

B I O S K O P

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

15. Jg. | Nr. 60 | Dezember 2012

Schwerpunkt Ethikkommissionen und klinische Studien

- 8 Bedenkliche Verordnung
- 9 Erfahrungen einer Patientenvertreterin
- 10 Pharmastudien außerhalb Europas
- 10 Nachfragen zur Recherche
- 11 Gericht billigt Geheimhaltung

Euthanasie

- 3 Streit um Suizidbeihilfe?

Transplantationsmedizin

- 4 Fachleute werben für Organentnahmen nach Herz-Kreislauf-Stillstand
- 6 Aktion: Organspende-Briefe unter der Lupe

Medizinische Leitlinien

- 7 Verbreitete Interessenkonflikte

Gewebe & Geschäfte

- 12 Leichenimporte aus Osteuropa gestoppt

Gesundheitsökonomie

- 14 Subtile Verhaltenssteuerung: Wie Chefärzte bezahlt werden

Außerdem

- 6 Spannendes Blog zur Pränataldiagnostik
- 13 *fragdenstaat.de*
- 3 BioSkop braucht Unterstützung!
- 16 Veranstaltungen
- 16 Wunschezettel
- 16 **BIO SKOP** im März 2013

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:

Ulrike Baureithel, Martina Keller.
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

Besorgte Zeitlichkeit

Erika Feyerabend

Die ARD-Themenwoche Woche »Leben mit dem Tod« liegt hinter uns. Das selbstgesetzte Ziel der herbstlichen Aktivitäten: »Der Schwerpunkt hilft, die Angst vor dem Tabu zu überwinden.« Zwischen Krimi und Tagesthemen talkte Günther Jauch über Leben und Tod. »Wie geht sterben?«, fragten Medienschaffende bei W wie Wissen. Exklusiv im Ersten gab es eine Sendung über »Schöner sterben«. Praktische Tipps für die Zeit vor dem Tod liefert die ARD-Homepage: Eine Vorsorgeliste mit Patientenverfügung und Vollmacht wird dort angeraten; mit mahnenden Worten wird aufgefordert, sich zeitig mit Organspende zu beschäftigen. Auch für die Zeit nach dem Tod wird im tätigen Leben Entscheidungsbedarf reklamiert: Bestattung in Sarg, Urne, Erde oder See.

Erfahren wir auf diese Weise mehr über das Sterben und den eigenen Tod, der ganz angstfrei Teil des Lebens werden könne? Der lange vergessene französische Philosoph Vladimir Jankélévitch bezweifelt solche Bewältigungsversuche und das Versprechen, angstfrei und »lösungsorientiert« der eigenen Sterblichkeit begegnen zu können.

Die vielen Methoden, Sterblichkeit wie Geburtenziffern oder Ehestand als unpersönliches soziales Phänomen zu erfassen, mit rationalen Überlegungen und Vorsorgeprogrammen auf eine vertragsähnliche Form bannen zu wollen, die Zeit nach dem Tod möglichst umfassend zu planen und von Bestattungsdienstleistern erledigen zu lassen, überwinden weder Angst, noch mildern sie das private Drama des Sterbens ab. All das sind Versuche, »den Tod zu bagatellisieren« und »aus dem völligen Zunichtwerden ein partikuläres Dahingehen, aus dem Geheimnis ein Problem und aus dem Skandal ein Gesetz« zu machen. Das Ereignis »Tod« übersteigt jedes Maß. Sterblichkeit ist zwar unser aller gemeinsames und absehbares Schicksal. Sie gehört aber dennoch »einer ganz anderen Ordnung an als die belanglosen Angelegenheiten der Zwischenzeit«.

Tatsächlich irgendwann einmal durch die »Falltür des Nicht-Seins« zu stürzen, ist mit noch so guten Ratschlägen nicht in ein Glück bringendes Schauspiel zu verwandeln. Allgemeine Aussagen, dass Menschen sterblich sind, besagen nichts über den eigenen Tod. Das Sterben der anderen widerfährt eben nicht mir. Die Trauer über den Tod eines Nahestehenden lässt die unvordenkliche *Tatsächlichkeit* des Todes erahnen – bleibt aber dennoch die eines anderen.

Bitte auf der nächsten Seite weiter lesen >

Fortsetzung von Seite 1 >

»Der Tod«

heißt das lesenswerte Hauptwerk des französischen Philosophen Vladimir Jankélévitch, auf das auch das nebenstehende Editorial wiederholt Bezug nimmt. Der Frankfurter Verlag Suhrkamp hat das 573 Seiten starke Buch 2005 erstmals in deutscher Sprache publiziert.

BioSkop braucht Unterstützung!

Sie sind herzlich eingeladen, bei BioSkop mitzumachen oder unsere Arbeit zu unterstützen! Wir sind auf Insider-Wissen aus Medizin und Gesundheitswesen angewiesen – und ebenso auf alltägliche Erfahrungen aus Kliniken, Pflegeeinrichtungen, als PatientIn, Pflegebedürftige/r oder Beschäftigte/r. Wir freuen uns über Tipps für unsere Recherchen, und Sie können auch selbst Texte für BIOSKOP oder unsere Homepage (www.bioskop-forum.de) beisteuern.

BioSkop ist unabhängig und gemeinnützig. Wir freuen uns über jede Spende und hoffen, die Zahl der Abonnements in 2013 spürbar zu steigern. Wollen Sie mit-helfen und BIOSKOP noch bekannter machen? Fordern Sie einfach Probehefte für FreundInnen und KollegInnen an! 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)

Besorgte Zeitlichkeit

Tiefgründig und bedenkenswert meint Vladimir Jankélévitch: Man kann noch so gut vorbereitet sein, ohne im übrigen genau zu wissen, worauf; der eigene Tod trifft jeden unverhofft zum ersten Mal – stets hilflos. Auch das Alter ändert daran nichts. Ebensovienig wie die vielen Aufforderungen: »Seid bereit!«, »Bedenke täglich, dass Du sterben wirst!«, »Trefte Vorsorge«. Letztlich bleibt der Verfallstag überraschend und per se zukünftig.

Erst »von dem Augenblick an, da der mortalıs (der Sterbliche) dem moriturus (dem Todgeweihten) und mehr noch dem morbundus (dem Sterbenden) den Platz überlässt«, können wir erkennen, dass der Tod keine »abstrakte Eventualität mehr, sondern das In-Erscheinung-Treten eines (tatsächlichen) Ereignisses ist«.

Tod und Sterben sind in den Medien nicht tabuisiert und in der öffentlich zugänglichen Ratgeberliteratur keineswegs verschwiegen. Vielmehr kursieren romantisch überhöhte und expertengestützte Ideale eines »gelungenen Sterbens«.

Auch wenn das gut gemeint sein mag: Werden damit Leistungsansprüche, die schon das berufliche und private Leben schwer machen, nicht auch ausge-dehnt auf die a priori unbegreifliche und unfassbare

Zeit des Sterbens? Steigern solche Ideale nicht ohnehin schwer aus der Welt zu schaffende Ängste – nämlich das eigene Ende womöglich auch noch zu verpatzen und zu verpfuschen? Können so Forscher- und Expertengruppen ein Monopol beanspruchen für existentielle Angelegenheiten, die – wie die Liebe – alle angehen?

Wer im Sommer schon an den Herbst denken soll, lebt in einer Art »besorgter Zeitlichkeit«. Hier ist Gesundheit stets prekär. Wenn es gut um sie steht, wird es höchste Zeit, sich zu beruhigen und präventive Maßnahmen ohne Krankheitsempfinden zu ergreifen. Wenn Lebenszeit stets als knapp und nicht sorglos und gegenwärtig erfahrbar ist, muss dann nicht jede Minute oder Lebensphase optimal genutzt werden? Ungetrübt genießen und verschwenderisch leben – geht das noch unter diesen drohenden Imperativen?

Der Versuch, Sterben und Tod in die übliche Ordnung des (gesellschaftlichen) Lebens einzuspannen, birgt Gefahren. Die Todesnähe von Menschen, seien sie ohne messbare Hirnfunktionen oder (zeitweise) ohne Herzschlag, soll heute weder Gefühle von Fremdheit

noch Unantastbarkeit hervorrufen. Mit dem Transplantationswesen werden deren Körper und verbliebene Lebensspannen zur Ressource, für medizinische (Lebenszeit) Produktionen, die diesseitigen Nutzen-Kalkülen folgen (Siehe Seite 4). Nach ähnlicher Logik können im internationalen Gewebemarkt Leichen in Teilstücken vermarktet werden (Seite 12).

Weiter gegen den üblichen Strich gedacht: Die Ungewissheit des Todes, seiner Umstände und seines Zeitpunktes hat auch ihr Gutes. Sie mildert Furcht und Entsetzen etwas ab. Selbst bei schwerer Krankheit und schlechter Prognose bleibt die Illusion der Zukunft – solange der letzte Lidschlag und der letzte Atemzug noch nicht getan ist. Die Macht hingegen, über den Todeszeitpunkt zu bestimmen – mit assistierter Selbsttötung oder Sterbehilfe – sie macht aus dem verbliebenen Leben eine Wartezeit bekannter Dauer und aus dem Kranken oder Lebensunwilligen einen sicheren Todeskandidaten.

Verhandelbar sind solche Taten nicht nur als (verständlicher), individueller, mehr oder weniger verzweifelter oder überlegter Versuch, den eigenen Tod zur Ordnung zu rufen, die vielen Nuancen der Seinsweisen auf eine »Wahl« zwischen

Sein und Nichtsein zu verengen, sondern als »organisiertes« oder »gewerbliches« Dienstleistungsangebot (Seite 3).

Sicher kann die Hoffnung auf eine Zukunft, die bei schwerster Krankheit nicht mehr dazu da ist, auch wirklich einzutreten, unsinnig sein. Das weiß man in der Regel aber erst hinterher. Jankélévitch sagt: Wir sind »rückblickende Propheten«.

Sicher eröffnet diese (unsinnige) Hoffnung auch (unsinnige) medizinische Handlungsräume, deren Grenzen und Umrise uneindeutig sind. Gestalt nimmt die Krankenbehandlung vor allem aber an über die üblichen ökonomischen Regeln, die sich in den Bezahlungsmodalitäten für Chefärzte (Seite 14), Interessenkonflikten bei der Erstellung medizinischer Leitlinien (Seite 7), internationalen Konkurrenzen von Pharmaunternehmen um Medikamente und klinische Studien (Seite 11) zeigen und in den vorgeblichen Versuchen, mit Ethikkommissionen (Seite 9) Versuchspersonen und Kranke vor medizinischen Übergriffen zu schützen.

All das ist prägender als die »besorgte Zeitlichkeit« und der Imperativ, den Todeszeitpunkt möglichst auf den Sanktnimmerleinstag zu verschieben.

Der Versuch, Sterben und Tod in die übliche Ordnung des (gesellschaftlichen) Lebens einzuspannen, birgt Gefahren.

Streit um Suizidbeihilfe?

Gesetzentwurf zum Verbot gewerbsmäßiger Förderung von Selbsttötungen soll trotz Bedenken beschlossen werden

Bei der geplanten Regulierung der »Beihilfe zum Suizid« gibt es offenbar ernste Differenzen zwischen meinungsbildenden PolitikerInnen aus Union und FDP. Der offizielle Regierungsentwurf, formuliert im Hause der liberalen Justizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, will gewerbsmäßige Unterstützung von Selbsttötungen künftig unter Strafe stellen. Aber eine unbekannte Zahl von Unionsabgeordneten will deutlich mehr: das Verbot jeder Form organisierter Suizidhilfe. Ende Januar soll der Bundestag entscheiden. Ob er das wirklich tut, ist derzeit ungewiss.

Die Debatte verlief sprachlos. Als am 29. November im Bundestag Tagungsordnungspunkt 40 aufgerufen wurde, meldete sich niemand zu Wort. Statt dessen wurden mehrere »Reden zu Protokoll gegeben« – und dies bei einem Thema, das gesellschaftlich höchst brisant ist: der Gesetzentwurf zur »Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung«, der in erster Lesung zur Diskussion stand. In der nicht gehaltenen, aber dokumentierten Rede der Justizministerin steht, was Leutheusser-Schnarrenberger wichtig ist: »Die Gewerbsmäßigkeit ist ein klares rechtliches Abgrenzungskriterium. Einer Kriminalisierung jeder organisierten, konkret von Vereinen gewährten Suizidhilfe stünden dagegen auch verfassungsrechtliche Bedenken entgegen.«

Als eine gewichtige Gegenstimme aus dem Regierungslager ist die Rede des CSU-Politikers Norbert Geis nachzulesen: »Wir haben auch den Fall, dass Einzelpersonen oder organisierte Personengruppen ein solches »Dienstleistungsangebot« propagieren.« Auch dieses sei verwerflich und somit unter Strafe zu stellen, selbst wenn die Suizidhilfe ohne gewerblichen Hintergrund betrieben werde.

