

# B I O S K O P

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

17. Jg. | Nr. 68 | Dezember 2014

## Schwerpunkt E-Health & Big Data

- 8 Elektronische »Gesundheitskarte«:  
viele Fragen, wenig Antworten
- 10 Öffentliche Diskussion zur  
»Nationalen Kohorte« gefordert
- 11 Alles unter Kontrolle?

## Ersatzteillager Mensch

- 3 Transplantationsregister in Vorbereitung

## Pharmamarketing

- 4 »Werbetouren durch Deutschland«
- 5 Musterbrief für ÄrztInnen, die Wert  
auf unabhängige Fortbildungen legen

## Erfassungspolitik

- 7 Polizeiliche DNA-Analysen mit Irrtumspotential

## Arzneimittelmarkt

- 12 Ruhigstellungen und Nebenwirkungen
- 13 Forschungsprojekt zu Medikationsfehlern

## Analyse

- 14 Gewissheiten und Irritationen zur  
»Autonomie am Lebensende«

## Außerdem

- 6 Diskrete Kooperationen von  
Universitäten und Unternehmen
- 6 Resolution zum »Social Freezing«
- 16 Veranstaltungstipps
- 16 Wunschzettel
- 2 Jetzt BioSkop unterstützen!
- 16 **BIO SKOP** im März 2015

---

## Impressum

**Herausgeber:** BioSkop e.V. – Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Technologien  
Bochumer Landstr. 144 a · 45276 Essen  
Tel. (0201) 5366 706 · E-Mail: info@bioskop-forum.de

**BioSkop e.V.** im Internet: [www.bioskop-forum.de](http://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](mailto:redaktion@bioskop-forum.de)

**Beiträge in dieser Ausgabe:** Stefanie Graefe,  
Martina Keller, Uta Wagenmann.

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

**Layout + Satz:** RevierA, 45139 Essen, [www.reviera.de](http://www.reviera.de)

**Druck:** Zeit-Druck-Thäns, 35083 Wetter  
ISSN 1436-2368

## Digital erschöpft

Erika Feyerabend

Es ist ermüdend, das Leben im digitalen Zeitalter. Nach den NSA-Abhöraffaires, mitten in der weitgehend folgenlosen Debatte um die grenzenlose Abschöpfung von Daten über Facebook und Google, nun auch noch das: die Gesundheits-App! Der Versicherungskonzern Generali verheißt uns ein Rabatt-Programm mit dem schönen Titel »Vitality«. KundInnen, die ohnehin ihre Körperdaten über Puls, Ernährung, Fitness und was auch immer digital erfassen lassen, sollen günstigere Prämien bekommen, wenn sie diese persönlichen Daten an den Konzern weiterreichen. Das werden sicher nur jene machen, die versicherungskonform leben: fit, gesund und kostengünstig. Das Management beruhigt: Die Teilnahme sei selbstverständlich »freiwillig«. Die Meldung sorgte für Aufregung. Ein Alleinstellungsmerkmal wird Generali sicherlich nicht haben, auch andere Kranken- und Lebensversicherer wie Allianz und Axa sollen solche Angebote vorbereiten. Der IT-Riese Google bietet an, Daten verschiedener Gesundheits-Apps in einer zentralen Datenbank zu lagern und zu analysieren. Die IKK classic hat das neue Marktsegment per Umfrage erkundet. Und die Krankenkasse DAK bot bereits im April 2013 ihren Mitgliedern an, eine neue »DAK-FitCheck-App für iPhone und Android« zu nutzen – um ihre sportlichen Betätigungen an die DAK zu übermitteln und Bonuspunkte für »attraktive Prämien« zu sammeln (Siehe Seite 11).

Auch die Beruhigungsformel des Generali-Managers Christoph Schmallenbach ermüdet. Nach Gen-Daten stünde dem Unternehmen nicht der Sinn. Die Infrastruktur, um genetische Daten in Kombination mit Informationen über die Lebensführung zu sammeln, wird staatlich finanziert. Die »Nationale Kohorte« sucht 200.000 Männer und Frauen, die ihre Körpersubstanzen, ihre Geschichten über Krankheiten und Lebensweisen gegenüber 18 kooperierenden Studienzentren offenbaren. Das Datenschutzkonzept sei zum Teil noch in Arbeit, die kommerzielle Verwertung wird in Einwilligungserklärungen für möglich erklärt (Seite 10).

Die elektronische Gesundheitskarte gilt als Schlüssel zu einer unüberschaubaren Telematikinfrastruktur, die derzeit hierzulande aufgebaut wird. Mit ihrer Hilfe sollen nach Gusto von Gesundheitspolitik und Krankenkassen perspektivisch medizinische Daten, aber auch Patientenverfügungen und Organspendeausweise gespeichert werden – freiwillig, denn ohne die Zustimmung der Versicherten geht dies erst mal nicht (Seite 8). Warum nicht auch »gesundheitsrelevante« Informationen über Teilnahme an Vorsorge und Lebensführung speichern lassen, fragt sich der erschöpfte Zeitgenosse?

*Bitte auf der nächsten Seite weiter lesen >*

Fortsetzung von Seite 1 &gt;

Digital erschöpft

»I would prefer not to« – »Ich möchte lieber nicht«. Diesen Satz sagt Bartleby, der Schreiber und zaudernde Held in Herman Melvilles gleichnamiger Erzählung aus dem Jahr 1835. Als Anwaltsgehilfe schrieb Bartleby jahrelang klaglos und unermüdlich Akten ab. Irgendwann hatte er genug davon, als Kopist Vorgefundenes zu verdoppeln, und er sagte nur noch diesen einen Satz: »Ich möchte lieber nicht.«

Nein-Sager, die der marktkonformen Selbstoptimierung und totalen Überwachungen eine Absage erteilen, sind auch heute noch gefragt. Und es gibt sie. Bisher haben die Manager der Nationalen Kohorte noch längst nicht genügend StudienteilnehmerInnen »rekrutieren« können, wie es in der Sprache der Macher heißt. Die elektronische Gesundheitskarte wird weiterhin von Versicherten und ÄrztInnen kritisiert, teils auch boykottiert.

Überwachungsprojekte, die nicht das versicherte, kranke oder gesunde Individuum betreffen, sind weniger gefragt. Die rund 80 Prozent pharmagesponserten Ärzfortbildungen laufen weitgehend ungestört ab. Um Manipulationen und Marketing zu identifizieren und zu vermeiden, fehle das Personal, heißt es aus den Landesärztekammern (Siehe Seite 4).

Lange hat es gedauert, bis ein Forschungsprojekt in die Wege geleitet wurde, um unerwünschte Arzneimittelwirkungen aufzuklären, die zu geschätzten 500.000 Krankenhausnotaufnahmen pro Jahr führen (Seite 13). Noch immer fehlt ein Transplantationsregister, nun gibt es immerhin ein Fachgutachten, das zeigt, wie so ein Register zu realisieren wäre, um die Ergebnisse von Organübertragungen transparenter zu machen. Überleben und gesundheitliche Lebenslagen transplantierter PatientInnen können bis heute nicht nach wissenschaftlichen Standards ausgewertet werden (Seite 3).

Kein Wunder, dass wir alle zunehmend erschöpft sind! Es ist nicht nur anstrengend, ständig den Erwartungen zu entsprechen, permanent und einseitig tatkräftig, leistungsbereit, optimierungswillig, vernünftig und aktivierbar in puncto Gesundheit und Prävention zu sein. Auch die stereotypen Bahnen, sich selbst zu überwachen und kontrollieren zu lassen, sind alles andere als inspirierend. Viele scheitern am erwarteten Aktivitätsmodus. Mehrere hunderttausend dementiell veränderte Menschen werden heutzutage zum Beispiel in den Altenheimen medikamentös ruhig gestellt. Zunehmend werden auch Kinder, die den Leistungsanfor-

derungen nicht entsprechen, mit Psychopharmaka auf vorgefertigte Lebensbahnen geschickt (Seite 12).

Wie können wir »die Rückseite der Tat, die immer ein Widerfahrnis ist, die Kehrseite des Machens, das immer ein Empfangen ist, die Grenzen des Vollzugs, der immer ein Entzug ist, der Umschlag der Macht, der sie als Ohnmacht zeigt«, fruchtbar machen? Das fragt die Philosophin Alice Lagaay, zu Recht. Es ist höchste Zeit, sich den positiven und widerständigen Seiten der Ermüdung, Erschöpfung, den »Figuren des Lassens (loslassen, auslassen, verlassen, sich überlassen, sein lassen) und den Formen des Nichttuns (zögern, warten, schlafen, faul sein, sterben)« zu widmen.

Statt der betriebswirtschaftlichen und vorausschauenden Vernunft im Umgang mit Sterbenden und den nicht enden wollenden Aktivierungsforderungen an hochaltrige Menschen, könnte ein anderer Denkhorizont betreten

werden. »Möglicherweise liegen unsere Bedürfnisse dann ganz anders und es geht eher darum, gehalten, begleitet, berührt zu werden. Und darum, Zeit zu haben.« (Seite 14)

Statt solche Lebensweisen als defizitär anzusehen, können

ten wir uns gemeinsam »marinieren« (Roland Barthes) im Nicht-Verstehen, in der Erschöpfung, im langsamen Leben. Wir könnten uns über den Satz des französischen Philosophen Maurice Blanchot Gedanken machen: »Ich fordere nicht, die Müdigkeit abzuschaffen. Ich möchte dorthin zurück, wo es möglich ist, müde zu sein.«

Solche Denküben sind wichtig, um herauszubekommen, wo es Not tut, sich zu verweigern, sich zu empören über Zustände, die veränderungswürdig und politisch gestaltbar sind. ☺

»Ich fordere nicht, die Müdigkeit abzuschaffen. Ich möchte dorthin zurück, wo es möglich ist, müde zu sein.«

## Bitte weitersagen!

**Über 100 Menschen** nahmen am 15. November an der Tagung »**Ökonomien des Sterbens**« in Essen teil. Gemeinsame Gastgeber waren BioSkop, Hospizvereinigung OMEGA und Bildungswerk der Humanistischen Union NRW. Die spannenden Vorträge von Stefanie Graefe, Bodo de Vries, Andreas Heller und Mascha Madörin kann man bald auch nachlesen: Eine Dokumentation ist in Arbeit, Anfang 2015 wollen wir sie veröffentlichen. TeilnehmerInnen der Tagung bekommen automatisch ein Exemplar zugeschickt. Wer nicht dabei sein konnte, kann die Dokumentation gegen Spende bestellen: Tel. (0201) 5366706, info@bioskop-forum.de ☺

## BioSkop unterstützen!

Sie sind herzlich eingeladen, bei BioSkop mitzumachen und 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](http://www.bioskop-forum.de)) beisteuern.

BioSkop ist unabhängig und gemeinnützig. Wir freuen uns über jede Spende und hoffen, die Zahl der Abonnements spürbar zu steigern. Wollen Sie mithelfen 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:**  
DE26 3601 0043 0555 9884 39  
bei der Postbank Essen  
(BIC: PBNKDEFF)

# Transparenz für vielfältige Zwecke

»Nationales Transplantationsregister« in Vorbereitung

**Was Fachleute seit vielen Jahren anmahnen, soll in der laufenden Legislaturperiode endlich realisiert werden: In Deutschland wird ein zentrales Transplantationsregister etabliert. Die Datensammlung werde für mehr Qualität und Transparenz sorgen und »dazu beitragen, das Vertrauen in die Transplantationsmedizin zu stärken«, verheißt Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU).**

Im Transplantationswesen gibt es viele Akteure, und alle verfügen über höchst sensible Daten: Die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO) weiß viel über die SpenderInnen, zum Beispiel wem mit welchen Risiken wie viele Körperstücke entnommen wurden und ob bei der Feststellung des »Hirntodes« und der Entnahme von Organen alles nach Plan lief oder Komplikationen auftraten. Informationen über die EmpfängerInnen, die Schwere ihrer Erkrankung und die Gründe der erfolgten Organzuteilungen sind bei der Vermittlungszentrale Eurotransplant in den Niederlanden gespeichert. Das Göttinger Qualitätsforschungsinstitut AQUA GmbH sammelt und dokumentiert Daten aus Kliniken, um Aufschluss etwa zu Überlebenszeiten nach Transplantationen zu gewinnen und darzustellen.

Transplantationsinsider fordern seit Jahren, die Daten aus diesen und weiteren Quellen in einem zentralen Register zusammenzuführen. Gründe und Interessen nannten Experten in einer öffentlich kaum beachteten Anhörung, die der Gesundheitsausschuss des Bundestages am 24. Juni 2013 veranstaltet hatte. »Wir können zurzeit nicht feststellen, wie sich die Qualität eines Spenderorganes auf die Qualität des Überlebens auswirkt«, sagte bei dieser Gelegenheit Rainer Hess, damals noch Chef der DSO. Eine Zusammenführung vorhandener Daten könne hier Aufschluss geben und zeigen, »welche Qualität die einzelnen Zentren anzubieten haben«. Auf Basis ausgewerteter Registerdaten könne man sich »auch bestimmte Formen qualitätsorientierter Vergütung vorstellen«, deutete Hess an.

