

BIO SKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

12. Jg. • Nr. 48 • Dezember 2009

Zonen der Ungerechtigkeit

Von Erika Feyerabend

Kennen Sie das Kürzel HNWI? Es steht für High Net Worth Individuals. Das sind Menschen, die mehr als eine Million US-Dollar übrig haben, zum Anlegen bei Banken und anderen Jonglierstellen auf dem Finanzmarkt. Es gibt sie tatsächlich, auch wenn wir sie in unserem Alltag nicht oder nur selten antreffen. Doch ihre Zahl steigt. Diese MillionärInnen besitzen 32.800 Milliarden Dollar, das entspricht rechnerisch mehr als der Hälfte des Brutto-Inlandsproduktes der Welt. Für die riskanten Unternehmungen – unter vielen anderen – dieser besonderen Spezies sind real Milliarden für Banken-Rettungsprogramme verbraucht worden – in diesem Fall allerdings an Steuergeldern.

Wer angesichts dieser Verhältnisse davon spricht, dass für soziale Sicherungssysteme schlicht das Geld fehle, muss schon ein hohes Maß an Ahnungslosigkeit bei seinen Mitmenschen einkalkulieren. Genau das geschieht: Die gesundheitspolitischen Pläne der schwarz-gelben Koalition potenzieren die ohnehin schon vorhandenen Gerechtigkeitslücken gewaltig (Siehe Seite 3). Soziale Sicherheit im Alter gibt es für viele schon heute nicht mehr. Denn: Die Pflege soll gesellschaftlich möglichst wenig kosten und privat finanziert werden – über Zusatzversicherungen, über riskante und höchst unsichere Geldanlagen. Mit und ohne Finanzdebakel: Die Lebensbedingungen für viele Pflegebedürftige sind längst unzumutbar (Seite 8). Denn: Seit Jahren wird hier gespart – vor allem am Personal. Pausen, Arbeitsschutz und befriedigende Pflegebedingungen sind heute alles andere als selbstverständlich (Seite 11).

Im warenförmigen Medizinsystem soll überall dort das Geld nicht knapp sein, wo »Innovationen«, neue Techniken, attraktive Produkte und Angebote in Aussicht stehen. Global agierende Firmen aus der reproduktionsmedizinischen Branche lassen sich, mit politischer Unterstützung, menschliche Eizellen liefern. Diese Dienstleistungspalette wird ausgeweitet, besonders in denjenigen Staaten, die derzeit vergeblich versuchen, ihre vollständig deregulierten Finanzsysteme in den Griff zu kriegen. Die Unternehmen können dabei in den Ungerechtigkeitszonen dieser Erde mit bedürftigen Frauen rechnen, die ihre Eizellen zu Markte tragen – für zahlungskräftige Paare oder neue Forschungszyklen (Seite 13). Auch klinische Studien werden, zum Wohle der Marketingabteilungen börsendotierter Herstellerfirmen, weitgehend intransparent abgewickelt (Seite 6). Dieses Spiel mit unsicheren, mit aussichtsreichen oder gefährlichen Pharmaprodukten wird politisch gefördert.

Bitte weiter lesen auf der nächsten Seite

mit newsletter
Behindertenpolitik

BIO SKOP Schwerpunkt Ökonomisierte Pflege

Die chronische Personalknappheit in Heimen belastet Pflegebedürftige und Beschäftigte..... 8
Hilfen für pflegende Angehörige 10
»Wir wollen Zeit für gute Pflege« – Interview mit AWO-Betriebsrat Detlev Beyer-Peters 11

Gesundheitspolitik

Noch mehr Gerechtigkeitslücken 3

Klinische Studien

Alle Daten offen legen 6

Ersatzteillager Mensch

»Kritische« Bestandsaufnahme? 12

Reproduktionsmedizin

Eizellen gegen Geld 13

Sterbebegleitung

Ehrenamtlich am Sterbeort 14

Weitere Themen

Belastende Aussagen im Gerichtsprozess gegen Starchirurg Prof. Christoph Broelsch 12
Für eine industriunabhängige Patienteninformation 5
Patientenverfügungen: Hilfreiche oder gefährvolle Vorsorge? 5
Globaler Aufruf gegen Monsantoisierung 5
Interessante Veranstaltungen 16
Wunschzettel 16
BioSkop braucht Unterstützung! 2
BIO SKOP im März 2010 16

Impressum **BIO SKOP**

Herausgeber:

BioSkop e. V. – Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Technologien
Bochumer Landstr. 144 a · 45276 Essen
Tel. (02 01) 53 66 706 · Fax (02 01) 53 66 705
BioSkop im Internet: www.bioskop-forum.de

Redaktion: Klaus-Peter Görlitzer (v.i.S.d.P.), Erika Feyerabend.

Anschrift: Erika-Mann-Bogen 18 · 22081 Hamburg
Tel. (0 40) 43 18 83 96 · Fax (0 40) 43 18 83 97
E-Mail: redaktion@bioskop-forum.de

Beiträge in dieser Ausgabe: Dörte Anderson, Thomas Gerlinger.

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

Satz: www.reviera.de, 45139 Essen

Druck: zeitdruck Thäns, 45276 Essen

ISSN 1436-2368

Zonen der Ungerechtigkeit

Fortsetzung von Seite 1 →

BioSkop braucht Unterstützung!

Sie sind herzlich eingeladen, bei BioSkop mitzumachen oder unsere Arbeit zu unterstützen! Wir sind auf Insider-Wissen aus Medizin und Gesundheitswesen angewiesen – und ebenso auf alltägliche Erfahrungen aus Kliniken, Pflegeeinrichtungen, als PatientIn, Pflegebedürftige/r oder Beschäftigte/r. Wir freuen uns über Tipps für unsere Recherchen, und Sie können auch selbst Texte für BioSkop oder unsere Homepage (www.bioskop-forum.de) beisteuern. Wollen Sie BioSkop noch bekannter machen? Fordern Sie einfach Probehefte für FreundInnen und Bekannte an! Unsere Arbeit ist nicht umsonst – und kostet, trotz überwiegend ehrenamtlichen Engagements, natürlich auch Geld. Wer BioSkop als Dauer-SpenderIn oder mindestens einmal mit 50 Euro unterstützt, bekommt dafür reichlich Informationen gratis: unsere Zeitschrift, den E-Mail-Newsletter bioskop.bits und weitere Publikationen. Rufen Sie uns an, Ihre Ansprechpartnerin ist Erika Feyerabend, Telefon (0201) 5366706, info@bioskop-forum.de
BioSkop-Spendenkonto:
 555988-439 bei der Postbank Essen (BLZ 360 100 43)

Die Verhältnisse auf dem Markt der Finanz- und Medizindienstleistungen und ihrer Produkte sind für unbedarfte ZeitgenossInnen weitgehend undurchsichtig. Aber auch RisikomanagerInnen bewegen sich auf dünnem Eis. Sie wissen eben nicht, wie die Aktienkurse sich entwickeln werden – das ist inzwischen schmerzlich klar geworden. Aber sie dürfen seit den 1980er Jahren, ganz regulär, Wetten auf zukünftige Kurse abschließen.

Wieder waren es politische Entscheidungen, die solche Spekulationen mit Derivaten und kompliziertesten Finanzprodukten vor rund dreißig Jahren von der Liste der verbotenen Glücksspiele gestrichen haben. Mit einer Art »Ökonomie der Kalkulation« – mit mathematischen Modellen – wurde die unbekannte Zukunft erfasst und in Formeln und Faktoren gepackt, die Fachleute für relevant hielten. Es sind solche Modelle, die viele Beteiligte risikofreudig stimmten und für kurze Zeit in Sicherheit wiegten.

Die statistischen Zukunftsprognosen sind auf ganzer Linie gescheitert. Über die Absurdität solcher Spiele und Modelle wird weit weniger gesprochen als über die individuelle Gier der beteiligten GlücksspielerInnen. Sicher gibt es auch Individuen, die sich die bestehenden Verhältnisse ungeniert zunutze machen. Zum Beispiel in der Medizin: Viel zu lange ließen politisch akzeptierte und geförderte Regeln der Chefarztbehandlung, des Medizintourismus und privater Zuzahlungs-

angebote das Wirken einnahmefreudiger MedizinerInnen als normal erscheinen – mitunter sogar, wenn Grenzen des Zulässigen wohl überschritten wurden (Siehe Seite 12).

Not macht auch erfinderisch. Weitab von mathematischen Modellen, Zeitknappheiten und Experten-Wissen gibt es im sozialen Nahbereich viel zu tun. Hier werden zum Beispiel Sterbeorte gestaltet, die selbst bei schwerster Krankheit möglich machen, über die verbliebene Lebenszeit selbst zu verfügen; Geld stellt hier nicht die Hauptsorge dar (Seite 14). Die Bedingungen in Kliniken und Pflegeheimen sind hingegen ökonomisch durchdrungen und rationalisiert. Die Versorgungslücken nach Operationen und unerwarteter Pflegebedürftigkeit sind offensichtlich. Neue Projekte versuchen, ein erträgliches Leben nach dem Klinikaufenthalt für Kranke und Angehörige möglich und leichter zu machen (Seite 10).

Die gesellschaftlichen Ungerechtigkeitszonen aber bleiben ein Skandal. Die wachsende Zahl von High Net Worth Individuals kann sich problemlos freikaufen von den kritikwürdigen Gegebenheiten in der Alten- und Krankenpflege. Die finanziell weniger Bemittelten werden aufgefordert, Extra-Preise und Extra-Zuzahlungen zu leisten, weil solidarisch nur noch das nackte Überleben im Angebot ist. Die Armen sehen sich, zynischerweise, gar mit der Freiheit konfrontiert, sich gegebenenfalls selbst zu Markte zu tragen. All das gehört aus der Welt geschafft – mit politischer Phantasie, einer guten Portion krisenbedingter Unerschrockenheit und langem Atem.

Die statistischen Zukunftsprognosen sind auf ganzer Linie gescheitert. Über die Absurdität solcher Spiele und Modelle wird weit weniger gesprochen als über die individuelle Gier der beteiligten GlücksspielerInnen.

Jürgen Meyer

ist am 24. Oktober 2009 gestorben.

Jürgen Meyer hat uns viele Jahre begleitet, unterstützt und mit seiner kritischen Sicht auf die Transplantationsmedizin bereichert. Mit rheinischem Humor, den lebenden wie den sterbenden Menschen zugewandt, so bleibt er gegenwärtig – in unseren Erinnerungen und Gesprächen.

*Dies ist unsere Freiheit
die richtigen Namen nennen
furchtlos
mit der kleinen Stimme ...*

(Hilde Domin)

Erika Feyerabend und die MitstreiterInnen
im BioSkop-Forum

Noch mehr Gerechtigkeitslücken

Schwarz-gelbe Regierung plant Systemwechsel bei der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung

Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist schon wieder Gegenstand heftiger Kontroversen. Anfang 2009 hatte die Große Koalition den Gesundheitsfonds eingeführt. Nun kündigt die neue konservativ-liberale Bundesregierung die nächste Reform an. Ihr Vorhaben läuft auf einen Systemwechsel in der GKV-Finanzierung hinaus.

Seit Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar dieses Jahres fließen die Beiträge nicht mehr direkt an die einzelnen Krankenkassen, sondern in einen gemeinsamen Topf. Der Beitragssatz wird künftig nicht mehr von der einzelnen Krankenkasse festgelegt, sondern für alle Kassen einheitlich von der Bundesregierung. Die Beitragseinnahmen dieses Gesundheitsfonds werden durch einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss ergänzt, der in den nächsten Jahren ansteigen soll, nach jüngsten Absprachen zunächst auf 15,7 Milliarden Euro im Jahr 2010, also auf immerhin knapp zehn Prozent des Ausgabenvolumens im Jahr 2007. Die Krankenkassen erhalten aus dem Fonds einen festen Betrag je Versichertem und einen Risikozuschlag, für dessen Höhe Alter und Geschlecht der Versicherten sowie – das ist neu – bestimmte Krankheitsmerkmale maßgeblich sind.