Als dokumentierte Stimme der oppositionellen SPD hat sich Edgar Franke positioniert. Mit Verweis auf diverse Verbände wie etwa die Bundesärztekammer, die öffentlich jede Form organisierter Suizidbeihilfe ablehnt, gab Franke zu Protokoll, dass der Gesetzentwurf der Bundesregierung nicht weit genug gehe und auch organisierte Sterbehilfe, die nicht kommerziell agiere, falsch sei: »Eine solche Organisation wird allein durch ihre Existenz Entscheidungen beeinflussen und wahrscheinlich auch in Gesprächen Einfluss nehmen.« Ähnlich argumentieren auch Fachleute, die Ursachen und

Umstände von Selbsttötungen erforschen (*Siehe Randbemerkung*).

Im Protokoll vom 29.11. stehen zwei weitere nichtgehaltene Reden aus der parlamentarischen Opposition: Kathrin Senger-Schäfer, Abgeordnete der Linken, erklärte als ihre »persönliche Meinung«, jede Form organisierter Beihilfe zur Selbsttötung abzulehnen, was aber nicht für die gesamte Linksfraktion gelte. Ähnlich sieht es wohl bei den Bündnisgrünen aus. Deren Rechtsexperte Jerzy Montag legte sich nur in einem Punkt eindeutig fest: »Die Thematik der Strafbarkeit bestimmter Formen der Beihilfe zum Suizid ist eine ernsthafte und überaus schwierige. Ich bitte die Koalition mit Nachdruck, hier mit Gründlichkeit vor Schnelligkeit vorzugehen.« In der Version, die in den Bundestag eingebracht worden ist, dürfe der Regierungsentwurf jedenfalls nicht Gesetz werden.

Auch wenn man nach Lektüre dieser stillen Ausführungen einen anderen Eindruck haben sollte: Der inoffizielle Zeitplan der Koalition sieht vor, schon am 31. Januar Leutheusser-Schnarrenbergers Entwurf für einen neuen Strafgesetzbuchparagraphen 217 im Bundestag unverändert abstimmen zu lassen.

Unklarer Beschluss der CDU

Ob es wirklich soweit kommt, ist allerdings ungewiss. Hinter den Kulissen ziehen derzeit Unterstützer wie Gegner der geplanten Reform eifrig Fäden. Einen Beschluss, den Taktierer beider Seiten für sich vereinnahmen können, fällt Anfang Dezember der CDU-Parteitag in Hannover. Unter der Überschrift »Verbot organisierter Sterbehilfe« begrüßten die DelegiertInnen, dass der vorliegende Gesetzentwurf zum Verbot gewerbsmäßiger Sterbehilfe den Koalitionsvertrag umsetze. Gleichzeitig forderte der CDU-Parteitag die CDU/CSU-Fraktion aber auch auf, sich dafür einzusetzen, dass »auch die unentgeltlich, aber geschäftsmäßig erbrachte Hilfeleistung zur Selbsttötung« unter Strafe gestellt wird.

Wie schnell die Unionsfraktion sich für dieses Anliegen einsetzen soll – noch während des laufenden Gesetzgebungsverfahrens oder, um den Koalitionsfrieden nicht zu gefährden, lieber erst später – steht wohlweislich nicht im Parteitagsbeschluss. Hoffentlich gibt es in den nächsten Wochen genug außerparlamentarischen Druck, der den zögernden ChristdemokratInnen auf die Sprünge hilft.

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

Warnung von SuizidforscherInnen

»Wir befürchten, dass dieses Gesetz Suizidbeihilfen eher befördern wird. Das Gesetz pönalisiert nur einen kleinen Ausschnitt aus dem größeren Bereich der Suizidbeihilfe. Anders als bisher, wo es keine gesetzliche Regelung gibt, könnte das Gesetz zu einer Ausweitung der Suizidbeihilfe beitragen, indem es einer Logik Vorschub leistet, dass das, was nicht ausdrücklich verboten ist, auch rechtens sein müsse. Das geplante Gesetz bezieht sich seiner inneren Logik nach auf gewerbsmäßige Suizidbeihilfe unabhängig von irgendwelchen weiteren Bedingungen. Im Umkehrschluss könnte das Gesetz deshalb die Ansicht fördern, dass nichtgewerbsmäßige geleistete Suizidbeihilfe in jeder Lebenssituation und zu jedem Zeitpunkt im Leben gerechtfertigt ist. [...] Sollte der Gesetzgeber jedoch jetzt ein Gesetz beschließen, so treten wir unbedingt dafür ein, nicht nur die gewerbsmäßige, sondern auch die geschäftsmäßige Suizidbeihilfe unter Strafe zu stellen.«

aus einer gemeinsamen Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) und des Nationalen Suizidpräventionsprogramms (NaSPro). Ihr Papier vom 29. November 2012 kritisiert den Gesetzentwurf von Bundesjustizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger (FDP) zum Verbot gewerbsmäßiger Suizidbeihilfe.



»Eine Art solidarischer Sterbehilfe«

ExpertInnen werben zunehmend dafür, Körperstücke auch nach Herz-Kreislauf-Stillstand zu explantieren

Ulrike Baureithel
(Berlin), Journalistin

Versicherte erhalten in diesen Tagen einen Serienbrief von ihrer Krankenkasse. Informiert wird nicht etwa über die Abschaffung der Praxisgebühr ab 2013. Vielmehr soll der Brief die BürgerInnen motivieren, ihre Körperteile zu spenden. Im Hintergrund werben diverse Fachleute für ein neues Kriterium zur Organentnahme: Explantation nach mehrminütigem Herz-Kreislauf-Stillstand.

Das reformierte Transplantationsgesetz verpflichtet die Krankenkassen, ihre Mitglieder regelmäßig über Organspenden zu informieren und auch ihre Bereitschaft dazu abzufragen. Die Techniker Krankenkasse (TK) war im November die erste, die dieser Aufgabe nachgekommen ist. Unter dem Begriff »selbst bestimmen« macht die TK-Werbeschrift den AdressatInnen zunächst ein schlechtes Gewissen, weil innerhalb Europas »Deutschland auf der Spenderliste weit hinten« steht. Dann werden die BürgerInnen darüber »aufgeklärt«, dass der Ausfall der Hirnfunktionen ein unumstößliches Zeichen des Todes sei, die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) und Eurotransplant als uneigennützigste Vermittler von Organen in Erscheinung treten und nur medizinische Kriterien darüber entscheiden würden, wer ein fremdes Organ erhält.

Dies zu betonen, ist nach den aktuellen Organverteilungsskandalen offenbar notwendig, und qua Foto bürgt dafür der SPD-Fraktionsvorsitzende

Frank-Walter Steinmeier, der seiner Frau eine Niere gespendet hat. Am Ende beantwortet die TK unter anderem auch die Frage, ob man in einer Klinik vorzeitig für tot erklärt werden kann, wenn dringend Organe benötigt werden. Diese Furcht sei, wird beruhigt, ganz unbegründet.

Mit der im Gesetz geforderten Aufklärung hat diese Broschüre wenig zu tun, und ob andere Kassen ausgewogenere Schriften folgen lassen werden, bleibt abzuwarten. Die TK jedenfalls verschweigt die Bedenken zum Hirntodkriterium, und sie informiert auch nicht über andere Probleme, die mit der Organspende verbunden sind. Angesichts spürbar gesunkener Organentnahmen scheint es wenig opportun, die Menschen mit

Tatsachen zu »belasten«, die ihre Zweifel nähren könnten.

Im Gegenteil: ExpertInnen suchen nach Auswegen, um den Bedarf an Organen zu decken. Denn selbst wenn alle hirntoten PatientInnen zu SpenderInnen würden, wäre die Nachfrage nicht zu befriedigen. Die Unfallprävention sorgt glücklicherweise vermehrt dafür, dass ein Fahrrad- oder Motorradfahrer dem Schicksal entgeht, einen Hirntod zu erleiden. Dabei wird – mit Verweis auf demografische und medizinische Gründe – vorhergesagt, dass immer mehr Menschen ein fremdes Organ benötigen werden.

Eine Möglichkeit, den chronischen Engpass zu überwinden, würde die Rückkehr zu OrganspenderInnen mit klassischem Herz-Kreislaufversagen eröffnen. Diese kamen bislang kaum in Betracht, weil so entnommene Organe in kürzester Zeit nicht mehr transplantierbar sind. In Deutschland ist die Organentnahme nach Herztod, die so genannte Non-Heart-Beating-Donation (NHBD), bislang verboten. Mit gutem Grund: Der Herzstillstand als uns geläufiges »intuitives« Todeszeichen, so der Deutsche Ärztetag in einem Beschluss von 2007, hält wissenschaftlichen Kriterien nicht stand.

In einigen europäischen Ländern wird allerdings mit dieser Form von Organgewinnung experimentiert, nachdem die Organvermittlungszentrale Eurotransplant 1988 mitgeteilt hatte, dass der Herzstillstand nach zehn Minuten dem Hirntod als sicheres Todeszeichen gleichzusetzen sei.

Die erste dokumentierte

Explantation geht zurück auf das Jahr 1933, wo in der Ukraine die Niere eines herztoten Patienten verpflanzt wurde – mit üblem Ausgang: Die Organempfängerin überlebte dieses Menschenexperiment nicht.

Im März 1995 organisierte der niederländische Transplantationschirurg Gauke Kootstra in Maastricht eine Konferenz, die Organentnahme bei Herztod hoffähig machen sollte. Die TeilnehmerInnen einigten sich auf vier Kategorien der »kontrollierten« und »unkontrollierten« Organspende von herztoten PatientInnen (Siehe Randbemerkung). Streit gab es unter den FachmedizinerInnen allerdings über den Zeitpunkt der Explantation. Wie lange dauert

Vier Kategorien

Organentnahmen nach Herz-Kreislauf-Stillstand sind in einigen europäischen Staaten zulässig, beispielsweise in Belgien, Frankreich, Österreich, Spanien, in den Niederlanden und der Schweiz. Bei diesem Vorgehen orientieren sich Transplanteure zumeist an der Maastricht-Klassifikation von 1995. Sie sieht vier Kategorien von OrganspenderInnen »ohne schlagendes Herz« (Non-Heart-Beating-Donor – NHBD) vor:

- I. Unkontrollierter Herzstillstand bei Einlieferung ins Krankenhaus.
- II. Organentnahme bei erfolgloser Reanimation.
- III. Kontrollierter Herzstillstand nach Unterbrechung lebenserhaltender Maßnahme, ohne dass der Patient als hirntot diagnostiziert wurde.
- IV. Kontrollierter Herzstillstand, nach der Feststellung des Hirn(stamm)todes.

Als potenzielle SpenderInnen gelten: Unfallopfer, Menschen im Wachkoma, PatientInnen nach Schlaganfall oder Herzinfarkt, andere Schwerkranke.

Eurotransplant erklärte 1988, dass der Herzstillstand nach zehn Minuten dem Hirntod als sicheres Todeszeichen gleichzusetzen sei. In einigen Ländern wird mit dieser Form von Organgewinnung experimentiert.

► es, bis ein Mensch, dessen Herz aufgehört hat zu schlagen, tatsächlich tot ist? Dies lässt sich nämlich, wie man aus der Reanimationsmedizin weiß, nicht genau sagen: Nur zwei Minuten, wie Pittsburgerher Leber- und Nierentransplanteure bei ihren Experimenten in den USA annahmen? Oder soll man doch lieber zehn Minuten warten, wie die Maastrichter Versammlung schließlich, gegen den Widerstand der Bauchchirurgen, durchsetzten?

Welche Probleme sich die Transplantationschirurgie einhandelt, wenn sie das von ihr selbst etablierte Hirntod-Kriterium hintergeht, lässt

sich derzeit in der Schweiz beobachten, wo im Zusammenhang mit der Revision des Transplantationsgesetzes eine lebhaftige Debatte über NHBD begonnen hat. Aufsehen erregte dort der Fall eines 30-jährigen, der mit einer ausgedehnten Hirnblutung ins Krankenhaus eingeliefert worden war. Der Mann war zwar schwer verletzt, wurde aber nicht als hirntot diagnostiziert. Dennoch brachen die Ärzte nach Absprache mit den Eltern die Therapie ab, um einen Herz-Kreislauf-Stillstand und einen folgenden Hirntod – nach wie vor die geforderte Voraussetzung für eine Organentnahme – auszulösen. Die Eltern stimmten der Organspende zu.

