

B I O S K O P

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

20. Jg. | Nr. 79 | September 2017

Schwerpunkt Krankenpflege

- 8 Kampf für mehr Pflegekräfte
- 10 Pflegen kann krank machen!
- 11 Verbreitete Gewalterfahrungen

Sterben nach Plan

- 3 Fragwürdige Vereinbarung
- 4 »Zwischen Planungssicherheit und Sorgegesprächen«

Ersatzteillager Mensch

- 6 »Strukturelle Probleme« – BGH-Urteil zum Göttinger Transplantationsprozess wirft brisante Fragen auf

Interessen & Transparenz

- 12 Patientenorganisationen wollen Sponsoring offenlegen
- 12 Lobbyismus regulieren, Zivilcourage stärken

Reproduktionsmedizin

- 13 Weitere Liberalisierung nach der Wahl?

Analyse

- 14 Im Netz der Interessen – ein kritischer Blick auf die Weltgesundheitsorganisation

Außerdem

- 5 »Abwehr oder Vorsorge?«
- 5 sterbehilfe-debatte.de
- 16 Veranstaltungstipps
- 16 Wunschzettel
- 2 Jetzt BioSkop unterstützen!
- 16 **BIO SKOP** im Dezember

Impressum

Herausgeber: BioSkop e.V. – Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Technologien
Bochumer Landstr. 144 a · 45276 Essen
Tel. (0201) 5366706 · **E-Mail:** info@bioskop-forum.de

BioSkop e.V. im Internet: www.bioskop-forum.de

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

Anschrift: Erika-Mann-Bogen 18 · 22081 Hamburg
Tel. (040) 43188396 · Fax (040) 43188397

E-Mail: redaktion@bioskop-forum.de

Beiträge in dieser Ausgabe:

Günter Busch, Martina Keller, Andreas Wulf.
Sämtliche Artikel in BIOSKOP sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion.

Layout + Satz: RevierA, 45139 Essen, www.reviera.de

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

Unerkannte Fehlschlüsse

Erika Feyerabend

In allen möglichen Lebenslagen müssen wir uns in der Welt zurechtfinden. Was ist richtig, wahr und gerecht – oder was eben nicht? Vieles kommt heutzutage in Gestalt von (natur)wissenschaftlichen und rechtlichen Begriffen daher, die weder vorstellbar noch mit bekannten Lebenserfahrungen zu verknüpfen sind. Solche Orientierungen und Entscheidungen sind weder rational noch zwingend gerecht oder richtig, und sie sind vermittelt über Sprach(bilder) und vorherrschende ästhetische Normen.

Solange klar ist, dass solche leitenden Metaphern und Bilder nicht die Sache selbst sind, ist alles in Ordnung. Sonst wären Übersetzungsversuche unmöglich und langweilig. Aber: Abstraktes in Bekanntes und sinnlich Erfahrbares zu verwandeln, verleitet leicht zu Fehlschlüssen. Diese allzu menschliche Neigung gibt es nicht nur bei sogenannten – immer als schulungsbedürftig geltenden – NormalbürgerInnen. Auch juristische und (natur)wissenschaftlich ausgebildete ExpertInnen nutzen und erzeugen Metaphern, »jene Illusionen, von denen man vergessen hat, dass es welche sind«, wie der Philosoph Friedrich Nietzsche dieses Phänomen beschrieben hat.

So werden Erkenntnisse der Molekularbiologie und Hirnforschung heute in Bildern aus den Computerwelten entworfen und populär gemacht. Früher entlehnte man sie der Astronomie, Mechanik oder Energieerzeugung. Sind solche Vorstellungen einmal etabliert, kann man gar nicht mehr anders denken. Auch »Schönheit« ist bei der Durchsetzung »wissenschaftlicher Tatsachen« nicht zu unterschätzen. Als ein Meilenstein der Wissenschaftsästhetik kann die DNA-Doppelhelix gelten. Ihr »Entdecker« James Watson berichtete, dass seine Konkurrentin Rosalind Franklin das Modell nur deshalb akzeptiert habe, »weil es einfach zu hübsch sei, um nicht wahr zu sein«. Auch Atomphysiker schwärmten von der Schönheit ihrer Modelle.

