederbelebung stets ausgeschlossen wird.

57 solcher HANNos haben die beizeiten-begleiten-MacherInnen analysiert. Sieben Papiere waren falsch ausgefüllt. 21 HANNos hatten HeimbewohnerInnen selbst unterschrieben, 27 waren von gesetzlichen VertreterInnen ausgefüllt worden, deren Schutzbefohlene sich also schon nicht mehr persönlich erklären konnten. In der Schmittens und KollegInnen bilanzieren: »In 31 der 50 HANNos wurde eine lebensverlängernde Therapie grundsätzlich (mit unterschiedlichen Einschränkungen) zugelassen.« In den übrigen 19 ausgewerteten Erklärungen sei auf jegliche Therapie vorab verzichtet worden.

Geschulte HeimmitarbeiterInnen

Und was halten beteiligte Pflegekräfte von diesem Vorgehen? Viel, sofern man der wissenschaftlichen Auswertung glauben darf: »Bei der Befragung von im Projekt geschulten Heimmitarbeitern befürworteten acht von neun Antwortenden die künftige Verwendung von HANNos im eigenen Heim«, schreiben in der Schmittens und KollegInnen. Und gebilligt hätten sie auch, was »beizeiten begleiten« perspektivisch anstrebt: die deutschlandweite Einführung von HANNos in Altenheimen.

Klaus-Peter Görlitzer

Roter Punkt auf dem Bett

»Das Pilotprojekt »beizeiten begleiten« testet Patientenverfügungen in drei Seniorenheimen. Dort verrät zum Beispiel ein roter Punkt auf dem Bett einer Patientin, dass Ärzte nur Schmerzen lindern, nicht aber ihr Leben verlängern dürfen. Nur wenn sich die Patientin noch anders äußert, dürfen die Ärzte sie retten.« aus einer Pressemitteilung der Stiftung Warentest vom 18. Januar 2011. Die Stiftung machte damit auf das Februar-Heft der Zeitschrift *Finanztest* aufmerksam, das auch über Patientenverfügungen berichtete.

Persönlicher Arbeitsbogen

AOK-»Entscheidungshilfe« zur »Künstlichen Ernährung im Alter«

Der Bundesverband der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) bietet einen neuen Ratgeber an. Zielgruppe sind Angehörige, Betreuer und Pflegende, die an Stelle eines Patienten entscheiden, ob er per Magensonde ernährt werden soll oder nicht.

Es gibt viele Papiere, die Menschen motivieren sollen, weit vor einer konkreten Krankheits-situation Patientenverfügungen zu verfassen. Dennoch: Meist sind es Angehörige, BetreuerInnen und medizinisches Fachpersonal, die letztlich mutmaßen, was Kranke und Betagte in einer bestimmten Situation wohl wollen würden.

Genau an diese richtet sich die neue, 28-seitige AOK-Broschüre »Künstliche Ernährung im Alter«, die Pflegewissenschaftlerinnen der Universität Witten/Herdecke unter Projektleitung von Prof. Sabine Bartholomeyczik geschrieben haben. Der Ton wirkt sachlich. Informiert wird über Ernährungsprobleme und ihre Ursachen. Dabei wird auf Schluckstörungen ebenso hingewiesen wie auf Mangel an Zeit und Hilfe. Man erfährt, dass Lieblingsspeisen, in familiärer Atmosphäre sinnlich angerichtet und in Ruhe gegessen, Abhilfe schaffen können. Wie das im Altenheim oder bei mehrfachbelasteten Angehörigen unter den Konditionen der Pflegeversicherung praktisch möglich ist, bleibt indes unbeantwortet.

Bei einem Menschen eine PEG (Magensonde) legen zu lassen oder nicht, das kann dramatisch und schwierig sein, falsch, richtig, unberechtigt, nötig oder unbeantwortbar. Eines ist dies perspektivisch ganz gewiss: eine Entscheidung über Leben und Tod. Verbindliche Erklärungen sind politisch erwünscht, seitdem der Gesetzgeber 2009 das Betreuungsrecht reformiert und Patientenverfügungen anerkannt hat.