Kann eine Krankenkasse ihre Ausgaben mit den ihr zugewiesenen Mitteln nicht mehr decken, muss sie entweder die kassenspezifischen Leistungen kürzen oder einen Zusatzbeitrag erheben, der allein von den Versicherten aufgebracht werden muss. Der Zusatzbeitrag kann pauschal oder prozentual zum Einkommen erhoben werden und soll – zumindest bislang – ein Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen des Mitglieds nicht überschreiten (2010 wären dies bis zu 37,50 Euro pro Monat, da die Beitragsbemessungsgrenze bei 3.750 Euro liegt). Allerdings wird eine Einkommensprüfung erst ab einem monatlichen Zusatzbeitrag von mehr als acht Euro vorgenommen. Wer weniger als 800 Euro verdient, kann also durchaus mit mehr als einem Prozent seines Einkommens belastet werden. Sobald eine Krankenkasse einen Zusatzbeitrag einführt oder anhebt, steht dem Versicherten ein Sonderkündi-

gungsrecht zu, auf das ihn die Kasse hinweisen muss. In diesem Fall kann der Versicherte die Krankenkasse sofort wechseln.

Zum Start des Gesundheitsfonds soll dieser die Ausgaben der GKV vollständig finanzieren. Sollten die Ausgaben danach die Einnahmen übersteigen, müssen die Krankenkassen das Defizit zunächst durch die Einführung des kassenindividuellen Zusatzbeitrags für die Versicherten decken. Die Summe aller Zusatzbeiträge kann auf bis zu fünf Prozent der GKV-Gesamtausgaben steigen – der Deckungsgrad durch den Gesundheitsfonds also auf 95 Prozent sinken. Erst wenn dieser Wert überschritten wird, ist eine Anhebung des gemeinsam von Versicherten und Arbeitgebern finanzierten Beitragssatzes vorgesehen.

Der Gesundheitsfonds stellt zwar einen neuen Rahmen für die GKV-Finanzierung dar, nimmt aber – sieht man einmal vom steuerfinanzierten Bundeszuschuss ab – keine grundlegenden Veränderungen am bisherigen Finanzierungsmodus vor: Von einer An- oder Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze oder der Beitragsbemessungsgrenze sieht er ebenso ab wie von einer Einbeziehung anderer Einkunftsarten in die Beitragsbemessung. Daher trägt der Fonds nicht zur Lösung der Einnahmeprobleme in der GKV bei.

Zu Lasten der Versicherten

Dabei ist absehbar, dass sich die Finanzierungslasten mittelfristig weiter von den Arbeitgebern auf die Versicherten verlagern werden. Denn man darf annehmen, dass es nicht allzu lange dauern wird, bis sich eine neue Kluft zwischen Einnahmen und Ausgaben in der GKV auftut, und für diesen Fall beinhaltet die Konstruktion des Zusatzbeitrags einen Automatismus, der genau jene Wirkung herbeiführt. De facto wird dann mit dem allein von den Versicherten zu tragenden Zusatzbeitrag der Arbeitgeberbeitrag vorübergehend eingefroren.

Zudem steht in den Sternen, ob die Bundesregierung tatsächlich den Beitragssatz anheben wird, wenn die Gesamtsumme der Zusatzbeiträge die Fünf-Prozent-Schwelle erreicht haben sollte. Denn es ist ein Leichtes, den gesetzlich vorgeschriebenen Deckungsanteil des Gesundheits-

Von Thomas Gerlinger (Frankfurt a.M.), Professor für Medizinische Soziologie

Zusatzbeiträge

Wie sich die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) entwickeln, prognostiziert regelmäßig der so genannte GKV-Schätzerkreis, in dem Fachleute aus Bundesversicherungsamt, Bundesgesundheitsministerium und GKV-Spitzenverband mitwirken. Am 8. und 9. Dezember tagten sie mal wieder in Berlin, anschließend schlugen sie Alarm: Rund vier Milliarden Euro, orakelt der Schätzerkreis, würden den gesetzlichen Kassen im nächsten Jahr wohl fehlen. Prompt stimmte die Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, Doris Pfeiffer, die Kassenmitglieder auf harte Zeiten ein: Gelingen es nicht, die Ausgaben »bei gleichbleibender Versorgungsqualität« zu senken, »dann müssen viele Krankenkassen die erwartete Milliardenlücke durch Zusatzbeiträge schließen«. Immerhin plädierte Pfeiffer auch dafür, nicht nur die Versicherten zur Kasse zu bitten: »In den für Beitragszahler schwierigen Zeiten«, so ihre Presseerklärung, »kann es nicht sein, dass die Einnahmen von Pharmaindustrie, Ärzten und Krankenhäusern ungebremst steigen.«

Fortsetzung nächste Seite →

Fortsetzung von Seite 3 →

Auf sehr hohem Niveau

»Die goldenen Jahre sind für die Pharmabranche schon seit längerem vorbei«, schrieb das Handelsblatt am 4. August, fügte aber gleich hinzu, die Branche werde »vorerst eine der rentabelsten und zugleich stabilsten Industrien« bleiben.

Die Nettogewinne der Top-20-Unternehmen seien 2008 und auch im ersten Halbjahr 2009 zwar leicht gesunken.

Dennoch bewegen sich die Branchenführer weiterhin auf sehr hohem Niveau: »Mit einer durchschnittlichen Umsatzrendite von 17 Prozent nach Steuern übertreffen die Pharmakonzerne aber fast alle anderen Industrien«, erläutert das Handelsblatt. Dass es für sie auch unter der schwarz-gelben Bundesregierung prima laufen wird, erwartet der Verband Forschender Arzneimittelhersteller (vfa). Dessen Hauptgeschäftsführerin Cornelia Yzer hatte den Koalitionsvertrag von CDU, CSU und FDP Ende Oktober als »Zeichen der Vernunft« zustimmend bewertet. Es sei »richtig«, so Yzer, »die Gesundheitswirtschaft nicht nur aus dem Blickwinkel der gesetzlichen Krankenversicherung zu betrachten, sondern sie auch als Träger von volkswirtschaftlichem Wachstum und Beschäftigung zu sehen.« Im Dezember machte der vfa, dem fünfzig global agierende Pharmakonzerne angehören, dann eine verbandsinterne Umfrage bekannt: »Die deutliche Mehrheit der vfa-Mitglieder«, so das Ergebnis, »erwartet für das kommende Jahr konstante oder leicht steigende Umsätze.«

fonds beim Erreichen des Schwellenwerts von 95 Prozent weiter zu senken und den der Zusatzbeiträge zu erhöhen. Es bedarf jedenfalls keiner blühenden Phantasie, um sich vorzustellen, dass in diesem Fall das »Standort«-Argument bemüht wird für die Forderung, das Finanzierungsdefizit nicht durch eine Anhebung des Beitragssatzes, sondern der Zusatzbeiträge zu decken.

Mit der Festlegung eines bundesweit einheitlichen Beitragssatzes wird künftig der Zusatzbeitrag zum zentralen Kennzeichen der Kassenkonkurrenz. Davon erhofft man sich eine Intensivierung des Wettbewerbs, denn die absolute Höhe des Zusatzbeitrags – so die Erwartung – stelle ein eindeutigeres Preissignal dar als der vielfach unbekanntete Beitragssatz.

Kopfpauschale angekündigt

Im Oktober haben CDU, CSU und FDP ihren Koalitionsvertrag für die 17. Legislaturperiode öffentlich vorgestellt. In seinen gesundheitspolitischen Abschnitten kündigt das Papier einen Systemwechsel in der GKV-Finanzierung an, der den Versicherten und Patienten einseitig die Lasten eines weiteren Ausgabenanstiegs im Gesundheitswesen aufbürdet. Grundsätzlich will die schwarz-gelbe Koalition die Gesundheitskosten weitgehend von den Lohnzusatzkosten abkoppeln. Zu diesem Zweck will sie das gegenwärtige, einkommensabhängige Beitragssystem auf eine einkommensunabhängige Kopfpauschale umstellen. Zugleich soll der Arbeitgeberbeitrag eingefroren werden, und zwar nun dauerhaft.

Realisiert die Koalition ihre Pläne, würde dies eine grundsätzliche Abkehr vom derzeitigen

»Der Gesundheitsmarkt ist der wichtigste Wachstums- und Beschäftigungssektor in Deutschland. Beitrag und Leistung müssen in einem adäquaten Verhältnis stehen. Es braucht zudem Anreize für kosten- und gesundheitsbewusstes Verhalten. (...)

Wir wollen einen Einstieg in ein gerechtes, transparenteres Finanzierungssystem. (...)

Langfristig wird das bestehende Ausgleichssystem überführt in eine Ordnung mit mehr Beitragsautonomie, regionalen Differenzierungsmöglichkeiten und einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen, die sozial ausgeglichen werden. Weil wir eine weitgehende Entkoppelung der Gesundheitskosten von den Lohnzusatzkosten wollen, bleibt der Arbeitgeberanteil fest.«

aus dem Koalitionsvertrag (Seite 86) zwischen CDU, CSU und FDP für die 17. Legislaturperiode

Finanzierungsmodus in der GKV bedeuten. Zum einen würde das Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags die – in der Zukunft voraussichtlich weiter ansteigenden – GKV-Ausgaben einseitig den Versicherten aufbürden; zum anderen würde die Einführung einer Kopfpauschale innerhalb der Versichertengemeinschaft die Belastung unterer und mittlerer Einkommen zugunsten Besserverdienender erhöhen. Denn eine Kopfpauschale beansprucht bei diesen Gruppen einen überdurchschnittlich hohen Teil des Haushaltseinkommens; sie wird einen relevanten Teil der Versicherten finanziell schlicht überfordern.

In den Verlautbarungen von Regierungsvertretern kommt dieser Wechsel recht harmlos daher. Bezieher niedriger Einkommen sollen einen steuerfinanzierten Zuschuss erhalten. Der Sozialausgleich würde damit lediglich aus der Krankenversicherung in das Steuersystem verlagert, wo er im Übrigen viel besser aufgehoben sei als in der Krankenversicherung. Schätzungen für den Subventionsbedarf gehen – je nach Subventionsmodell – von einem zusätzlichen Finanzbedarf in Höhe von 20 bis 40 Milliarden Euro aus. Zugleich haben sich die Regierungsparteien bereits auf umfangreiche Steuerentlastungen in Höhe von 24 Milliarden Euro festgelegt, deren Gegenfinanzierung vollkommen unklar ist. Gerade angesichts der Krise der öffentlichen Haushalte ist zu erwarten, dass der Steuerzuschuss für Menschen, die mit wenig Geld auskommen müssen, von vornherein niedrig angesetzt wird.

Einmaliger Luxus in Europa

Zudem entstünden mit einer Kopfpauschale neue Gerechtigkeitslücken. Verlierer dieses Finanzierungsmodells würden nicht nur Geringverdiener, sondern auch Bezieher mittlerer Einkommen sein, insbesondere jene Gruppen, deren Einkommen geringfügig oberhalb der Subventionsgrenze liegt. Eine Kopfpauschale würde die degressive Belastung der Versicherten mit Krankenversicherungskosten noch weit über das im aktuellen bisher schon anzutreffende Maß hinaus steigern.

Verstärkt würden die unsozialen Effekte einer Kopfpauschale noch durch das ausdrückliche Festhalten an der privaten Krankenversicherung als eigenständigem Zweig der Krankheitsvollversicherung. Besserverdienenden soll es also auch weiter gestattet sein, ihr zudem noch vergleichsweise geringes Krankheitsrisiko privat zu finanzieren und sich damit der solidarischen Finanzierung der Krankheitskosten zu entziehen – ein Luxus, den sich kein anderes Land in der Europäischen Union leistet.

Globaler Aufruf gegen »Monsantosierung«

Die Koalition »Keine Patente auf Saatgut« hat einen neuen, globalen Appell gegen die Ausweitung der Patentierung auf Pflanzen und Tiere gestartet. »Insbesondere Landwirte geraten zunehmend in die Abhängigkeit internationaler Konzerne« wie Monsanto, Dupont und Syngenta, warnt das internationale Bündnis aus BäuerInnen, Umwelt- und Entwicklungsorganisationen. Zu den ErstunterzeichnerInnen des Appells gegen die »Monsantosierung« gehören große Bauernverbände aus Asien, Südamerika und Europa.