Die Frage ist nicht nur, ob die imaginierten Bilder und Konzepte treffend sind, sondern auch, welche Handlungen, die ja immer auch ökonomisch und politisch motiviert sind, sie verstärken. Was das Informationsmodell der molekularen Genetik anbelangt, sind es vor allem Manipulationen am Erbgut und die angestrebte Totalerfassung der Bevölkerung in Biomaterialbanken. Zu gerechteren Verhältnissen und mehr Gesundheit wird dies nicht führen.

JuristInnen beschäftigen sich mit Inhalten, die der unmittelbaren Anschauung unzugänglich sind. Doch von der wirkungsvollen Form gedanklicher Manipulation durch sprachliche Bilder wollen sie wenig wissen. Dabei ist zum Beispiel die Geschichte der Staats- und Rechtstheorie angefüllt mit umstrittenen sinnbildlichen Darstellungen des Staates, etwa als »Maschine« oder »Organismus«.

Bitte auf der nächsten Seite weiterlesen ▶

Fortsetzung von Seite 1 >

»Rechtsästhetik«

Die Rechtsgeschichte, die Daniel Damler in seiner Habilitationsschrift erzählt, ist ungewöhnlich: Auf 408 Seiten analysiert der Jurist lebensweltliche und künstlerische Leitbilder, die in den Texten und Reden seiner Profession verbreitet sind. Unter dem Titel *Rechtsästhetik. Sinnliche Analogien im juristischen Denken* erschien das Werk des Wissenschaftlers, der am Max-Planck-Institut für europäische Rechtsgeschichte in Frankfurt am Main arbeitet, 2016 auch als Buch. Die Lektüre ist aufschlussreich, der Verkaufspreis regt aber leider nicht wirklich dazu an: 99,90 Euro kostet das Buch, publiziert im Berliner Verlag Duncker & Humblot.

BioSkop unterstützen!

Sie sind herzlich eingeladen, bei BioSkop mitzumachen und unsere Arbeit zu unterstützen! 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)

Unerkannte Fehlschlüsse

Seit der Antike sind Analogien zum menschlichen Körper ausgeprägt, bis hin zu heutigen unpersönlichen privaten Gesellschaften als »Körperschaft« und Konzernen als »Familie« mit Mutter- und Tochtergesellschaften, mit entsprechend unternehmensfreundlichen Haftungsregeln. Oder: Seit in Warengesellschaften zwischenmenschliche Verpflichtungen und Rechte als bewegliche Dinge, zirkulationsfähige Waren und Produkte repräsentiert werden können, kann Kapital in zuvor unbekannter Größenordnung mobilisiert werden. Auf den Finanzmärkten der Welt werden schuldrechtliche Forderungen einfach an Dritte weitergereicht und verkauft. Spezielle Firmen und Hedgefonds machen so enorme Geschäfte. Spätestens seit der Finanzkrise wissen wir, dass auch damit keine gerechteren Verhältnisse einhergehen.

Mobilisiertes Finanzkapital wird auch im Gesundheitsmarkt investiert. Welche Folgen Kommerzialisierung und Privatisierung von Krankenhäusern und Altenheimen haben, das spüren viele am eigenen Leib, als Beschäftigte, als Betreute, die von viel zu wenig Personal in immer weniger Zeit versorgt werden (→ Seite 8). Als das deutsche Transplantationsgesetz geschaffen wurde, galt Privatisierung auch unter Juristen als angesagt. Das Konzept »regulierter Selbstregulierung« bei der Verteilung von Organen war diesem Zeitgeist geschuldet und die Mangelverwaltung der Körperteile nichtstaatlichen Akteuren überlassen (→ Seite 6).

Auch der »Wille« ist abstrakt, und wie er »wirkt«, das lässt sich nicht sinnlich erfahren, sondern muss übersetzt werden in einen vertrauten Sachverhalt. Im Normalfall unterschreibt man einen Vertrag und dokumentiert so seinen Willen. Im 19. Jahrhundert wurden aber auch »Anscheinsvollmachten« oder »Scheinrechtsgeschäfte« üblich. Jemand anderes unterschreibt, erweckt den »Anschein« autorisiert zu sein, und ein gutgläubiger Dritter vertraut ihm. Dabei half eine Art »energetischer Weltanschauung«. Vor der Industrialisierung wurde das Sinnbild für Freiheit, das Feuer oder die Fackel, auf Münzen geprägt und in bürgerlichen Revolutionen beschwört. Im 20. Jahrhundert wurden Wärme und Licht in Form von Energie für Dampflokomotiven oder Glühbirnen alltäglich verfügbar.