Zum politischen Rahmen schweigen die von der AOK beauftragten Autorinnen. Vielmehr bieten sie einen »persönlichen Arbeitsbogen« für Angehörige mit Entscheidungspfaden an, die teils mit unscharfen Begriffen wie »Lebensqualität« und bioethischen Nutzenkalkülen gespickt sind. Aus den Antworten soll sich dann die (vermeintlich) »beste«, die individuelle Lösung ergeben: »Was dient Ihrer Meinung nach dem Wohl Ihres Angehörigen am meisten? Eine PEG-Anlage oder eine rein unterstützende Pflege?«

Orientierende Fragen dazu sind zum Beispiel: »Wird die Ernährungssonde die Lebensqualität (LQ) akzeptabel verbessern« oder »eine geringe LQ verlängern?« (Siehe Randbemerkung) Als Zusatzinformationen findet man in der

Broschüre Kategorisierungen: »Medizinisch unstrittig« sei das Anlegen einer PEG bei voraussichtlich besserungsfähigen PatientInnen, zum Beispiel nach Schlaganfällen, nicht aber bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz. Dazu der rechtliche Hinweis: »Übersteigt der Schaden den möglichen Nutzen oder entspricht die Maßnahme nicht mehr dem mutmaßlichen Willen, gibt es keine ethischen oder juristischen Gründe, die Sonde weiter einzusetzen« – oder überhaupt erst zu legen.

Angehörige, womöglich ohne medizinische Vorbildung, werden aufgefordert, Prognosen zu wagen: »Ist es wahrscheinlich, dass sich das zugrunde liegende Ernährungsproblem durch eine PEG bessert?« Und: »Wird Ihr Angehöriger auf eine liegende Sonde möglicherweise mit Unruhe reagieren?« Angeben soll man auch, ob man »Angst« vor einer falschen Entscheidung habe und Konflikte zwischen eigenen Einstellungen und jenen des Kranken spüre. Auch die Frage nach Existenz einer Patientenverfügung fehlt nicht.

Rechtskonform und subjektiv?

Wie immer auch Wahrscheinlichkeiten zur Besserung eingeschätzt werden, eines stellt die Broschüre von vorneherein klar: »Es sind die Wünsche Ihres Angehörigen, die respektiert werden müssen, auch wenn Sie nicht damit einverstanden sind.« Was aber tun, wenn man nach Durcharbeiten des AOK-Bogens immer noch nicht weiß, wo auf der vorgegebenen Skala zwischen »eher PEG-Anlage« und »eher nur unterstützende Pflege« (unausgesprochen also zum Tode führender Behandlungsverzicht) der Strich zu ziehen ist? Die AOK gibt Hinweise: »Kompetente Hilfe« böten eine »Ethikberatung«, und bei Konflikten müsse eben das Betreuungsgericht entscheiden.

Der angebotene Entscheidungspfad suggeriert konfliktarme »Lösungen«, die rechtskonform sind, Abläufe in Heimen und Kliniken nicht weiter stören und Verfahrenssicherheit am Lebensende herstellen. Umgebungsbedingungen wie schlechte Pflege, Armut, Überlastung Angehöriger, familiäre Konflikte kommen in der AOK-Broschüre nicht zur Sprache – und schon gar nicht Vorschläge, was die Beteiligten, die Krankenkasse inklusive, hier besser machen können. Dass die AOK obendrein auf gesellschaftlich eingübte Denkmuster wie (geringe) »Lebensqualität« abstellt, ohne diese zu problematisieren, ist mindestens fahrlässig.

Erika Feyrabend 

»Lebensqualität« einschätzen

»Wie wird die Ernährungs-sonde die Lebensqualität (LQ) beeinflussen? Wie war die LQ in den vergangenen drei Monaten? Wird die Sonde die LQ akzeptabel verbessern? Wird die Sonde eine geringe LQ verlängern?« Fragen aus dem »persönlichen Arbeitsbogen« zur künstlichen Ernährung, den der AOK-Bundesverband als »Entscheidungshilfe« für Angehörige kranker, alter Menschen im Internet zum Download bereithält. Zur Beurteilung der Lebensqualität »Ihres Angehörigen« gibt die AOK vier Alternativen zum Ankreuzen vor: »gut«, »angemessen«, »schlecht«, »weiß nicht«. Zu den Fragen, ob die Ernährungs-sonde »die LQ akzeptabel verbessern oder ob sie »eine geringe LQ verlängern« werde, sollen Angehörige sich zwischen drei Varianten entscheiden: »wahrscheinlich ja«, »wahrscheinlich nein«, »weiß nicht«.