Um die Organe »frisch« zu erhalten, wurde dem Patienten eine Sonde in der Leistengegend gelegt und eine kühlende Perfusionslösung injiziert. Ein weiteres Ärzteteam stand bereit, um nach zehn Minuten die Organe zu entnehmen. Doch der Sterbeprozess dauerte über eine Stunde, der Patient kam wieder auf die Intensivstation, wo er schließlich ohne Beisein seiner Eltern verstarb. Die geplante Explantation war nicht mehr sinnvoll, weil die Organe unbrauchbar geworden waren.

Dieses medizinische Gruselstück, europaweit kein Einzelfall, hat in der Schweiz einige Mediziner alarmiert. Nicht nur die stellvertretende Einwilligung von Dritten ist umstritten, sondern generell der nur Dritten nützende Zugriff auf die Organe sterbender Menschen. Organerhaltende Maßnahmen vor dem Tod werden von KritikerInnen als eine »massive Grenzverschiebung« gewertet, die die Würde des sterbenden Menschen mit Füßen tritt. »Der öffentlichen Erwartung auf verwertbare Organe soll der Vorrang eingeräumt werden vor anders lautenden privaten Zielen«, warnt der in München lehrende Ethiker Arne Manzeschke vor dieser Praxis.

Ironischerweise kehrt die Transplantationsmedizin damit ihrer eigenen Ideologie – die

Privilegierung des Gehirns gegenüber den Lebensäußerungen des übrigen Körpers – den Rücken. Es ist das späte Eingeständnis der Zunft, dass sich der cartesianische Geist-Körper-Dualismus auch naturwissenschaftlich auf Dauer nicht halten lässt.

Wenn der Hirntod aber kein »adaquates Kriterium für den Tod ist«, wie der Philosoph Dieter Birnbacher meint, der Herztod als Kriterium für eine Organentnahme wiederum mit zu vielen Unwägbarkeiten verbunden ist bis hin zur Angst von PatientInnen, sie könnten im Fall der Fälle nicht angemessen reanimiert werden, dann

steht das gesamte System der Organtransplantation zur Disposition.

Um es zu retten, müssen ihre Verfechter zu abenteuerlichen Konstruktionen greifen. Zum Beispiel der Rechtsphilosoph Paolo Becchi in einem Debattenbeitrag für die *Neue Zürcher Zeitung*: Becchi konstatiert ganz offen, dass der Patient durch die Organentnahme unter künstlicher Beatmung

in gewisser Weise zwar »verdinglicht« werde, rechtfertigt dies aber mit dem guten Zweck: Die »entfremdende Situation« würde durch die Organspende in »eine Geste höchsten Edelmut« verwandelt werden. Die Organspende vor dem Tod ließe sich deshalb zu einer »Art solidarischer Sterbehilfe« erklären.

Aber selbst in einem Land, in dem mit Sterbehilfe recht großzügig verfahren wird wie in der Schweiz, braucht es dann doch eine Entlastung, um ÄrztInnen nicht dem Verdacht auszusetzen, Hand an den Patienten zu legen: Deshalb, so Becchi, sei der Gesetzgeber aufgefordert, das »höchst bedenkliche Machtvakuum zu füllen«, das eine nicht fundierte Todesdefinition hinterlässt.

In Deutschland ist die Furcht vor der Verunsicherung potentieller Organspender indessen so groß, dass vorsichtiger Geister wie der Chirurg Eckhard Nagel von einer Organentnahme nach Herztod abraten. Nur mit einer »eindeutigen« Todesfeststellung« sei das System zu legitimieren, meint Nagel, der auch Mitglied des Deutschen Ethikrates ist. Er reagierte damit auf einen Vorstoß der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG), im Mai 2011 adressiert an das Bundesgesundheitsministerium. Die DTG hatte dafür plädiert, Organentnahmen auch nach festgestelltem Herztod zuzulassen, um dem »eklatanten Organmangel« zu begegnen (*Siehe BIOSKOP Nr. 58*). Außerdem forderte die DTG: »Patientenverfügungen sollten implizit auch das Thema Organ- und ggf. Gewebespende behandeln.«

»Bewusster Verzicht auf Wiederbelebung«

Post von Lobbyisten kommt im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) fast täglich an. Der Brief der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG) vom 6. Mai 2011, aus dem *BIOSKOP* in Heft Nr. 58 exklusiv zitierte, war so brisant wie außergewöhnlich. Denn der Vorstand der DTG machte sich für ein operatives Vorgehen stark, das in Deutschland aus guten Gründen bisher nicht erlaubt ist: Organentnahmen nach Herz-Kreislauf-Stillstand! Mittlerweile ist die mediale Aufmerksamkeit weiter gewachsen: Anfang Oktober beleuchtete die *Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung* die Verschiebung der »Grenzen des Todes« und erwähnte dabei auch die Lobby-Aktivitäten der DTG-Führungskräfte. Und *Deutschlandradio Kultur* bat am 15. Oktober den Stuttgarter Herzspezialisten Paolo Bavastro, den »Vorstoß« der DTG zu bewerten. In besagtem Interview erklärte Bavastro, der seit Jahren das »Hirntod«-Konzept vehement kritisiert, unter anderem: »Das Problem bei dieser Herzstillstands-Organentnahme ist natürlich zum einen, dass es eine opportunistische Weiterentwicklung ist – da der Hirntod umstritten ist und da wir nicht genügend Organe haben, versuchen wir, ein anderes Konzept zu entwickeln –, es sind aber Menschen, die wiederbelebbar sind, und man verzichtet zum Teil bewusst auf eine Wiederbelebung, um Organe zu gewinnen. Und das halte ich für ethisch nicht machbar.«

Aktion: Organspende-Briefe unter der Lupe

Die sogenannte Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz ist am 1. November in Kraft getreten. Das bedeutet praktisch: Alle Krankenkassen müssen ihren Versicherten in regelmäßigen Abständen Informationen über Organ- und Gewebeatnahmen ins Haus schicken und sie dabei auch auffordern, ihre persönliche Haltung zur »Spende« von Körperstücken mitzuteilen. Die Kassen müssen – laut Gesetz – »ergebnisoffen« aufklären und einen Organspendeausweis beilegen.

Eine Pflicht zu antworten gibt es nicht. Versicherte können die ungebetenen Briefe, die sie nach dem Willen des Gesetzgebers bis spätestens Ende 2013 erreicht haben werden, also getrost in den Altpapiercontainer stecken. Das sollten sie aber nicht sofort tun, meint Christian Frodl vom Initiativenbündnis gegen die Widerspruchs- und Erklärungsregelung bei Organspenden. Vielmehr bittet Frodl die AdressatInnen eindringlich darum, Anschreiben, Broschüren und weitere Infomaterialien der Kassen an das

Bündnis zu schicken, per Post oder E-Mail, gern auch in Kopie.

Ziel und Verlauf dieser Aktion erläutert Frodl so: »Wir werden alle Informationen strengstens vertraulich behandeln und lediglich anonymisiert auswerten.« Untersucht werden soll, wie die Krankenkassen ihre Anschreiben formulieren, ob sie tatsächlich neutral aufklären und welche Handlungsanweisungen sie ansprechen – und ob womöglich passiert, was gar nicht sein darf: direkte oder unterschwellige Androhung von Konsequenzen für den Fall, dass man nicht auf den

Eine Pflicht, den Krankenkassen zu antworten, gibt es nicht.

Kassenbrief reagiert.

»Die Ergebnisse dieser Auswertung«, stellt Frodl in Aussicht, »finden Sie dann zu gegebener Zeit auf der Internetseite www.organspende-aufklaerung.de.«

Kontakt: Christian Frodl, Luitpoldstraße 9, 82110 Germering, Telefon (089) 837755, E-Mail: webmeister@organspende-aufklaerung.de

Umgezogen im virtuellen Raum

Sachkundige und unabhängige Quellen zur Biopolitik, die kontinuierlich sprudeln, sind hierzulande nicht wirklich die Regel. Eine richtig gut informierte ging im Dezember 2008 online: das Biopolitikblog auf den Internetseiten der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung*. Gefüllt wurde es ausschließlich mit Texten des Hamburger Rechtsanwaltes Oliver Tolmein, der auch als Journalist arbeitet. Tolmein beleuchtete dort kritisch die einschlägigen Themen und Gesetzgebungsvorhaben, beispielsweise zu Sterbehilfe, Organtransplantation, Gentests, Pflege- und Behindertenpolitik. Sein Beitrag vom 31. Oktober 2012 dürfte regelmäßige LeserInnen einigermaßen irritiert haben. Unter der Überschrift »Biopolitikblog hat Zukunft. Zukunft braucht Veränderung« gab Tolmein das Ende seines Blogs im Umfeld von *faz.net.de* bekannt; Gründe für die überraschende Einstellung nannte er nicht. Wohl gemerkt: Die Überschrift ist wörtlich zu nehmen! Oliver Tolmein führt also seinen Blog weiter, und zwar in komplett eigener Regie unter <http://biopolitikblog.de/>

A!Gen?Da! ist jetzt online

Blog über Pränataldiagnostik lädt zum Mitmachen ein

Seit Ende August ist der molekulargenetische PraenaTest auf dem Markt. Zweck des heftig umstrittenen Verfahrens ist es, frühzeitig Trisomie 21 beim Ungeborenen aus dem Blut der Schwangeren zu diagnostizieren (Siehe BIOSKOP Nr. 59). Der neue Gentest hat eine Gruppe engagierter Frauen veranlasst, »die gängige Praxis der vorgeburtlichen Untersuchungen und den gesellschaftlichen Umgang damit erneut in Frage zu stellen«. Sie tun dies seit Mitte November im Internet – mit einem Blog namens *A!Gen?Da!*, zu lesen unter www.pnd-bluttest.de

Zehn BloggerInnen aus mehreren Organisationen, darunter das Gen-ethische Netzwerk und die Bremer Schwangeren-Beratungsstelle Cara, bieten fundierte Texte, Hintergrundinformationen und Einschätzungen rund um die Pränataldiagnostik plus angrenzende Gebiete. Und sie laden SurferInnen dazu ein, unterschiedliche Perspektiven und Betroffenheiten einzubringen.

Neben Meinungsaustausch und Wissensvermittlung wollen die BloggerInnen auch die bundesweite Vernetzung kritischer Geister befördern. Außerdem geht es ihnen darum, Mög-

lichkeiten zur politischen Einflussnahme und praktischen Durchsetzung von Forderungen gemeinsam zu entwickeln und zu diskutieren.

Netzwerktagung im Februar

Die Idee für das Mitmach-Projekt *A!Gen?Da!* entstand auf der Jahrestagung 2012 des Netzwerkes gegen Selektion durch Pränataldiagnostik, das im Team der BloggerInnen ebenfalls personell vertreten ist. Und die nächste Netzwerktagung in Berlin ist bereits organisiert, vom 22. bis 24. Februar 2013 heißt das Thema: »Keine Angst vor großen Fragen: Vorgeburtliche Diagnostik zwischen Ethik und Monetik.«

Unterstützt von zahlreichen ReferentInnen, werden die TeilnehmerInnen untersuchen, »welche ökonomischen und gesellschaftlichen Interessen hinter dem proklamierten Anspruch stehen, wonach die Pränataldiagnostik allein zum Wohle der Schwangeren und des Kindes betrieben wird.«

Ansprechpartner für weitere Infos und die Tagungsanmeldung ist Harry Kunz, Telefon (02441) 6149, E-Mail: Harry.Kunz@t-online.de

Verbreitete Interessenkonflikte

Wissenschaftliche Analyse belegt: AutorInnen medizinischer Leitlinien haben häufig geldwerte Beziehungen zur Industrie

Mitte 2010 veröffentlichte die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) »Empfehlungen zum Umgang mit Interessenkonflikten«. Jetzt wurde eine Auswertung veröffentlicht, die Aufschluss darüber gibt, wie AutorInnen medizinischer Leitlinien es mit der Transparenz halten.