Johann-Magnus von Stackelberg, Vorstandsmitglied des AOK-Bundesverbandes, plädierte nicht nur dafür, die »drei unabhängigen Datenkörper« auf neuer gesetzlicher Grundlage zu vereinen. Perspektivisch solle man das zentrale Register auch um Sozialdaten ergänzen, »sprich um Überlebensraten der Organempfänger«, wie Stackelberg sagte sowie um Angaben dazu, wie

viele der transplantierten PatientInnen später erneut dialysepflichtig würden.

Georg Baum, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, erhofft sich von der Datenzusammenführung »Erkenntnisse für die Frage, ob das Verteilungsverfahren nach Dringlichkeit und Erfolgsaussicht richtig gewichtet ist«. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), erwartet vom Transplantationsregister »viel mehr als nur Qualitätssicherung«. Es werde auch die Arbeit der Prüfungs- und Überwachungskommission erleichtern und ihr »direkten Einblick in bestimmte Vorgänge« bieten, also fragwürdige Auffälligkeiten und Qualitätsunterschiede offenbaren.

Wie realistisch solche Erwartungen sind, wird man wohl in einigen Jahren sehen. Jedenfalls will Hermann Gröhe jetzt handeln. Ende Oktober kündigte der Bundesgesundheitsminister an, »Gespräche mit allen Beteiligten aufzunehmen, um die Errichtung eines Registers zügig voranzutreiben«; die Datensammlung werde »eine wesentliche Grundlage für die Weiterentwicklung der Wartelistenkriterien bilden«. Dass eine einheitliche Datenerfassung machbar sei und die Versorgungsqualität verbessern werde, belege ein dickes Fachgutachten, erstellt vom BQS-Institut für Qualität & Patientensicherheit GmbH im Auftrag des Gesundheitsministeriums.

## Eine wichtige Organisationsfrage

Das Institut empfiehlt, das »nationale Transplantationsregister« zunächst »in einer Erprobungsphase auf freiwilliger Basis« einzuführen, nach geschätzt zwei Jahren könne es dann »in die Routine gehen«. Zu regeln seien aber noch Details des Datenaustausches sowie der Harmonisierung der Dokumentation.

Ein »Kernelement« für das Register sei die Einrichtung einer Geschäftsstelle, »die separat gegründet wird oder bei einer geeigneten Institution angesiedelt werden kann«. Festlegen muss dies der Gesetzgeber, und die Entscheidung über diese Organisationsfrage, die womöglich 2015 fallen wird, ist durchaus heikel. Bei der Anhörung im Juni 2013 hatte BÄK-Chef Montgomery dafür plädiert, das zentrale Transplantationsregister bei der DSO anzusiedeln. Dem widersprach damals der AOK-Vertreter von Stackelberg: »Wir halten ein unabhängiges Institut wie zum Beispiel AQUA für geeigneter. Die DSO ist aus unserer Sicht Beteiligte.«

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

## Daten liefern

Vehementer Befürworter eines zentralen Transplantationsregisters ist der Jurist Rainer Hess. Bis April 2014 fungierte er als Interimsvorstand der DSO, zuvor war er viele Jahre Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). In einem Interview mit dem Magazin der Ersatzkassen erläuterte Hess im Oktober 2013, warum er es wichtig findet, ein zentrales Register zu schaffen. Dabei ging Hess auch auf Fragen zu Kriterien der Organverteilung ein – er sagte u.a.:

»Wie aber sollen wir die Erfolgsaussicht messen, da gibt es derzeit keine Daten. Auch das wäre die Aufgabe eines solchen Registers, nämlich Daten zu liefern, wie die Erfolge optimiert würden, wenn andere Kriterien zugrunde lägen. Beispielsweise könnte man risikobesetzte Organe, etwa HIVinfiziert, einem HIV-Infizierten geben, der damit unter Umständen viele Jahre überlebt. Deshalb muss man diese Daten zusammenführen, um dann auch valide zu erkennen, was man an den Kriterien ändern muss, um in Deutschland bessere Ergebnisse zu erzielen. Wir sind zurzeit bei Lebertransplantationen in der Überlebensrate rund 20 Prozent schlechter als der internationale Durchschnitt.«

## »Werbe-Touren durch Deutschland«

Die meisten Fortbildungen für Ärzte werden von Pharmafirmen gesponsert – Alternativen sind möglich

### BIOSKOP-Interview

#### Transparenz mit BioSkop

Der exklusive Transparenz-Kalender von BioSkop ist ziemlich beliebt, jedenfalls wird er rege auf unserer Homepage angeklickt: [www.bioskop-forum.de/hin-schauen/fortbildungen-und-pharmasponsoring.html](http://www.bioskop-forum.de/hin-schauen/fortbildungen-und-pharmasponsoring.html) Wer dort hinsurft, kann seit April erfahren, welche Fortbildungen für ÄrztInnen von Arzneimittelherstellern gesponsert werden – und mit welchen Euro-Beträgen. Klickt man die Rubrik »Best-seller« an, entdeckt man auch einige Veranstaltungen mit drei Ausrufezeichen. Sie markieren, dass die Geldgeber aus der Pharmaindustrie eine Million Euro und noch mehr beigesteuert haben. 2014 gab es mindestens fünf solcher »Millionender«, ausgerichtet von ärztlichen Fachgesellschaften für Diabetes, Kardiologie, Neurologie, Onkologie und Urologie. Aufschlussreich ist aber auch, Angaben zu weniger spektakulären Fortbildungs-Events anzuschauen, die intern in Hotels oder – teils auch öffentlich – in Kliniken stattfinden. Viele findet man im Transparenz-Kalender, aber längst nicht alle. Denn eine lückenlose Sponsoring-Übersicht könnte es erst geben, wenn praktisch umgesetzt wird, was BioSkop fordert: Sämtliche Fortbildungsveranstalter und Geldgeber müssen verpflichtet werden, die vereinbarten Geldzahlungen an ein zentrales, öffentlich zugängliches Online-Register zu melden!

**Niklas Schurig ist Allgemeinmediziner im badischen Rastatt und engagiert sich bei der Mediziner-Initiative MEZIS – Mein Essen zahl ich selbst. Sein Interesse gilt vor allem Missständen in der ärztlichen Fortbildung, ein gut gehütetes Geheimnis im deutschen Gesundheitswesen. Im Gespräch mit BIOSKOP-Autorin Martina Keller gibt Schurig spannende Einblicke. Er ist überzeugt: Unabhängige Weiterbildung ist durchaus möglich.**

**BIOSKOP:** Wie hoch ist der Anteil der industrie-gesponserten Fortbildungen?

**NIKLAS SCHURIG:** Wir schätzen, dass 80 Prozent der Fortbildungen, bei denen es um Medikamente geht, direkt oder indirekt von der Pharmaindustrie gesponsert sind. Es gibt also leider relativ wenig unabhängige Fortbildungen, obwohl die Ärztekammern und die Krankenkassen ein Interesse daran haben sollten.

**BIOSKOP:** Warum sind Fortbildungen so attraktiv für Pharmafirmen?

**SCHURIG:** Jeder Facharzt in Deutschland muss in innerhalb von fünf Jahren 250 Fortbildungspunkte erwerben, über den Besuch von Veranstaltungen oder auch über Online-Schulungen. Wir haben also durch die Fortbildungspflicht einen großen Markt. Auf der anderen Seite gibt es aber nicht genügend qualifizierte Anbieter. In die Bresche gehen die Pharmafirmen rein. Selbst Ärztekammern haben ja Sponsoring-Verträge mit Pharmafirmen. Das ist für die Firmen ein doppelter Gewinn, sie können ihre Produkte reinbringen und sich über die Fortbildungen ein gutes Image zulegen.

**BIOSKOP:** Fortbildungen müssen doch wirtschaftlich unabhängig sein. Das steht sogar im Sozialgesetzbuch. Wie können die Firmen dann für Ihre Medikamente werben?

**SCHURIG:** Es werden keine Produktnamen genannt, das wäre ein grober Anfängerfehler. Die Kollegen, die diese Vorträge machen, sind darin geschult, dass sie keine Namen nennen. Die sind so fit, dass sie die Folien vorher noch mal daraufhin durchsehen und jeden Produktnamen rauskicken. Aber im Madigmachen von alternativen Therapien oder in der unkorrekten Zuspitzung des therapeutischen Potentials sind diese Folien unglaublich geschickt und erzielen ihre Wirkung definitiv.

**BIOSKOP:** Wer organisiert die Fortbildungen?

**SCHURIG:** Das sind professionelle Marketing- oder Eventagenturen, sie heißen zum Beispiel OmniaMed, Praxis Update oder Medical Tribune. Es gibt den Trend, dass immer größere Agenturen immer größere Werbe-Touren durch Deutschland organisieren. Da wird dann etwa ein Produkt von Hamburg bis München in zwanzig Veranstaltungen für Zehntausende von Hausärzten beworben, mit einem perfekten Multi-Channel-Targeting, also mit Briefen, mit Fax, mit einem Bombardement von Mails und Informationen in allen relevanten Zeitschriften.

»Pharmafirmen können sich ziemlich sicher sein, dass die von ihnen gesponserten Veranstaltungen zertifiziert werden.«

**BIOSKOP:** Prüfen die Ärztekammern nicht, ob eine Fortbildung den Anforderungen entspricht?

**SCHURIG:** Es gibt klare Fortbildungs-Empfehlungen der Bundesärztekammer, die greifen sollten.

Da steht unter anderem, dass die Fortbildung dazu geeignet sein muss, einen ausgeglichenen Überblick über die derzeitige Leitlinientherapie zu geben. Die Landesärztekammern haben ähnliche Paragraphen, nach denen sie sich richten müssen. Allerdings legen die Ärztekammern das Nachprüfen relativ willkürlich fest. Es ist die absolute Ausnahme, dass eine Ärztekammer mal die beantragten Fortbildungspunkte nicht anerkennt oder im Nachhinein aberkennt. Die meisten Ärztekammern haben Angst vor Rechtsstreitigkeiten oder sind überfordert, weil sie die Thematik inhaltlich gar nicht prüfen können. Sie sind natürlich auch überlastet, weil sie wahnsinnig viele Fortbildungen zertifizieren müssen. Die Pharmafirmen können sich ziemlich sicher sein, dass die von ihnen gesponserten Veranstaltungen zertifiziert werden.

**BIOSKOP:** Darf das dazu führen, dass Ärzte schlecht fortgebildet werden?

**SCHURIG:** Natürlich nicht. Eine Idee wäre zum Beispiel, dass die Ärztekammern eine Strategie

► der umgekehrten Diskriminierung verfolgen und sagen: Wir zertifizieren pharmaindustriefreie Veranstaltungen mit doppelt so vielen Punkten; wir fördern die, die machen ja einen guten Job, die sorgen dafür, dass die Arzneimittelausgaben sinken und die Patienten sicherer behandelt werden. Da gibt es schon Ansätze, die diskutiert werden, aber das muss endlich auch mal in den Gremien ankommen. Das entbindet die Ärztekammern aber nicht von der Pflicht, den Markt der zertifizierten

## Musterbrief für Ärzte

Die Ärzteinitiative MEZIS ruft Kollegen dazu auf, die Vergabe von CME-Fortbildungspunkten (Siehe Randbemerkung) durch Ärztekammern gezielt zu hinterfragen. Ärzte sollen Flyer, Mails, Faxe, Einladungen solcher zertifizierter Fortbildungen sammeln, die »nach Ihrer Ansicht nicht frei von wirtschaftlichen Interessen sind« und an MEZIS weiterleiten: [schurig@mezis.de](mailto:schurig@mezis.de). Außerdem sollen Hinweisgeber die Abteilung für Qualitätssicherung der zuständigen Ärztekammer zur Nachprüfung auffordern. Eine »Formulierungshilfe« steht auf der Website [www.mezis.de](http://www.mezis.de) – Auszüge aus dem Musterbrief:

»Nach der (Muster-)Satzungsregelung Fortbildung der BÄK §8 Abs. 1.3 und 4, nach SGB (Sozialgesetzbuch) 5 §95d und auch nach den »Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung der Bundesärztekammer« (2007) müssen CME-Fortbildungen »frei von wirtschaftlichen Interessen« sein, »Veranstalter und Referenten müssen der Ärztekammer ökonomische Verbindungen zur Industrie offen legen.« Beide Punkte werden nach unserer Auffassung von den Veranstaltern der o.g. Veranstaltung nicht erfüllt. Ich bitte Sie um Beantwortung folgender Fragen: a) Weshalb ist diese Veranstaltung nach Auffassung Ihrer Ärztekammer dennoch frei von wirtschaftlichen Interessen? b) Für welche Dienstleistungen/ Honorare wurde wie viel Geld (an wen) gezahlt, gibt es einen Sponsoringvertrag? Ich bin der Auffassung, dass o.g. Veranstaltung aufgrund genannter Verstöße nicht zertifizierungsfähig ist und bitte Sie um Prüfung des Sachverhaltes.« ☺

Fortbildungen in Deutschland sorgfältig zu prüfen. Und wenn die Ärztekammern sagen, wir schaffen es einfach nicht, dann müssen sie das an einen externen Dienstleister abgeben. Das kann eine externe Firma wie der TÜV sein, die würden Stichproben machen und wie Buchhalter absolut neutral und objektiv prüfen.