Die Patentansprüche multinationaler Unternehmen hätten »eine neue Dimension« erreicht: Monsanto & Co. »drohen die gesamte Kette der Lebensmittelerzeugung zu kontrollieren«, schreibt die Anti-Patent-Koalition; neben Saatgut und Nutztieren würden sie mittlerweile auch Milch, Brot oder Butter als Erfindung anmelden. Daher fordert die Koalition weltweit Regeln, die derartige Patente verhindern.

Der »globale Aufruf«, den man noch bis Ende Februar unterschreiben kann, steht im Internet:

www.no-patents-on-seeds.org

Weitere Informationen gibt es bei Ruth Tippe von der Initiative »Kein Patent auf Leben!«, Telefon (0172) 8963858, www.keinpatent.de



»Gesundheitsrisiken«

»Eine Studie von französischen Wissenschaftlern der Universitäten Caen und Rouen zeigt deutliche Hinweise auf Gesundheitsrisiken bei drei gentechnisch veränderten Mais-Varianten (MON810, MON863, NK603) der US-Firma Monsanto. Insbesondere die Blutwerte für Leber und Nieren weisen signifikante Veränderungen auf. Untersucht wurden Rohdaten aus Fütterungsversuchen an Ratten, die Monsanto in Auftrag gegeben hatte.«

aus einer Greenpeace-Pressemitteilung vom 11. Dezember 2009

Für industrieunabhängige Patienteninformation

Für verschreibungspflichtige Medikamente darf im EU-Europa nicht direkt geworben werden – weder auf der Straße, noch via Zeitungen oder Internet. Das kategorische Verbot, das medizinische Laien schützen soll, droht zu kippen: Anfang 2010 soll das Europaparlament jedenfalls einen Richtlinienvorschlag erörtern, der offensichtlich die Interessen der Pharmaindustrie bedient. Würde der Gesetzesvorstoß tatsächlich umgesetzt, dürften Arzneimittelhersteller künftig VerbraucherInnen über Gesundheit, Krankheit und Arzneimittel selbst »informieren«.

»Das ist jedoch das Letzte, was PatientInnen brauchen«, findet die BUKO Pharma-Kampagne. 2007, als das von EU-Industriekommissar Günter Verheugen initiierte »Arzneimittelpaket« erstmals bekannt wurde, startete BUKO eine Kampagne für »industrieunabhängige Patienteninformation«. Ein Positionspapier, unterstützt von BioSkop und weiteren Organisationen, plädiert dafür, das Werbeverbot aufrecht zu erhalten und Verstöße stärker zu ahnden. Gefordert wird auch, alle Medikamentenstudien in einem allgemein zugänglichen Register zu veröffentlichen (Siehe Seite 6).

Es gibt außerdem eine Postkartenaktion, mit der AbsenderInnen die schwarz-gelbe Bundesregierung auffordern, sich in Europa für mehr Verbraucherschutz einzusetzen. Wer mitmachen möchte, kann solche Ansichtskarten gratis bei der Pharma-Kampagne in Bielefeld bestellen. Ansprechpartnerin ist Hedwig Diekwisch, Tel. (0521) 96879481, www.bukopharma.de



» Patientenverfügungen Hilfreiche oder gefährliche Vorsorge?



Bild: Anne Kröger, Paderborn

Können Patientenverfügungen halten, was ihre Befürworter versprechen?
Was bedeutet ihre gesetzliche Verbindlichkeit für Kranke, Ärzte, Pflegende, unsere Gesellschaft?

Antworten, Denkanstöße, Tipps im neuen **Faltblatt** von OMEGA (www.omega-ev.de) und BioSkop (www.bioskop-forum.de)

Bitte bestellen:
Telefon (0201) 53 66 706, info@bioskop-forum.de

OMEGA
Mit dem Sterben leben e.V.

BIO SKOP
Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften
und ihrer Technologien

Alle Daten offen legen

ExpertInnen fordern die verbindliche Registrierung sämtlicher klinischer Studien und ihrer Resultate

Von Klaus-Peter Görlitzer
(Hamburg), Journalist,
verantwortlich für BioSKOP

Von jeder zweiten Medikamentenstudie erfährt die Öffentlichkeit praktisch nichts, und niemand weiß wirklich, wie viele Arzneimittelprüfungen warum abgebrochen werden. Fachleute fordern den Gesetzgeber auf, eine Pflicht zur frühzeitigen Registrierung zu beschließen – jede/r Interessierte sollte via Internet nachschauen können, wo und mit welchem Ziel WissenschaftlerInnen und Unternehmen gerade neue Präparate testen. Derartige Transparenz scheint Firmen und PolitikerInnen aber noch zu weit zu gehen.

»Forschung ist die beste Medizin« – der einprägsame Slogan der Kampagne, betrieben vom Verband Forschender Arzneimittelhersteller (VFA), wird seit Juni 2004 über Anzeigen, Fernsehspots und eine eigene Internetseite verbreitet. Auf diese Weise werden nicht nur pharmazeutische »Fortschritte für die Patienten« publik gemacht. Mit Überschriften wie »Klinische Studien – Schlüssel zum Erfolg« geht es offensichtlich auch darum, Menschen zur Teilnahme an Arzneimittelprüfungen zu motivieren. Derartige Studien sind vorgeschrieben; sie sollen belegen, dass ein neues Medikament wirksam ist und mögliche, riskante Nebenwirkungen in der Abwägung zum Nutzen noch vertretbar sind. Gelingt der Nachweis, ist die Bahn frei für behördliche Zulassung und die Vermarktung.

»Wer Ergebnisse einer Studie geheim hält, hintergeht die teilnehmenden Patienten und stellt die Rechtmäßigkeit der Einwilligung zur Studienteilnahme in Frage.«

Rund 1.300 solcher Studien, so die Zahlen des VFA, laufen jährlich in Deutschland, je nach Prüfphase sind gewöhnlich zwischen 10 und 10.000 ProbandInnen dabei; an der Studie mit der »höchsten Patientenzahl aller Zeiten« hätten 68.038 Menschen teilgenommen, schreibt der VFA. Zur Publikation von Studienresultaten erklärt der Pharmaverband in seiner Info »Als Patient in einer klinischen Studie« auf seiner Homepage: »Forschende Pharmaunternehmen haben sich verpflichtet, die Ergebnisse jeder von ihnen beauftragten Patientenstudie zu veröffentlichen, wenn das erprobte Präparat zugelassen wird.« Diesen Satz muss man sehr genau lesen, entscheidend ist

hier das Wort »wenn«: Es besagt, dass die verheißene Transparenz auf solche Studien beschränkt ist, die aus der Sicht des Herstellers zum Erfolg, also zur Zulassung einer Arznei geführt haben.

Das angestrebte Ziel wird aber keineswegs immer erreicht, etwa, wenn eine klinische Prüfung abgebrochen werden muss, weil ProbandInnen gesundheitliche Schäden erlitten haben oder sich während der Testphase herausstellt, dass das Prüfpräparat nicht wirkt wie erhofft. Wie häufig und warum Studien gestoppt werden, wissen allenfalls die so genannten Ethikkommissionen, sie müssen gemäß Arzneimittelgesetz vor dem Start einer klinischen Prüfung eine »zustimmende Bewertung« abgeben und auch während der Studie über eventuelle Komplikationen auf dem Laufenden gehalten werden. Diese Gremien wirken allerdings vertraulich – und ob, wo und durch wen Arzneimittelstudien abgebrochen wurden, wird nirgends systematisch registriert, schon gar nicht öffentlich bekannt gegeben.

Wie viele Studien vorzeitig scheitern, lässt die Publikationsrate in anerkannten wissenschaftlichen Fachzeitschriften zumindest erahnen. »Zirka 50 Prozent von dem, was als Forschung, klinische

Studien begonnen wird, sieht nie die Öffentlichkeit«, sagt Gerd Antes, der am Universitätsklinikum Freiburg das »Deutsche Register Klinischer Studien« mit aufbaut; die dafür notwendigen Geldmittel hat das Bundesfor-

schungsministerium im Herbst 2007 bewilligt. Seit August 2008 sind die ersten Daten online, zurzeit findet man dort Angaben zu erst 148 Studien – die Registrierung beruht auf freiwilligen Mitteilungen von ForscherInnen und Firmen.

Die hohe Rate an unterbliebenen Publikationen hält Antes für »völlig unakzeptabel«. Das Problem werde »noch dadurch verstärkt, dass ‚positive‘ Studienergebnisse schneller und häufiger publiziert werden als ›negative‹ Ergebnisse«, schrieb er und seine Freiburger Registerkollegen in einem Aufsatz für das *Bundesgesundheitsblatt* (Ausgabe 4/2009). Werden negative Studienergebnisse gezielt verschwiegen, führe →

Anzeige gefällig?

Sie können in
BioSKOP inserieren!
Rufen Sie uns an:
Tel. (02 01) 53 66 706

→ dies zu einer »systematischen Verzerrung«, was Fachleute seit Jahren als »Publikationsbias« (Siehe auch Randbemerkung auf Seite 7) kritisieren. Mögliche Folgen seien ein »erheblicher Überoptimismus bezüglich der Wirksamkeit einer (neuen) Therapie bis hin zur Ignoranz potenzieller Nebenwirkungen«. Für betroffene PatientInnen könne die Publikationsbias »fatale Konsequenzen« haben. Gleichzeitig bestehe die Gefahr, dass ForscherInnen ganze Studien »unnötigerweise« wiederholen und unwissentlich ProbandInnen dem Risiko bereits erwiesener, aber nicht publizierter Nebenwirkungen aussetzen könnten.

»Wer Ergebnisse einer Studie geheim hält, hintergeht die teilnehmenden Patienten und stellt die Rechtmäßigkeit der Einwilligung zur Studienteilnahme in Frage«, kritisiert Peter Sawicki, Leiter des Kölner Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Als Anlass, die Öffentlichkeit derart zu alarmieren, nahm Sawicki einen Ende November veröffentlichten Abschlussbericht, mit dem das IQWiG drei Medikamente gegen Depressionen bewertet hat.

Einer der Hersteller, die Firma Pfizer, habe die Erstellung des Berichts »massiv behindert«, sagt Professor Sawicki, dessen – aus Beiträgen der gesetzlich Krankenversicherten finanziertes – Institut die Aufgabe hat, »verlässliche Schlussfolgerungen über Nutzen und Schaden« von Arzneien zu ziehen. Pfizer habe sich »über lange Zeit geweigert«, dem IQWiG Informationen zu Studien über den Wirkstoff Reboxetin zur Verfügung zu stellen, der seit Ende 1997 unter dem Handelsnamen Edronax in Europa zugelassen ist. Mehrfach habe das IQWiG von Pfizer eine Liste »aller publizierten und unpublizierten Daten« vergeblich erbeten; in der öffentlich zugänglichen Literatur hätten nur Daten von rund 1.600 PatientInnen vorgelegen, die für einen Nutzen des Wirkstoffes sprachen. Die Kölner WissenschaftlerInnen fanden es aber »offenkundig«, dass Pfizer hier »knapp zwei Drittel aller bislang in Studien erhobenen Daten unter Verschluss hielt«, so dass eine Auswertung allein der frei verfügbaren Daten ein verzerrtes Bild ergeben hätte.

»Erst unter öffentlichem Druck«, so das IQWiG, habe Pfizer doch noch nachgegeben und die angemahnten Daten schließlich vollständig offen gelegt. So konnten Sawickis KollegInnen letztlich 17 »für die Nutzenbewertung geeignete« Studien

mit insgesamt etwa 5.100 PatientInnen analysieren. Fazit des IQWiG: Weder für die Akuttherapie noch für die Rückfallprävention sei ein Nutzen für Reboxetin belegt. Weder hätten PatientInnen im Vergleich zu einem Scheinmedikament besser auf die Therapie angesprochen, noch konnten sie mit dem Wirkstoff ihren Alltag besser bewältigen.

Bei zwei weiteren Antidepressiva, Mirtazapin und Bupropion XL, kamen die Kölner StudiencheckerInnen dagegen zu dem Schluss, dass ihr Nutzen für Menschen mit Depressionen hinreichend belegt sei.