An der Universität Marburg gibt es seit 2009 das AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement. Leiterin ist Ina B. Kopp, die Professorin weiß: »Dem einzelnen Arzt ist es unter dem Zeitdruck des klinischen Alltags kaum noch möglich, neue Entwicklungen und Publikationen regelmäßig zu verfolgen und methodenkritisch zu bewerten.« Eine gute Orientierung könnten systematisch entwickelte Leitlinien bieten, meint Kopp, »wenn sie vertrauenswürdig erscheinen, praxisrelevant und leicht verfügbar sind«.

Die Verfügbarkeit ist im Zeitalter des Internets (Siehe Randbemerkung) wohl kein Problem mehr. Aber ein Kritikpunkt, der von ÄrztInnen immer wieder genannt werde, sei – neben der Unsicherheit bezüglich der methodischen Qualität von Leitlinien – die »mangelnde Transparenz möglicher Interessenkonflikte von Leitlinienautoren und -herausgeber«.

Teilweise transparent

Eine erste empirische Bestandsaufnahme veröffentlichte das *Deutsche Ärzteblatt (DÄB)* am 30. November 2012. Ein 8-köpfiges Team um den Sozialwissenschaftler Thomas Langer hat die AWMF-Datenbank durchforstet und Leitlinien deutscher Fachgesellschaften analysiert, die zwischen August 2009 und Dezember 2011 gültig waren.

Die Bilanz von Langer und KollegInnen zeigt, dass Transparenz noch längst keine Selbstverständlichkeit ist – und Interessenkonflikte offenbar weit verbreitet sind: »Von insgesamt 297 untersuchten Leitlinien wurden in 60 Leitlinien (20 %) die Interessenkonflikterklärungen von den Autoren offengelegt.« 1.379 Personen machten Angaben, fast jede/r Zweite, nämlich 680 AutorInnen, »deklarierte Sachverhalte, die auf einen finanziellen Interessenkonflikt hinwiesen«.

Was damit im einzelnen gemeint ist, listen die *DÄB*-AutorInnen auch auf: 522 Leitlinien-VerfasserInnen gaben an, sie hätten finanzielle

Zuwendungen seitens der Medizinindustrie für Vortrags- und Schulungstätigkeiten bekommen. 403 Personen offenbarten eine bezahlte Gutachter- oder Beratertätigkeit, 316 erhielten Geld für Forschungsvorhaben. Und auch dies kommt vor: »Eigentümerinteressen in Form von Patenten wurden von 18 Autoren (1,8 %), der Besitz von Geschäftsanteilen in 32 Fällen (2,3 %) angezeigt.«

Langer & Co. legen Wert auf die Feststellung, dass Interessenkonflikte in Leitlinien »nicht per se problematisch« seien. Kritisch werde es allerdings, wenn von einer »unangemessenen Beeinflussung« der Empfehlung auszugehen sei oder auch nur ein solcher Anschein entstehe. Wo genau die Grenze liegt, ist nach Darstellung der Analytiker gegenwärtig unklar: »Es fehlen Vorgaben, wann ein Interessenkonflikt als problematisch angesehen werden muss und welche Reaktionen in einem solchen Fall angemessen sind.« Standards für die Bewertung und das Management solcher Konflikte »sollten dringend entwickelt« werden.

Die AWMF arbeitet dran. Ihre Empfehlungen aus 2010 sehen zum Beispiel vor, dass befangene Fachleute nicht beim Formulieren und Bewerten von Leitlinien mitwirken sollten. »Sie haben, sofern auf ihr Wissen nicht verzichtet werden kann, den Status von externen Experten«, rät die AWMF. Zudem sei nachvollziehbar zu veröffentlichen, mit welchen Verfahren Interessenkonflikte denn erfasst und bewertet worden seien.

Informationen kritisch prüfen

Bis dies für jedermann verständlich geschieht, dürfte noch unbestimmte Zeit vergehen. Die im *DÄB* veröffentlichte Auswertung belegt immerhin, dass nach Einführung der AWMF-Regeln Interessenkonflikterklärungen »deutlich häufiger abgegeben« werden: 95 % der seitdem publizierten 41 Leitlinien enthalten solche Deklarationen, zuvor geschah dies bei lediglich 8 % der untersuchten, älteren 256 Leitlinien.

Ein Tipp, den nicht nur MedizinerInnen, sondern auch Rat suchende PatientInnen beherzigen sollten, steht auch in der Analyse: »Nutzer von Leitlinien sollten kritisch prüfen, welche Informationen zum Umgang mit Interessenkonflikten eine Leitlinie enthält und für welche Empfehlungen die Interessenkonflikte der beteiligten Personen von Bedeutung sein könnten.«

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

Auf einen Blick

Leitlinien zu Diagnostik und Therapien gibt es mittlerweile für viele Krankheiten. Wer gezielt nach einer Leitlinie sucht oder sich zunächst einen Überblick anhand medizinischer Fachgebiete verschaffen will, sollte www.arztbibliothek.de anklicken. Dieses Internetportal, betrieben vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), listet viele der verfügbaren Leitlinien auf, die von wissenschaftlichen Organisationen und Fachgesellschaften veröffentlicht worden sind: Die Bandbreite reicht von A wie Allergologie bis Z wie Zahnmedizin. Wortlaut und Geltungsdauer der Leitlinien sind ebenso dokumentiert wie die Namen der herausgebenden Institutionen. Zum Teil, aber längst nicht bei jedem Papier, erhält man auch Einblick in Erklärungen der LeitlinienautorInnen zu Interessenkonflikten. Das ÄZQ ist eine gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV).



Bedenkliche Verordnung

Europäische Kommission will die Vorschriften für klinische Prüfungen reformieren – deutsche Fachleute sind alarmiert

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

Zum Beispiel Berlin

In Fachkreisen hat die Ethik-Kommission des Landes Berlin einen guten Ruf. Ihre Tätigkeitsberichte veröffentlicht sie auch im Internet: www.berlin.de/lageso/gesundheitsethik/ Das aktuelle Exemplar bilanziert auf neun Seiten die ehrenamtliche Beratungsarbeit der 53 Mitglieder in 2011. Im Berichtsjahr wurden 613 Anträge neu eingereicht, davon 574 zu klinischen Arzneimitteltests, die übrigen betrafen Prüfungen von Medizinprodukten und In-vitro-Diagnostika. Anträge werden in Berlin ziemlich zügig beschieden, laut Tätigkeitsbericht beträgt der durchschnittliche Zeitraum vom Eingang eines ordnungsgemäßen Antrags bis zur ersten Beratung bei multizentrischen Arzneimittelprüfungen ca. 22 Tage, wenn die Hauptstädter die Federführung haben; hinzu kommt rund eine Woche bis zur Erteilung des abschließenden Votums. In den allermeisten Fällen bescheinigt die Kommission die begehrte »zustimmende Bewertung«, die Quote missbilligter Studienanträge liegt bei unter 1,5 Prozent. Die Antragsteller, vorzugsweise aus oder im Auftrag der pharmazeutischen Industrie, scheinen die Arbeit des Gremiums, das sich 2011 exakt 51-mal getroffen hat, in Ordnung zu finden: »Im Berichtsjahr«, vermerkt der Tätigkeitsbericht, »wurde keine Klage gegen Entscheidungen der Ethik-Kommission des Landes Berlin erhoben.«

Die EU-Kommission will die Vorschriften für Arzneimitteltests vereinheitlichen und entbürokratisieren. Die geplante europäische Verordnung gefährdet kranke und gesunde ProbandInnen, warnen deutsche Fachleute unisono. Die Pharmaindustrie, deren Bedürfnisse die Reform offensichtlich bedienen soll, scheint mit den hiesigen Bedingungen einigermaßen zufrieden zu sein. Und was tun die GesundheitspolitikerInnen?

Es kommt nicht oft vor, dass der Arbeitskreis Medizinischer Ethikkommissionen aus eigenem Antrieb die Medien informiert. Aber in diesem Herbst musste es unbedingt sein: »Vorschlag der Europäischen Kommission zur Neuordnung der Regelung von Arzneimittelstudien«, so die plakative Überschrift der Pressemitteilung, »missachtet ethische Prinzipien und das Patientenwohl«.

Der Arbeitskreis, der über 50 deutsche Ethikkommissionen repräsentiert, ist alarmiert, weil der EU-Verordnungsentwurf nicht ausdrücklich vorsieht, was das deutsche Arzneimittelgesetz verbindlich vorschreibt:

die Einschaltung einer unabhängigen Ethikkommission vor Beginn eines Forschungsvorhabens. Nur wenn das Gremium eine zustimmende Bewertung abgegeben hat, darf hierzulande ein neuer Wirkstoff an freiwilligen Versuchspersonen getestet werden. Auch die Bundesärztekammer (BÄK) sieht die EU-Pläne ausgesprochen kritisch: Der Verordnungsentwurf unterlaufe »den Beitrag, den Ethikkommissionen derzeit zum Schutz der Studienteilnehmer, zur wissenschaftlichen Qualität und zum Vertrauen der Öffentlichkeit in klinische Forschung leisten«.

Der Verband Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) hält sich, was das EU-Vorhaben angeht, in der Öffentlichkeit eher bedeckt. In Hintergrundpapieren für PolitikerInnen erklärt der VFA aber, die Arbeit der deutschen Ethikkommissionen sei durchaus »positiv zu bewerten«. Deren Voten seien – wie im übrigen auch die Genehmigungspraxis der zuständigen Bundesbehörden – »mit ein Grund«, warum Deutschland bei der Anzahl klinischer Studienprojekte »seit einigen Jahren führend in Europa ist«. Allerdings merkt der VFA kritisch

an, dass die hiesigen Ethikgremien »eine zum Teil ausgeprägte Heterogenität der Anforderungen und Bewertungen« praktizierten, »insbesondere bezüglich Patienteninformation und Einwilligungserklärung«.

Wenn BÄK und der Ethikarbeitskreis mit ihren Bedenken richtig liegen, könnte die EU-Verordnung den Pharmaunternehmen künftig eine Art freie Auswahl beschere. Bei multinationalen Studien, die gleichzeitig in mehreren Staaten laufen, sollen nämlich eine einzige Risikobewertung und Genehmigung reichen und europaweit verbindlich sein – auszuführen und zu erteilen durch den so genannten »Bericht erstattenden Mitgliedsstaat«. Wo forschende Firmen eine multinationale Studie beantragen, könnten sie selbst entscheiden.

Derartige Entbürokratisierung hält der Arbeitskreis deutscher Ethikkommissionen für »nicht vertretbar«, und das gilt auch für die »Instrumentalisierung von Patienten«, die der EU-Entwurf ermöglichen werde. Gemeint sind Regelungen, die Arzneimitteltests mit Kindern und nichteinwilligungsfähigen Menschen ermöglichen, die keinen persönlichen Nutzen für sie erwarten lassen, zum Beispiel,

wenn kranken ProbandInnen ein Placebo (Scheinmedikament) verabreicht wird.

Weil die EU eine Verordnung plant, deren Inhalte ja alle Mitgliedstaaten in nationales Recht umsetzen müssten, würden – anders als bei einer Richtlinie – abweichende Regeln mit einem höheren Schutzniveau in Deutschland perspektivisch nicht mehr möglich sein, warnt die BÄK. Auch manche GesundheitspolitikerInnen haben sich inzwischen besorgt geäußert, etwa Jens Spahn (CDU) oder Karl Lauterbach (SPD).

Der Bundesrat hat bereits im Oktober einen Beschluss gefasst, der Nachbesserungen anmahnt, nun sind Bundestag und Bundesregierung am Zug. Wollen sie wirklich was gegen die Pläne der EU-Kommission unternehmen, müssen sie sich sputen. Zwar sieht der Zeitplan vor, dass die »Verordnung über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln« frühestens 2016 in Kraft tritt. Aber bereits am 24. April 2013 berät der Gesundheitsausschuss des Europäischen Parlaments. Änderungsvorschläge können noch bis zum 26. Februar nach Brüssel und Straßburg geschickt werden.

»Der Vorschlag missachtet ethische Prinzipien und das Patientenwohl.«

Erfahrungen einer Patientenvertreterin

Über 50 Ethikkommissionen im Medizinbereich gibt es hierzulande. Ihre Aufgabe ist es, für die Sicherheit von TeilnehmerInnen an klinischen Studien zu sorgen. Kommissionsmitglieder sind vorwiegend Mediziner und Juristen, auch einige Ethiker und Patientenvertreter reden dort mit. Da alle zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, dürfen sie die Öffentlichkeit nicht über Begutachtungen einzelner Forschungsvorhaben informieren. Möglich ist ihnen aber, öffentlich darüber nachzudenken, was ihr Engagement bewirken kann. Helga Ebel wirkte als Patientenvertreterin in der Ethikkommission der Ärztekammer Nordrhein mit. Erika Feyereabend hat sie nach ihren Eindrücken und Einschätzungen gefragt.