BIOSKOP: Ärztekammern werden solche Ideen wohl nicht mögen – sie müssten dann ja Kompetenzen abgeben...

SCHURIG: Wir Ärzte müssen in unseren Praxen ja auch ein Qualitätsmanagement durchführen, die Einhaltung von Standards dokumentieren und Strafe zahlen, wenn wir das nicht machen. Gleichzeitig lachen sich die Pharmafirmen ins Fäustchen, weil sie wissen, dass es keinerlei berufs- oder strafrechtliche Konsequenzen hat, wenn sie manipulative Fortbildungen dreist anbieten. Die Ärztekammer sollten die nächsten zwei, drei Jahre aktiv nutzen, um Fehler auszubügeln.

BIOSKOP: Reicht es nicht, das Sponsoring transparent zu machen?

SCHURIG: Transparenz ändert nichts daran, dass ein Interessenkonflikt besteht. Selbst wenn auf so einem Veranstaltungsflyer steht, die Firma zahlt 96.000 Euro für den Tag, kann das niemand gewichten, wenn er dann in der Veranstaltung sitzt. Man weiß ja nicht, ob sich die 96.000 Euro Sponsoring in dieser Folie oder jener Aussage niedergeschlagen haben. Das kann der einzelne Arzt nicht kontrollieren; der kann die Studiendaten nicht prüfen, das müsste die Ärztekammer übernehmen.

BIOSKOP: Können Ärzte überhaupt genug Fortbildungspunkte sammeln, wenn sie gesponserte Veranstaltungen meiden?

SCHURIG: Das geht schon, aber man muss Zeit und Geld investieren und unter Umständen durch ganz Deutschland fahren. Es gibt ja wirklich gute Veranstaltungen, die Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin zum Beispiel bietet absolut pharmafreie Fortbildungen an. Da kriegt man einen guten Überblick über ein Themengebiet. Solche Fortbildungen kosten dann allerdings auch Geld.

BIOSKOP: Wie sieht die Akzeptanz aus?

SCHURIG: Ältere Kollegen meinen oft noch, Fortbildungen dürfen nichts kosten. Die sind anders sozialisiert. Es war früher ja üblich, auf Kosten einer Pharmafirma für eine Fortbildung über ein Antidepressivum nach Florenz zu fahren und sich da ein schönes Wochenende zu machen. Jüngere Kollegen akzeptieren so etwas in der Tendenz nicht mehr. Die sagen: Ich zahle gerne Geld für eine Veranstaltung, wenn ich dafür gut fortgebildet bin und das gegenüber meinen Patienten vertreten kann. Die fragen nämlich nach: Auf dem Kuli steht doch das Medikament drauf, das Sie mir gerade verschrieben haben. Oder die Sprechstundenhilfe hat mir den nächsten Termin auf einem Notizzettel aufgeschrieben, wo das Medikament draufsteht, das ich jetzt nehmen soll. ☺

## Punkte sammeln

Die Abkürzung CME ist Ärzten wohl bekannt, sie steht für Continuing Medical Education. Seit 2004 sind Mediziner in Deutschland zur kontinuierlichen berufsbegleitenden Fortbildung gesetzlich verpflichtet, Fachärzte müssen binnen fünf Jahren 250 solcher CME-Fortbildungspunkte sammeln und gegenüber ihrer Ärztekammer nachweisen. Vertragsärzte, die diesen Nachweis nicht erbringen, müssen mit Kürzungen bei der Vergütung rechnen; notorischen Fortbildungsmuffeln droht theoretisch der Entzug der Zulassung durch die Kassenärztliche Vereinigung. Pro Veranstaltungstag können bis zu acht CME-Punkte vergeben werden, die Zahl soll vom Niveau der jeweiligen Fortbildung abhängen. Die Vielfalt in diesem lukrativen Markt ist praktisch unüberschaubar – und die Qualität der jeweiligen Angebote schwer einschätzbar, zumindest für Außenstehende. Die Palette zertifizierter Fortbildungen reicht von Seminaren, Kolloquien, Qualitätszirkeln und Kongressen über Hospitationen und Fallbesprechungen in Kliniken bis zum interaktiven Selbststudium am Computer mit Lernmaterial, das via Internet angeboten wird.

## Zukunftsfähig?

Universitäten und Firmen sollen in NRW weiter diskret zusammenarbeiten dürfen

**Kooperationen von Universitäten und privaten Unternehmen sollen nach dem Willen der rot-grünen Mehrheit in Nordrhein-Westfalen weiter im Verborgenen blühen. Die Coordination gegen Bayer-Gefahren (CBG) kritisiert »das Einknicken der NRW-Landesregierung vor den Drohungen der Wirtschaftsverbände«.**

Für mehr Durchblick sollte eigentlich das »Hochschulzukunftsgesetz« sorgen. Ein ursprünglicher Entwurf vom November 2013 sah immerhin vor, zumindest die Themen einer vereinbarten Zusammenarbeit, den industriellen Drittmittelgeber sowie den finanziellen Umfang vorab offenzulegen.

Doch von diesem Stück Transparenz ist wenig übrig geblieben: Die endgültige Version, beschlossen im September vom Düsseldorfer Landtag, sieht im Paragraphen 71a lediglich vor, dass Rektorate von Hochschulen die Öffentlichkeit erst informieren müssen, wenn gemeinsame Forschungsprojekte mit Drittmittelgebern »abgeschlossen« sind. Was und wie viel man dann erfährt, soll weitgehend vom Goodwill von Unis und Unternehmen abhängen. Denn sie selbst sollen bestimmen dürfen, was sie im einzelnen bekannt machen; halten sie etwa »ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis« für gefährdet, können sie die Unterrichtung der Öffentlichkeit auch ganz bleiben lassen.

**»Öffentliche Einrichtungen, die aus Steuergeldern finanziert werden, müssen sich der Debatte stellen.«**

»Das Gesetz bekräftigt das Primat wirtschaftlicher Interessen gegenüber einer dem Allgemeinwohl verpflichteten Forschung«, kritisiert Philipp Mimkes von der CBG. Dass die Allgemeinheit überhaupt erst nach Abschluss einer Kooperation informiert werden muss, verhindere eine Diskussion über die Ausrichtung universitärer Forschung. »Öffentliche Einrichtungen, die aus Steuergeldern finanziert werden, müssen sich der Debatte stellen«, erklärt Mimkes, »und zwar nicht erst, wenn bereits Fakten geschaffen wurden«.

Die CBG kämpft seit Jahren beharrlich für die Offenlegung eines Partnerschaftsvertrages, den die Universitätsklinik Köln und die Bayer

## Resolution des Frauenrates zum »Social Freezing«

Der Deutsche Frauenrat sieht sich als »wichtigste Lobby von Frauen in diesem Land«, über 50 Verbände haben sich hier zusammengeschlossen. Anfang November, während der Mitgliederversammlung in Erkner bei Berlin, verabschiedete der Frauenrat eine Resolution: »Das Einfrieren von Eizellen darf nicht zu einem gesellschaftlich propagierten Instrument der Karriereplanung werden. Der Mangel an Geschlechtergerechtigkeit und Gleichstellung in Deutschland ist kein biologisches Problem, sondern ein kulturell-strukturelles.«

Der Frauenrat reagierte damit auf eine neue »Sozialleistung«, die die Konzerne Apple und Facebook via Medien weltweit bekannt gemacht hatten. Sie bieten ihren Mitarbeiterinnen in den USA an, Kosten von bis zu 20.000 US-Dollar für die Entnahme und das Einfrieren von Eizellen zu übernehmen. Die von ReproduktionsmedizinerInnen »Social Freezing« genannte Technik soll Frauen ermöglichen, die Geburt eines Kindes für einen späteren Zeitpunkt vor auszuplanen (Siehe BIOSKOP Nr. 65) – was ihnen angeblich helfe, Berufsweg und Familiengründung besser miteinander zu vereinbaren.

**»Politik und Wirtschaft gefordert«**

Derartige Angebote stellten Unternehmerinteressen über die Bedürfnisse von Frauen, kritisiert der Frauenrat. Politik und Wirtschaft seien »weiterhin gefordert, bedarfsgerechte Rahmenbedingungen wie flächendeckende, hochwertige Betreuungsangebote und flexible Arbeitszeitsmodelle zu schaffen, um Frauen und Männern gleichermaßen die Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Familie zu ermöglichen.«

**Die Resolution zum »Social Freezing« ist online: [www.frauenrat.de](http://www.frauenrat.de), die Geschäftsstelle ist telefonisch erreichbar unter (030) 204569-0.**

Healthcare AG im Jahr 2008 geschlossen hatten (Siehe BIOSKOP Nr. 42 + 60). Das Verfahren ist beim Oberverwaltungsgericht in Münster anhängig, voraussichtlich 2015 werden die Richter entscheiden.

**Weitere Informationen gibt es bei Coordination gegen Bayer-Gefahren, Telefon (0211) 333911, [www.cbgnetwork.org.de](http://www.cbgnetwork.org.de)**

### Schon gesehen?

*Aufgefallen!* heißt unser neuer Blog auf der *BioSkop*-Homepage. Zwar schreiben wir dort nicht täglich. Aber was im *bioskopblog* steht, ist über den Tag der Erstveröffentlichung hinaus aktuell, hintergründig und in der Regel mit vielen sachdienlichen Links gespickt – zum Weiterlesen und Weiterrecherchieren für alle, die es ganz genau wissen wollen! Neugierig? Surfen Sie einfach immer mal wieder hin:

[www.bioskop-forum.de/aufgefallen.html](http://www.bioskop-forum.de/aufgefallen.html)

# Methode mit Irrtumspotential

Polizeiliche DNA-Analysen sind anfällig für Fehler

**In der DNA-Analyse-Datei des Bundeskriminalamts sind inzwischen rund eine Million Datensätze gespeichert. Dass diese kriminaltechnische Methode durchaus anfällig für Fehler und auch offen für Manipulationen ist, beschreibt Uta Wagenmann im spannenden Buch *Identität auf Vorrat* (Siehe Randbemerkung rechts). Wir drucken, mit freundlicher Genehmigung der Autorin, Auszüge ihres 8 Seiten starken Textes »Eine Methode mit Irrtumspotential«.**

Wenn an einem Tatort oder an einem Tatwerkzeug gefundene DNA eindeutig einer Person zugeordnet werden kann, so bedeutet das noch nicht, dass die TäterIn gefunden ist. Denn die Übereinstimmung sagt nichts darüber aus, wann die Person dort gewesen ist, und auch nicht immer, ob überhaupt: Spucke oder das Haar einer Person können auf der Kleidung einer anderen Person, kleinste Hautpartikel auf angefassten Objekten, durch Personen, Tiere oder durch Wind weitertransportiert werden. Die Übereinstimmung eines DNA-Personenprofils mit einer Tatortspur allein ist daher allenfalls ein Indiz für die Täterschaft, aber kein Beweis. [...]

Eine weitere Problematik resultiert daraus, dass eine DNA-Spur durch das DNA-Material eines anderen Menschen verunreinigt werden kann. Das kann durch die Polizei selbst – bei der Bearbeitung im Labor oder auch bei der Asservierung der Spur am Tatort – passieren. Zu traurigem Ruhm gelangt, ist ein solcher Fall unter der Bezeichnung »Phantom von Heilbronn«: Insgesamt fünf Sonderkommissionen waren zwei Jahre lang auf der Jagd nach einer Unbekannten, deren DNA-Profil immer wieder in Spuren an insgesamt 40 Tatorten in Deutschland, Österreich und Frankreich gefunden wurde, unter anderem auch bei der vom NSU ermordeten Polizistin Michèle Kiesewetter.

Im Frühjahr 2009 stellte sich dann heraus, dass die Spur von einer ehemaligen Mitarbeiterin einer Firma stammte, bei der Wattestäbchen für die Spurensicherung verpackt wurden. Der Fall führte zum Einsatz einer Prüfkommision beim Bundeskriminalamt (BKA), die nach einer ersten Bestandsaufnahme verlauten ließ, dass solche Kontaminationen wahrscheinlich »über einen langen Zeitraum« und bei mindestens einem halben Dutzend Zulieferfirmen für die DNA-Spurensicherung aufgetreten sind. Eine Studie der deutschen Polizei im Nachgang der Pannenserie 2009 kam zudem zu folgendem

Ergebnis: 30 Prozent(!) der nicht zugeordneten Spurenprofile aus Hautabrieb (touch DNA profiles) in der BKA-Datenbank konnten Polizeibeamten zugeordnet werden, die bei der Spurensicherung arbeiteten.