Auf den IQWiG-Abschlussbericht reagierte Pfizer am 25. November mit einer eigenen Pressemitteilung, Überschrift: »Pfizer sieht positiven Nutzen von Reboxetin für die Behandlung der Depression«. Das Unternehmen werde den Bericht nun prüfen und später detailliert dazu Stellung

nehmen; im übrigen sei Reboxetin »ein bereits älterer Wirkstoff«, der heute nur noch »bei einem kleinen Teil der Patienten« zwecks Behandlung der Depression eingesetzt werde.

Das IQWiG formuliert klare Forderungen: Der Bundestag müsse eine

»Pflicht zur Veröffentlichung von Studienergebnissen gesetzlich regeln« und die Bundesregierung darauf drängen, dass auf EU-Ebene eine verbindliche Regelung umgesetzt werde, wie sie bereits seit 2008 in den USA gelte. Die Registrierung müsse bereits bei Beginn einer Studie erfolgen und dürfe nicht nur auf Versuche mit Medikamenten begrenzt sein, empfehlen Experten wie Gerd Antes. An und mit Menschen erprobt werden zum Beispiel auch Medizinprodukte, chirurgische und diagnostische Verfahren.

Dass die Politik den Argumenten der Fachleute folgen wird, ist bisher nicht zu erkennen – auch beim Thema Studienregistrierung scheint der Gesetzgeber lieber an freiwillige Selbstverpflichtungen der Industrie als an eine eigene Kompetenzen zu glauben. Eindeutiger wird die neue, schwarz-gelbe Mehrheit in Berlin sicher bald handeln, wenn es gilt, über eine wichtige Personale zu entscheiden. 2010 steht die Frage an, ob der Fünfjahresvertrag des IQWiG-Chefs Sawicki verlängert werden soll oder nicht. Der Spiegel hat sich wohl schon mal umgehört. Ende November meldete das Nachrichtenmagazin, »Regierungskreise« betrieben die Ablösung Sawickis; auf seiner Position würden sie lieber »einen industriefreundlicheren Kandidaten« platzieren.

Auch beim Thema Studienregistrierung scheint der Gesetzgeber lieber an freiwillige Selbstverpflichtungen der Industrie als an eigene Kompetenzen zu glauben.

Hinweise auf Einflussnahmen

»Publizierte Arzneimittelstudien, die von pharmazeutischen Unternehmen finanziert werden oder bei denen ein Autor einen finanziellen Interessenkonflikt hat, haben häufiger ein für das pharmazeutische Unternehmen günstiges Ergebnis als aus anderen Quellen finanzierte Studien. Dies ergab auch unsere systematische Literaturrecherche aktueller Übersichtsarbeiten (Publikationsdatum zwischen dem 01.11.2002 und dem 26.05.2008). Als Ursache zeigte sich Evidenz für einen Publikationsbias bei durch pharmazeutische Unternehmen finanzierten Studien. Außerdem ergaben sich Hinweise u.a. auf eine Einflussnahme auf das Studienprotokoll, auf den Einsatz von Ghostwritern und auf das Zurückhalten von Kenntnissen über unerwünschte Arzneimittelwirkungen durch pharmazeutische Unternehmen.«

aus einer im Dezember 2008 abgeschlossenen Expertise des Mainzer Psychiatrieprofessors Klaus Lieb, erstellt für die Arzneimittelkommission der Bundesärztekammer. Die 38-seitige Untersuchung trägt den Titel »Der Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf die wissenschaftlichen Ergebnisse und die Publikation von Arzneimittelstudien«.

Ökonomisierte Altenpflege

Die chronische Personalknappheit in Heimen führt zu negativen Folgen für Pflegebedürftige und Beschäftigte

Von **Dörte Anderson**
(Bayreuth),
Gesundheitsökonomin

Die Lebenserwartung steigt, und auch die Zahl der Menschen, die Pflege benötigen, nimmt zu. Angesichts der demografischen Entwicklung streiten Fachleute vor allem über die Finanzierung der Sozialversicherungssysteme. Derweil schreitet die Ökonomisierung des Pflegealltags voran. Offensichtlich ist: Gute Ausbildung und moralisch einwandfreies Wollen der Pflegenden führen nicht automatisch zu einer guten Pflege.

Die Pflegeversicherung, zuletzt 2008 reformiert, verfolgt erklärtermaßen zwei Ziele: Sie soll individuelle Risiken der Pflegebedürftigkeit bessern absichern. Und sie sollte auf Dauer unbezahlbare Strukturen im Altenpflegesektor aufbrechen und so den rasanten Anstieg der Pflegesätze in stationären Einrichtungen stoppen. Auf den so in Gang gesetzten Wettbewerb reagierten die Einrichtungen vorwiegend mit Einsparungen beim größten Kostenblock: den Personalkosten. Viele Heime bauten Pflegekräfte ab, noch bevor sie alle übrigen Rationalisierungspotentiale ausgeschöpft hatten. Ziel war es, mit einem konkurrenzfähigen Heimentgelt am Markt auftreten zu können.

Mit zunehmender Professionalisierung der Pflege tritt die Reflexion der Pflegetätigkeit in den Vordergrund. Es wird klar, dass erlernte Theorie und moralischer Anspruch einerseits und die tägliche Praxis mit den institutionell vorgegebenen Bedingungen andererseits ohne Verschulden der Pflegenden stark auseinander fallen.

Auffälliger Krankenstand

Schon 2003 stellte das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) in einer Studie fest, dass 20.000 ausgebildete Fachkräfte in Pflegeheimen fehlen und 5.000 Vollzeitstellen nötig wären, um die damals 9 Millionen Überstunden abzubauen. Die Situation hat sich laut dip seither nicht verbessert. Eine Studie des Bundesfamilienministeriums besagt, dass das Betreuungsverhältnis heute zwischen 3,22 und 5,33 Bewohnern je Vollkraft liegt – und somit deutlich über den 2,4 Bewohnern, die als angemessen gelten. Welche negativen Folgen sich aus einer derart

angespannten Personalsituation ergeben, zeigt eine Veröffentlichung der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienste und Wohlfahrtspflege. Der Krankenstand der Altenpfleger liegt um 20 % höher als beim Durchschnitt der Bevölkerung; Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von psychischen Erkrankungen und Burnout liegen sogar um 62 % über dem Bevölkerungsmittel. Unter diesen Voraussetzungen werden in der pflegerischen Versorgung Notlösungen zu Dauerzuständen.

Wie aber gehen Pflegekräfte persönlich damit um, wenn Erwartungen an das Verhalten gestellt werden, die den eigenen Einstellungen zuwider laufen? Was passiert, wenn sie als letztes Glied in der Kette aufgrund ihrer persönlich empfundenen ethischen Verantwortung zur Kompensation gesundheitspolitischer Defizite missbraucht werden? Derartige Situationen wiederholen sich häufig, und sie verursachen psychische Spannungen und Stress. Eine intensive Pflege und Beschäftigung mit dem einzelnen Bewohner ist kaum im Arbeitsablauf vorgesehen. Negative Folgen können Gereiztheit, Ungeduld, Schlaf- und psychosomatische Störungen, unterschwellige Aggressionen sowie ein Sensibilitätsverlust sein. Die Pflegenden fühlen sich um den attraktiven und befriedigenden Teil ihres Berufs betrogen.

Gefährliche Strategie

Eine Bewältigungsstrategie, um die täglichen Konfliktsituationen aushalten zu können und nicht, wie beim Burnout, unterzugehen, ist das so genannte »Coolout«, was einen Verlust an Sensibilität gegenüber den zu Pflegenden meint. Gefährlich an der Coolout-Strategie ist, dass diejenigen Pflegenden, denen egal geworden ist, was ihnen im Pflegealltag widerfährt, gar nicht auffallen. Und auch für die Heimbewohner hat diese Strategie gravierende Folgen, zum Beispiel vorzeitige Unmündigkeit und mangelhafte pflegerische Versorgung.

Schwerpunkte der Pflege sollten die Anleitung und Hilfestellung bei Tätigkeiten sein, die von den Pflegebedürftigen weitestgehend selbst ausgeführt werden können, um möglichst lange selbstständig zu bleiben. In der Praxis passiert vielfach das Gegenteil: So erfahren zum Beispiel laut verschiedenen Schätzungen in deutschen



Der eigentlichen Pflege mehr Zeit einräumen

»Jeder Mensch hat das Recht, in Würde gepflegt zu werden.

Um dies zu ermöglichen, benötigen die Pflegenden Zeit für die Pflegeleistungen sowie für persönliche Ansprache und Zuwendung. Pflegenden Angehörige und Menschen in Pflegeberufen pflegen täglich mit großem beruflichem und persönlichem Engagement.

Wir werden die Rahmenbedingungen für Pflegenden und Leistungsanbieter entbürokratisieren, damit der eigentlichen Pflege am Menschen wieder mehr Zeit eingeräumt wird. (...)

Wir wollen ein Berufsbild in der Altenpflege attraktiver gestalten. Darüber hinaus wollen wir die Pflegeberufe in der Ausbildung durch ein neues Berufsgesetz grundlegend modernisieren und zusammenführen.«

aus dem Koalitionsvertrag (Seite 92) zwischen CDU, CSU und FDP für die 17. Legislaturperiode

→ Pflegeheimen zeitweise bis zu 30 % der Bewohner freiheitsentziehenden bzw. -einschränkenden Maßnahmen. Verletzungen aufgrund nicht fachgerecht angebrachter Fixierungen werden dabei oft in Kauf genommen. Als Rechtfertigungsgründe werden Hin- und Weglauftendenzen oder forderndes und aggressives Verhalten der Pflegebedürftigen angeführt.

Fixieren und Ruhigstellen

Solches Vorgehen wird oft als Versagen auf pflegerischer Seite verstanden. Aber das Betreuungsverhältnis lässt kaum Zeit, möglicherweise leicht zu behebbende Ursachen von Verhaltensauffälligkeiten herauszufinden und so Fixierungen jeglicher Art überflüssig zu machen. Dass Fixierungen positiv wirken, konnte bisher keine Studie nachweisen.

Das Verabreichen von Sedativa (Medikamenten zur Ruhigstellung) ist eine weitere Methode, den Bewegungsdrang verhaltensauffälliger Bewohner einzuschränken. Verschiedene Studienergebnisse lassen vermuten, dass in einigen Einrichtungen unter anderem bei demenzbedingter Dämmerungsunruhe starke Schlaf- oder Beruhigungsmittel auch ohne ärztliche Verordnung verabreicht werden, um Personal während der Nachtwachen zu sparen. Eine denkbare Alternative wäre spätabendliche Betreuung, etwa in Nachtcafés. Diverse Einrichtungen, die so die Gabe von Sedativa deutlich reduziert haben, berichten von einem Rückgang des Arzneiüberhangs und dass Heimbewohner weniger stürzen.

Das sich mit steigendem Alter ändernde Ernährungsverhalten sowie das schwächer werdende Hunger- und Durstempfinden bergen die Gefahr der Unterernährung. Eine große Rolle spielen dabei körperliche, psychische, aber auch soziale Ursachen. Folgen einer Mangelernährung sind zum Beispiel: allgemeine Schwäche, Infektanfälligkeit, steigendes Dekubitusrisiko, Verstopfung, Verwirrtheit und so eine ansteigende Hospitalisierungsrate.

Strukturelle und personelle Gewalt

Meist genügt es, beim Essen(-reichen) genügend Zeit und Aufmerksamkeit zu geben und Zeitpunkte, Anzahl, Darreichungsform und Ort der Mahlzeiten an die individuellen Bedürfnisse anzupassen. Eine differenzierte Ursachenforschung gestaltet sich aber in vielen Fällen wegen Zeitknappheit und mangelhafter Qualifikation der Pflegekräfte als schwierig bis unmöglich. Häufige Folge ist die Ernährung über eine Magen- oder PEG-Sonde, wobei der Medizinische Dienst der


Krankenversicherung feststellte, »dass ein Fünftel der PEG-Sonden nicht (mehr) notwendig waren«. Wenn eine Magensonde aber erst einmal gelegt ist, verschwinden auch die sinnlichen Reize (Geruch, Geschmack, Genuss), die durch Nahrungsaufnahme durch den Mund vermittelt werden.