BIOSKOP: Wie arbeitet die Ethikkommission?

EBEL: Zwei Wochen vor der Sitzung bekommen die Kommissionsmitglieder per Boten einen Koffer mit den Antragsunterlagen zu den jeweiligen Studien zugestellt. In diesem Zeitraum werden die Stellungnahmen vorbereitet. Die Sitzung selbst dauert maximal zwei Stunden, in der Regel geht es um zehn bis zwölf Forschungsvorhaben zwecks Erprobung neuer Wirkstoffe und Medizinprodukte. Für jede Studie wird ein kurzer Kommentar vorgetragen, meist macht das ein Mediziner. Anschließend wird abgestimmt.

BIOSKOP: Das klingt nach Papierbergen und viel Lesearbeit im Vorfeld. Ist das ehrenamtlich überhaupt zu schaffen?

EBEL: Ich denke schon. Die Sitzungen der Kommission finden zwar wöchentlich statt. Aber es gibt ja mehrere Patientenvertreter, die sich abwechseln. So war ich höchstens einmal im Monat dran und persönlich bei den Beratungen dabei.

BIOSKOP: Wie sehen die Experten in der Kommission, also die Mediziner und Juristen, die Rolle der Patientenvertreter?

EBEL: Nach meiner Erfahrung würde ich sagen: wohl eher als Alibi, sie werden nicht immer ernst genommen. Ein Beispiel: Auf meine Frage, wie gefährlich ein bestimmter Versuch mit Dialysekranken sei, bekam ich von meinem Nachbarn zur Antwort: »Dialysepatienten sterben sowieso.« Auf die Frage, warum so viele Studien zu Diabetes beantragt würden: »Im Jahr x ist über die Hälfte der Bevölkerung Übergewichtig, dann haben wir den Diabetesmarkt.«

BIOSKOP: Das hört sich nicht an wie eine angemessene Auseinandersetzung. Gibt es noch mehr Kritikwürdiges?


EBEL: In der Kommission geht es vorwiegend darum, eingereichte Unterlagen formal zu

überprüfen. Welchen Nutzen die beabsichtigte Forschung überhaupt hat, wurde praktisch nicht hinterfragt. Zwar sollen die Mitglieder auch Berichte über unerwünschte Nebenwirkungen getesteter Präparate erhalten. Aber die waren in den Sitzungen, an denen ich teilnahm, kein Thema. Bedenklich finde ich auch, dass wir beim Erörtern bestimmter, potenzieller Risiken immer mal wieder die Aussage zu hören bekamen: »Wenn unsere Ethikkommission die Studie nicht genehmigt, dann macht das halt eine andere in einem anderen Bundesland.«

BIOSKOP: Da scheint dann ja weniger der Schutz von Probanden im Vordergrund zu stehen als ökonomische Standortinteressen...

EBEL: Natürlich geht es ums Geld – nicht nur für die so genannten Sponsoren, also die Pharmaunternehmen, die neue Wirkstoffe erproben und Gebühren für die Bewertungen der Kommission bezahlen. Profitieren wollen auch beteiligte Studienärzte und Kliniken.

BIOSKOP: Nach fünf Jahren Mitarbeit in der Ethikkommission: Wie fällt Ihr Fazit aus?

EBEL: Der professionelle Ethikbetrieb muss meiner Meinung nach im Zusammenhang der Ökonomisierung des Gesundheitswesens begriffen werden. Es gibt viel zu viele Medikamente, in Deutschland fast 60.000, in europäischen Nachbarländern etwa 2.000. Und es gibt viel zu viele klinische Studien, veranlasst durch Geldgeber, die an der Vermarktung der Ergebnisse interessiert sind. Ethikkommissionen sind Teil einer Prozedur, um Firmenprodukte marktreif zu machen. Weil alles unter Geheimhaltung steht und Patente im Spiel sind, werden viele gesunde und kranke Menschen unnötig den Risiken ausgesetzt, die klinische Studien mit sich bringen. Oft werden doch parallel Medikamente mit ähnlicher Wirkung und für gleiche Krankengruppen getestet. Mit Ethik oder Patientenschutz hat all das wenig zu tun. 

Interview

Helga Ebel arbeitet seit 1983 in der Krebsberatungsstelle und Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen Aachen e.V. Von 2005 und 2009 war sie ehrenamtliche Patientenvertreterin in der Ethikkommission der Ärztekammer Nordrhein. Für diese Aufgabe war sie vom Vorstand der Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Behinderter in Nordrhein-Westfalen empfohlen worden.

»Ethikkommissionen sind Teil einer Prozedur, um Firmenprodukte marktreif zu machen.«

Nachfragen zur Recherche

Wer zu klinischen Studien recherchiert, trifft in Universitäten gelegentlich auf Wissenschaftler und Öffentlichkeitsarbeiter, die einschlägige Dokumente gern für sich behalten wollen – übliche Rechtfertigung: Datenschutz! Auch BIOSKOP-Redakteur Klaus-Peter Görlitzer hat das schon erlebt – und deshalb mal beim Arbeitskreis Medizinischer Ethik-Kommissionen förmlich nachgefragt: »Dürfen universitäre Forscher die von ihnen ausgegebenen Patienten-/Probandeninformationen sowie diesbezügliche Einwilligungserklärungen der Presse einfach vorenthalten?«

Der Arbeitskreis reagierte recht schnell, für ihn antwortete der Juraprofessor Jochen Taupitz aus Mannheim: Bei Vordrucken ohne personenbezogene Daten greife der Datenschutz nicht, somit seien die Universitäten »berechtigt, die entsprechenden Muster weiterzugeben oder zu veröffentlichen«. Aber Taupitz erläuterte auch, dass es grundsätzlich keine Pflicht zur Weitergabe schriftlicher Dokumente gebe. Gemäß Lan-

despressegsetzen gebe es nämlich »lediglich eine Pflicht zur Auskunfterteilung« von Seiten der Unis – und die müsse nicht zwangsläufig schriftlich, sondern könne auch mündlich erfolgen.

Auskünfte am Telefon sind bei komplexen Recherchen nicht immer zufriedenstellend, insbesondere, wenn es um so zentrale Papiere wie Einwilligungserklärungen geht, wo es im Zweifel ja auf jedes Wort ankommt.

Einstweilen gehen wir davon aus, dass Professor Taupitz mit seiner prägnanten Einschätzung richtig liegt; einen »Gutachtenauftrag« für eine »gründlichere Ausarbeitung«, über den er bei Bedarf zu reden bereit wäre, können und wollen wir uns jedenfalls nicht leisten. Vielmehr hoffen wir, dass öffentliche Hochschu-

Auskünfte am Telefon
sind nicht immer
zufriedenstellend.

len sich künftig mindestens so mitteilungsbereit zeigen wie unlängst die Charité: Nachdem sich das Berliner Uniklinikum einige Tage gesträubt hatte, gaben die dort Angesprochenen das erbetene Votum ihrer Ethikkommission schließlich doch heraus – Thema unserer Berichterstattung damals: die Charité-Studie zur Beobachtung der »weltweit ersten Geburt« in einem offenen Magnetresonanztomographen (Siehe BIOSKOP Nr. 56 + 58).

»Nachforschungen des WDR in Zentralindien«

JournalistInnen tun, was andere Berufsgruppen auch tun: Sie beobachten sich gegenseitig. Manchmal geschieht das mit Respekt, etwa vor der Rechercheleistung der (vermeintlichen) Konkurrenz. Auch wir zitieren hier, und zwar aus einem Bericht der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung (FAZ)*, erschienen am 11. Oktober 2012 unter der Überschrift »Mit Risiken und Nebenwirkungen« auf der Seite »Unternehmen«. Ausdrücklich erwähnt wurden hier auch »Nachforschungen des WDR in Zentralindien«. Diese Recherchen, schreibt die FAZ, »dokumentieren mehrere Fälle, in denen Patienten aus Armenvierteln, die Testpräparate verabreicht bekamen, behaupten, nicht von der Teilnahme an den Studien gewusst zu haben«. Die WDR-Journalisten, so die weitere Schilderung der FAZ-Autoren Johannes Pennekamp und Sebastian Balzter, »beschuldigen die lokalen Ethik-Kommissionen, die eigentlich für die Überwachung der wissenschaftlichen und ethischen Standards der Tests zuständig sind, ihren Aufgaben nicht ausreichend nachgekommen zu sein«.

Keine Informationen vorliegen

Regierungsantwort zu klinischen Studien außerhalb Europas

Dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) liegen »keine systematischen Informationen« darüber vor, welche deutschen Pharmaunternehmen klinische Prüfungen von Arzneimitteln außerhalb Europas durchführen. Das geht aus einer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Linksfraction hervor. Die Fragesteller kritisieren, dass Arzneimittelfirmen ihre Erzeugnisse zunehmend in Entwicklungs- und Schwellenländern testen lassen, weil dort behördliche Auflagen laxer, Kosten günstiger und ProbandInnen einfacher zu rekrutieren seien.

Seine Wissenslücke begründet das BMG damit, dass Studien, die außerhalb Europas durchgeführt werden, nicht bei deutschen und europäischen Behörden angezeigt werden müssen. Allerdings müssten Firmen, die hierzulande die Zulassung einer Arznei beantragen, glaubhaft versichern, dass außerhalb der EU durchgeführte klinische Prüfungen ihres Präparats unter gleichwertigen ethischen Bedingungen wie in der EU stattgefunden haben.

»Es reicht nicht, sich wie die Bundesregierung auf die Angaben der Sponsoren der Studien zu verlassen«, sagt dazu der linke Abgeordnete Niema Movassat. Notwendig sei vielmehr eine sorgfältige, unabhängige Überprüfung. Hintergrund der parlamentarischen Anfrage,

die in Kooperation mit der Coordination gegen Bayer-Gefahren (Siehe Seite 11) formuliert wurde, sind alarmierende Berichte aus Staaten wie Indien. Unter anderem verweist die Linksfraction auf Angaben

der indischen Regierung. Demnach starben in den Jahren 2007, 2008 und 2009 mehr als 1.000 Menschen während und kurz nach einer Medi-

kamentenstudie. Statistiken über die genauen Todesursachen gibt es nicht, und Obduktionen finden häufig nicht statt, schreiben die Linken, die außerdem »mangelnde Transparenz« seitens der Unternehmen beklagen: »Bayer und andere Pharmafirmen verweigern aber konsequent die Herausgabe genauer Zahlen zu Tests und Teilnehmern.«

Klaus-Peter Görlitzer

Gericht billigt Geheimhaltung

Kooperationsvertrag zwischen Uni Köln und Pharmakonzern Bayer muss nicht offengelegt werden – vorerst jedenfalls

So viel ist bekannt: Die Kölner Universitätsklinik und die Bayer Healthcare AG kooperieren bei der Entwicklung und klinischen Testung neuer Substanzen. Zu welchen Zwecken und Bedingungen sie seit dem Frühjahr 2008 gemeinsame Sache machen, dürfen die ungleichen Partner weiter geheim halten. Denn das Verwaltungsgericht Köln hat eine Klage auf Einsichtnahme in den Kooperationsvertrag abgewiesen – obwohl der nordrhein-westfälische Datenschutzbeauftragte zuvor den Informationsanspruch bejaht hatte.

Sein Urteil vom 6. Dezember (Az.: 13 K 2679/11) begründete der Vorsitzende Richter Hans-Martin Niemeier damit, dass der Rahmenvertrag zwischen Universität und Pharmakonzern »dem Bereich der Forschung zuzuordnen« sei. Und da das Informationsfreiheitsgesetz (IFG) des Landes NRW kein Informationsrecht in Bezug auf Forschung und Lehre vorsehe, müsse die angeblich 28-seitige Vereinbarung auch nicht offen gelegt werden.

»Das Ergebnis der heutigen Verhandlung stand offenkundig schon vorher fest«, meint Philipp Mimkes von der Coordination gegen Bayer Gefahren (CBG). Er hatte die Klage bereits im Mai 2011 mit Unterstützung zahlreicher Organisationen (*Siehe Randbemerkung*) eingereicht, nachdem die Rechtsabteilung der Uni seit Ende 2008 die begehrte Einsichtnahme wiederholt abgelehnt hatte. Mimkes findet es merkwürdig, dass die Kölner Verwaltungsrichter, die sich ja reichlich Zeit bis zum Urteilspruch gelassen haben, am Ende sehr formal entschieden – ohne »den in Rede stehenden Vertrag« überhaupt durchgelesen zu haben.