Zudem stehen ForensikerInnen zunehmend oft vor dem Problem, dass eine zu analysierende Spur von mindestens zwei Menschen stammt, weil sie zum Beispiel vier Allele eines einzelnen STR-Systems vorfinden, also vier verschiedene Wiederholungsmuster an ein und demselben DNA-Ort. Dann müssen ForensikerInnen anhand biostatistischer Wahrscheinlichkeiten bewerten, welche Allele zueinander gehören und was Haupt-, was Nebenspur ist, und das ist aufwändig und oft auch nicht eindeutig möglich.

Diese sogenannten Mischspuren finden sich in der Regel in Kontakts Spuren, also beispielsweise, weil mehrere Menschen den Hammer angefasst haben, mit dem bei einem Einbruch eine Scheibe eingeschlagen wurde. Weil seit der Gesetzesänderung von 2005 die Mehrheit der DNA-Analysen bei Ermittlungen zu minder schweren Straftaten durchgeführt werden, stehen bei den allermeisten Untersuchungen nicht Blut, Sperma oder Speichel zur Verfügung, sondern die Griffspur an einem Gegenstand oder die Tragespur an einem Kleidungsstück. Deshalb sind Mischspuren heute ein so häufiges Phänomen, dass sich die Sachverständigen der Gemeinsamen Kommission der rechtsmedizinischen und kriminaltechnischen Institute genötigt sahen, Empfehlungen zu ihrer Bewertung herauszugeben.

Gerade weil aber Mischspuren häufig bei minderschweren Delikten anfallen, ist äußerst fraglich, ob eine solche, sorgfältige Bewertung erfolgt. Denn die Landeskriminalämter führen DNA-Analysen und biostatistische Bewertungen von DNA-Spuren in der Regel nur bei Kapitalverbrechen wie Mord, Entführung oder Vergewaltigung selbst durch. Bei Ermittlungen zu Bagatelldelikten wird der Auftrag zur DNA-Analyse zumeist an externe Labore vergeben, und zwar an diejenigen Anbieter, bei denen die Untersuchung am billigsten ist, mithin so automatisiert und zeitsparend wie möglich erfolgt.

Ob der Aufwand, den eine ernsthafte biostatistische Bewertung erfordert, mit niedrigen Preisen vereinbar ist, steht zumindest infrage. Deshalb sollte den DNA-»Beweisen« insbesondere bei Bagatelldelikten grundsätzlich Skepsis entgegengebracht und spätestens in einer Gerichtsverhandlung auch deren Prüfung und Bewertung verlangt werden.

**Uta Wagenmann (Berlin), Soziologin, aktiv im Gen-ethischen Netzwerk**

## Unbedingt lesen!

*Identität auf Vorrat. Zur Kritik der DNA-Sammelwut* heißt ein neues Buch, das ein brisantes, öffentlich selten thematisiertes Phänomen beleuchtet: polizeiliche DNA-Datenbanken, die stetig wachsen und auch international vernetzt sind. Herausgeber des lesenswerten Bandes ist das Gen-ethische Netzwerk (GeN), zahlreiche AutorInnen haben Beiträge beigesteuert, die Redaktion besorgten Susanne Schultz und Uta Wagenmann. Das Buch zeigt: Längst liegt der Schwerpunkt der »biologischen Vorratsdatenspeicherung« nicht mehr auf Kapitalverbrechen. Angestrebt werde vielmehr eine »flächendeckende präventive Erfassung«, wobei auch Bagatelldelikte wie Diebstahl oder das Spraysen von Graffiti zum Anlass genommen werden, um DNA-Profile zu gewinnen. Neben der beunruhigenden Weiterentwicklung der DNA-Analyse, die ja durchaus fehleranfällig ist (Siehe Artikel), finden sich im Buch unter anderem auch Beispiele für Protest- und Widerstandskaktionen, die Mut machen sollen. Der Service-Teil des Buches enthält praktische und juristische Tipps, wie man sich gegen die Speicherung von DNA-Profilen wehren kann und ist unter [www.gen-ethisches-netzwerk.de/node/2845](http://www.gen-ethisches-netzwerk.de/node/2845) auch als PDF-Dokument zugänglich.

*Identität auf Vorrat*, erschienen in diesem September im Verlag Assoziation A, ist 144 Seiten stark und kostet 14 Euro. Bestellen kann man das Buch auch online beim GeN.



# Viele Fragen, wenig Antworten

Vernetzung von Praxen und Kliniken mit Hilfe der Gesundheitskarte soll im nächsten Jahr erprobt werden

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

## Fünf Milliarden Dokumente

Professor Arno Elmer, Hauptgeschäftsführer der Gesellschaft für Telematik-anwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik), sieht »Nachholbedarf bei der Modernisierung des Gesundheitswesens«. Zur Begründung führte er in einem Aufsatz, erschienen im Oktober 2014 und downloadbar auf der Website [www.gematik.de](http://www.gematik.de), unter anderem aus: »Bislang stehen weite Teile des Gesundheitswesens in Deutschland erst an der Schwelle zur modernen Informationsgesellschaft. Bei etwa 1,5 Milliarden Arzt-Patienten-Kontakten im Jahr wird eine Fülle von Unterlagen wie Laborberichte oder Untersuchungsergebnisse erstellt und abgelegt. Das sind rund fünf Milliarden Dokumente pro Jahr, die mitunter zeitaufwändig digitalisiert werden müssen, damit sie in der Praxissoftware zur Verfügung stehen. Informationsbrüche an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung oder zwischen den unterschiedlichen Institutionen erschweren, dass für die Behandlung relevante Daten lückenlos und zeitnah vorliegen. Das deutsche Gesundheitswesen ist zwar technologisch hochentwickelt, allerdings primär in den Bereichen Diagnostik und Therapie.«

**2015 soll in zwei Testregionen erprobt werden, ob die digitale Vernetzung von Arztpraxen und Kliniken mit Hilfe der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) funktioniert – und ob sie von ÄrztInnen und PatientInnen im Alltag akzeptiert wird. Über eine Million Versicherte sollen in den Technik-Check einbezogen werden. Eine ausführliche Anfrage im Bundestag zeigt allerdings: Viele Details rund um die eGK, die als Schlüssel zur Telematikinfrastruktur gilt, sind noch immer ungeklärt – und schon gar nicht verständlich für technische Laien.**

Es ist eines der größten und teuersten Informationstechnik-Projekte, die es je gegeben hat: die Einführung der eGK und der Aufbau des digitalen Gesundheitsnetzes, das perspektivisch 200.000 ÄrztInnen, Kliniken, Apotheken und Gesundheitsberufler in Deutschland elektronisch miteinander verbinden soll. Bei der »eHealth Conference«, veranstaltet im Juni in Hamburg, schwärmte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU): »Wie ein Straßennetz soll die Telematikinfrastruktur die Beteiligten im Gesundheitswesen verbinden, damit die medizinischen Informationen, die für eine Behandlung wichtig sind, schnell, sicher und unbürokratisch ausgetauscht werden können.«

## Zentrale Speicherung?

PolitikerInnen, die hier kritisch nachhaken, gibt es kaum. Eine, die dies seit Jahren tut, ist Kathrin Vogler, Gesundheitsexpertin der Linken im Bundestag. Im Herbst reichte sie über fünfzig Fragen beim Bundesgesundheitsministerium (BMG) zur eGK und möglichen technischen Unsicherheiten ein. Die Antworten des BMG (*Bundestagsdrucksache 18/3235*) vom 18. November kommentierte Vogler durchaus alarmiert: »Eine zentrale Speicherung der Patientendaten und ein Online-Zugriff auf diese Daten von Hunderttausenden von Rechnern aus ist leider überhaupt nicht vom Tisch.« Die Konzepte zum weiteren Ausbau der Telematik seien »an vielen Stellen noch so wenig weit entwickelt, dass auch das Schlimmste möglich ist.«

Das BMG hatte in seiner Antwort geschrieben: »Ein zentraler Server ist nicht geplant«, die individuell verschlüsselten medizinischen Daten würden »auf verteilten Servern« gespeichert

werden. Und das BMG fügte hinzu: Konzepte zur Einführung einer elektronischen Patientenakte, auf die mittels der eGK ja erst in einigen Jahren und nur bei Zustimmung des Patienten zugegriffen werden könne, »liegen noch nicht vor«, eine Stellungnahme dazu sei dem Ministerium »derzeit nicht möglich«.

Die Darstellungen klingen widersprüchlich. Entscheidend ist für Vogler bei ihrer kritischen Bewertung allerdings nicht, ob es sich um einen einzigen oder mehrere Server handele. Statt dessen verweist sie auf die Tatsache, dass mit der digitalen Vernetzung der Zugriff auf alle Daten von einer »völlig unübersichtlichen riesigen Zahl von Schnittstellen aus« technisch ermöglicht werden soll, was PatientInnen nicht wirklich überschauen könnten, selbst wenn sie einwilligten. »Wirklich dezentrale Lösungen«, etwa die Speicherung medizinischer Daten auf der Karte selbst oder auf USB-Sticks, würden von der Bundesregierung »komplett ausgeblendet«.

## Auch nicht unproblematisch

Allerdings wären solche elektronischen Speicherungen von Gesundheitsdaten »in der Hand von Patienten« auf kleinen Datenträgern, die man leicht verlieren kann, sicher auch nicht unproblematisch.

Das BMG betont, dass »unberechtigte Dritte« wie Versicherungen, Behörden und Unternehmen nicht auf die sensiblen medizinischen Daten zugreifen könnten, da außer dem Karteninhaber, der den Zugriff für Ärzte oder Apotheker durch Eingabe seiner PIN autorisiert, »niemand über den Schlüssel der Gesundheitskarte verfügt«. Vogler findet das »völlig unglaubwürdig«, sie schreibt in ihrer Analyse der BMG-Antwort: »Wie schnell es gehen kann, dass sich staatliche Behörden Zugriff auf gesammelte Daten verschaffen, haben wir bei der Vorratsdatenspeicherung gesehen oder bei den Forderungen des Bundeskriminalamts, an die PKW-Mautdaten zu kommen. Dabei ist es egal, ob die Daten auf einem oder mehreren Rechnern liegen.«

Ein Knackpunkt des Vernetzungsprojektes ist sicherlich das Verhalten der Betroffenen, also die Frage, ob und in welchem Maße die Krankenkassenmitglieder bereit sein werden, das Erheben, Verarbeiten und Nutzen medizinischer Daten mit Hilfe der eGK zuzulassen oder nicht – dass sie dies freiwillig und selbst



› bestimmen können, ist ja immerhin »gesetzlich geregelt«, worauf das BMG hinweist.

Eine gesetzlich vorgesehene »Pflichtanwendung« der eGK sei nur das »elektronische Rezept« heißt es in der BMG-Antwort – wann dies technisch realisiert wird, ist noch unklar. Vogler warnt aber schon mal vorsorglich: »Die Speicherung sämtlicher Arzneimittelverordnungen über das eRezept eröffnet denjenigen, die diese Daten einsehen, einen tiefen Einblick in das gesamte Krankheitsgeschehen der Patientinnen und Patienten.« Würden alle ÄrztInnen hier reinschauen können, würde ein Chirurg durch das Lesen der Namen verordneter Medikamente zum Beispiel »auch Kenntnisse über neurologische, psychiatrische oder gynäkologische Vorerkrankungen erhalten, obwohl diese ihn überhaupt nichts angehen müssen«.

### Kommerzielle Interessen?

Vogler vermisst weitere eindeutige Antworten seitens des BMG – zum Beispiel zur Frage, ob auch geplant sei, Drittanbieter mit kommerziellen Interessen aus dem Netz der Telematikinfrastruktur herauszuhalten oder nicht. In ihrem Analysepapier verweist die Linke auf ein Fachgespräch des Bundestagsausschusses Digitale Agenda, wo im November gefordert worden sei, dass sich die eGK für Körperdatensammler wie HealthKit und Apple Watch öffnen möge (Siehe auch Seite 11). Tatsächlich hatte die Sachverständige Britta Böckmann, Informatikprofessorin an der Fachhochschule Dortmund, entsprechenden »Handlungsbedarf« reklamiert und auf Entwicklungen von Google oder Apple hingewiesen, die »große Chancen« bergen würden. Zur Erläuterung sagte Böckmann: »Wenn Menschen ihre Daten zukünftig sicher und verschlüsselt selbst auf dem Smartphone bei sich tragen, wird die Frage nach der Nutzung dieser Daten durch Ärzte oder Apotheker der nächste Schritt sein. Insofern ist es wichtig, die Telematikplattform auch für Dienste zu öffnen, die nicht die Gesundheitskarte voraussetzen und offen für Innovationen zu sein.«

### Nachfragen beim Arzt

Das aber ist bestimmt noch Zukunftsmusik. Einigermaßen konkret wird es 2015, wenn – voraussichtlich ab der zweiten Jahreshälfte – Technik und Akzeptanz des Vernetzungsprojektes sechs Monate lang erprobt werden. Einbezogen werden 1.000 Arzt- und Zahnarztpraxen sowie zehn Krankenhäuser in zwei Testregionen, gelegen in den Bundesländern Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein (Testregion Nordwest) sowie Bayern und Sachsen (Südost). Erprobt werden »alle Abläufe

im Realbetrieb mit unterschiedlichen Informationssystemen und Internetanbindungen mit Echtdaten«, erläutert der Betriebswirt und Wirtschaftsinformatiker Arno Elmer. Der Professor ist Hauptgeschäftsführer der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik), die das gesamte IT-Projekt seit Jahren verantwortlich managt.