Gewalt kann ebenfalls eine Folge der Ökonomisierung sein. Einerseits spricht man von struktureller Gewalt, etwa wegen inhumaner Arbeitsbedingungen, unzureichendem Personalschlüssel oder mangelnder Qualifikation der Mitarbeiter. Andererseits gibt es personelle Gewalt. Gemeint sind körperliche, verbale oder psychische Übergriffe auf Pflegebedürftige sowie das Nicht-Ernst-Nehmen von Beschwerden oder das Vorenthalten von Kleidung, Nahrung oder Medikamenten.

Die Gründe für Übergriffe auf alte Menschen sind vor allem in den institutionellen Rahmenbedingungen zu suchen. Die Pflegenden können die Betreuung und Versorgung der alten Menschen vielfach nicht so ausführen, wie es der eigene moralische Anspruch von ihnen verlangt. Die Folgen sind Frustration und Aggression, die sich – in Ermangelung passender Bewältigungsstrategien – auch gegen Bewohner richten können. Die einzelne Pflegekraft hat sicher eine Mitverantwortung. Aber: Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass solche Übergriffe in Einrichtungen mit teilweise schwierigsten Arbeitsbedingungen passieren, die vom Heimbetreiber forciert oder zumindest geduldet werden.

Beispielhafte Projekte

In Deutschland geht es heute in der Mehrheit der Einrichtungen nicht um den Anspruch, perfekt zu pflegen, sondern vor allem darum, der Menschenwürde der Pflegenden und Pflegebedürftigen wieder gerecht zu werden und damit auch moralisch akzeptabel zu arbeiten.

Dabei gibt es durchaus auch Häuser, die gut pflegen, ohne dass ihre Mitarbeiter nach kürzester Zeit so ausgebrannt sind, dass sie ihren Beruf aufgeben. Beispielhaft sind zudem Projekte wie »Besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg«, das untersuchte, wie sich der Pflegealltag auf die erkrankten Menschen und auf die Pflegenden auswirkte; das Projekt »Redufix« das die Reduzierung von Fixierungen in der Altenpflege anstrebt sowie das Projekt »Vom Referenzmodell zum Referenzkonzept«, womit die Unterstützung vollstationärer Pflegeeinrichtungen bei der Qualitätsentwicklung in der Pflege und der Weiterentwicklung qualitätsgesicherter Versorgungsformen verfolgt wurde. 

www.pflegenoten.de

Pflegeheime sollen vergleichbar werden. Das bezweckt eine Transparenzvereinbarung von Pflegekassen, kommunalen Spitzenverbänden sowie Sozialhilfe- und Heimträgern. Anhand von 82 Kriterien gibt es Noten von 1 (sehr gut) bis 5 (mangelhaft), die man via Internetseite www.pflegenoten.de anklicken kann. Beurteilt werden vor allem Pflege und medizinische Versorgung, aber auch soziale Betreuung, Wohnen und Hygiene oder der Umgang mit Demenzkranken. Allerdings gibt es Zweifel, wie aussagekräftig die Benotung wirklich ist. Der MDK Reinland-Pfalz spricht sogar von »Volksverdummung«. Dessen PrüferInnen mussten die Gesamtnote 2,8 an eine Einrichtung vergeben, obwohl deren Pflege mangelhaft war. Im Saarland bekam ein Heim die Note 3,1, obwohl Kassen und Heimaufsicht dessen Schließung notwendig finden. Wie ist das möglich? Was zählt, ist der Mittelwert – nicht der Einzelne. Wenn bei 5 von 11 begutachteten Pflegebedürftigen Druckgeschwüre verhindert wurden, erhält das Heim dafür das Urteil »ausreichend«. Dass 6 BewohnerInnen solche Geschwüre haben, erfahren wir nicht. Oder: Für »Pflege und medizinische Versorgung« erhält ein Heim die Note »gut«. Dabei erfahren wir nicht, dass die meisten der Pflegebedürftigen zu Schaden kommen. Denn der Durchschnittswert dieser Mängel kann mit anderen Mittelwerten, etwa für die Dokumentation, ausgeglichen werden. Rund 1.000 Heime wurden bereits bewertet. Über die Hälfte schneiden mit »gut« oder »sehr gut« ab, nur 12 sollen »mangelhaft« sein.

Modell reagiert auf Härten des DRG-Systems

Hilfen für pflegende Angehörige

Von Klaus-Peter Görlitzer (Hamburg), Journalist, verantwortlich für BioSKOP

Kapazitäten abgebaut, Produktivität gesteigert

»Die Krankenhäuser in Deutschland haben die Einführung des Fallpauschalensystems für sich genutzt, die daraus entstandenen Herausforderungen bewältigt und Kapazitäten abgebaut sowie die Produktivität gesteigert. Einen Grund dafür, jetzt die Hände in den Schoß zu legen, gibt es gleichwohl nicht, warnt der Leiter des Forschungsbereichs Krankenhaus im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO), Jörg Friedrich. »Studien zeigen Effizienzreserven in Milliardenhöhe«, sagt Friedrich mit Blick auf die Ergebnisse des Krankenhaus-Reports 2010, in dem das WIdO hauptsächlich der Frage »Krankenhausversorgung in der Krise?« nachgegangen ist. (...)

Die Zahl der Betten sei zwischen 2003 und 2008 um 7,1 Prozent verringert worden, die Verweildauer der Patienten sei gleichzeitig um 8,3 Prozent gesunken. Die Fallzahl habe sich im gleichen Zeitraum um 1,3 Prozent erhöht.«

aus einer Medienmitteilung des AOK-Bundesverbandes, verbreitet am 11. Dezember 2009 unter der Überschrift: »Kliniken stellen sich dem Markt – weitere Anpassung nötig«

Ein Modellprogramm in Hamburg und Nordrhein-Westfalen unterstützt Familien, die Angehörige nach der Entlassung aus dem Krankenhaus dauerhaft zu Hause pflegen wollen. Anlass sind Risiken des reformierten Abrechnungssystems, das 2004 verbindlich auf diagnoseorientierte Fallpauschalen (G-DRG) umgestellt wurde.

Die »neue ökonomische Logik«, die das Fallpauschalensystem voran treibe, schiebe Familien eine »deutlich höhere Verantwortung« zu, erläutern Wissenschaftlerinnen der Universität Bielefeld um Professorin Katharina Gröning. Angesichts der »um rund ein Viertel« verkürzten Klinikverweildauer müssten Angehörige »zum Teil sehr schnell« eine Entscheidung für oder gegen häusliche Pflege treffen – wobei kaum eine Familie wirklich wisse, was auf sie zukommt, wenn sie Pflege und Versorgung selbst übernimmt. Gleichzeitig drohe die Gefahr, dass »suboptimale Unterstützungsleistungen mehr Heimaufnahmen induzieren als nötig wären«.

Praktische Hilfen bietet das von Gröning geleitete, 2004 gestartete Modellprogramm »Familiale Pflege unter den Bedingungen der G-DRG's«. Zielgruppe sind pflegende EhepartnerInnen und Angehörige, über 100 Krankenhäuser machen mit, Geldgeber sind die AOK in Nordrhein-Westfalen und Hamburg.

Pflegetraining gratis

Das »Überleitungsmanagement« soll im Idealfall so aussehen: Pflegekräfte kommen frühzeitig, also bereits Tage vor der angepeilten Entlassung, auf PatientInnen und Familien zu; außerdem werden sie von »Case-ManagerInnen« angesprochen, die minutiös erklären, welche Pflegealternativen nach dem Klinikaufenthalt möglich sind und wie man diese mit Hilfe der Klinik beantragt. In den Folgetagen leiten Fachkräfte die Angehörigen in mehreren Trainings an, wobei grundlegende Pflegetechniken direkt am Klinikbett vermittelt werden. Geübt wird, wie man Menschen ins Bett legen, geschickt drehen und Druckgeschwüre vermeiden kann; gezeigt werden Vorbeugestrategien gegen Stürze, Bewegungstechniken, der Einsatz von Rollstühlen oder Hilfsmitteln bei Inkontinenz.

Wichtig ist den Modellinitiatorinnen aber nicht nur die Vermittlung von Techniken, sondern auch eine »angenehme Atmosphäre«, die Familien genügend Zeit lässt, Fragen, Bedürfnisse und Ängste zu äußern. In diesem Rahmen sollen die Pflegekräfte ihnen verdeutlichen, dass und wie sie bei Schwierigkeiten im Pflegealltag nicht allein gelassen werden.

Tatsächlich endet die Unterstützung nicht am letzten Kliniktag; zum Modellprogramm gehören auch »aufsuchende Pflegetrainings« in der Wohnung des Pflegebedürftigen. Bei solchen Hausbesuchen, die in den ersten sechs Wochen nach der Entlassung im Projekt gratis sind, sollen die TrainerInnen auch darauf achten, ob Hilfsmittel vollständig und alle Fragen zu Anträgen an Kranken- oder Pflegekassen geklärt sind; zudem soll darüber gesprochen werden, wie die Pflege – mit oder ohne Inanspruchnahme ambulanter Hilfsdienste – bestmöglich an den Alltag der Familie angepasst werden kann. In Kooperation mit Bildungseinrichtungen werden zudem Pflegekurse für Angehörige angeboten, die auch auf psychosoziale Themen eingehen; den Kursen sollen möglichst Gesprächskreise folgen, in denen sich Pflegende regelmäßig austauschen.

Tropfen auf den heißen Stein

Die Angebote des Modellprogramms erreichten 2008 insgesamt 1.431 Angehörige. Das Konzept habe sich »bewährt«, 96 Prozent der TeilnehmerInnen fühlen sich durch die Pflegetrainings »gut« oder »eher gut« vorbereitet, bilanziert der Evaluationsbericht der Uni Bielefeld. Dass dieses Modell aber noch einem Tropfen auf den heißen Stein gleicht, verdeutlicht die Tatsache, dass allein in NRW über 200.000 Menschen daheim ausschließlich von ihren Familien gepflegt werden.

Tropfen auf den heißen Stein

Die Modell-Macherinnen erklären, dass Versicherte laut Sozialgesetzbuch einen Anspruch auf professionelles Versorgungsmanagement haben, was Kliniken faktisch verpflichte, »Brücken zur nachstationären Versorgung zu bauen«. Auch hätten Krankenhäuser »ein hohes Eigeninteresse«, PatientInnen »bedarfsgerecht und gut koordiniert« in ihre Wohnung überzuleiten. Passiere dies nicht, drohe ein »Drehtüreffekt«. Wiedereinweisungen kämen besonders häufig in der ersten Woche nach der Entlassung vor, wenn die häusliche Pflege schlecht vorbereitet sei. Dies sei für die Kliniken nicht nur »ökonomisch kontraindiziert«, es schade auf Dauer auch ihrem Ansehen.

»Wir wollen Zeit für gute Pflege«

Warum AWO-Konzernbetriebsrat Detlev Beyer-Peters bessere Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte fordert

Die Qualität der Pflege wird vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) geprüft, seine MitarbeiterInnen kommen unangemeldet in die Altenheime. Ihr Augenmerk legen sie vor allem auf Pflegezustand und körperliche Verfassung der BewohnerInnen. Wie Pflegekräfte und deren Chefs arbeiten, ob Dienstzeiten und Löhne angemessen sind, können die PrüferInnen ebenfalls checken – sie müssen dies aber nicht. Dabei liegt gerade hier Vieles im Argen, meint Detlev Beyer-Peters, Vorsitzender des Konzernbetriebsrates der AWO Westliches Westfalen. Erika Feyerabend hat ihn nach seinen Erfahrungen und Forderungen gefragt.

BIO SKOP-Interview

BIO SKOP: Was kritisieren die Pflegeheimmitarbeiter am MDK?

DETLEV BEYER-PETERS: Der MDK nimmt die Pflegeeinstufungen vor nach Grundlagen, die für die Beschäftigten nicht nachvollziehbar sind. Allein in diesem Haus ist der Anteil von Bewohnern mit Pflegestufe III seit 1994 von 80% auf 12% abgesenkt worden. Das führt zu schlechteren Einnahmesituationen der Heime, was auch die Personalsituation verschlechtert. Bei Pflegestufe III ist eine Pflegekraft pro 1,8 Bewohner kalkuliert, bei Stufe II pro 2,4 eine Pflegekraft. Die Beschäftigten wundern sich, denn die Bewohner brauchen heute viel mehr Grund- und Behandlungspflege.