»Wir brauchen mehr Pflegepersonal!«

Am 9. Juli sollen tausende Pflegekräfte in Köln auf die Straße gehen. »Unsere Arbeit belastet sehr und macht krank«, heißt es im Demonstrationsaufruf der »Initiative für menschenwürdige Pflege«; der Abbau von 50.000 Stellen müsse rückgängig gemacht und die Pflegenden »angemessen«, nämlich besser bezahlt werden. Verantwortlich für die »Unterfinanzierung« von Kliniken, Rehazentren und Pflegeheimen sei der Bundesgesetzgeber in Berlin.

Der Personalmangel gefährde auch die PatientInnen, warnt die Initiative, hinter der dutzende Betriebs- und Personalräte in Nordrhein-Westfalen stehen. Eine Umfrage der Initiative in neun Akutkrankenhäusern und psychiatrischen Einrichtungen im Raum Köln/Bonn hatte Anfang 2009 Alarmierendes ergeben – Auszüge: Nur 17,3 % der antwortenden 928 Pflegenden können sicherstellen, dass auf Schmerzen schnell reagiert wird. Weniger als jede/r Dritte gab an, sofort zu bemerken, wenn ein Kranker aus dem Bett fällt. Über ein Viertel der Befragten räumten häufige oder regelmäßige Fehler bei der Medikation ein, mehr als 30 % sagten, dass PatientInnen häufig oder regelmäßig unbemerkt oder allein versterben.

Die Kölner Demo beginnt am **9. Juli um 11 Uhr** am LVR-Turm Hohenzollernbrücke, um 12 Uhr folgt eine Kundgebung am Neumarkt. Weitere Informationen im Internet: www.menschenwuerdigepflege.de



Polizeiliche DNA-Datenbanken

»Langfristig auflösen«

Sabine Leutheusser-Schnarrenberger war am Tag des Grundgesetzes zwar nicht zu sehen, aber die Botschaft ist angekommen: »DNA-Sammelwut stoppen!« steht über dem »Offenen Brief«, den Aktive des Gen-ethischen Netzwerkes (GeN) dem Bundesministerium der Justiz am 23. Mai übergaben. Der vom GeN initiierte Appell, unterschrieben auch von BioSkop und weiteren Organisationen, richtet sich gegen die Ausweitung polizeilicher DNA-Datenbanken und deren zunehmende, internationale Vernetzung. In den Computern des Bundeskriminalamtes sollen derzeit über 700.000 DNA-Personen-Profile zentral gespeichert und abrufbar sein. Der Gesetzgeber hat die massenhafte Erfassung bewusst ermöglicht. Denn seit 2005 dürfen Genprofile Beschuldigter auch bei Bagatelldelikten gespeichert werden, wenn sie als Wiederholungstaten gelten.

Kurzfristig fordern die UnterzeichnerInnen des Appells, das Gesetz zu korrigieren und die Speicherung von DNA-Profilen »in enge Schranken« zu verweisen. Notwendig seien zudem klare Vorschriften zur Löschung der Datensätze sowie regelmäßige, unabhängige Kontrollen. »Langfristig«, so der Offene Brief, »müssen polizeiliche DNA-Datenbanken aufgelöst werden.« Die liberale Justizministerin, die gern über Persönlichkeitsrechte redet, schweigt bisher.

Den Offenen Brief kann jede/r unterzeichnen! Erhältlich mit weiteren Kampagneninfos beim Gen-ethischen Netzwerk (Telefon 030/6857073) sowie im Internet: www.fingerwegvonmeinerDNA.de



Ob zur Diagnostik, vor einer Operation, für klinische Studien oder Gentests – stets werden Körperstoffe wie Blut und Gewebe benötigt. Was vielen PatientInnen nicht klar ist: Entnommene Proben werden oft auch für wissenschaftliche und kommerzielle Zwecke weiter genutzt. Die BioSkop-Kampagne »Biobanken? Nicht mit uns!« will für Transparenz sorgen und den zivilen Ungehorsam stärken.