In der Testphase würden »über eine Millionen Versicherte durch ihren Praxisbesuch Teil der Erprobung werden«, schreibt Elmer, und es werde auch eine wissenschaftliche Evaluierung geben. Geleitet wird sie von Professor Oliver Schöffski, Lehrstuhlinhaber für Gesundheitsmanagement der Universität Erlangen-Nürnberg. Läuft in der Testphase alles glatt, soll anschließend das »das digitale Gesundheitsnetz bundesweit zur Verfügung stehen«, hofft und sagt Elmer voraus.

Ob alle Beteiligten in der Testregion tatsächlich verstehen werden, was hier genau passiert, bleibt abzuwarten – PatientInnen ist anzuraten, bei Unklarheiten zum Beispiel ihren Arzt zu fragen, ob er denn den Durchblick hat und ihnen erklärt, wer was wo wozu mit welchen Daten machen darf. Wohl gemerkt: Es geht zunächst um den Zugang zu den verstreut in Praxen und Kliniken gespeicherten Daten. Die elektronische Patientenakte selbst gibt es noch nicht.

### Freiwillig mitmachen?

Elmer ist wohl bewusst, dass die gematik keine Zeit mehr zu verlieren hat, in der *Fachzeitschrift für Innovation, Organisation und Management* schrieb er in Ausgabe 3/2014 über das »Großprojekt Elektronische Gesundheitskarte«: »Um das Gesamtprojekt mit den bereits erfolgten Investitionen nicht in seiner Gesamtheit zu gefährden, müssen die Telematikinfrastruktur und vor allem entsprechende medizinische Anwendungen schnellstmöglich umgesetzt werden.« Und Elmer machte eine klare Ansage: »Ebenso wichtig ist eine zentral gesteuerte einheitliche bundesweite Kommunikation, da alle gesetzlich Versicherten in Berührung mit diesem Projekt kommen und die zukünftigen freiwilligen Anwendungen auch nutzen sollen. Je länger das Projekt dauert, desto größer ist die Gefahr, dass es als eines von vielen scheiternden Großprojekten wahrgenommen wird.«

Im Ergebnis sollen diese Ausführungen wohl besagen: Wohl und Wehe des eGK-Projekts hängen letztlich davon ab, ob die Versicherten freiwillig mitmachen und – wenn in ein paar Jahren technisch möglich – ihre medizinischen Daten in die Telematikinfrastruktur einspeisen lassen oder nicht. Vorausgesetzt, alles funktioniert tatsächlich so wie sich die Informatiker das vorstellen.

### Umständlich – aber möglich

Ab 2015 soll nur noch die elektronische Gesundheitskarte (eGK) als Nachweis der Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse gelten. Das Aktionsbündnis *Stopt die e-Card!* kämpft dennoch weiter gegen das eGK-Projekt und die damit verbundene Vernetzung von Patientendaten. Silke Lüder, Hausärztin in Hamburg und Sprecherin der Aktion sagt: »Insgesamt stellen wir aber fest, dass es bei unserer Kritik an dem geplanten Medizinüberwachungsprojekt nicht in erster Linie um die Karten an sich geht, sondern um die Kritik an der geplanten monströsen »Telematikinfrastruktur«, da die darin gespeicherten Daten niemand auf Dauer schützen kann.« In einer Mitteilung vom 23. November erläutert Lüder auf [www.stopt-die-e-card.de](http://www.stopt-die-e-card.de) auch, was Versicherte tun können, die 2015 in der Arztpraxis keine eGK vorlegen wollen: »Entweder man lässt sich als Versicherter von seiner Kasse einen Versicherungsnachweis auf Papier aushändigen (manche Kassen machen hier allerdings die größten Schwierigkeiten) oder die Praxis lässt sich eine Versichertenbescheinigung von der Kasse faxen, die der Versicherte dann unterschreibt. Dieses Verfahren geht durchaus auch nach dem 1.1.2015, und zwar, wie diverse Kassen ihren Versicherten mitgeteilt haben, auch im Notfall. Es ist für Versicherte als auch für Ärzte umständlich. Mehr nicht. Jeder muss für sich entscheiden, ob er das in Kauf nehmen will.«



Biobanken-Projekt Nationale Kohorte

## Öffentliche Debatte erforderlich

**Am 10. November wurde in Essen der offizielle Auftakt der »Nationalen Kohorte« gefeiert. Dagegen warnen KritikerInnen eindringlich vor dem Großforschungs- und Biobanken-Projekt und fordern eine öffentliche Diskussion über Ziele und Hintergründe der Sammlung von Daten und Bioproben in beispiellosem Umfang.**

### »Vorratsdatenspeicherung«

Das Komitee für Grundrechte und Demokratie hat eine datenschutzrechtliche Analyse der Nationalen Kohorte veröffentlicht. Verfasst hat sie Wolfgang Linder, früher stellvertretender bremischer Datenschutzbeauftragter und heute in der AG Gesundheit des Grundrechtskomitees ehrenamtlich aktiv. Linder hat wichtige NAKO-Dokumente unter die Lupe genommen: den Ethik-Kodex, das Datenschutzkonzept und die Nutzungsordnung. In seinem Fazit schreibt Jurist Linder u.a.: »Die Fülle der gespeicherten Daten und Bioproben sowie die technischen Möglichkeiten, sie miteinander und mit anderen Daten zu verknüpfen, führen tendenziell dazu, dass sie individualisiert werden können, wodurch faktisch eine Pseudonymisierung oder Anonymisierung ausgeschlossen werden. Das von den Probanden erbetene Einverständnis in die Erhebung von Daten bei den Trägern der Rentenversicherung und bei den Krankenkassen (Sekundärdaten) soll eine Vorratsdatenspeicherung legitimieren, weil in keiner Weise präzisiert wird, welches diese Sekundärdaten sein sollen und zu welchen Zwecken sie erhoben werden sollen.«

Die 13 Seiten lange »Kritik aus Sicht der Selbstbestimmung der TeilnehmerInnen und des Schutzes der gespeicherten Gesundheitsdaten« (Stand: Oktober 2014) kann man herunterladen auf der Internetseite [www.grundrechtskomitee.de](http://www.grundrechtskomitee.de)

Wenn PolitikerInnen öffentlich auftreten, versuchen sie sich gern mal als Propheten oder Heilsbringer. So auch die amtierende Bundesministerin für Bildung und Forschung: »Wir haben in den nächsten Jahren«, sagte Johanna Wanka (CDU) am 10. November in Essen, »durch die Nationale Kohorte die große Chance, einen enormen Wissensschub im Kampf gegen Volkskrankheiten wie Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu erzielen.« Wie und mit welchen Studien das im einzelnen erreicht werden soll, erklärte Wanka vorsichtshalber nicht.

Nationale Kohorte? Der Begriff gehört zur Fachsprache der Epidemiologie, bezeichnet werden in diesem groß dimensionierten Fall 200.000 Frauen und Männer im Alter von 20 bis 69 Jahren, deren Daten und Körpersubstanzen – im Rahmen noch unbestimmter Forschungsprojekte – langfristig genutzt, verknüpft, ausgewertet, interpretiert werden sollen (Siehe BIOSKOP Nr. 67). Die freiwilligen ProbandInnen der Nationalen

Kohorte (NAKO) werden regelmäßig an 18 kooperierenden, regionalen Studienzentren medizinisch untersucht. Und: Wer mitmacht, soll auch Blut, Urin, Speichel, Nasenabstrich, Stuhlprobe zur Verfügung stellen – für die Einlagerung in eine zentrale Biomaterialienbank sowie diverse regionale Einrichtungen dieser Art.

Was die Ministerin nicht sagte, steht zum Teil in der Einwilligungserklärung, die ProbandInnen unterschreiben sollen – zum Beispiel: Die Untersuchten sollen zustimmen, dass ihre Bioproben zum Eigentum der NAKO werden und »gegebenenfalls auch in kommerziellen Zusammenhängen (z.B. für die Entwicklung von Medikamenten und Diagnostika)« genutzt werden dürfen. Die verschlüsselten (pseudonymisierten) Daten und Proben können gemäß Einwilligungserklärung auch verwendet werden, »um genetische Risikofaktoren für Erkrankungen und deren Vorstufen zu analysieren«. Laut Teilnehmerinformation sind »Untersuchun-

gen geplant, die sich über Ihr gesamtes Erbgut erstrecken und der Erforschung der genetischen Variabilität dienen«. Die Betroffenen haben davon praktisch nichts, in der Einwilligungserklärung wird ihnen erklärt: »Wir weisen darauf hin, dass die Untersuchungen im Rahmen der Teilnahme keine individuelle Gesundheitsuntersuchung durch einen Arzt ersetzen. Es werden keine ärztlichen Diagnosen gestellt.«

Die Einwilligungserklärung, die ich auf Anfrage von der NAKO-Kommunikationschefin als Vordruck erhalten habe, sucht man bisher vergeblich auf den Internetseiten der NAKO. Merkwürdig auch: Das »Datenschutzkonzept«, auf dem die »Rekrutierung in den 18 Studienzentren der Nationalen Kohorte« basiere, werde »gegenwärtig in mehreren Bereichen fortgeschrieben«, liest man auf der NAKO-Website. Dennoch läuft die Anwerbung der StudienteilnehmerInnen seit Monaten auf vollen Touren.

»Eine öffentliche Debatte zum Biobankenprojekt »Nationale Kohorte« ist geboten!« fordern das Gen-ethische Netzwerk (GeN) und das Komitee für Grundrechte und Demokratie. Ihre gemeinsame Pressemitteilung vom 18. November stellt wichtige Fragen: »Auf was sollen sich die angeschriebenen Probanden bei ihrer Entscheidung stützen können? Nutzt die Datensammlung bzw. ihre Auswertung wirklich der Allgemeinheit? Bestehen nicht vielmehr mannigfaltige Interessen an diesen Daten, etwa von industrieller oder auch gesundheitspolitischer Seite? Warum sollen Probanden die NAKO beispielsweise dazu bevollmächtigen, auf ihre Sozialdaten zugreifen zu dürfen?«

Den Forschungsansatz der NAKO, »die Entstehung komplexer Erkrankungen mit Hilfe

statistischer Korrelationen von biologischen und sozialen Daten erklären zu wollen«, hatte das GeN seit der Planungsphase des Großprojektes wiederholt kritisiert.

Eine Art Blankoscheck stellen nicht nur die ProbandInnen aus, die sich untersuchen lassen, ohne zu wissen, welche Studien später mit ihren Daten und Proben von wem wozu ausgeführt und verwertet werden. Auch die Politik hat der NAKO 210 Millionen Euro aus Steuergeldern zugesagt – ohne dass den Finanziers klar sein konnte, wofür genau sie das Geld eigentlich bereit stellen. Schon deshalb sollte die Forderung von GeN und Grundrechtskomitee unbedingt weiterverbreitet werden: »Ob es sinnvoll ist, einen solchen Datenpool anzulegen, muss gesellschaftlich diskutiert werden! Für die NAKO sind Mitsprache und öffentliche Kontrolle erforderlich, nicht Sonntagsreden über Forschung und Fortschritt im Rahmen einer offiziellen Feierstunde!«

Klaus-Peter Görlitzer

# Alles unter Kontrolle?

Der Trend zur elektronisch unterstützten Optimierung des eigenen Körpers weckt Begehrlichkeiten bei Dritten

**Persönliche Fitness, Optimierung und Kontrolle des Körpers mit Hilfe elektronischer Geräte sind in Mode. Das weckt auch Begehrlichkeiten bei Krankenkassen und Versicherungen.**

Ein gängiges Instrument, um Stimmungen zu messen oder zu machen, sind Umfragen. Beliebt ist die Methode auch bei Krankenkassen. Anfang August präsentierte die IKK classic ihre repräsentative Umfrage zum »Thema Medizin- und Gesundheits-Apps« – Kernbotschaft: »Bereits 22 Prozent der Bürgerinnen und Bürger nutzen Applikationen auf ihrem Handy, um ihre Gesundheitswerte zu kontrollieren oder um sich über Krankheitsbilder und Symptome zu informieren.«

Das Sammeln, Speichern, Auswerten persönlicher Körperdaten halten tatsächlich viele Menschen für zeitgemäß. Möglich

machen dies nicht nur Smartphones und Tablet-Computer, sondern auch andere mobile Geräte wie Smartwatches, Fitnessarmbänder, Datenbrillen oder spezielle, mit Elektroden ausgestattete Kleidungsstücke, die kontinuierlich etwa Muskelaktivität, Herzschlag und Atmung messen und die Daten via Funk ans Mobiltelefon weiterleiten.