BIO SKOP: Gibt es noch mehr Gründe?

BEYER-PETERS: Die Beschäftigten haben den Eindruck: Es geht nur ums Geld. Grundlage der Einstufung ist nicht der tatsächliche Bedarf der Bewohner. Bewertet wird,

was in der Pflegeplanung steht, was dokumentiert ist und umgesetzt wird. Das ist ein Teufelskreis: Je weniger dokumentiert wird, je geringer die Pflegeeinstufung, je weniger Beschäftigte, je weniger wird geleistet, um so weniger wird gezahlt.

BIO SKOP: Wie müssten denn die Prüfungen aussehen?

BEYER-PETERS: Medizinischer Dienst und Pflegekassen konzentrieren sich im wesentlichen auf die Vermeidung von Skandalen. Die Themen sind Essen und Trinken, Stürze, Druckgeschwüre und Vermeiden von Lungenentzündungen. Soziale Arbeit ist nicht messbar und spielt keine Rolle. Geprüft wird nach Aktenlage. Sehr selten wird geschaut, wie die Qualität von Pflegeprozess und das Ergebnis ist. Da müsste ich ja mitgehen und mir die Arbeit anschauen. Das ist aufwändig und sehr selten. Dabei kommen aber die meisten

Mängel heraus, sowohl bei Personalbesetzung als auch Qualität der Arbeit.

BIO SKOP: Was fordert ihr?

BEYER-PETERS: Wir fordern einen Personalschlüssel in NRW. Den haben wir nicht, weil die Sozialhilfeträger – also die Kommunen – sich mit Händen und Füßen dagegen wehren. Wir haben nur Orientierungswerte, die nicht verbindlich sind und unterschritten werden. Wir sagen pauschal: Personalschlüssel von 1:2 in allen Heimen. In einer weiteren Stufe wollen wir ein Personalbemessungsverfahren, das den tatsächlichen Bedarf des Bewohners bemisst.

BIO SKOP: Zu wenig Personal, das ist doch überall bekannt...

BEYER-PETERS: Die Beschäftigten gehen mit schlechtem Gewissen nach Hause und sie werden krank. Hauptproblem ist der Stress, die Akkordarbeit der Pflegenden. Die Hälfte der Pflegekräf-

te macht keine Pause. Das ist ein Skandal. Hinzu kommen immer mehr Überstunden. Dann ist die Erholung an freien Tagen nicht mehr gewährleistet, weil man damit rechnen muss, wieder Dienst zu haben. Das Personal erwartet nichts anderes als Zeit, um gute Pflege leisten zu können.

BIO SKOP: Was heißt denn gute Pflege?

BEYER-PETERS: Sie wollen Bezugspflege, das heißt: Immer die gleichen Bewohner pflegen und eine Anzahl, die zu bewältigen ist. Sie wollen nicht alleine arbeiten. Sie wollen nicht täglich gegen jede Arbeitsschutzregel verstoßen. Beschäftigte wollen ganzheitliche Pflege, also auch sozial betreuen und nicht nur Behandlungspflege. All das muss politisch verändert werden. Mit unserer Initiative »Altenpflege in Bewegung« wollen wir das angehen.

»Die Beschäftigten gehen mit schlechtem Gewissen nach Hause und sie werden krank. Hauptproblem ist der Stress, die Hälfte der Pflegekräfte macht keine Pause.«

»Altenpflege in Bewegung« ...

... hieß der Slogan einer bundesweiten Aktionswoche Ende September, initiiert von der Dienstleistungsgewerkschaft ver.di. In zahlreichen Städten machten Pflegekräfte auf die vielerorts unhaltbare Situation von Pflegebedürftigen und Beschäftigten aufmerksam. ver.di verlangt ein »Sofortprogramm Altenpflege«. In dessen Mittelpunkt müsse eine bedarfsgerechte Personalausstattung mit planbarer Arbeits- und Freizeit stehen, erläutert Ellen Paschke vom ver.di-Bundesvorstand – und stellt klar: »Minimalpflege nach dem Motto ›Hauptsache satt, sauber und billig‹ muss ein Ende haben.« Außerdem müsse sich die »hohe öffentliche Wertschätzung der Pflegearbeit endlich auch in der Bezahlung ausdrücken«. Damit verbundene Mehrkosten ließen sich durch Einführung einer »Bürgerversicherung« aufbringen, glaubt Paschke.

Weitere Infos im Internet: <https://gesundheit-soziales.verdi.de>

Transplantationsmedizin: »Kritische« Bestandsaufnahme?

Diese Botschaft aus dem schwarz-gelben Koalitionsvertrag hört man seit Jahren immer wieder: »Wir werden mit einer umfassenden Kampagne in der Bevölkerung dafür werben, durch Organspende Leben zu retten.« An eine weitere Ankündigung wird man die KoalitionärInnen wohl beizeiten erinnern müssen: Sie wollen eine »kritische Bestandsaufnahme« des 1997 in Kraft getretenen Transplantationsgesetzes vornehmen.

Dabei liegt eine Bilanz längst vor, erstellt vom Institut IGES im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG). IGES hatte zahlreiche LobbyistInnen aus der Transplantationsbranche befragt, wobei diverse Missstände eingeräumt wurden. Neben »Mängeln in der Hirntoddiagnostik« thematisiert die IGES-Studie

auch strukturelle Merkwürdigkeiten bei Organlebenspenden (Siehe *BIO SKOP* Nr. 46). Noch früher, nämlich im Juli 2008, hatte die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) einen brisanten Bericht ihrer Arbeitsgruppe Bioethik und Recht »zur Kenntnis genommen«. Da über Langzeitfolgen von Lebenspenden »nur wenig bekannt ist«, so die Expertise, solle das BMG die Einführung eines bundesweiten Lebendspenderegisters prüfen, das Komplikationen und Beeinträchtigungen im Langzeitverlauf erfasst und anonym auswertet. Die Krankenkassen sollten das Register finanzieren; es könnte nach Ansicht der Bioethik-AG dazu beitragen, gesundheitliche Risiken für potenzielle SpenderInnen transparenter zu machen. Dies ist bisher nicht geschehen. **Klaus-Peter Görlitzer**

Unterbliebene Nachrichten offen gelegt

»Dein Tod, mein Leben« heißt ein neues Buch der Ethnologin Vera Kalitzkus zur Transplantationsmedizin, das alle lesen können und sollten. Die Autorin, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Witten/Herdecke, schreibt an gegen den allgegenwärtigen, moralischen Druck, Körperteile zu »spenden«. Sie hat OrganempfängerInnen und Angehörige »hirntoter« OrgangeberInnen befragt; sie legt viele unterbliebene Nachrichten offen über die Verhältnisse im Transplantationswesen. Das ist interessant: für Spendewillige, OrganempfängerInnen, Klinikpersonal und alle, die intuitiv skeptisch geblieben sind. Vera Kalitzkus macht die Gedanken frei – für die tiefgreifenden kulturellen Konsequenzen einer Sparte der Medizin, die das Überleben der einen mit dem Sterben der anderen verknüpft. Vera Kalitzkus: *Dein Tod, mein Leben. Warum wir Organspenden richtig finden und trotzdem davor zurückschrecken.* 2009, Frankfurt a.M. (suhrkamp taschenbuch), 244 Seiten, 8,50 €

Prozess gegen Starchirurg Christoph Broelsch

Belastende Aussagen

Seit September steht er vor Gericht: Professor Christoph Broelsch, ehemals Chefarzt am Uniklinikum Essen, Träger des Großen Bundesverdienstkreuzes, ein Weltstar der Leber- und Transplantationschirurgie.

Die Staatsanwaltschaft wirft dem 65-jährigen Broelsch schweren Betrug, Steuerhinterziehung und Bestechlichkeit vor. In acht dieser Fälle geht es zudem um mögliche Nötigung: Broelsch soll sterbenskranken KassenpatientInnen Spenden abverlangt haben, sofern sie von ihm persönlich operiert werden wollten.

Nicht nur die Prominenz des Angeklagten macht den Prozess vor der Wirtschaftsstrafkammer des Landgerichts Essen zu einem außergewöhnlichen Ereignis, sondern auch die Tatsache, dass er einiges über die Gepflogenheiten an deutschen Unikliniken erzählt. Die anderen machen das doch auch – so könnte man die Verteidigungslinie von Broelsch mitunter zusammenfassen. Die anderen, damit sind zum Beispiel viele Chefarzte gemeint, die angeblich Operationen und Behandlungen abrechnen, auch wenn sie diese gar nicht selbst ausgeführt haben.

Mehrere ZeugInnen haben Broelsch mittlerweile schwer belastet. So sein ehemaliger Ober-

arzt, Massimo Malago, seit Mitte 2007 Chefarzt in London. Laut Malagos Aussage soll der Name von Broelsch bei PrivatpatientInnen quasi automatisch in Operationsprotokollen aufgetaucht sein, auf deren Grundlage dann abgerechnet wurde. Der Angeklagte bestreitet derartige Anweisungen, ihn immer als Operateur anzuführen.

Broelschs damalige Vertreterin in der Klinik, die Oberärztin Andrea Frilling, sagte vor Gericht aus, das Vorgehen von Broelsch, vor Operationen Spenden von PatientInnen einzuwerben, habe durchaus MitwisserInnen gehabt: »Es war jedem in der Klinik bekannt, dass es diese Spendenpraxis gibt.« Die zuständige Sekretärin habe auf den Ambulanzunterlagen die Spende und den entsprechenden Betrag klar vermerkt. Im nachhinein, hatte Frilling bei der Vernehmung durch die Polizei ausgesagt, halte sie diese Praxis durchaus für verwerflich. Aber es hätten sich ja nie PatientInnen bei ihr beschwert.

Urteil im nächsten Jahr

Bis zur Leitung der Essener Uniklinik ist das Wissen um die Praktiken offenbar lange Zeit nicht durchgedrungen. Der ehemalige ärztliche Direktor Werner Havers sagte aus, er habe erst im Mai 2007 durch einen Journalisten erfahren, dass Broelsch im Vorfeld von Operationen Spenden eingeworben habe; er sei entsetzt gewesen. Die rechtliche Bewertung sei für einen Mediziner zwar schwierig, aber eine derartige Praxis widerspreche der Berufsordnung für ÄrztInnen.

Das Landgericht Essen wird sein Urteil erst im nächsten Jahr sprechen.

Eizellen gegen Geld

Finanzielle Anreize sollen Frauen in den USA und Großbritannien zur Eizellen-»Spende« motivieren

Der Verkauf menschlicher Eizellen für reproduktionsmedizinische Eingriffe oder Stammzellexperimente ist fast überall in Europa verboten. Unentgeltlich sind Frauen aber wenig geneigt, Hormonbehandlungen und Operationen zu ertragen, die für die Entnahme von Eizellen notwendig sind. Das Zauberwort privater Befruchtungskliniken heißt »Entschädigung«. Wie hoch sie sein soll, wird in Großbritannien erneut diskutiert, und Regeln im US-Staat New York zeigen, wohin die Reise perspektivisch geht.

Gibt man den Begriff »Eizell-Spende« in eine Internet-Suchmaschine ein, erscheinen rund 800.000 Einträge auf dem Computerbildschirm. Die Angebote kommen touristisch daher. Alicante an der Costa Blanca »hat einen wunderschönen Hafen, Berge, eine reiche traditionelle Kultur und Küche«. So bewirbt die private Klinik IVI ihr Unternehmen, das weltweit über 18 Standorte verfügt. Das Zentrum in Alicante soll das größte seiner Art sein, außerdem hat es gerade mit der US-amerikanischen Agentur World Egg Bank (TWEB) ein Abkommen über »Eizell-Spenden« geschlossen. Kalkuliert wird mit 4.000 Befruchtungszyklen, in denen das besondere Angebot, tiefgefrorene Eizellen zu nutzen, gemacht wird.


Egal, ob Eizellen für spätere Anwendungen konserviert oder ob sie termingerecht entnommen werden: Frauen – vor allem Studentinnen und Immigrantinnen – werden in Spanien mit rund 1.000 Euro »entschädigt«, wenn sie sich den gesundheitsgefährdenden Hormonbehandlungen und operativen Eizell-Entnahmen unterziehen.