Machen Sie mit: Schreiben Sie an Kliniken und Labore, fragen Sie Ihre ÄrztInnen! Lassen Sie sich über den Verbleib entnommener Körperstoffe aufklären! Verlangen Sie die Aushändigung der Proben und gespeicherten Daten oder deren sofortige Vernichtung! Beim Formulieren Ihrer Anfragen helfen wir gern, Musterbriefe und weitere Informationen stehen auch im Internet: www.bioskop-forum.de

Grundsätzlich wichtige Klage

Was darf die Öffentlichkeit über gemeinsame Forschungsprojekte von Universitäten und privaten Firmen erfahren? Gelten Verträge zwischen solchen Partnern wirklich als Geschäftsgeheimnis? Diese Fragen beschäftigen nun das Verwaltungsgericht Köln. Denn im Mai hat die Coordination gegen Bayer-Gefahren (CBG) die Klage eingereicht, die sie bereits vor Monaten (Siehe BIOSKOP Nr. 51) angekündigt hatte. Die CBG will Einsicht erhalten in den Kooperationsvertrag, den die Kölner Universität mit der Bayer Healthcare AG geschlossen hatte. Diese »bevorzugte Partnerschaft«, bei der es um »Entwicklung und klinische Testung neuer Substanzen« in Bereichen wie Onkologie und Neurologie geht, war zunächst in BIOSKOP problematisiert worden – »Ein Modell für Deutschland?« fragten wir im Juni 2008.

Philipp Mimkes von der CBG hält die Klage »für grundsätzlich wichtig, damit Ärzte und

Pharmakologen auch künftig unabhängig forschen können«. Denn »immer häufiger«, so Mimkes, »werden pharmakologische Studien vom Design, über die Auswertung bis hin zur Publikation von der Industrie kontrolliert« – und »negative Studienergebnisse verschwinden regelmäßig in der Schublade«. Eine aus Steuergeldern finanzierte Einrichtung wie die Uni Köln »muss der öffentlichen Kontrolle unterliegen«, meint die CBG.

Zwar geben sich Uni und Bayer überzeugt, dass ihre Geheimhaltung rechtens sei. Doch die Klage für Transparenz ist keineswegs aussichtslos, man ahnt dies spätestens seit Juni 2010: Damals hatte die von der CBG eingeschaltete NRW-Datenschutzbehörde festgestellt, dass der Kooperationsvertrag »nach derzeitigem Erkenntnisstand offenzulegen« sein dürfte. Nun ist das Verwaltungsgericht in Köln am Zug – interessiert beobachtet von Universitäten und Firmen der gesamten Republik.



Das Organe spendende Geschlecht?

Mona Motakef (Duisburg/Bremen), Sozialwissenschaftlerin im Arbeitsbereich für Soziale Ungleichheit und Geschlecht der Universität Duisburg-Essen

Frauen, Männer, Vermutungen

Die Techniker Krankenkasse (TK), deren Chef Norbert Klusen selbst mit der Leber eines »Hirntoten« lebt (Siehe BIOSKOP Nr. 52), hat einen neuen »Medienservice« publiziert. Das Info-Paket zählt 49 Seiten, mittendrin liest man ein Interview mit Prof. Klusen persönlich: »Es ist verwerflich«, sagt der TK-Chef, »mögliche Organspender nicht zu melden, wir beerdigen hier Lebenschancen.«

Die TK nennt Deutschland ein »Entwicklungsland« in Sachen Organspende. Und sie sieht viel Bedarf zur »Aufklärung«, insbesondere bei Klusens Geschlechtsgenossen. In einer Umfrage des Instituts Forsa, bezahlt von der TK, hatten 40 Prozent der Männer angegeben, sich »noch nicht ausreichend« mit dem Thema beschäftigt zu haben, meldet die Kasse. Ihr Mitarbeiter Bruno Kollhorst, dem vor Jahren ein fremdes Herz übertragen worden war, vermutet: »Frauen setzen sich generell deutlich mehr mit dem Thema Gesundheit auseinander und machen sich deshalb vermutlich auch über eine potenzielle Organspende mehr Gedanken als die Männer.«

Einem gesunden Menschen eine Niere oder ein Stück der Leber zu entnehmen, um sie einem Kranken zu transplantieren, widerspricht dem medizinischen Gebot des Nichtschadens. ÄrztInnen sollen die Integrität des Körpers ja schützen und nicht gefährden. Die gängige Lebendspende-Praxis wirft aber nicht nur ethische Fragen auf – sondern auch geschlechterpolitische.