Vor diesem Erfahrungshintergrund gewöhnten sich JuristInnen daran, dass der »freie Wille« nicht nur Rechtsschöpfer sein konnte, sondern wie Energie stark und schwach ausgeprägt ist. Der Rechtswissenschaftler Daniel Damler

(→ *Randbemerkung*) schlussfolgert: »Das Willens- und Freiheitspathos des bürgerlichen Zeitalters vermählte sich mit der Kraft- und Energieobsession der Hochindustrialisierung und brachte auf diese Weise jenes eigentümliche Rechtsscheinparadigma hervor...«. Die berufenen Experten deuteten Scheintatbestände als »unvollkommenes, werdendes Sein des Willens«.

Das Paradox: Der freie Wille, imaginiert als Antriebskraft, als Energie menschlichen Handelns überhaupt, »als verherrlichte, heilige Flamme des Privatrechts«, führte zu einem Fehlschluss, der das Bekenntnis zur Willensautonomie in Frage stellte. Das könnte heute auch bei kaum absehbaren Planungen für die letzte

Lebensphase, dem Konzept des »mutmaßlichen Willens« oder dem neuen Instrument einer »Vertreterverfügung« der Fall sein (→ Seite 3). Ganz abgesehen davon verleitet juristisches, auf eigenes Recht fixiertes Denken häufig zu egoistischem Verhalten; und andere Konfliktlösungen geraten

dabei ins Hintertreffen.

»Transparenz« steht im 21. Jahrhundert in allen Parteiprogrammen, sehr vielen Gesetzen und Gerichtsentscheidungen. Sie gilt als ganz neue Errungenschaft der Rechtsordnung.

Transparenz hört sich gut an, als Möglichkeit demokratischer Kontrolle politischer Entscheidungen, der Beschränkung von Machtkonzentrationen, der Aufdeckung von Interessenkonflikten und Einflussnahmen (→ Seite 12). Politische wie ökonomische Vernetzungen werden aber nach wie vor eher verschleiert und, wenn denn aufgedeckt, einfach von den Mächtigen ignoriert. Ein Beispiel ist die Weltgesundheitsorganisation (→ Seite 14).

Neu ist das Transparenz-Ideal allerdings nicht. Es wird als neu empfunden, weil wir uns in einer Informationsgesellschaft wähen und seit dem 20. Jahrhundert Glas – als Sinnbild der Sichtbarkeit und Transparenz – in der Architektur und der Warenpräsentation allgegenwärtig ist. Schon in den 1920er Jahren schrieb Joseph Roth im Essay zur »Philosophie des Schau Fensters« »über die unheimliche Macht eines zerbrechlichen Fensterglases«: »Zu den Materien, die diese Welt beherrschen, gehört das Glas, das die Menschen scheidet als solche, die vor und andere, die hinter den Fenstern leben.« Das positiv besetzte Ideal hat Schattenseiten. Heute droht die »gläserne Gesellschaft«, in der jegliche Lebensäußerung sichtbar und überwacht wird.

Das Problem all dieser (Sprach)bilder: Sie verhindern nicht selten die Auseinandersetzung mit der Sache selbst. Sie formen Selbstverständlichkeiten, die es zu überdenken lohnt.

(Sprach)bilder verhindern nicht selten die Auseinandersetzung mit der Sache selbst. Sie formen Selbstverständlichkeiten, die es zu überdenken lohnt.

Fragwürdige Vereinbarung

»Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase« wird zwischen Krankenkassen und Heimträgern ausgehandelt

Wer in einer Pflege- oder Behinderteneinrichtung lebt, soll künftig motiviert werden, eine Patientenverfügung zu erstellen. Darauf zielt die »Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase«, die das Hospiz- und Palliativgesetz (HPG) als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen ermöglicht hat. Vorgaben für die Beratungs- und Planungspraxis sollen die Kassen bis Ende des Jahres mit den Verbänden der Heimträger vereinbaren. Höchste Zeit, auch über Risiken des neuen Angebots nachzudenken – und Alternativen zu diskutieren.

Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe können die Versorgungsplanung gemäß Paragraph 132g SGB V anbieten, sie sind aber nicht dazu verpflichtet. Ziel des neuen Instruments ist es, Therapieentscheidungen für einen medizinischen Notfall im Voraus mit den HeimbewohnerInnen zu besprechen und vorab festzulegen; diese Planung jenseits der konkreten Behandlungssituation gilt ausdrücklich auch für den Verzicht auf Therapien, die Leben retten könnten. Die nach der Beratung erklärten Vorstellungen der HeimbewohnerInnen sollen schriftlich dokumentiert werden und verbindlich sein.

Gelten HeimbewohnerInnen zum Zeitpunkt der Gespräche mit speziell geschulten BeraterInnen rechtlich als nicht mehr einwilligungsfähig, zum Beispiel Menschen mit Demenz oder geistiger Behinderung, sollen gesetzliche BetreuerInnen oder Bevollmächtigte den mutmaßlichen Willen ihrer Schutzbefohlenen stellvertretend und – ebenfalls auf Vorrat – schriftlich erklären. Ein solches Vorgehen ist allerdings, anders als die 2009 per Gesetz legitimierte Patientenverfügung, gesetzlich in Deutschland nicht klar abgesichert.

Details zur Umsetzung und die finanziellen Rahmenbedingungen der Innovation, die wir ja wiederholt kritisch beleuchtet haben (→ BIOSKOP Nr. 71, 75 +76), werden derzeit zwischen dem GKV-Spitzenverband der Krankenkassen und den Vereinigungen der Träger ausgehandelt – wie üblich geschieht das hinter verschlossenen Türen. Ein Entwurf der einschlägigen »Vereinbarung nach § 132g Abs. 3 SGB V« liegt der BIOSKOP-Redaktion aber vor.

Das Papier, Stand: 5. Mai 2017, ist fast 40 Seiten lang, auf Seite 1 wird festgestellt, dass mit dem neuen Angebot tatsächlich Neuland

betreten wird: »Es liegen – mit Ausnahme von einigen Projekten – keine Erfahrungen mit der gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase vor.« Erfahrungswerte fehlten insbesondere »mit Blick auf die Inanspruchnahme, die Anzahl der durchgeführten Beratungen je Beratungsprozess sowie die Dauer der Gespräche je Beratungsprozess.«

Geschulte BeraterInnen sollen auf neu aufgenommene HeimbewohnerInnen zugehen und, so der Vereinbarungsentwurf, ihnen »nach einer individuellen Eingewöhnungszeit« ein Gespräch über die Versorgungsplanung anbieten. Ob sie dieses Angebot annehmen wollen oder nicht, entscheiden die Adressaten und ihre rechtlichen VertreterInnen selbst – eine Pflicht zur Teilnahme gibt es nicht.

Wer mitmacht, soll mit Hilfe der Beratungen »Wünsche und Vorstellungen« klären, wie er oder sie medizinisch-pflegerisch versorgt werden möchte, wenn Situationen wie diese auftreten: Bewusstlosigkeit, Atemnot, Herzstillstand, anhaltender Zustand der Nichteinwilligungsfähigkeit. Dabei sollen die Beraterinnen auf »bestehende rechtliche Vorsorgeinstrumente« wie Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht hinweisen.

Beratungsumfang unklar

Wie viel Zeit die Beratung in Anspruch nehmen kann, steht nicht ausdrücklich im Entwurf der Vereinbarung. In einem Modellprojekt namens »beizeiten begleiten«, das vor einigen Jahren in vier Altenheimen in Grevenbroich durchgeführt wurde, dauerten die »Gesprächsbegleitungen« durchschnittlich 100 Minuten pro Bewohner. Die Bilanz der Studie: 60 von 74 Personen (Durchschnittsalter: 85 Jahre), mit denen BeraterInnen ein »Erstgespräch« geführt hatten, erstellten anschließend eine Vorausverfügung (→ BIOSKOP Nr. 76).