Datenschützer hat reingeschaut


Eben diese Mühe hatte sich die Landesdatenschutzbehörde bereits im Frühjahr 2009 auf Antrag von Mimkes gemacht. Ihre Einschätzung übermittelte sie im Mai 2009: »Wir teilen Ihnen mit, dass nach Prüfung des Vertragstextes der Auffassung der Universität, der Kooperationsvertrag falle in den vom IFG NRW ausgenommenen Bereich von Forschung und Lehre, nicht gefolgt wird.« Die Rahmenvereinbarung enthalte im wesentlichen »organisatorische Regelungen« für zukünftige, aber noch nicht festgelegte Projekte, der Bereich der Forschung im engeren Sinne sei nicht betrof-

fen. Also bestehe sehr wohl ein Anspruch auf Offenlegung gegenüber der Universität Köln. Auch die Argumentation von Bayer Healthcare, wonach die Rahmenvereinbarung vollständig als Geschäftsgeheimnis anzusehen sei, fanden die Datenschützer nach Durchsicht des begehrten Vertrages nicht stichhaltig.

Auf Basis dieser unabhängigen Einschätzung will Mimkes sich durch das Urteil in erster Instanz nicht einfach abspesen lassen und Berufung beim Oberverwaltungsgericht Münster einlegen. »Die Öffentlichkeit«, erklärt Mimkes seine Motivation, »muss darüber informiert sein, wie viele Rechte eine aus Steuergeldern finanzierte Einrichtung wie die Universität Köln an ein privatwirtschaftliches Unternehmen abtritt.« Wichtige Fragen könnten wohl nur mit Kenntnis der Vertragsinhalte geklärt und transparent gemacht werden, glaubt Mimkes. Zum Beispiel: Wer legt die Forschungsinhalte fest? Wer profitiert von Patenten, die im Rahmen der Kooperation entstehen könnten? Sollen Studienergebnisse, die Bayer nicht gefallen, womöglich als Betriebsgeheimnisse unter Verschluss gehalten werden? Die Anwälte der Kölner Uni, deren Argumentation das Kölner Gericht offensichtlich gefolgt ist, hatten tatsächlich erklärt, dass die Rahmenvereinbarung »umfangreiche Regelungen« über Vergütungen, finanzielle Beteiligungen und die Nutzung von Forschungsergebnissen enthalte.

Grundsätzliche Bedeutung

Auf den weiteren Verlauf dieser juristischen Auseinandersetzung sind sicher nicht nur die Beteiligten gespannt, der Kölner Fall ist von grundsätzlicher Bedeutung. Denn Public Private Partnerships (PPP), also gemeinsame Projekte von Universitäten und privaten Firmen, gibt es überall in der Republik, und sie werden auch von PolitikerInnen empfohlen; alltäglich sind zu dem Sponsoringvereinbarungen, um die sich viele Universitätsleitungen angesichts knapper Finanzen aktiv bemühen.

Die Wahrscheinlichkeit, dass Kooperationen und Geldflüsse mittelfristig durchschaubarer gemacht werden, dürfte steigen, wenn sich mehr Menschen trauen, mit langem Atem kritische Nachfragen zu stellen. Richterliche Urteile könnten solch bürgerschaftliches Engagement bestenfalls befördern – öffentlich Fragen zu stellen, werden sie in einer Demokratie nicht untersagen können. *Klaus-Peter Görlitzer* 

»Ein Modell für Deutschland?«

Am 26. März 2008 suchten die Bayer AG und die Kölner Universitätsklinik gezielt öffentliche Beachtung. Im Rahmen einer gemeinsamen Pressekonferenz stellten sie ihre »präferierte Partnerschaft« vor. Joachim Klosterkötter, damals Dekan der medizinischen Unifakultät, nannte zwar keine konkreten Forschungsprojekte. Aber er stellte klinische Studien zur Entwicklung »innovativer Arzneimittel-Therapien« in Aussicht, unter anderem gegen Krebs, Herz-Kreislaufkrankungen und bakterielle Infektionen. Für den Bayer-Vorstand kündigte Wolfgang Plischke an, der Pharmakonzern wolle jährlich einen »soliden sechsstelligen Betrag« in die Zusammenarbeit einbringen. Ziel von Uni und Unternehmen sei eine »gemeinsame strategische Positionierung« im internationalen Wettbewerb, fügte Medizinprofessor Klosterkötter hinzu. Die PR-Aussagen machten die Coordination gegen Bayer-Gefahren (CBG) neugierig, und so bemüht sich ihr Mitarbeiter Philipp Mimkes seit Herbst 2008 intensiv, Einsicht in den Kooperationsvertrag zu bekommen. Zahlreiche Organisationen unterstützen dieses Anliegen, darunter die BUKO-Pharmakampagne, die Ärzteorganisation IPPNW, Transparency International und auch kritische Medizinstudierende der Kölner Uni. *BIOSKOP* hatte die denkwürdige Partnerschaft erstmals im Juni 2008 (Heft Nr. 42) problematisiert und kritisch gefragt: »ein Modell für Deutschland?«

Leichenimporte aus Osteuropa gestoppt

Bayerischer Transplantatehersteller gab seine Einfuhrlizenz zurück – amerikanische Mutterfirma hat Ärger in den USA

Martina Keller
(Hamburg), Journalistin

Die Tutogen Medical GmbH führt derzeit keine Knochen, Sehnen und Faszien mehr aus der Ukraine ein. Das Unternehmen aus Neunkirchen am Brand habe seine Importlizenz freiwillig zurückgegeben, teilte die Bezirksregierung von Oberbayern auf Anfrage mit. Unterdessen sieht sich Tutogens Mutterfirma RTI Biologics in den USA mit kritischen Fragen konfrontiert.

Schon mehrfach wurde in der Vergangenheit gegen Partner von Tutogen in Osteuropa ermittelt. Mal ging es um Importe aus Lettland, von denen die Angehörigen der Verstorbenen nichts ahnten. Mal klagten ukrainische Angehörige, ihre Zustimmung zur Entnahme von Leichenteilen sei mit Tricks erschlichen worden. Gesetzesverstöße wurden vor Gericht allerdings nicht nachgewiesen, die Skandale schienen ohne Konsequenzen zu bleiben. Noch im Sommer waren mehr als 20 rechtsmedizinische Institute der Ukraine bei der amerikanischen Gesundheitsbehörde FDA für die Entnahme von Leichenteilen registriert. Als Kontakt war stets dieselbe Telefonnummer angegeben: die der Tutogen Medical GmbH.

Damit ist es jetzt vorbei. Weil Tutogen seine Importlizenz im August zurückgegeben hat, konnte eine für September geplante Inspektion der Regierung von Oberbayern nicht mehr in der Ukraine stattfinden.

Sie hätte womöglich Unangenehmes zu Tage gefördert. Im Laufe dieses Jahres leitete die ukrainische Sicherheitspolizei SBU gleich gegen drei rechtsmedizinische Institute Ermittlungen wegen des Verdachts illegaler Leichenteilentnahme ein. Die Pressefrau des SBU spricht in zwei Fällen von »Banden«-Delikten.

Opfer waren Menschen wie Lubov Frolova aus Nikolaev im Süden der Ukraine. Ihr 35-jähriger Sohn Oleksandr starb im Dezember 2011 nach einem epileptischen Anfall. Man teilte der Mutter mit, eine Autopsie sei nötig. Eine Ärztin fragte zudem, ob ein Sehnenteil am Fuß entnommen werden dürfe, wertvolle Medizin für neugeborene Babys werde daraus gemacht. Frolova willigte ein.

Zwei Monate später, im Februar 2012, machte die ukrainische Sicherheitspolizei eine grausige Entdeckung. Sie stoppte in der Gegend

von Nikolaev einen Minibus mit Kühlboxen voller Leichenteile. Auch Überreste von Oleksandr Frolov waren darunter. Auf Behältern klebten Schildchen mit der Aufschrift »Tutogen«. Dazwischen steckten Briefumschläge mit Bargeld und Autopsieberichte in englischer Sprache.

Die Mutter war schockiert, als ihr die Polizei eine Liste der bei Oleksandr entnommenen Teile zeigte: »Zwei Rippen, zwei Achillessehnen, zwei Ellbogen, zwei Gehörknöchelchen ... Ich konnte das nicht zu Ende lesen, ich fühlte mich ganz krank«, sagt sie. Nicht eines, sondern mehr als 30 Körperteile waren bei ihrem Sohn entnommen worden. Die Mutter erfuhr, dass die Überreste ihres Sohns nach Deutschland geliefert werden sollten. »Ich finde, diese Menschen sollten bestraft werden«, sagt sie: »Ich habe nichts gegen Spende, aber es muss nach dem Gesetz geschehen.«

Ein einziges Mal war es in der Ukraine zuvor zu einem Gerichtsprozess gekommen. In Kriwoi Rog wurde 2009 der Leiter der Rechtsmedizin angeklagt. 17 Zeugen wurden geladen. Doch der Angeklagte starb, bevor ein Urteil gesprochen werden konnte (Siehe BIOSKOP Nr. 56).

Caroline Hartill, Vize-Präsidentin bei Tutogens amerikanischer Mutterfirma RTI Biologics, sagte, RTI versuche etwaige Gesetzesverstöße von Einzelpersonen gemeinsam mit den ukrainischen Behörden zu verhindern. Die Gewebe-

entnahme in der Region Kriwoi Rog sei 2008 eingestellt worden.

RTI muss sich nicht nur wegen der Ereignisse in der Ukraine kritische Fragen gefallen lassen. Die Firma hat auch wieder Ärger wegen eines Skandals in den USA, der längst aus den Schlagzeilen verschwunden schien. Michael Mastromarino, ein ehemaliger Zahnarzt, der seine Lizenz wegen Drogenproblemen verlor, hatte bis 2005 mehr als 1.000 Leichen illegal ausgeschlachtet, darunter krebszerfressene und HIV-infizierte Kadaver.

Mastromarino lieferte diese Überreste mit gefälschten Papieren an mehrere große Verarbeitungsfirmen, darunter RTI. 25.000 Implantate wurden hergestellt. Viele davon waren bereits an Patienten verpflanzt, als die Machenschaften des Leichenhändlers aufflogen und die Firmen ihre Produkte zurückriefen.

Mehr als 30 Körperteile waren bei ihrem Sohn entnommen worden. Die Mutter erfuhr, dass die Überreste ihres Sohns nach Deutschland geliefert werden sollten.

»Ausgeschlachtet«

lautet der Titel einer brisanten Dokumentation, gesendet am 10. Dezember im Rahmen der WDR-Fernsehreihe »die story«. Martina Keller und Wolfgang Luck beleuchteten darin, wie das Geschäft mit Leichenteilen aus der Ukraine organisiert war. Der Film wird voraussichtlich noch einige Wochen im Internetangebot des WDR abrufbar sein: <http://www.wdr.de/tv/diestory/>

2008 wurde Mastromarino zu einer Haftstrafe von bis zu 58 Jahren verurteilt. Stets hatten RTI und die anderen Abnehmer der Leichenteile sich als Opfer von Mastromarino dargestellt. Recherchen des International Consortium of Investigative Journalists (ICIJ) werfen jetzt aber ein neues Licht auf die Rolle von RTI. Die Firma kannte Mastromarino bereits aus der Zeit, da er noch als Zahnarzt Produkte von RTI bei Kiefer-Operationen einpflanzte. Als Mastromarino 2002 ins Leichengeschäft wechselte, schloss eine nicht kommerzielle Tochter von RTI, zuständig für die Spendenbeschaffung, einen Vertrag mit Mastromarino, wie Gerichtsakten eines schwebenden Zivilverfahrens belegen.

Bald gab es Beschwerden über Mastromarino, und RTI ließ die Vergangenheit ihres Geschäftspartners von einer Kanzlei durchleuchten. In einer Entscheidung des Supreme Court des Staates New York wird eine Mail von Anwalt Jerome Hoffman an das RTI-Management vom Dezember 2002 zitiert: »Der gute Doktor hat seit geraumer Zeit auf der Böse-Buben-Liste des Weihnachtsmanns gestanden«, schrieb Hoffman. »Ich würde dringend empfehlen, keine Geschäfte mit jemandem zu machen, der so einen Lebenslauf hat.«

Doch RTI setzte sich über den Rat des Anwalts hinweg. Mastromarino habe ja sein Leben geändert. »Wer war ich, über ihn zu urteilen?«, sagte Caroline Hartill in einer per Video dokumentierten Befragung unter Eid. Sie war seit 2001 bei RTI für Qualitätssicherung zuständig.