Lebendorganspenden sollen gemäß Transplantationsgesetz die Ausnahme sein. Dennoch nehmen sie stetig zu: 21,6 Prozent (%) der Nieren, die 2009 in Deutschland verpflanzt wurden, stammten von gesunden SpenderInnen, 2001 waren es noch 15,6%. Es fällt auf, dass vor allem Frauen Organe geben und Männer Organe nehmen. In Deutschland beträgt der Prozentsatz von Frauen unter den LebendspenderInnen 61 %, in Großbritannien 53 % und in der Schweiz 65 %. Der Anteil von Frauen, denen ein Organ eines Lebenden eingepflanzt wird, liegt dagegen in Deutschland bei 35 %, in Großbritannien bei 37 % und in der Schweiz 36 %.

Wenn gesunde Frauen sich Nieren oder Leberstücke herausoperieren lassen, sind es vor allem Mütter, die an ihre Kinder spenden oder Ehefrauen an ihre Männer. Dieses Muster, demzufolge Frauen spenden und Männer Organe empfangen, zeigt sich über einen langen Zeitraum und gilt nahezu in allen Ländern, in denen transplantiert wird. Mit einer Ausnahme: Im Iran ist das Geschlechterverhältnis umgekehrt.

Allerdings ist der Iran auch das einzige Land, in dem es einen legalen Organhandel gibt. Seit 1999 gilt dort die Warteliste als abgeschafft. Wer sein Organ verkaufen möchte, erhält etwa 900 Euro vom Staat plus Entschädigungszahlung oder ein Geschenk von Käufer oder Käuferin. So verwundert es auch nicht, dass eine große Mehrheit, nämlich 84 % aller OrganverkäuferInnen, ziemlich arm sind.

Die iranische Regelung ist fragwürdig. Ohne den Organhandel befürworten zu wollen, stellt sich mir aber die Frage, ob Kommerzialisierungsverbote wie in Deutschland nicht auch als eine indirekte Diskriminierung von Frauen gesehen werden können? Zugespielt formuliert: Ist ein regulierter Organhandel wie im Iran nicht

auch eine Strategie, verletzte Spenderinnen vor ihrer eigenen Selbstlosigkeit zu schützen?

Warum lassen sich Frauen ihre Organe eher häufig entnehmen und Männer eher selten? In der Forschung gibt es eine Reihe von Vermutungen. Ein zentraler Grund wird darin gesehen, dass Familien vermeiden wollen, dass diejenige Person spendet, die für die finanzielle Sicherung der Familie verantwortlich ist. Häufig sind dies, auch heute noch, überwiegend Männer. In dieser ökonomischen Logik ist der Ausfall des männlichen Familienernährers schwerer zu verkraften als der Ausfall der Frau – also hat die Gesundheit des Mannes Vorrang. Zudem wird vermutet, dass sich Frauen und Männer im Entscheidungsverhalten unterscheiden.

Dies hat allerdings weniger damit zu tun, dass Frauen per se selbstloser als Männer sind. Die Geschlechterforscherin Judith Lorber hat vielmehr gezeigt, dass die traditionelle Rollenerwartung an Frauen, vor allem als Mütter oder Ehefrauen, mit einem hohen Maß an Aufopferung für die Familie einhergeht. Gemäß dieser Lesart sehen Frauen in einer Organspende eine Ausweitung ihrer familiären Pflicht. Werden sie gefragt, warum sie spenden, führen auch sie eher altruistische Motive auf, während Männer die Organgabe eher als einen heroischen Akt, also eine herausstehende Tat, beschreiben.

Die vergleichsweise geringe Spendebereitschaft von Männern leitet die Geschlechterforscherin aus einem Konzept von Männlichkeit ab, zu dem körperliche Unversehrtheit und Unverletzbarkeit

gehören. Wie bei einem verwundeten Soldaten könne die Verletzung, der Eingriff in die Integrität des Körpers, gescheiterte Männlichkeit symbolisieren. Vermutlich bedeute eine Lebendorganspende für Männer eine geringere Position im Geschlechterverhältnis, während hingegen Frauen durch die Organspende eine Bestätigung von Weiblichkeit und Mütterlichkeit erfahren könnten.