Beim Trend zur freiwilligen Selbstkontrolle sind auch Unternehmen wie Google behilflich, der IT-Riese bietet inzwischen eine »Fit-App« an. Wer sie nutzt, kann Daten verschiedener Gesundheits-Apps in einer zentralen Datenbank zusammenführen und analysieren lassen; auch wird er in die Lage versetzt, bei eingeschaltetem Smartphone seine Schritte zählen zu lassen.

Derartige Anwendungen finden offenbar auch Versicherer attraktiv. »Als erstes großes Unternehmen in Europa«, berichtete Ende November die *Süddeutsche Zeitung* (SZ), »setzt nun die Generali-Gruppe auf die elektronische Kontrolle von Fitness, Lebensstil und Ernährung.« KundInnen, die mit Hilfe einer App regelmäßig ihre Schritte zählen, sportliche Aktivitäten messen und Vorsorgetermine dokumentieren lassen und die Daten regelmäßig an den Versicherer weiterleiten, sollten dafür perspektivisch finanziell belohnt werden – das Angebot soll in frühestens einem Jahr in Deutschland verfügbar sein. Weitere private Kranken- und

Lebensversicherer sollen Ähnliches vorhaben. Dem SZ-Bericht folgten weitere Medienberichte, DatenschützerInnen äußerten sich kritisch (*Siehe Randbemerkung*). Und einige wie die *Ärztezeitung* dachten schon weiter, ihre Autorin Christine Starostzik fragte: »Werden irgendwann alle, die nicht bereit sind, sich vermessen zu lassen, verdächtigt, etwas zu verbergen? Wann wird aus Freiwilligkeit Druck, etwa indem Krankenkassen nicht mehr Vergünstigungen für Dateneinsicht gewähren, sondern von Verweigerern höhere Tarife verlangen?«

Dass auch gesetzliche Krankenkassen bereit sind, Selbstüberwachung zu belohnen, hatte die DAK bereits im April 2013 offenbart. »Mit der DAK-FitCheck-App für iPhone und Android«, kommunizierte die Kasse seinerzeit in einer Pressemitteilung, »ist es den DAK-Versicherten ab sofort möglich, ihre sportlichen Betätigungen

im Laufen, Fahrradfahren, Inlineskaten oder Walken schnell und unkompliziert zu übermitteln.« Wer mitmache, bekomme Bonuspunkte direkt aufs Smartphone gutgeschrieben, die »in attraktive Prämien umgetauscht« werden können. Inzwischen ist die FitCheck-App laut DAK-Homepage (Stand: 27.11.2014) »leider nicht mehr verfügbar« – woran das liegt, sagt die DAK nicht.

Auch bei der Konkurrenz sind Apps ein Thema, das wurde zum Beispiel deutlich bei einem »Fachgespräch« am 12. November im Bundestagsausschuss Digitale Agenda. Christoph J. Rupprecht von der AOK Rheinland/Hamburg erläuterte, dass der »Nutzen für Patienten« nur dann flächendeckend in Gesundheitssystemen realisiert werden könne, wenn die vom Versicherten selbst erhobenen Gesundheitsinformationen »in einer geordneten Form und unter Einhaltung datenschutzrechtlicher Aspekte auch in die Regelversorgung überführt und angewendet werden können«. Nach Meinung von Rupprecht muss »gesetzlich untersagt« werden, dass Hersteller mobiler Endgeräte auf die alleinige Verwendung der damit erfassten und übermittelten Gesundheitsdaten bestehen. Andernfalls könne es für eine Kasse unter Umständen schwierig werden, einen »innovativen Versorgungsvertrag« mit Einsatz solcher Geräte aufzusetzen.

Klaus-Peter Görlitzer

»Werden irgendwann alle, die nicht bereit sind, sich vermessen zu lassen, verdächtigt, etwas zu verbergen?«

## Profile und Prognosen

Andrea Voßhoff, Bundesdatenschutzbeauftragte mit CDU-Parteibuch, warnt vor »Datenkonzentrationen bei Krankenversicherungen«. In einer Pressemitteilung vom 3. Dezember wendet sich Voßhoff gegen Pläne privater Krankenversicherer, die ihre Mitglieder bewegen wollen, »gesundes Verhalten nachzuweisen«, indem sie Daten über sportliche Aktivitäten oder Vorsorgeuntersuchungen an die Assekuranz zu übermitteln. Auch bei den gesetzlichen Krankenkassen sei »die Tendenz eines wachsenden Interesses an Gesundheits- und Fitnessdaten ihrer Versicherten zu beobachten«, heißt es in der Mitteilung der Datenschützerin. Ihre Bedenken erläuterte Voßhoff so: »Auch wenn die mit Versicherungstarifen dieser Art angebotenen Vorteile gerade für momentan gesunde Menschen verlockend klingen, sollten die Versicherten sich der damit verbundenen Risiken bewusst sein. Bei der Übermittlung von z.B. Körper- oder Trainingswerten handelt es sich um sensible Gesundheitsdaten. Zusammen mit anderen Daten kann die Versicherung ein umfassendes Gesundheitsprofil der betroffenen Person erstellen und daraus Prognosen über seine zukünftige gesundheitliche Entwicklung ableiten. Unabhängig davon, ob diese Prognosen zutreffend sind oder nicht, können sie dazu genutzt werden, profiligen Angebote zu unterbreiten, das Leistungsspektrum entsprechend anzupassen oder künftige Risikozuschläge zu berechnen. Es liegt deshalb im Eigeninteresse der Versicherten, sorgfältig mit ihren wertvollen Gesundheitsdaten umzugehen und den kurzfristigen Vorteil, den die Datenoffenbarung vielleicht mit sich bringt, mit den langfristigen Gefahren bewusst abzuwägen.«

# Ruhigstellungen mit Nebenwirkungen

Neurowissenschaftler Burkhard Wiebel über Gründe und Risiken des wachsenden Psychopharmaka-Konsums

## BIOSKOP-Interview

**Der Verbrauch von Psychopharmaka steigt hierzulande seit Jahren – bei alten wie bei jungen Menschen. Welche Folgen und Risiken mit solchen Medikationen verbunden sind, erläutert Burkhard Wiebel, Lehrbeauftragter am Institut für Kognitive Neurowissenschaft der Ruhr-Universität Bochum, auf Fragen von BioSkoplerin Erika Feyerabend. Wiebel hat 32 Jahre als Psychologe an einer psychiatrischen Klinik gearbeitet.**

**BIOSKOP:** Viele ältere Menschen nehmen auch Beruhigungsmittel ein. Welche vor allem?

**BURKHARD WIEBEL:** Wenn es sich um pflegebedürftige Menschen handelt, die keine psychische Erkrankung haben, sondern vielleicht eine beginnende dementielle Veränderung, dann sind das vor allem zwei Medikamententypen: die Tranquilizer und die Neuroleptika.

**BIOSKOP:** Welche Nebenwirkungen sind bei Tranquilizern zu erwarten?

**WIEBEL:** Das bekannte Problem ist: Sie machen abhängig. Wer zum Beispiel Valium nimmt, fühlt sich wohl, wie auf einer rosa Wolke. Wird es abgesetzt, dann gibt es Entzugssymptome, wie bei Alkoholikern. Substanzen wie Benzodiazepine wurden lange bedenkenlos verschrieben, weil es sonst keine Erkenntnisse über Nebenwirkungen gab. In diesem September haben Wissenschaftler aus Frankreich und Kanada eine Studie im *British Medical Journal (BMJ)* veröffentlicht. Sie meinen, dass mit der längerfristigen Einnahme das Risiko, an Alzheimer-Demenz zu erkranken, sich in etwa verdoppelt.

**BIOSKOP:** Welche Folgen haben Neuroleptika?

**WIEBEL:** Es gibt die typischen und die atypischen Neuroleptika, letztere gehören zur neueren Medikamentengeneration. Schon nach sechs Monaten Einnahme solcher Mittel ist eine deutliche Gewichtszunahme erkennbar. Ungünstige Folgen sind Herz-Kreislauf-Probleme, Schlaganfälle und auch Diabetes mellitus, weil die Neuroleptika direkt über die Hypophyse (Hirnanhangsdrüse) den Stoffwechsel beeinflussen.

**BIOSKOP:** In welchen Dimensionen werden die Neuroleptika älteren Menschen verordnet?

**WIEBEL:** Zahlen kann ich nicht nennen. Das Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen schätzt, dass bundesweit von 1,1 Millionen Demenzpatienten knapp 360.000 Neuroleptika bekommen, also etwa jeder Dritte. Ich weiß, wie es in Heimen aussieht, wenn der Personalschlüssel gering ist. Wer dort verwirrt ist und dazu neigt, nachts spazieren zu gehen, wird oft ans Bett gefesselt. Solche Fixierungen werden richterlich kontrolliert und müssen – wie in psychiatrischen Kliniken auch – begründet werden. Beim Einsatz von Tranquilizern oder Neuroleptika, die sedieren, also ruhig stellen, sind Fixierungen und Kontrollen nicht mehr nötig. Der Arzt verordnet sie, die Schwestern und Pfleger setzen sie ein.

**BIOSKOP:** Die Behandlung ist also eher pflege- und personaleinsparend als medizinisch motiviert?

**WIEBEL:** Ja. Nur bei Psychosen und Wahn sind Neuroleptika medizinisch

sinnvoll. Aber auch dann müssen sie nach der akuten Phase – wenn jemand hoch aggressiv ist beispielsweise – über einen längeren Zeitraum wieder langsam ausgeschlichen, also kontinuierlich geringer dosiert und schließlich abgesetzt werden. Die Pharmaindustrie hat über die letzten Jahrzehnte dafür gesorgt, dass Ärzten eintrainiert wird, die Neuroleptika grundsätzlich bei schizophrenen Erkrankungen lebenslang zu verordnen. Der Konsum hat erhebliche, bekannte Nachteile für die Patienten: Gewichtszunahme, Herz-Kreislaufprobleme, Diabetes, Verlust der grauen Substanz des Frontalkortex (Stirnhirn), mit der Folge, sich nicht mehr konzentrieren zu können. Schizophrenen Patienten, die eine Dauermedikation bekommen, sterben 18 bis 20 Jahre früher. Sie sterben nicht an Suizid, wie vielleicht befürchtet, sondern an Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

**BIOSKOP:** Wie sieht die Verordnungssituation bei Kindern aus?

## »Geschlechtsspezifische Differenzen«

»Frauen bekommen etwa zwei- bis dreimal mehr Psychopharmaka als Männer«, bilanzierte die Barmer GEK, als sie ihren »Arzneimittelreport 2012« öffentlich vorstellte. Dazu fragte die Krankenkasse, eher rhetorisch: »Erklärten Rollenklischees oder häufigere Migräneattacken die hohe Ordnungsrate?« Medizinisch seien solche geschlechtsspezifischen Differenzen jedenfalls »kaum begründbar«. Professor Gerd Glaeske, ausgebildeter Pharmakologe und Versorgungsforscher an der Universität Bremen sowie federführender Autor des »Arzneimittelreports«, machte bei der Pressekonferenz der Barmer am 26. Juni 2012 einen konkreten Vorschlag: »Wir brauchen eine Negativliste, welche Ärzte verlässlich über Wirkstoffe informiert, die bei Frauen gefährliche Effekte auslösen können.«

»Nachdem in zig Altenheimen nachts die Zeit der Tranquilizer und Neuroleptika Einzug gehalten hat, wird nun die Zeit der Kinder und diese als Zielgruppe entdeckt.«

## Ursachen von Medikationsfehlern werden ein Jahr lang an drei deutschen Universitätskliniken erforscht

Der Satz klingt unglaublich, steht aber genau so in einer Pressemitteilung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): »Schätzungen zufolge führen unerwünschte Arzneimittelwirkungen durch vermeidbare Medikationsfehler in Deutschland zu ca. 500.000 Krankenhausnotaufnahmen pro Jahr.« Ein Forschungsprojekt soll nun für präzise Erkenntnisse und Abhilfe sorgen.