Im Oktober diesen Jahres sollte auf Staten Island ein Zivilprozess gegen RTI Biologics beginnen. Kläger sind Hinterbliebene der von Mastromarino ausgenommenen Toten. Es gehe nicht so sehr darum, was die RTI-Verantwortlichen genau wussten, »sondern was sie hätten wissen müssen«, erklärte ein Anwalt der Familien im Vorfeld. Doch der Prozessbeginn wurde auf unbestimmte Zeit verschoben. Laut einem Bericht von RTI an die US-Börsenaufsicht hat die Firma in 29 Fällen einen Vergleich ausgehandelt und dafür 2,4 Millionen Dollar zurückgestellt.

Die Leichenrecherche

Acht Monate dauerte die Recherche des Journalisten-Netzwerkes ICIJ (Siehe Randbemerkung) zum internationalen Geschäft mit Leichenteilen. Die Reporter führten mehr als 200 Interviews mit Brancheninsidern, Regierungsoffiziellen, Chirurgen, Anwälten oder verurteilten Tätern und werteten Tausende von Dokumenten aus, die teils erst über Hunderte von Anfragen nach Gesetzen zur Informationsfreiheit beschafft werden konnten. Umfangreiche Datenbanken der US-Gesundheitsbehörde FDA wurden analysiert, etwa über Gewebeeimporte und Produktrückrufe.

Rund ein Dutzend Reporter aus elf Ländern beteiligten sich an der Recherche, darunter BIOSKOP-Autorin Martina Keller. Die Ergebnisse wurden in mehr als einem Dutzend Publikationen veröffentlicht: *Huffington Post*, *NBC* und *NPR* (USA), *Folha de S. Paulo* (Brasilien), *Asahi Shimbun* (Japan), *The Sydney Morning Herald* (Australien), *El Mundo* (Spanien), *Le Monde* (Frankreich), *CIPER* (Chile), *The Kiev Post* (Ukraine), *The Daily Mail* (Großbritannien), *El Puercoespín* und *La Nación* (Argentinien), *The Daily* (Tschechische Republik).

Die Artikel kann man auch auf der Website des ICIJ nachlesen: www.icij.org

RTI ließ einen detaillierten Fragenkatalog des ICIJ unbeantwortet. Anstelle eines Interviews gewährte die Firma ein Treffen mit ihren Anwälten, die sich aber nur zu juristischen Aspekten der geplanten ICIJ-Veröffentlichungen äußerten. Unterdessen versichert sie in Verlautbarungen stets, dass sie sich an die Gesetze halte. »Wir blicken auf eine lange Geschichte des verantwortungsvollen Umgangs mit dem Geschenk der Spende zurück.«

Die ICIJ-Publikationen vom Juli 2012 im angesehenen amerikanischen Online-Magazin *Huffington Post* haben daran offenbar Zweifel geweckt. Das US-Verteidigungsministerium beschloss im September, seine Verträge mit RTI Biologics zu prüfen.

Misstände aufdecken, Veränderungen anstoßen

Das International Consortium of Investigative Journalists (ICIJ) ist eine Nichtregierungsorganisation mit Sitz in Washington und auf länderübergreifende Recherchen spezialisiert. Zum Kernteam in den USA gehören zehn Reporter, weltweit sind rund 160 investigative Journalisten aus 60 Ländern mit dem ICIJ verbunden. Die Projekte entstehen aus eigenen Ideen, Anregungen der Mitglieder oder Hinweisen von Informanten. Die Themen müssen international sein, Misstände aufdecken und die Chance bieten, Veränderungen anzustoßen. Sobald ein Projekt beschlossen ist, wird ein Team von drei bis zwanzig Reportern gebildet, die über die Welt verteilt sind. Koordiniert wird die Recherche in Washington. Ist sie abgeschlossen, wird der Inhalt in verschiedenen Ländern kostenfrei zur Veröffentlichung angeboten. Recherchen des ICIJ erschienen in einem Dutzend Sprachen und wurden von Partnern in zahlreichen Ländern publiziert. Das ICIJ wurde 1997 gegründet und gehört zum Center for Public Integrity, einer Watch-Dog-Organisation, die Hunderte von investigativen Recherchen in den USA geleistet hat. Rechercheprojekte des ICIJ können 250.000 Dollar und mehr kosten und werden durch Eigenmittel des Center for Public Integrity sowie Nichtregierungsorganisationen finanziert.

fragdenstaat.de

heißt ein spannendes Internetportal, das BürgerInnen ermutigt, ihr Recht auf Informationsfreiheit wahrzunehmen und sich in aller Öffentlichkeit bei Behörden zu erkundigen. Am 11. April stellte ein Bürger beim Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Antrag auf Einsichtnahme in jenes Wirtschaftsprüfungsgutachten zur Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), das diese bekanntlich nicht vollständig offenbaren möchte (Siehe BIOSKOP Nr. 57).

Anfang Juni reagierte das BMG – und lehnte den Antrag ab. Das Begründungsschreiben des Ministeriums ist online, ebenso der nächste Schritt des Fragestellers: Er hat sein Anliegen an den Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit weitergeleitet. Der teilte im August mit, er habe nun das begehrte Gutachten beim BMG angefordert, um zu prüfen, ob ein Anspruch auf Einsichtnahme bestehe oder nicht. Dieser Check war Mitte Dezember offenbar noch im Gange.

Über das Ergebnis werden wir bei Gelegenheit berichten – auch im Netz: www.bioskop-forum.de

Subtile Verhaltenssteuerung

Wie Chefärzte bezahlt werden – und warum einige Teile der Vergütung in der Kritik stehen und andere nicht

Erika Feyerabend (Essen), Journalistin und BioSkoplerin

Außer reden nichts gewesen

Von Transparenz reden zunehmend auch PolitikerInnen. Fraglich ist, welche Taten sie ihren Worten folgen lassen. Zum Beispiel Jens Spahn (CDU): Der gesundheitspolitische Sprecher der Unionsfraktion im Bundestag verhiß am 25. November via *Frankfurter Allgemeine Zeitung* »mehr Transparenz für die Patienten«. Jede/r könne künftig erfahren, in welchen Krankenhäusern es Verträge mit Bonuszahlungen gibt, etwa für mehr Operationen. Möglich mache dies ein kurzfristig formulierter Änderungsantrag zum Patientenrechtegesetz, der Kliniken verpflichte, derartige Vereinbarungen in ihren Qualitätsberichten offen zu legen. Ein paar Tage später, am 29. November, beschloss der Bundestag besagtes Patientenrechtegesetz – allerdings ohne die angekündigte Veröffentlichungspflicht. Zur Begründung hieß es, die schwarz-gelben Koalitionäre hätten sich nicht über den Änderungsantrag einigen können. Rechtlich umstritten sei, ob Inhalte von Arbeitsverträgen überhaupt veröffentlicht werden dürfen. Das weitere Vorgehen, verlaublich ein Sprecher des FDP-geführten Bundesgesundheitsministeriums, »muss rechtssicher ausgestaltet sein und deshalb mit den Verfassungsressorts in der Bundesregierung abgestimmt werden«. Das kann dauern – wahrscheinlich länger, als die aktuelle Legislaturperiode noch läuft.

Im Sommer wurde öffentlich, was das Universitätsklinikum Göttingen noch immer als interne Vertragsangelegenheit behandelt: Der leitende Transplantationsmediziner soll pro Leberübertragung einen Bonus von rund 2.000 Euro von seinem Arbeitgeber erhalten haben, als Zugabe zu seinem Gehalt. Seither zeigen sich Fachgesellschaften in »großer Sorge«. Fallbezogene, leistungsorientierte Vergütungen für führende ÄrztInnen will anscheinend niemand mehr. Die Wirklichkeit sah und sieht anders aus.

Das Gesundheitswirtschaftsmagazin *kma* spekulierte im Oktober über die Gemütslage der Klinikmanager: »Die Branche ist stark verunsichert, wie die künftigen Vertragswerke gestaltet sein sollen. Schließlich geht es auch darum, gutes qualifiziertes Personal durch starke Anreize ans Haus zu binden. (...) Andererseits dürfen keine Kollateralschäden entstehen wie in Göttingen.«

Erstaunlich, dass ausgerechnet die Göttinger Bonus-Zahlungen eine gesamte Branche so verunsichert haben sollen. Denn eine journalistische Befragung fast aller Transplantationszentren kam im Herbst zu einem Ergebnis, das eher beruhigend aussieht: Laut Antworten der Geschäftsleitungen gibt es in keiner weiteren Klinik Chirurgen, die pro Transplantation zusätzlich belohnt wurden. Anscheinend haben Chirurgen, die auch in Regensburg und München in Verdacht geraten sind, Wartelisten manipuliert zu haben, nicht direkt zum eigenen finanziellen Vorteil gehandelt.

Offensichtlich ist: Seit Bekanntwerden des »Göttinger Falls« (*Siehe BIOSKOP Nr. 59*) stehen insbesondere Unikliniken unter Beobachtung – und viele Menschen ahnen, dass es eine vielgestaltige, aber wenig sichtbare Praxis gibt, um mit Geld ärztliches Verhalten zu steuern.

Beschluss des Ärztetages

Der Marburger Bund, der die Interessen angestellter und beamteter ÄrztInnen vertritt, demonstriert Skepsis. Beim Deutschen Ärztetag im Mai brachte der MB-Vorstand eine Entscheidung ein. »Mit Sorge«, so der vom Ärzteparlament beschlossene Text, werde gesehen, dass immer mehr Chefarztverträge variable Einkommensbestandteile enthalten, die »primär an das Erreichen ökonomisch orientierter Ziele

gekoppelt« sind – etwa an Fallzahlen, Umsatzziele oder Personalkosten.

Marburger Bund (MB), Bundesärztekammer (BÄK) und der Verband der leitenden Krankenhausärzte (VLK) kritisierten den Mustervertrag für Chefärzte, den die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) schon vor Jahren entworfen hatte. Paragraph 8 empfiehlt Bonus-Klauseln, die mit »Zielvereinbarungen« verbunden sind: beispielsweise für Sach- und Personalkosten der Abteilung; für Leistungen nach Art und Menge, für die Einführung neuer Behandlungsmethoden, für Maßnahmen und Ergebnisse der Qualitätssicherung, für Inanspruchnahme nichtärztlicher Wahlleistungen wie Einzelzimmer oder Fernseh- und Telefonanschlüsse für PatientInnen.

Zehn Jahre nach Einführung solcher leistungsbezogener Boni richten BÄK und VLK nun eine Kontaktstelle ein. Dort können ÄrztInnen bestehende oder geplante Verträge per E-Mail (*dezernat5@baek.de*) übermitteln und checken lassen. BÄK-Präsident Frank Ulrich Montgomery favorisiert diese Art freiwilliger Selbstkontrolle und kündigt an: »Wir behalten uns vor, unsere Prüfungsergebnisse bei rechtlich oder ethisch-moralisch besonders kritischen Fällen auch zu veröffentlichen.«

Lukratives Liquidationsrecht

Die Methoden, individuelles Verhalten mit geldwerten Belohnungen zu beeinflussen, sind vielfältig. Eingesetzt wird nicht nur der gegenwärtig kritisierte Bonus pro »Fall«. Altbekannt ist das persönliche »Liquidationsrecht« für Chefärzte, das die Ärzterepräsentanten nach wie vor gut finden. Neben einem auskömmlichen Festgehalt oder Beamtensold bessert(e)n leitende MedizinerInnen mit dem Privileg, Honorare von PrivatpatientInnen und privat zu zahlende Wahlleistungen selbst zu kassieren, ihr Einkommen erheblich auf.

Gemäß »Vergütungsreport 2011« der Unternehmensberatungsfirma Kienbaum, erstellt auf Basis von Selbstauskünften leitender MedizinerInnen, nimmt die Zahl der Verträge mit Liquidationsrecht zwar stetig ab. Aber mit einem Anteil von 51 Prozent an den vereinbarten variablen Vergütungen seien sie immer noch »die dominierende Gestaltungsform«. Laut Kienbaums Report kassieren Chefärzte dafür im Durchschnitt 199.000 Euro im Jahr – zusätzlich zu ihrem Gehalt. Bonusvereinbarungen, ▶

► geknüpft zum Beispiel an Operationszahlen, bringen vergleichsweise wenig ein, nämlich 79.000 Euro im Durchschnitt.