Die Anthropologinnen Sharon R. Kaufman, Ann J. Russ und Janet K. Shim erforschten Fälle in Kalifornien, bei denen Erwachsene Körperteile an ihre über 65 Jahre alten Eltern spendeten. Mit der 2006 veröffentlichten Studie fanden sie heraus, dass Organspenden an die Eltern als selbstverständlicher Ausdruck kindlicher Liebe bewertet wurden. Hier lässt sich zeigen, dass die Entscheidung pro Organspende mit einem Familienideal in Verbindung gebracht wird, das auf der Idee gegenseitiger Hilfe innerhalb der Familie basiert. Das Gebot der familiären Unterstützung macht damit vor den Grenzen des Körpers nicht halt. Die Organspende wird zum

Das Muster, demzufolge Frauen spenden und Männer Organe empfangen, gilt in fast allen Ländern.

ExpertInnen-Anhörung mit Hirntod?

Die Führungskräfte von Union und SPD sind sich im Kern längst einig: Sie wollen die BürgerInnen auffordern, ihre Haltung zur Organspende im Falle ihres Hirntodes zu dokumentieren und entsprechend das Transplantationsgesetz ändern. Reformanträge liegen längst in den Schubladen, Anfang Juli sollen sie in den Bundestag eingebracht werden. Vorher befragt der Gesundheitsausschuss noch diverse Fachleute. Werden sie sich trauen, auch Zweifel am Hirntod-Konzept anzusprechen?

Am 29. Juni sind 16 Sachverständige nach Berlin geladen, aber in der ExpertInnenliste fehlt ein relevanter Name: Sabine Müller, Physikerin und Ethikerin vom Berliner Uniklinikum Charité, wird nicht angehört. Dabei war es Müller, die im März 2010 im Fachblatt *Ethik in der Medizin* den Aufsatz »Revival der Hirntod-Debatte« veröffentlichte und darin mutig auf den Punkt brachte, was in Fachkreisen seit Jahren erörtert wird: Die biologische Begründung des Hirntodes, schrieb Müller, sei »empirisch widerlegt«, außerdem müsse die Hirntoddiagnostik verbessert werden. Müller stützt sich auf neuere Studien zu Hirntoten und ein Ende 2008 publiziertes Weißbuch des US-amerikanischen President's Council on Bioethics (Siehe BIOSKOP Nr. 51).

Gefragt ist bei der Berliner Anhörung dagegen Professor Heinz Angstwurm. Der Gautinger Neurologe und Psychiater hat die seit 1998 geltenden Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) zur Feststellung des Hirntodes maßgeblich geprägt. Die BÄK ist verpflichtet, ihre Richtlinien am Stand der Wissenschaft auszurichten; zu den empirisch begründeten Zweifeln am Hirntod schweigt sie jedoch beharrlich. Ob und was BÄK-Berater Angstwurm dazu ein-

fällt, wird man sehen – der Ärztetag hat ihm demonstrativ den Rücken gestärkt: Für seine »Verdienste zum Thema Hirntod« und seine Akzeptanzförderung der Organspende erhielt der 75-jährige Angstwurm am 31. Mai die begehrte Paracelsus-Medaille.

Kritisches zum »Hirntod« könnten die Politiker am 29. Juni aber trotzdem hören. Etwa von der Sachverständigen Alexandra Manzei. Die Soziologieprofessorin aus Darmstadt hatte wiederholt festgestellt, dass das Hirntodkriterium umstritten sei. Dies meldete jüngst auch die *FAZ*, anlässlich des »Tages der Organspende«, in ihrem anschaulichen Artikel: »Die Debatte über den Hirntod ist noch nicht beendet«.

Den GastgeberInnen der Anhörung geht es indes vor allem um Zuspruch für ihren Polit-Plan, so etwas wie eine Pflicht zum Sich-Bekennen ins Gesetz zu schreiben. Details stehen noch nicht fest und werden wohl erst im Juli bekannt, aber die Richtung hatte Unionsfraktionschef Volker Kauder am 4. Juni in einem »Gastbeitrag« für *Spiegel Online* klargemacht: Jeder Bürger müsse sich mindestens einmal im Leben für oder gegen eine Organspende entscheiden, zum Beispiel beim Erwerb des Führerscheins oder beim Beantragen von Personalausweis oder Reisepass. SPD-Oppositionsführer Frank-Walter Steinmeier ist im Prinzip einverstanden und kann sich sogar vorstellen, das Ja oder Nein zur Organspende in einem zentralen Register speichern zu lassen.