Eizellen-Tourismus ist auch in Großbritannien ein Thema. Die Aufsichtsbehörde für Reproduktionsmedizin (HFEA) in London lässt verlauten, dass die Zahl verfügbarer Eizellen in den vergangenen Jahren um 25 Prozent gesunken sei, seit anonyme Spenden verboten sind; hunderte von Paaren würden deshalb ins Ausland fahren. Und deshalb unterhalten britische Zentren wie das Londoner Bridge Hospital engen Kontakt mit Kliniken in Kreta oder der Ukraine. Gegen »Aufwandsentschädigung«

liefern dort Frauen Eizellen, um kurze Wartelisten für die britischen Kliniken zu garantieren.

Vor drei Jahren hatte die HFEA Kliniken und ExpertInnen gefragt, ob Frauen, die sich in Großbritannien Eizellen entnehmen lassen, dafür nicht mehr erhalten sollten als die bisher gewährten 250 Euro. In diesem Dezember findet ein öffentliches Treffen statt, um die Höhe der »Entschädigung« erneut zu diskutieren. Lisa Jardine, Chefin der Aufsichtsbehörde, hat sich in der Tageszeitung *Times* bereits positioniert: Damit sich Paare in britischen Kliniken behandeln lassen können, soll es höhere Geldbeträge für abgabewillige Frauen geben. Feministische Organisationen und kritische Initiativen wollen dies verhindern (Siehe Randbemerkung). Sie warnen vor hohen gesundheitlichen Risiken sowie der Tendenz, besonders arme Frauen zum Vorteil der IVF-Industrien auszubeten.

Im März 2009 hatte US-Präsident Barack Obama angekündigt, die Stammzellforschung wieder aus öffentlichen Forschungsetats finanzieren zu lassen, was während der Bush-Ära ja offiziell untersagt war. Inzwischen haben US-Behörden die ersten 13 Zelllinien für experimentelle Laborarbeiten freigegeben. Der Staat New York hat sogar beschlossen, in den nächsten elf Jahren 600 Millionen Dollar für eine besondere Verwendung zu reservieren: Frauen, die Eizellen für Forschungszwecke hergeben, sollen aus diesem Topf bis zu 10.000 Dollar dafür erhalten. Der Geldtransfer wird nicht als Verkauf deklariert, sondern als »Kompensation für Belastungen und Zeit«.

Eizellen gegen Geld, das ist in den USA gesellschaftlich üblich. Die rund 100 Vermittlungsagenturen bezahlen Frauen bis zu 40.000 Euro, wenn ihre Eizellen für reproduktive Zwecke verwandt werden. All das wird keineswegs als Direktvermarktung von Körperstoffen dargestellt, sondern als eine Art vermittelter Altruismus: Die Agenturen würden für ihren »Service« honoriert, die Frauen für ihre Unannehmlichkeiten entschädigt. Auch bezahlte Teilnahme an riskanten klinischen Studien wird nun zum Argument für BioethikerInnen, um finanzielle Anreize in der Stammzellforschung gesellschaftlich üblich zu machen. 

Der Geldtransfer wird nicht als Verkauf deklariert, sondern als »Kompensation für Belastungen und Zeit«.

Von Erika Feyerabend (Essen), Journalistin und BioSkoplerin

»No to eggsploitation!«
»Eizellen-Spenden bergen ernste Gesundheitsrisiken – in jedem Land, wo es einen finanziellen Anreiz gibt, Eizellen zu spenden, werden arme Frauen veranlasst, solche Risiken auf sich zu nehmen. Davon profitieren Mittelklasse-Frauen, die sich die Gebühren leisten können sowie die Künstliche-Befruchtungs-Industrie.

Menschliche Körperteile zur Ware zu machen, ist unethisch und wird eventuell zu einem Markt mit Nieren und anderen Körperteilen führen.«

Information der Kampagne »No to eggsploitation!« (»Nein zur Ausbeutung von Eizellen!«), die von britischen Feministinnen initiiert wurde. Die Initiative informiert auch im Internet: <http://no2eggsploitation.wordpress.com>

Ehrenamtlich am Sterbeort

Experten und Hospizdienste bieten ihre Leistungen an, aber auch die Hilfe im privaten Raum bleibt wichtig

Von Erika Feyerabend
(Essen), Journalistin und
BioSkoplerin

Szenario für Cicero

Die Berliner Zeitschrift Cicero, die sich »Magazin für politische Kultur« nennt, fragt in jeder Ausgabe Prominente, was sie tun würden, wenn sie wüssten, dass ihr Leben in 24 Stunden endet. In diesem Dezember erklärt sich Margot Käßmann, Vorsitzende des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD). Kaum war das neue Heft auf dem Markt, verbreitete ein christliches Medienmagazin namens pro die Botschaft weiter. Unter der Überschrift »Der Tod hat nicht das letzte Wort« habe die Bischöfin in Cicero »eine ermutigende und evangelistische Antwort« gegeben, lobte pro. So habe Käßmann zu ihren – hypothetischen – letzten 24 Stunden unter anderem ausgeführt, dass sie den Tag »in sich gekehrt« verbringen werde. Ihr letzter Dienst am Menschen werde eine Organspende sein, ihre Patientenverfügung würde von einer Freundin verwaltet. »Am Abend reflektiere ich mein Leben«, schreibt Käßmann im Dezember-Cicero.

Tod und Sterben sind medientauglich geworden. Wird das Sterben tatsächlich als Teil des eigenen wie des gesellschaftlichen Lebens wahrgenommen und erfahren?

Die Selbsttötung des Fußball-Torhüters Robert Enke sorgte im November tagelang für Schlagzeilen, eine Flut von Bildern und öffentlicher Trauer war die Folge. Jade Goody, die junge Zahnärztin aus der TV-Sendung »Big Brother«, hat ihr eigenes Sterben öffentlich in Szene gesetzt. Der Regisseur Christof Schlingensiefel schrieb ein Buch über seine Krebserkrankung (»So schön wie hier kanns im Himmel gar nicht sein«); in zahllosen Interviews spricht er über sein Leben damit und inszeniert die persönliche Todesdrohung im Theater. Es sind aber nicht nur Prominente, die via Medien nun auch noch ihr Kranksein und Sterben publizieren. Seit Jahren halten uns Ministerien oder Seniorenvereine an, über das eigene Sterben nachzudenken, es mit Patientenverfügungen gegenwärtig und gar planbar zu machen.

Ideal und Wirklichkeit

Dem öffentlich inszenierten Sterben und sichtbarem Tod kann man kaum entrinnen. Privat ist dessen Charakter aber genau deshalb nicht mehr. Auch wenn Individualität und Einzigartigkeit für das Lebensende reklamiert wird: Gerade über die mediale Sichtbarkeit entstehen bestimmte Normen und gesellschaftliche Wünschbarkeiten. Sterben ist ein »Problem« geworden, das – wie andere Probleme auch – gelöst werden muss und kann. Es gibt immer mehr Sterbe-»ExpertInnen«, die professionelle Hilfe anbieten. Es gibt immer mehr Beratungen, wie Sterben vorausschauend, planend, aufgeklärt und selbst gestaltet bewältigt werden kann.

All das kann hilfreich sein. Aber es macht aus dem Sterben auch eine Art »Projekt«, das gelingen oder misslingen kann. Man könnte vermuten: Die Leistungsgesellschaft hat auch das Lebensende ergriffen. Die kranken Prominenten verstärken diese Tendenz. Verzweifelt meldet sich keiner im Fernsehen zu Wort. Hier ist man doch eher Herr der Lage, hat etwas Wichtiges mitzuteilen. Das Ideal der Gegenwart ist weder der besiegte noch der verdrängte Tod, sondern das kontrol-

lierte, optimal verlaufende Ende eines möglichst ebenso optimal geführten Lebens.

Wenn schon sterben, dann am besten zu Hause und ohne Schmerzen, vielleicht noch in einem Hospiz. In Krankenhäusern und Altenheimen dominieren die Erfordernisse der Institution. Auf individuelle Wünsche kann hier wenig Rücksicht genommen werden. Der Tagesablauf ist durchorganisiert, der verbreitete Personalmangel lässt nur wenig Freiraum für individuelle Betreuung zu. Zeit für fragende Angehörige steht selten zur Verfügung.

Die meisten Menschen sterben dennoch in diesen Institutionen. Denn hier ruht die Verantwortung auf professionellen Schultern. Wenn jemand im Krankenhaus stirbt, dann soll alles medizinisch Mögliche getan worden sein. Die Angehörigen müssen sich keine Vorwürfe machen, Behandlungen versäumt und ihre Fürsorgepflicht nicht gut erfüllt zu haben.

Auch wenn über Patientenverfügungen der Verzicht auf weitere Behandlung in pflegebedürftiger Lage nahe gelegt wird: In Kliniken ist der Patient nicht wie im Hospiz in der Rolle des Sterbenden, sondern wird als behandlungsbedürftiger Kranker gesehen. Das kann für alle Beteiligten entlastend wirken. Das Pflegeheim ist für viele alte Menschen das – letzte – Zuhause geworden, weil die Pflege in der eigenen Wohnung oder in der Familie nicht zu bewältigen war. Sterben ist in diesen Institutionen alltäglich, darf aber die engen Dienstpläne und anderen Abläufe nicht stören. So gesehen sind Krankenhaus und Altenheim das genaue Gegenbild zum Ideal des individuellen und selbst gestalteten Lebensendes.

Die ambulante Versorgung mit ehren- und hauptamtlicher Hospizbegleitung versucht seit Jahrzehnten, das Sterben zu Hause möglich zu machen. Der Soziologe Werner Schneider hat bei einer Fachtagung der Hospizvereinigung OMEGA im Oktober über diesen besonderen und »erstrebenswerten« Sterbeort gesprochen. An der Universität Augsburg und in Kooperation mit dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband hat Schneider viele Interviews geführt und ausgewertet, um das »Sterben dort, wo man zuhause ist« zu erkunden. Seine Ergebnisse sind gerade für das Verständnis ehrenamtlicher Begleitung wichtig. →

→ Die Erstkontakte zum Hospizdienst kommen weniger durch Haus- und Fachärzte, sondern vor allem durch Angehörige zustande. Auch Freunde, Nachbarn oder Seelsorger spielen eine Rolle. Der Grund ist meistens eine akute Versorgungsnotlage, vorausschauenden Lebensplanung eher selten.

Symbolische Hürden

Was der Hospizdienst wirklich anbieten kann, ist eher diffus und unbekannt. Es gibt wenig konkretes Wissen über diese Arbeit. Es gibt aber eine »kulturelle Engführung« der Hospizarbeit, die diffus gewusst wird, die im kollektiven Bewusstsein aller verankert ist: Wenn der Dienst kommt, dann geht es um ein baldiges Sterben. Das heißt aber auch: In den Augen der Angehörigen und der Kranken selbst wird der Betroffene dann zum Sterbenden. In den Befragungen wird deutlich, dass hier eine »symbolische Hürde« liegt, die den Kontakt mit dem Hospizdienst erschwert. Diese »Hürde« liegt hoch, in einer aktuellen Versorgungsnotlage, wo es darum geht eine schwierige Situation in den Griff zu bekommen und weniger dramatisch zu machen.

Schwenkt der Blick vom medizinischen und pflegerischen Bedarf hin zum sozialen Beziehungsraum der Kranken und ihrer Angehörigen, dann wird eine weitere »symbolische Hürde« sichtbar. Der private Raum endet nicht vor der Wohnungstür. Es gibt Verwandte, Nachbarn, Freunde und Bekannte. Welche Hilfen sich die Angehörigen wünschen, welche sie legitim finden, welche erklärt werden müssen, das hängt wesentlich von diesem sozialen Geflecht ab. In der Regel gilt in unserer Dienstleistungsgesellschaft: Der Einsatz von Spezialisten für medizinische oder pflegerische Versorgung auch im privaten Raum der eigenen Wohnung ist kaum begründungspflichtig. Es wird vielmehr als besondere Fürsorge angesehen, dass solche Hilfen angefragt werden.