In der Regel sind Chefärzte heute verpflichtet, 20 bis 25 Prozent der Liquidationseinnahmen an das Krankenhaus abzuführen und das assistierende Personal über einen Pool zu beteiligen – nach einer ihnen genehmen Ordnung. Mögliche Folgen: PrivatpatientInnen werden bevorzugt behandelt, Wahlleistungen reichlich angeboten, mit Billigung der Geschäftsführung. Wenn OberärztInnen monatlich mit rund 1.000 Euro und andere helfende Hände mit 50 Euro mehr nach Hause gehen, differenzieren sich die Gehälter der Angestellten extrem und alle Verhältnisse in der Abteilung sind von Geld und vom Gusto der Chefärzte bestimmt.

Beteiligungsvergütung plus Bonus

Das persönliche Liquidationsrecht für Chefärzte ist aber zunehmend unter Druck geraten, viele Klinikmanager, insbesondere an Unikliniken, wollen es nicht mehr gewähren. Schon 2003 beklagte eine BÄK-Führungskraft diese Trendwende im *Deutschen Ärzteblatt* als »autoritäre Vorgabe von Zielvereinbarungen«, »Aushöhlung jeglichen freiberuflichen Elements«, »Gängelei infolge Überregulierung und damit bewirkte Demotivation der Chefärzte«.

Mancher Insider hält das lukrative Liquidationsrecht tatsächlich für weniger schädlich als andere, leistungsbezogene Vergütungsmodelle. Zum Beispiel Hans Adolf Müller. Der Leiter des Gesundheitsmanagements der Knappschaft setzt auf den alten Anreiz: »Anders würden wir keine wirklich guten Chefärzte bekommen.« Zwar spielten bei der Privatliquidation die Menge und die Auswahl der Kranken durchaus eine Rolle. Doch passiere es »nicht so leicht, dass ein Patient unnötigerweise operiert oder ihm eine notwendige Operation vorenthalten wird«.

Kienbaum berichtet, dass statt dessen die »Beteiligungsvergütung« stetig zunimmt. Bei dieser Variante, derzeit in 14 Prozent der variabel gestalteten Verträge verbreitet, bekommen Chefärzte einen ausgehandelten Anteil an den Klinikeinnahmen, im Durchschnitt soll diese jährliche Zusatzeinnahme 115.000 Euro betragen. Die Folgen sind ähnlich, nur werden Management und Geschäftsführung einflussreicher.

Bei Bonusvereinbarungen wird die Berechnungsgrundlage für Zusatzverdienste vertraglich fixiert. Gezahlt wird, wenn ausgehandelte Kennziffern wie Fallzahlen, Patientenbelegung oder bestimmte Betriebsergebnisse erreicht werden. Kienbaum schätzt, dass sich ihr Anteil seit 2001 auf mehr als 20 Prozent verdoppelt hat – mehr noch: Fast jeder zweite Neuvertrag soll mittlerweile Bonusregelungen enthalten.

Kombinationen aller Praktiken sind möglich und üblich. Wozu das führt, bilanziert Kienbaum so: »Der variable Anteil an der Jahresgesamtvergütung ist mit 52 Prozent sehr hoch.«

Der erwähnten Kritik von BÄK und MB mag ein begrüßenswerter Reflexionsprozess zugrunde liegen. Fakt aber ist: Im Tarifvertrag, den der MB mit der Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände abgeschlossen hat, werden im Paragraphen 21 einzelnen ÄrztInnen oder Arztgruppen auf Grundlage von Zielvereinbarungen Leistungsprämien als Kann-Leistungen zugestanden. Neben Fort- und Weiterbildung können auch »am Unternehmenserfolg orientierte Erfolgsprämien« vereinbart werden. Klinikträger, aber auch Chefärzte dürfen mit nachgeordnetem Personal Ziele definieren und variable Gehaltsbestandteile auf sämtlichen Stufen im Krankenhaus systematisch einführen.

Die Berufsordnungsgremien der BÄK beschlossen 2007 Hinweise zur »Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit im Umgang mit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens«. Dort werden »Beteiligungsvergütungen« für Wahlleistungen, Gutachtertätigkeiten, ambulante Behandlung oder klinische Prüfungen berufsrechtlich als grundsätzlich in Ordnung erklärt. Von »Bonusverträgen« wird abgeraten, da sie die »ärztliche Unabhängigkeit« gefährden und dazu führen könnten, dass »nicht die für den Patienten günstigste Behandlungsform« gewählt werde. Möglich sollen solche Vereinbarungen dennoch sein, wenn »vereinbarte Zielgrößen wie Personal- oder Sachkosten oder bestimmte Untersuchungen und Behandlungen« zielgenau erreicht werden, der Bonus in einem angemessenen Verhältnis zum Festgehalt steht und im Einzelfall »aufgrund medizinischer Notwendigkeit« die Zielvorgaben außer Acht gelassen werden dürfen.

Knallharter Wettbewerb

Einzelheiten von Zielvereinbarungen sind weitgehend intransparent. Wir dürfen gespannt sein, was die BÄK an Verträgen künftig bekannt machen wird. Im Gespräch sind auch freundlich klingende Zielvorgaben wie medizinische Qualität, Zufriedenheit von MitarbeiterInnen und Patientinnen, bessere Hygiene oder ein verringerter Krankenstand des Personals.

Es darf aber bezweifelt werden, dass beklagter Kostendruck, existenzgefährdender Wettbewerb und laufender Umbau von Krankenhäusern zu profitorientierten Unternehmen ausgerechnet über finanzielle Anreize zu zähmen ist, sei es fürs Führungspersonal oder abhängig Beschäftigte. Gegen hohe Krankenstände, unzufriedene MitarbeiterInnen und Hygienemängel hilft vor allem eines: mehr Personal, weniger Wettbewerb.

»Ökonomische Mitverantwortung der leitenden Ärzte«

2.045 Kliniken gibt es hierzulande. Deren Träger unterhalten einen Lobbyverband namens Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG). Derzeit ärgert sie sich öffentlich über die neue »Kontaktstelle für die Überprüfung von Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen«, die Bundesärztekammer-Präsident Frank Ulrich Montgomery Anfang November angekündigt hat. In einem offenen Brief an Montgomery wetterte DGK-Präsident Alfred Dänzer: »Wir werten die Einrichtung einer Kontaktstelle mit »Prangerfunktion« als Vorgehensweise, die die zukünftige partnerschaftliche Zusammenarbeit zu beeinträchtigen droht.« Unerhört findet Dänzer den folgenden Satz Montgomerys: »Die Anbindung der Chefarztverträge an vorrangig ökonomisch ausgerichtete Zielkriterien birgt Risiken für die Patientenversorgung und widerspricht dem ärztlichen Berufsethos.« Die Aussage des BÄK-Chefs erwecke den »diskreditierenden« Eindruck, dass Ärzten ihr finanzieller Vorteil wichtiger sei als das Patientenwohl, meint Dänzer. »Aus Krankenhaussicht«, so der DKG-Geschäftsführer, sei die herrschende Vertragspraxis legitim und notwendig – Begründung: »Die durch die gesetzlichen Finanzierungsrestriktionen begrenzten sächlichen und personellen Ressourcen erfordern eine ökonomische Mitverantwortung der leitenden Ärzte.«



Vorschau

Themen im März 2013

- Schwerpunkt
Genforschung

- Gesundheitsökonomie
Arzneimittelbewertungen
- Lebendorganspende
Risiken und Nebenwirkungen

Veranstaltungstipps

Mo. 14. Januar 2013, 16.30 – 18 Uhr

Hamburg (Universität, ESA 1 West, Raum 221, Edmund-Siemers-Allee 1)

- **Behinderung ohne Behinderte!?**
Vortrag

Das Hamburger Zentrum für Disability Studies (ZeDiS) geht davon aus, dass Behinderung »ausschließlich gesellschaftlich verursacht« wird und in allen Lebensbereichen behindernde Barrieren auftreten. Im Rahmen der ZeDiS-Ringvorlesung erläutert die Marburger Diplompädagogin Carolin Tillmann, »wie Kranke behindert werden«. Sie empfiehlt: »Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen sie *nicht* ihren Arzt oder Apotheker.«

Mo. 4. Februar, 18.30 – 20 Uhr

Hamburg (Seniorentreff Lange Aktiv Bleiben, Eppendorfer Weg 232)

- **Organspende – was bedeutet das für mich?**
Vortrag mit Diskussion

Die Reform des Transplantationsgesetzes hat es den BürgerInnen nicht leichter gemacht, sich für oder gegen Organspenden zu entscheiden. Viele Fragen bleiben offen: Wie tot sind hirntote PatientInnen? Können menschliche Organe gerecht verteilt werden? Wer kontrolliert die Praxis im schwer durchschaubaren Transplantationswesen? Werden BürgerInnen angemessen und umfassend informiert? Einen Beitrag zur Aufklärung wird BioSkoplerin Erika Feyerabend mit ihrem Vortrag leisten. Gastgeberin ist die Regionalgruppe Hamburg der Hospizvereinigung OMEGA.

Mi. 6. Februar, 18.30 – 22 Uhr

Göttingen (Kino Lumière, Geismarlandstr. 19)

- **Anti-Aging und Unsterblichkeit**
Film mit Podiumsdiskussion

Ewig jung und schön zu sein – davon träumen Madelin und Helen. Eine Zauberin besorgt ihnen einen Trank, der ewige Jugend garantiert – unverhoffte Nebenwirkung: Das Gebräu macht unsterblich ... Die Frauen spielen die Hauptrolle im Film »Der Tod steht ihr gut«. Nach der Vorführung diskutieren die Internistin Gesine Reh und der Soziologe Kai Brauer über die Bedeutung des Anti-Aging-Wunsches und »inwiefern seine medizinische Erfüllung machbar ist und erstrebenswert erscheint«, schreiben die Veranstalter vom Göttinger Uni-Institut für Ethik und Geschichte der Medizin.

Mi. 6. Februar, 19.15 – 21 Uhr

Mainz (Universitätsklinikum, Hörsaal Chirurgie, Langenbeckstraße. 1)

- **Profitorientierte Medizin**
Vortrag

Der Arzt Eckart Fiedler, geboren 1942, gilt als Mann mit wirtschaftlichem Sachverstand. Er arbeitete durchweg in einflussreichen Funktionen, u.a. als Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Geschäftsführer des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen und Vorstandschef der Barmer Ersatzkasse. Seit 2006 ist Fiedler Honorarprofessor am Kölner Institut für Gesundheitsökonomie. In seinem Vortrag will er erklären, wie Gesundheitsökonomie als Bindeglied zwischen Solidarität und Wettbewerb wirkt.

Di. 19. Februar, 19 Uhr

Pulheim (Hospizforum, Hackenbroicher Straße 16)

- **Organtransplantation und Patientenverfügung**
Vortrag mit Diskussion

Ob sie bereit sind, sich im Falle ihres »Hirntods« Nieren, Leber, Herz und Gewebe entnehmen zu lassen, können Menschen nur persönlich entscheiden. Aber will man im Angesicht des Todes noch, was man früher, in gesunden Zeiten, gedacht hat? Die Veranstaltung, organisiert vom Pulheimer Hospizverein, diskutiert, ob Voraussetzungen sinnvoll sein können oder nicht. Referentin ist BioSkoplerin Erika Feyerabend.

Mi. 6. März – Do. 7. März

Berlin (Technische Universität, Straße des 17. Juni Nr. 135)

- **Armut und Gesundheit**
Kongress

»Die soziale Lage übt einen entscheidenden Einfluss auf die Chancen der Menschen aus, ein Leben in guter Gesundheit zu führen.« Das weiß nicht nur der Verein Gesundheit Berlin-Brandenburg, der alle Jahre wieder zum Kongress lädt. 2011 hieß das Motto »Prävention wirkt!«, dieses Mal sollen zahlreiche ReferentInnen und Workshops »Brücken bauen, damit sich erfolgversprechende Ansätze leichter umsetzen lassen«. Erörtert wird etwa, wie Erkenntnisse aus der Präventionsforschung über Fachkreise hinaus verbreitet und wie PolitikerInnen dafür interessiert werden können.
Anmeldung unter Telefon (030) 44319073

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