Die meisten ExpertInnen werden die Reformpläne am 29. Juni wohl gutheißen – aber beileibe nicht alle. Unter den 16 Geladenen sind mindestens drei Sachverständige, die zugemutete Entscheidungszwänge stets zurückgewiesen haben: Weyma Lübke (Philosophin), Ingrid Schneider (Politikwissenschaftlerin), Oliver Tolmein (Rechtsanwalt). Klaus-Peter Görlitzer ☉

Mit freundlicher Hilfe der Apotheken

Hätten Sie das gewusst: Der 9. Juni ist hierzulande »Tag der Apotheke«! Anlass für viele PharmazeutInnen, in diesem Jahr besonders selbstlos aufzutreten. Über 10.000 Apotheken boten ihren KundInnen »mehr als sieben Millionen« Organspendeausweise gratis an, teilte die Bundesvereinigung Deutscher Apotherverbände (ABDA) der Presse mit. Zum Hintergrund erläuterte ABDA, dass OrganempfängerInnen lebenslang Arzneimittel einnehmen müssen, die Immunreaktionen gegen das fremde Körperteil unterdrücken sollen. Doch die Annahme, dass sie sich »nach der oft langen Wartezeit« auf ein Organ besonders therapietreu verhielten, »stimmt leider nicht«, zitiert ABDA die Professorin Irene Krämer, Direktorin der Apotheke der Universitätsmedizin Mainz. Probleme könne man aber in den Griff kriegen – am besten mit Hilfe der Branche: »Studien zeigen«, versichert ABDA, »dass Transplantierte von einer pharmazeutischen Betreuung durch den Apotheker profitieren.«

- Symbol des familiären Zusammenhalts und der Dankbarkeit der Kinder an ihre Eltern.

Deutlich wird: Die Zustimmung zur Organspende entstand zwar nicht unter Zwang. Doch für Kinder muss es nahezu unmöglich erscheinen, ihren Eltern eine Organspende zu verweigern. Auch die US-amerikanischen Anthropologinnen Megan Crowley-Makota und Margaret Lock berichteten 2008 auf Grundlage von Interviews, die sie in Mexiko geführt hatten, dass die Organspenden zwischen Kindern und ihren Eltern als Ausdruck intakter Familienbeziehungen gelesen werden.

Gerade Mütter erklären, dass sie ihren Kindern bereits einmal das Leben geschenkt haben. Warum sollten sie ihnen nicht noch einmal Leben schenken? Umgekehrt argumentieren Kinder, insbesondere Frauen, dass sie keinen Grund

sehen, ihrer Mutter keine Niere zu spenden, da sie ihrer Mutter ihr Leben verdanken. Die Organe werden weder als objektivierte Transplantate noch als völlig fremde Organe konzipiert. Auch wenn sie mit dem Selbst der Spenderin oder des Spenders in Verbindung stehen, sind sie durch die Verwandtschaft mit dem Selbst des Empfängers oder der Empfängerin verknüpft.

An dieser Stelle offenbart sich: Organspenden von gesunden Menschen werden mit dem matriarchalen »Leben geben« verknüpft. Es wird deutlich, dass das bioethische Vokabular, das aus Begriffen wie Freiwilligkeit, Rationalität oder Autonomie besteht, nicht erfassen kann, woraus sich Familien, in denen Lebendorganspenden stattfinden, nicht entziehen können: der Wirksamkeit von Familien- und Geschlechternormen. ☉

Vorschau

Themen im September 2011

➤ **Schwerpunkt**

Ersatzteillager Mensch

➤ **Biobanken**

»Nationale Initiative«

➤ **Impfempfehlungen**

Unabhängige ExpertInnen?

Veranstaltungstipps

Do. 30. Juni, 17 – 19 Uhr

Berlin (Paritätischer Wohlfahrtsverband, Brandenburgische Str. 80)

➤ **Was brauchen PatientInnen, um informiert entscheiden zu können? Infoveranstaltung**

In der Theorie ist klar: Ein medizinischer Eingriff darf nur erfolgen, wenn der Patient zuvor informiert eingewilligt hat. Zur Praxis bemerkt die Koordinationsstelle im Berliner Haus der Krebs-Selbsthilfe: »Oft genug sind PatientInnen nicht in der Lage, eine ihren Bedürfnissen entsprechende Therapieentscheidung zu treffen, weil verständliche und transparente Erklärungen fehlen.« Wie gute »Risikommunikation« aussehen sollte, erläutern auf Einladung der Koordinationsstelle der Krebsarzt Philipp Klewe und Markus Feufel vom Max-Planck-Institut für Bildungsforschung.