(Un)geordnete Wissensverhältnisse

Aber was ist mit ehrenamtlichen Hilfen, die Angehörige entlasten, die sie aber im Prinzip auch selbst machen könnten? Die Sorge, dass diese Inanspruchnahme als »Entpflichtung« dem Sterbenden gegenüber ausgelegt werden könnte, macht es schwer, diese Hilfen nachzufragen. Und es ist in dieser sozialen Ordnung auch schwer, konkrete Wünsche oder gar Forderungen an die ehrenamtlichen Helfer zu richten.

Sind Krankenhäuser, Hospize oder Palliativstationen die Sterbeorte, dann sind die Zustän-

digkeiten, Hierarchien und Beziehungen ziemlich geordnet. Aber in der privaten Welt sind die Regeln uneindeutig und müssen erst gefunden werden. Der ehrenamtliche Helfer ist unbezahlt, kommt aus freien Stücken, ist ebenfalls privat. Werner Schneider und sein Projektteam haben festgestellt, dass hier die Hilfe als Gabe – nicht als Rechtsanspruch, nicht als Wissensvorsprung und berufliche Pflicht – gedeutet wird. Gaben werden akzeptiert, sie fordern zur Gegengabe auf. Das macht beispielsweise die Kritik an bestimmten Verhaltensweisen der Begleiterinnen schwierig.

Aber hier entstehen auch Freiräume für die Begleitung und Handlungsperspektiven für die Schwerstkranken. In den Augsburger Befragungen wird die »Zeit«, die hospizliche Unterstützer mitbringen, als überaus wichtig bewertet – von allen Beteiligten. Die frei zur Verfügung stehende Zeit ist das »zentrale Unterscheidungskriterium« gegenüber den normalen Pflegediensten oder anderen Betreuungsformen. Mehr noch: Bedeutsam ist nicht nur, dass Zeit vorhanden ist, sondern wer über sie bestimmt, was als wertvolle Zeit angesehen und wie sie genutzt wird.

»Zugewinn an Lebenszeit«

Im Krankenhaus oder beim ambulanten Pflegedienst ist die Zeit getaktet – nach ökonomischen Kriterien und organisatorischen Erfordernissen. Im privaten Raum und mit unbezahlter Begleitung sind es aber die Patienten und ihre Angehörigen, die über die Zeit verfügen können. Gerade dort, wo die viel beschworene »Selbstbestimmung« durch Krankheit und körperlichen Verfall bedroht ist, kann das Leben noch selbst gestaltet werden. Die Zeit kann gegeben und gewährt werden – um unmittelbare körperliche oder seelische Bedürfnisse zu erfüllen, oder um – ganz jenseits professioneller Perspektiven – einfach Kaffee zu trinken und dem kulturell gespürten Bedürfnis der Gegengabe nachkommen zu können.

Schneiders Untersuchung zeigt, dass die ehrenamtliche Hilfe im privaten Raum wichtig bleibt. Sie ist »Zugewinn an Lebenszeit«, über die trotz aller Einschränkungen noch selbst verfügt werden kann. Diese Zeithoheit ist bedroht, zum Beispiel durch die medizinisch und pflegerisch dominierte Praxis der spezialisierten, ambulanten Palliativversorgung. Sie kann die private Lebenswelt kolonisieren und die Handlungslogiken der Klinik ins Wohnzimmer der Sterbenden tragen. Das entspricht ebenso wenig der Geschichte und den Motiven der Hospizbewegung wie die mediale Geschwätzigkeit über die letzten Dinge.

Finanzieller Druck zur Professionalisierung

Seit Krankenkassen auch ambulante Hospizdienste teilfinanzieren, haben es rein bürgerschaftlich organisierte, ehrenamtliche Dienste schwer. Rund 800 Hospizdienste, die sich keine hauptamtliche KoordinatorInnen leisten können oder wollen, werden gar nicht mehr öffentlich gefördert; sie leben ausschließlich von Spenden – ein Zustand, unter dem ihre gesellschaftliche Anerkennung tendenziell leidet. Geförderte Dienste sind verpflichtet, ihre unbezahlten MitarbeiterInnen zu schulen. Auf welche Weise, hat der Gesetzgeber nicht eindeutig formuliert. Klar ist aber: Der Ausbau palliativer Medizin und Pflege, die neuen Formen palliativer Netzwerke und Konzepte spezialisierter, ambulanter Palliativversorgung haben die Standards gesetzt, denen die Hospizdienste heute folgen sollen. In empfohlenen 100 Unterrichtsstunden werden – binnen eines Jahres – zahlreiche Themen an die unbezahlten Begleiterinnen vermittelt, zum Beispiel: »Trauer«, »Gesprächsführung«, »Dokumentation und statistische Erfassung«, »Rechts- und Versicherungsfragen«. Nur die dokumentationspflichtigen, medizinischen und pflegerischen Leistungen werden vergütet, da nur sie als professionell und qualitätsgesichert gelten. Letztlich wird ehrenamtliche Hospizarbeit als laienhafter Lückenfüller in Anspruch genommen – für diejenigen Zeiten, in denen bezahlte Kräfte nicht bezahlbar sind.

Vorschau

Themen im März 2010

◆ **Schwerpunkt**
Genetische Diagnostik

◆ **Gesundheitspolitik**
Rationierungsphantasien

◆ **Transplantationsmedizin**
Organisierte
Unverantwortlichkeit

Veranstaltungstipps

Do. 7. Januar, 16.15 – 18.30 Uhr
Hamburg (Universitätsklinikum Eppendorf,
Seminarraum der Frauenklinik, Martinistr. 52)

◆ **Zu viele Pillen für Leib und Seele?**

Vorträge

Laut einer Erhebung der Krankenkasse DAK nimmt jedes 25. Kind Arzneien gegen das so genannte »Zappelphilipp-Syndrom« (ADHS) ein. Ein niedergelassener Kinderarzt sowie der Chef der Hamburger Uniklinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik informieren zur Übermedikalisierung.

Do. 21. Januar, 16.15 – 18.30 Uhr
Hamburg (Universitätsklinikum Eppendorf,
Seminarraum der Frauenklinik, Martinistr. 52)

◆ **Öffentliche Forschung –**
der Allgemeinheit verpflichtet

Vorträge

»Patente auf Medikamente«, weiß die BUKO Pharma-Kampagne, »sichern den Pharmafirmen eine Monopolstellung auf dem Weltmarkt.« Folge sind hohe Preise, oft unerschwinglich für Menschen in armen Staaten. Wie eine »faire Lizenzpolitik für Entwicklungsländer« aussehen kann, will Christian Wagner-Ahlf's beim öffentlichen Ethikseminar erläutern. Außerdem spricht die Juristin Tina Marschall. Sie ist Patentreferentin der MediGate GmbH, die zum Hamburger Uniklinikum gehört.

Di. 26. Januar, 16 – 19 Uhr
Berlin (Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft,
Warschauer Straße 58 a)

◆ **Menschen mit Behinderung als Akteure**
in der Forschung

Vorträge

Zwei Wissenschaftler referieren beim »Friedrichshainer Kolloquium«, wie behinderte Menschen als »Akteure in der Forschung« auftreten können. Die Titel der Vorträge klingen eher abstrakt: Der Epidemiologie Karl Wegscheider (Hamburg) fragt: »Saubere Methodik und Partizipation – ein Widerspruch?« Das Thema des Gesundheitsethikers Guy Widdershoven (Amsterdam) heißt: »Empirische Ethik und partizipative Forschung«. Anmeldung bei Frau Entezami, Telefon (030) 293817-70

Fr. 29. Januar, 18 Uhr – So. 31. Januar, 12.30 Uhr
Tutzing (Ev. Akademie, Schloßstraße 2)

◆ **Wissenschaftliche Politikberatung**

Tagung

Die Frage ist brisant: »Welche Möglichkeiten eröffnet und welche Abhängigkeiten schafft wissenschaftliche Politikberatung?« Auf Einladung der evangelischen Akademie suchen neun Professoren Antworten; ein Unternehmensberater und ein Politiker helfen dabei mit. Einzige Frau in der Referentenrunde ist Jeanne Rubner, Redakteurin für Innenpolitik bei der *Süd-deutschen Zeitung*. Die Vorträge anhören darf jede/r Interessierte.

Anmeldung bei Frau Brosch, Telefon (08158) 251-125

Fr. 29. Januar, 17.30 Uhr – So. 31. Januar, 14 Uhr
Villigst (Ev. Tagungsstätte, Iserlohner Str. 25)

◆ **Wo bleibt der Aufschrei?**

Tagung

Machtmissbrauch, Vertuschung, Korruption – davon lesen viele BürgerInnen nicht nur in der Zeitung, sie sind auch selbst betroffen. »Was uns fehlt«, meinen die Villigster Veranstalter, sind »zivilcouragierte Menschen, die auf ihr Gewissen hören und zum Wohl der Allgemeinheit unbequeme Wahrheiten ans Licht bringen.« Wie das – auch im Gesundheitswesen – praktisch funktionieren kann, soll die Tagung zeigen.

Anmeldung bei Frau Pietsch, Tel. (02304) 755-325

Fr. 19. Feb., 15 Uhr – So. 21. Februar, 12.30 Uhr
Berlin (Bildungszentrum Clara Sahlberg,
Koblanckstr. 10)

◆ **Neue gesetzliche Regelungen –**
Ungelöste ethische Probleme

Tagung

Ab 2010 gelten zwei neue Regelwerke: das Gendiagnostikgesetz und das reformierte Schwangerschaftskonfliktgesetz. Was sie für die Praxis und Bewertung vorgeburtlicher Diagnostik bedeuten, untersucht die Tagung des »Netzwerkes gegen Selektion durch Pränataldiagnostik«. Diskutiert wird auch, wie die neuen Entwicklungen in eugenische Traditionen einzuordnen sind.

Anmeldung bei Herrn Kunz, Telefon (02441) 6149

BIO SKOP

Ja,

- ich abonniere *BIO SKOP* für zwölf Monate. Den Abo-Betrag in Höhe von 25 € für Einzelpersonen/50 € für Institutionen habe ich heute auf das BioSkop e.V.-Konto 555 988-439 bei der Postbank Essen (BLZ 360 100 43) überwiesen. Dafür erhalte ich vier *BIO SKOP*-Ausgaben sowie die unregelmäßig erscheinenden *Denkzettel*. Rechtzeitig vor Ablauf des Bezugszeitraums werden Sie mich daran erinnern, dass ich erneut 25 bzw. 50 € im voraus überweisen muss, wenn ich *BIO SKOP* weiter beziehen will.
- ich möchte *BIO SKOP* abonnieren und per Bankeinzug bezahlen. Bitte schicken Sie mir das notwendige Formular mit den Bezugsbedingungen.
- ich möchte die **Hörversion** von *BIO SKOP* für zwölf Monate abonnieren und erhalte statt der Zeitschrift jeweils eine DAISY-CD. Bitte schicken Sie mir das notwendige Formular mit den Bezugsbedingungen.
- ich unterstütze *BIO SKOP* 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 *BIO SKOP*-Ausgaben sowie die unregelmäßig erscheinenden *Denkzettel*. Rechtzeitig vor Ablauf des Bezugszeitraums werden Sie mich daran erinnern, dass ich erneut mindestens 25 bzw. 50 € im voraus überweisen muss, wenn ich *BIO SKOP* weiter beziehen will.
- ich bin daran interessiert, eine/n BioSkop-ReferentIn/en einzuladen zum Thema:
- Bitte rufen Sie mich mal an. Meine Telefonnummer:
- ich unterstütze BioSkop e.V. mit einer Spende von€ (Konto siehe oben). Weil BioSkop e.V. vom Finanzamt Essen als gemeinnützig anerkannt worden ist, bekomme ich eine abzugsfähige Spendenquittung.

Name

Telefon

Straße

E-Mail

PLZ + Wohnort

Datum Unterschrift

Nur für Abonnentinnen und Abonnenten: Ich kann meine Abo-Bestellung innerhalb von zehn Tagen widerrufen. Dazu genügt eine schriftliche Mitteilung an BioSkop e.V., Bochumer Landstr. 144a, 45276 Essen. Mit meiner zweiten Unterschrift bestätige ich, dass ich mein Recht zum Widerruf zur Kenntnis genommen habe.

Datum Unterschrift

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