Dass endlich was passieren soll, gab die Arznei-Aufsichtsbehörde BfArM am 28. November per Pressemitteilung bekannt: »Über jeweils ein Jahr lang werden in drei Kliniken sämtliche Notfalleinweisungen von Patientinnen und Patienten daraufhin untersucht, ob sie durch Fehler bei der Verschreibung oder Anwendung von Arzneimitteln verursacht wurden.« Ziel sei es, nicht nur Ausmaß und Gründe von Medikationsfehlern zu erforschen, sondern auch »verbesserte Strategien zu deren Vermeidung

Rund 90.000  
Notaufnahmen sollen erfasst  
und analysiert werden.

entwickeln zu können«. Die exemplarische Untersuchung, gefördert mit 580.000 Euro aus dem Etat des Bundesgesundheitsministeriums, läuft an den Universitätskliniken in Bonn, Fürth und Ulm; dort sollen rund 90.000 Notaufnahmen erfasst und analysiert werden, darunter »voraussichtlich 9.000 Fälle, die auf unerwünschte Arzneimittelwirkungen zurückgehen«. Kooperationspartner der Studie ist die Arzneimittelkommission der Bundesärztekammer. Sie startet, so die Pressemitteilung des BfArM, »zeitgleich ein Projekt zur zentralen Erfassung und Bewertung von Medikationsfehlern«. Dabei sollen auch Verdachtsmeldungen unter die Lupe genommen werden, die ÄrztInnen, ApothekerInnen und PatientInnen im Rahmen des so genannten Spontanmeldesystems an das BfArM übermitteln haben.

Erste Ergebnisse dürften frühestens im Jahr 2016 vorliegen. *Klaus-Peter Görlitzer* 

### »Krank durch Medikamente« ...

... lautet der – wohl irritierende – Titel des neuen Buches der Hamburger Wissenschaftsjournalistin Cornelia Stolze, erschienen in diesem Herbst. Die Autorin, deren 2011 veröffentlichtes Buch *Vergiss Alzheimer* für einiges Aufsehen (Siehe BIOSKOP Nr. 57) gesorgt hatte, stellt auf ihrer Internetseite [www.corneliastolze.de](http://www.corneliastolze.de) das neue Werk vor: »Tatsächlich retten manche Medikamente vielen schwer kranken Menschen das Leben oder nehmen ihnen stärkste Schmerzen. Jedoch: Der Siegeszug der Pharmazie hat eine Kehrseite. Die wachsende Flut von Medikamenten macht inzwischen auch immer mehr Menschen krank. Noch nie haben wir so viele Schmerzmittel, Antidepressiva, Cholesterinsenker und Betablocker geschluckt wie heute. Allein 2013 haben Ärzte hierzulande mehr als 38 Milliarden Tagesrationen unterschiedlichster Arzneien verordnet – die Pillen, die Privatversicherte und Patienten in Krankenhäusern schlucken, noch gar nicht eingerechnet. Und unzählige der Betroffenen nehmen die Mittel dabei wochen-, monate- oder jahrelang. Was viele Menschen nicht ahnen: Zahlreiche weit verbreitete Medikamente rufen – oftmals schleichend – eigenständige »Krankheiten« hervor. Da ist der Parkinson-Patient, der ein paar Monate nach Beginn der Therapie auf einmal spielsüchtig wird. Da ist die einsame Seniorin, die regelmäßig Schlaf- und Beruhigungsmittel schluckt – und nach ein paar Monaten oder Jahren verwirrt und scheinbar demenzkrank wird.«


- **WIEBEL:** Zwischen 2001 und 2007 ist der Verbrauch von Neuroleptika um das 32-fache gestiegen. Die Erkrankungen von Kindern sind sicher nicht um das 32-fache gestiegen. Dies betrifft den ambulanten Bereich. Es gibt nur eine Indikation bei Wahn und Schizophrenie, die bei Kindern aber kaum vorkommt. Der enorme Anstieg ist nur erklärbar über die heutigen Lebensverhältnisse und die wachstumsorientierte Pharmaindustrie. Nachdem in zig Altenheimen nachts die Zeit der Tranquilizer und Neuroleptika Einzug gehalten hat, wird nun die Zeit der Kinder und diese als Zielgruppe entdeckt.

**BIOSKOP:** Gab es solche Pharmaka schon für die ehemaligen Heimkinder ab den 1950er Jahren?

**WIEBEL:** Ich unterstütze die Heimkinder mit Gutachten und bei ihren Protestaktionen. Kinder ab dem fünften Lebensjahr bekamen seit Anfang der 1950er Jahre verschiedenste Neuroleptika. Die Medikamente wurden direkt gegeben oder ins Essen gemischt. In einem Heim stand ein Fläschchen mit Truxal offen auf dem Tisch. Veröffentlichungen der Landschaftsverbände und Akten der ehemaligen Heimkinder beweisen das – auch wenn hier viel Material vernichtet wurde. Das ehemalige Heimkind Michael Decker konnte wichtige

Unterlagen retten (Siehe newsletter *Behindertenpolitik* Nr. 54+56). Er hat über Jahre hohe Dosen bekommen. Das müssen wir aufarbeiten – für die Opferentschädigungsrenten und für bessere Erkenntnisse über die Langzeitfolgen von Neuroleptika.

**BIOSKOP:** Welche Kinder bekommen diese Präparate heute?

**WIEBEL:** Nicht nur wird bei viel zu vielen Kindern, die aufmerksamkeitsgestört und/oder hyperaktiv sind, Psychostimulanzien verschrieben. Eine immer größer werdende Anzahl an Kindern mit Verhaltensstörungen bekommt Neuroleptika. Es sind auffällige, widerspenstige Kinder, die Probleme allgemeiner Art machen. Da geht eine Mutter zum Elternsprechtag, mit Sorge, dass der Sohn das Abitur nicht schafft. Der Lehrer rät zum Besuch beim Kinder- und Jugendarzt. Kaum jemand hat wirklich Zeit. Der Sohn bekommt ein Neuroleptikum. Man freut sich über die Wirkung. Die Eltern hoffen, er wird das Abitur nun schaffen, und schon wird über Monate das Medikament genommen, während schädigende Effekte erst später erkannt werden. Besonders die Pharmafirma Janssen-Cilag bewirbt ihr Produkt mit dem Wirkstoff Risperidon. Und die Kinder- und Jugendärzte verschreiben es am häufigsten. Ich denke, was hier passiert, ist höchst fragwürdig. 

# Gewissheiten und Irritationen

## Anmerkungen zur Debatte um »Sterbehilfe« und Autonomie

**Stefanie Graefe,**  
Soziologin an der  
Universität Jena

**Wo Gewissheiten präsentiert werden und Dinge scheinbar klar liegen, ist in der Regel Vorsicht geboten. Mir scheint es produktiv, mich von vermeintlichen Gewissheiten irritieren zu lassen – auch bei der verbreiteten Rede von »Autonomie am Lebensende«. Wenn wir für diese Phase einen Begriff brauchen, würde ich »Teilhabe« vorschlagen.**

### Die Rede von der »Autonomie (oder Selbstbestimmung) am Lebensende« verhüllt mehr als sie erklärt.

Gesetzliche BetreuerInnen sind verpflichtet, dafür zu sorgen, dass der in der Patientenverfügung artikulierte Wille der aktuell nicht mehr äußerungsfähigen Betreuten befolgt wird. Dies gilt ausdrücklich auch dann, wenn sich Patienten (noch) nicht im Sterbeprozess befinden. Und auch, wenn gar keine schriftliche Patientenverfügung vorliegt. In diesem Fall müssen Betreuer und Arzt gemäß »mutmaßlichem« Willen der Betreuten entscheiden.

Vor allem aber soll die Vorabklärung den Patienten schützen – vor einer »nicht mehr loslassenden Medizin«, wie es im Bericht der Sachverständigenkommission zur Änderung des Betreuungsrechts hieß. Die Gegenüberstellung »Apparatemedizin« versus »Patientenautonomie« leuchtet unmittelbar ein. Diese Negativvision ist überaus wirkmächtig und legt nahe, bereits in gesunden Tagen festzulegen, was man will, vielmehr nicht mehr will: Reanimation oder lieber nicht? Künstliche Beatmung oder lieber nicht? Ernährungssonde oder lieber nicht? Flüssigkeitszufuhr oder lieber nicht? Autonomie wird hier konzipiert als vertragliche Beziehung zwischen Individuum, Ärzteschaft und Staat. Sie basiert auf der Vorstellung vom Menschen als rationaler Entscheidungsakteur, der aus verschiedenen Optionen die für sich passenden aus- und vor allem abwählt.

Die Frage nach Autonomie berührt eine Grundangst des modernen Menschen: beherrscht und unterworfen zu werden, unfreiwillig von anderen abhängig zu sein. Kaum eine Situation im menschlichen Lebensverlauf scheint so prädestiniert dafür wie das hohe, pflegebedürftige Alter. Weil nun aber Autonomie in unserer Gegenwartsgesellschaft gleichbedeutend ist mit Glück, erscheint ihr Verlust als Inbegriff menschlichen Unglücks.

Die Frage lautet nämlich nicht nur: Mit welchen Gesetzen und Verfügungen kann Autonomie garantiert werden. Sondern auch: Wer definiert, was als Autonomie gilt – und was nicht? Welche Bedingungen brauchen wir, um uns autonom zu fühlen, wie sehr sind wir dabei von Kontexten, Beziehungen, Stimmungslagen abhängig? Wer sagt uns, dass wir das, was wir

heute als unerträgliche Beschneidung unserer Autonomie verstehen, im Prozess des Sterbens auch genau so erleben? Möglicherweise liegen unsere Bedürfnisse dann ganz anders und es geht eher darum, gehalten, begleitet, berührt zu werden. Und darum, Zeit zu haben.

Lösungen für diese Fragen werden über das Instrument der Patientenverfügung weder garantiert noch erreicht. Durch die unbeschränkte Reichweite (auch außerhalb der Sterbephase) wird zudem verhüllt, dass Lebenssituationen wie Demenz oder Wachkoma hier de facto dem Lebensende zugeschlagen, also als vorgezogene Formen des Sterbens definiert werden.

### Der Tod wird nicht tabuisiert, sondern kommerzialisiert, fiktionalisiert und individualisiert.

Ein Argumentationsmuster besagt: Weil der Tod in unserer Gesellschaft tabuisiert und verdrängt wird, darf über »selbstbestimmte« Formen des Sterbens nicht gesprochen werden, und deshalb kennt die Medizin keine Grenzen.

Das ist auch alles nicht ganz falsch. Im großen historischen Maßstab kam es im Übergang zur Moderne tatsächlich zu einer Privatisierung von Sterberiten. Es wird in der Regel nicht mehr öffentlich getrauert, gestorben wird vor allem im Krankenhaus. Stellt man die historische Linse jedoch etwas schärfer, wird die Sache mit dem verdrängten Tod weniger eindeutig. Der Soziologe Alois Hahn etwa verweist auf die alltägliche exzessive mediale Inszenierung des Todes. Zwar gebe es keine »verbindlichen Sinngebungen« bezogen auf den Tod mehr, dafür aber Sinngebungen religiöser und therapeutischer Art in großer Fülle. Man denke etwa an so genannte alternative Bestattungsunternehmen, die persönlich passende, frei gestaltbare Begräbniserlebnisse anbieten. Soziologen sehen darin ein Element der Individualisierung und Pluralisierung. Zumindest für die Kulturindustrie lässt sich feststellen: Death sells – mindestens genauso wie Sex. Sterbehilfevereine wie Dignitas oder Exit verdienen auch an den von ihnen angebotenen Dienstleistungen. In einer Gesellschaft, die darüber debattiert, ob »selbstbestimmtes Sterben« nicht nur einklagbar, sondern auch käuflich zu erwerben sein soll, kann von Tabu keine Rede sein.

### Tipps zum Weiterlesen

Stefanie Graefe setzt sich seit vielen Jahren wissenschaftlich mit dem »Autonomie«-Begriff auseinander. Ihre Doktorarbeit erschien 2008 unter dem Titel *Autonomie am Lebensende? Biopolitik, Ökonomisierung und die Debatte um Sterbehilfe* als Buch im Campus-Verlag. 2012 schrieb Graefe über *Autonomie und Teilhabe. Eckpunkte emanzipatorischer Altersforschung*. Dieser Aufsatz steht auf den Seiten 249–260 des Sammelbands *Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf? Altern unter Bedingungen von Marginalisierung*, herausgegeben von Susanne Kümpers und Josefine Heusinger.

Die Behauptung einer gefährlichen Überversorgung blendet aus, dass in den Kliniken und Pflegeheimen neben der medizinischen längst die betriebswirtschaftliche »Vernunft« regiert. Rationalisierungs- und Ökonomisierungsprozesse führen zu Phänomenen der Unterversorgung bzw. Rationierung. Was medizinisch oder pflegerisch geboten ist, kann buchhalterisch zum Problem werden. Patientenverfügungen und Angebote der Suizidbeihilfe oder der »Tötung auf Verlangen« scheinen diesen gesellschaftlich produzierten Widerspruch für alle Beteiligten entschärfen zu können – erst recht dann, wenn sie zur kassenfinanzierten Behandlungsoption werden.