Sa. 2. Juli, 9.15 Uhr

Berlin (Humboldt-Universität, HU-Kinosaal, Unter den Linden 6)

➤ **Getrübe Biotope Kongress**

Mit Vorträgen und Workshops beleuchtet die studentische Veranstaltung »menschenfeindliche Ökologie und Biopolitik«. Die Themenpalette reicht von »genetischer Diskriminierung« über »patentierte Biologie« bis zur »rechtsradikalen Kritik an der Agro-Gentechnik«. Zur Einstimmung läuft am Vorabend (1. Juli) ein Dokumentationsfilm. »Leben außer Kontrolle – Von Genfood und Designerbabies« ist ab 19.30 Uhr im HU-Ostflügel, Dorotheenstr. 17, zu sehen.

Fr. 16. Sept. 15.30 – Sa. 17. Sept, 17 Uhr

Bielefeld (Assapheum, Nazarethweg 4-7)

➤ **PharmaTopia – die Welt in 30 Jahren Tagung**

Seit 30 Jahren setzt sich die BUKO Pharma-Kampagne kritisch mit dem Arzneimittelmarkt in Nord und Süd auseinander. Ihre Fachtagung plus Geburtstagsfeier blickt nach vorn: »Wie stellen wir uns die Arzneimittelforschung der Zukunft vor? Welche Medikamente brauchen wir und welche Informationen über Arzneimittel sind nötig?« Zahlreiche ReferentInnen werden mit BUKO Wege für eine »bessere Arzneimittelversorgung für alle« suchen.

Infos und Anmeldung bei der BUKO Pharma-Kampagne, Telefon (0521) 60550

Fr. 16. Sept. – So. 18. Sept.

Bad Boll (Evangelische Akademie, Akademieweg 11)

➤ **Morbus GKV Tagung**

»Wie muss sich das Gesundheitssystem entwickeln, damit es heilsam wirken kann?«, fragt die Akademie Bad Boll. Sachverständige wie die Professoren Thomas Gerlinger und David Klemperer sollen ein »zukunftsfähiges Gesundheitssystem« vorstellen, in dem »Solidarität und soziale Verantwortung eine zentrale Rolle spielen.« »Kooperationspartner« der Tagung sind laut Akademie zwei Vertreter einer gesetzlichen Krankenkasse und einer Heilmittelfirma.

Infos und Anmeldung bei Frau Heinzmann, Telefon (07164) 79212

Lesetipps

Dörte Anderson: *Demenz und Überleitung zwischen Krankenhaus und Pflegeeinrichtung. Eine gesundheitswissenschaftliche Analyse.* Münster u.a. 2010 (LIT Verlag), 256 Seiten, 24,90 €

Komitee für Grundrechte und Demokratie (Hrsg.): *Digitalisierte Patienten – verkaufte Krankheiten. Elektronische Gesundheitskarte und die Kommerzialisierung des Gesundheitswesens.* Köln 2011, 192 S, 12 €. Bestellbar beim Grundrechte-Komitee, Telefon (0221) 9726930

Katharina Liebsch, Ulrike Manz (Hg): *Leben mit den Lebenswissenschaften. Wie wird biomedizinisches Wissen in Alltagspraxis übersetzt?* Bielefeld 2010 (transcript), 282 S., 28,80 €

Mona Motakef: *Körper Gabe. Ambivalente Ökonomien der Organspende.* Bielefeld 2011 (transcript), 268 S., 29,80 €

Karl-Heinz Pantke, Christine Kühn und Gudrun Mrosack (Hrsg.): *Ware Mensch. Jubiläumsausgabe 10 Jahre LIS e.V.* Berlin 2011, 110 S. Bestelladresse: LIS e.V. im Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH), Herzbergstr. 79, 10365 Berlin, Tel. (030) 34398975, pantkeli@arcord.de

Silja Samerski. *Die Entscheidungsfalle. Wie genetische Aufklärung die Gesellschaft entmündigt.* Darmstadt 2010 (Wissenschaftliche Buchgesellschaft), 192 S., 24,90 €

Ingrid Schneider. *Das Europäische Patentsystem. Wandel von Governance durch Parlamente und Zivilgesellschaft.* Frankfurt a.M. 2010 (Campus), 771 S., 82 €

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