Die Verantwortung für den Umgang mit Alter, Demenz, Gebrechlichkeit, Sterben und Tod wird der »vorausschauenden Vernunft« der Einzelnen aufgebürdet. Die Debatte um die Pflege wird davon weitgehend losgelöst geführt. Dabei hängt das eng zusammen. Auch individuelle Vorstellungen davon, was uns am Lebensende blüht oder droht, verändern sich. Wer sich ausrechnet, im Pflegefall auf keine hochwertige, das heißt auch: gut bezahlte und abgesicherte Pflegeleistung zählen zu können, empfindet die Möglichkeit, das eigene Ableben qua präventiver Verfügung oder ärztlicher bzw. kommerzieller Sterbehilfedienstleistung zu beschleunigen, womöglich als Entlastung. Umgekehrt erscheint das »selbstbestimmte Sterben« als letzter Akt des autonomen Subjekts, das sich gegen Gesellschaft, Staat und Biomedizin behauptet.

### »Neue Altersdiskurse verschärfen soziale Problemlagen.

Die erfreuliche Tatsache der – in den reichen industrialisierten Ländern – gestiegenen absoluten und gesunden Lebenserwartung wird schon seit längerem in doppelter Weise diskutiert: als Bedrohung und als Chance. Bedrohungsszenarien finden in Schlagwörtern wie »Vergreisung« oder »Altenrepublik« ihren Niederschlag. Von Chancen spricht andererseits die Bundesregierung unter dem Schlagwort »Wirtschaftsfaktor Alter«. Gesellschaftliche Vorstellungen vom Leben im Alter sollen erneuert und »ältere Menschen ermutigt werden, ihre Fähigkeiten selbstbestimmt in die Gesellschaft einzubringen« (so das Bundesfamilienministerium) – etwa in Form ehrenamtlichen Engagements oder aktiver lebenslanger Gesundheitsprävention (zwecks Kostensenkung). Demgegenüber scheinen die pflegebedürftigen, institutionalisiert wohnenden und/oder demenzkranken Hochaltrigen einer gänzlich anderen Gruppe von Alten anzugehören. Unter der Hand wird so die Gruppe der Älteren zweigeteilt: in die, die (noch) aktiviert werden können, und die, die (nur noch) versorgt werden müssen.

Idealerweise wollen die Alten selbst, was sie wollen sollen: Sie bringen sich eigenverantwortlich dafür ein, die Folgekosten des demographischen Wandels abzumildern. Seltener werden die ungleichen Lebensbedingungen älterer Menschen zum Thema. Dabei ist bekannt, dass die durchschnittliche Lebenserwartung zwischen den höchsten und niedrigsten Einkommensgruppen fast zehn Jahre beträgt. Was nichts anderes bedeutet, als dass die Bezieher niedriger Einkommen den Reichen die Rente finanzieren.

### »Teilhabe« als Begriff dafür, wie wir leben wollen – in allen Lebensphasen.

Im sechsten Altenbericht der Bundesregierung von 2010 geht es auch darum, den »gesellschaftlichen Wert von Hochaltrigkeit« zu erkennen. Pflegebedürftige und auch Sterbende müssten als Menschen wahrgenommen werden, »die uns etwas zu bieten haben«. Bemerkenswert ist, dass hier nicht etwa vom Umgang mit Pflegebedürftigkeit als gesellschaftliche Aufgabe die Rede ist, sondern vom gesellschaftlichen (ideellen? wirtschaftlichen?) »Wert« der letzten Lebensphase. Offen bleibt, wie ein solcher »Wert« zu bestimmen ist und wer festlegt, wie »wertvoll« ein Leben zum Beispiel mit Demenz ist.

Ich würde lieber über die Bedingungen sprechen, unter denen alte, pflegebedürftige und demenziell veränderte Menschen in dieser Gesellschaft leben und diejenigen, die sie pflegen, arbeiten. Wenn wir einen Begriff dafür brauchen, würde ich den der »Teilhabe« vorschlagen.

Während Autonomie – ob nun als Eigenverantwortung, Selbstbestimmung oder Unabhängigkeit gefasst – immer einen rationalen, entscheidungsfähigen Akteur voraussetzt (und damit all jene, deren Entscheidungsfähigkeit fraglich geworden ist, zunächst logisch ausschließt), braucht der Begriff der Teilhabe keine solche Definition des Subjekts. Bezogen zum Beispiel auf verwirrte Alte eröffnet er die Möglichkeit, ihre alltäglichen Teilhabeformen (Kommunikation, Bedürfnisse, Aktivitäten) zu untersuchen und zu fördern – ganz unabhängig davon, ob die Betroffenen noch in der Lage sind, über sich und ihren Alltag zu »bestimmen«. Hier liegt in Bezug auf Pflegebedürftigkeit und Hochaltrigkeit sicherlich die größte Schwäche des Autonomiekonzeptes: Wird es an die Rationalität des Subjekts gekoppelt, wirkt die Fremdbestimmung nicht mehr »rational« agierender Menschen weniger problematisch.

Die zentrale Irritation, die die aktuelle »Sterbehilfe«-Debatte auslöst, ist die Ablenkung von diesen Fragen – und ihre Überführung in eine Frage individueller Entscheidungsoptionen und ärztlicher oder kommerzieller Dienstleistungen, oder kurz: von Angebot und Nachfrage. Das halte ich für ein Problem.

### Suizidbeihilfe auf der politischen Agenda

Mitte 2015 soll der Bundestag entscheiden, ob ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung von PatientInnen per Gesetz legitimiert werden soll oder nicht. Der interne Zeitplan sieht vor, dass in der ersten März-Woche die 1. Lesung mehrerer Gesetzentwürfe im Parlament stattfinden soll, voraussichtlich Ende März sollen dann Fachleute in einer Anhörung Stellung nehmen. Bisher liegt offiziell aber noch kein einziger Gesetzentwurf vor – trotz monatelanger Diskussionen in Talkshows und Medien, wobei neben Pro-»Sterbehilfe«-Propagandisten (Siehe BIOSKOP Nr. 67) auch diverse PolitikerInnen mit unterschiedlichen Positionen zu Wort kamen. Am 13. November dann der demonstrative Höhepunkt im Bundestag: Angesetzt war eine 4-stündige Debatte, ungewöhnlich lang für parlamentarische Verhältnisse. Einig waren sich im Prinzip alle RednerInnen, dass mehr für den Ausbau von Hospizen und Palliativmedizin getan werden müsse. Kontroversen gab es zur Suizidbeihilfe, auch unter Parteifreunden. Beispiel CDU: Während Christdemokrat Peter Hintze ärztlich unterstützte Selbsttötungen gesetzlich absichern möchte, ist Hermann Gröhe dagegen. Der Bundesgesundheitsminister will zudem, wie auch CDU/CSU-Fraktionschef Volker Kauder, dass organisierte Suizidhilfe unter Strafe gestellt wird. Zu hören sind aus Berlin aber auch einzelne Stimmen, die organisierte Unterstützung von Selbsttötungen in Ordnung finden – zum Beispiel Renate Künast von den Grünen.

## Vorschau

### Themen im März 2015

- **Schwerpunkt**  
Genforschung

- **Gesundheitsökonomie**  
Fallpauschalen-Folgen
- **Beihilfe zur Selbsttötung**  
Gesetzliche Legitimation?

## Veranstaltungstipps

### Mo. 26. Januar 2015, 19.30 Uhr

Aachen (Uniklinik, Hörsaal 1)

- **Interessenkonflikte in der Medizin**  
Vortrag

Arzneimittelhersteller agieren global, und das gilt nicht nur für die Vermarktung ihrer Produkte, sondern auch für klinische Studien zwecks Erprobung neuer Wirkstoffe. Dabei sind Vorschriften und Schutzniveaus für ProbandInnen durchaus unterschiedlich. Christiane Fischer, Geschäftsführerin der Ärzte-Initiative MEZIS (Siehe Seite 4), vergleicht in ihrem Vortrag »ethische Forschungsstandards« in Deutschland und Indien. Und sie erläutert auch, mit welchen Mitteln Pharmafirmen versuchen, Bedingungen von Studien und MedizinerInnen zu beeinflussen.

### Mi. 28. Januar, 18 – 20 Uhr

Hamburg (Philosophenturm, Von-Melle-Park 6, Hörsaal D)

- **Organspende und Organhandel**  
Vortrag

»Märkte«, weiß die Philosophie-Abteilung der Hamburger Universität, können »in manchen Bereiche moralisch problematisch« sein. Argumentiert werde zum Beispiel, »dass der Kauf oder Verkauf bestimmter Güter für viele der Marktteilnehmer physisch und psychisch schädlich ist (Prostitution, Organhandel)«. Welche Auffassung die Medizinethikerin Silke Schicktanz vertritt, kann man am 28. Januar hören. Dann spricht die Göttinger Professorin auf Einladung der Hamburger Philosophen über »Die Kommerzialisierung der Organ'spende' aus ethischer Sicht«.

### Di. 3. Februar, 18 – 19.30 Uhr

Köln (Universität, Kolloquiumraum in der Frauenklinik, Kerpener Str. 34)

- **Gesundheitsorakel aus dem Internet**  
Vorträge

»Die technischen Möglichkeiten zur Voraussage der eigenen gesundheitlichen Zukunft sind in den letzten Jahren immer präziser geworden«, meint das Ethikzentrum ceres an der Universität zu Köln. Im Rahmen einer »Gesundheitsorakel«-Ringvorlesung referiert zunächst der Bonner Humangenetiker Markus Nöthen über internetbasierte Gentests, der Professor fragt: »Von wem für wen und wozu?« Anschließend erläutert der Kölner Wirtschaftsinformatiker Prof. Christoph Rosenkranz »Möglichkeiten und Grenzen von Electronic Health«.

### Mi. 4. Februar, 19.30 – 21 Uhr

Münster (Hörsaal S8, Schloss, Schlossplatz 2)

- **Gesundheitliche Folgen von Kriegstraumatisierungen und Repression**  
Vortrag

Wer den Zweiten Weltkrieg erleben musste, leidet zum Teil noch heute unter traumatischen Erfahrungen. Die gesundheitlichen Folgen geraten zunehmend in das Blickfeld von ForscherInnen, und das gilt auch für Menschen, die in der DDR aus politischen Gründen inhaftiert wurden. Harald J. Freyberger, Professor für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universitätsmedizin Greifswald, stellt Ergebnisse von Untersuchungen zu verschiedenen Opfergruppen vor: Überlebende des Holocausts, Kriegsoffer, Menschen, die politische Haft und Repression erlebt und überstanden haben. Veranstalter ist das Uniklinikum Münster.

### Do. 19. Feb., 11 Uhr – Fr. 20. Feb., 16 Uhr

Berlin (Ev. Bildungsstätte auf Schwanenwerder, Inselstr. 27 - 28)

- **Pflegeroboter und Avatare**  
Tagung

Überwachungssysteme und Serviceroboter sollen hilfe- und pflegebedürftige Menschen unterstützen und das Personal in Kliniken und Altenheimen entlasten. Die Tagung fragt, welchen Nutzen »assistive Techniken« für die Betroffenen, die sozialen Einrichtungen und die Gesellschaft haben. Und sie nimmt auch Risiken in den Blick – sowohl für den Schutz der Privatsphäre als auch für das Verständnis von »Fürsorge« und »Hilfe«.  
Anmeldung unter Telefon (030) 84714-207

### Di. 10. März, 18 – 20.15 Uhr

Emmerich (Haus d. Familie, Neuer Steinweg 25)

- **Die neue Sterbehilfe-Debatte**  
Vortrag mit Diskussion

Das eigene Sterben gestalten zu können, ist ein allgemein anerkannter Wert. Das Instrument der Patientenverfügung, seit Herbst 2009 gesetzlich abgesichert, wird als Vorsorge angesehen, vor allem, um bei schwerer Krankheit und Pflegebedürftigkeit nach eigenen Vorstellungen sein Leben beenden zu können. 2015 soll der Bundestag entscheiden, ob auch ärztliche Beihilfe zur Selbsttötung gesetzlich ausdrücklich erlaubt werden soll. Auch die »aktive Sterbehilfe«, die in den Niederlanden, Belgien oder Luxemburg von Schwerkranken nachgefragt werden darf, ist hierzulande ein Thema. Auf Einladung der Hospizvereinigung OMEGA, Regionalgruppe Emmerich, informiert BioSkoplerin Erika Feyerabend über aktuelle Entwicklungen und Hintergründe.

## Ja!

- Ich abonniere **BIOSKOP** für zwölf Monate. Den Abo-Betrag in Höhe von 25 € für Einzelpersonen/50 € für Institutionen habe ich auf das BioSkop e.V.-Konto DE26 3601 0043 0555 9884 39 bei der Postbank Essen (BIC: PBNKDEFF) überwiesen. Dafür erhalte ich vier **BIOSKOP**-Ausgaben. Mein **BIOSKOP**-Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn ich das Abo nicht nach Erhalt des dritten Hefts schriftlich bei BioSkop e.V. gekündigt habe. Zur Verlängerung des Abonnements überweise ich nach Ablauf des Bezugszeitraumes – also nach Zusendung des vierten Hefts – meinen Abo-Betrag im Voraus auf das oben genannte Konto von BioSkop e.V.
- 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 Abonentinnen und Abonenten: 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