Der Beratungsprozess im Rahmen der Versorgungsplanung einschließlich der Willensäußerungen des Beratenen ist gemäß Vereinbarung schriftlich zu dokumentieren. Wird eine Patientenverfügung erstellt, sei »darauf zu achten, dass Beratung und Unterschrift nicht an einem Termin erfolgen sollten«. Zur Patientenverfügung soll ein Notfallbogen hinzugefügt werden, den ein Arzt unterschrieben hat. Und auch diese Vorgabe ist geplant: »Sofern die oder der Leistungsberechtigte nach dem Beratungsprozess keine schriftlichen Willensäußerungen

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

Analysen, Dokumente und Hintergründe

zur »Gesundheitlichen Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase« stehen auf der BioSkop-Homepage. In unserem Dossier »Freiwillige Zwangsberatung pro Therapieverzicht?« verweisen wir auch auf Quellen und Dokumente, die wir ausgewertet haben. Bitte www.bioskop-forum.de anklicken, dort die Rubrik »Dossiers« wählen – und den einschlägigen Link einfach weiterleiten an alle Menschen, die an fundierten Informationen interessiert sind.

treffen möchte, ist dies in der Dokumentation festzuhalten.«


Wird ein Heimbewohner ins Krankenhaus verlegt, muss die Einrichtung dafür sorgen, dass ihm eine Kopie der Beratungsunterlagen mitgegeben wird. Insgesamt habe die Einrichtung »darauf hinzuwirken, dass die regionalen Versorgungs- und Betreuungsanbieter die Ergebnisse der gesundheitlichen Vorausplanung beachten«, heißt es in dem Entwurf.

Ein Berater für 400 Bewohner?

Ein strittiger Punkt zwischen Krankenkassen und Heimträgern ist bisher offenbar, wie die Qualifizierung der BeraterInnen im einzelnen erfolgen soll. Der GKV-Spitzenverband schreibt, die einschlägige Weiterbildung solle mindestens 40 Einheiten theoretischen Unterrichts (»mit Diskussionen, Rollenspielen etc.«) umfassen, außerdem sechs Beratungsprozesse mit 24 Unterrichtseinheiten. Die Verbände der Leistungs-

erbringer meinen, die Qualifizierung sei auch in kürzerer Unterrichtszeit zu schaffen.

Auch Finanzierung und Vergütung sind bisher nicht abschließend geklärt. Eine wesentliche Bemessungsgröße für die Erstattung ist laut § 132g SGB V »die Zahl der durchgeführten Beratungen« durch qualifizierte MitarbeiterInnen. Wie es aussieht, wollen die Kassen aber für eine Übergangszeit bis zum 31.12.2021 eine »pauschale Vergütung« zahlen – weil noch schwer abschätzbar ist, wie viele Menschen sich überhaupt beraten lassen wollen.

Nach Vorstellungen des GKV-Spitzenverbands sollen die Kassen pro 50 Versicherte eine Aichtelpersonalstelle bezahlen müssen, rechnerisch wäre also ein Berater für 400 Heimbewohnerinnen zuständig. Bei seinen Kalkulationen geht der GKV-Verband davon aus, dass 85 Prozent der Versicherten in Pflegeeinrichtungen die Versorgungsplanung in Anspruch nehmen, in Behinderteneinrichtungen sollen 65 Prozent der BewohnerInnen mitmachen. 

Bitte Bescheid sagen!

Ob Patientenverfügungen geeignet sind, für Selbstbestimmung zu sorgen, wenn der erkrankte Verfasser seinen Willen nicht mehr selbst äußern kann, ist fragwürdig und gesellschaftlich umstritten – klar ist nach dem 2009 beschlossenen Gesetz zur Patientenverfügung aber: Niemand darf zur Abgabe einer solchen Erklärung gezwungen oder gedrängt werden, auch nicht beim Abschluss von Verträgen, etwa mit Pflegeheimen oder Versicherungen.

Informieren Sie uns, wenn und wo Sie mitbekommen (haben), dass der erklärte Anspruch des Gesetzgebers, Freiwilligkeit beim Umgang mit Patientenverfügungen sicherzustellen, in der Praxis womöglich nicht gelebt oder gar bewusst unterlaufen wird. Übermittelte Unterlagen wird BioSkop prüfen und sorgfältig weiter recherchieren – und darüber beizeiten berichten.

Bitte rufen Sie uns an oder mailen Sie Ihre Nachricht an info@bioskop-forum.de. Ihre AnsprechpartnerInnen sind Klaus-Peter Görlitzer (Telefon 040-43188396) und Erika Feyerabend (0201-5366706).

Tagung analysiert »Planung für die letzte Lebensphase«

Die »Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase«, ihre Inhalte, Risiken und mögliche Alternativen, werden im Rahmen einer öffentlichen Tagung am 23. September in Münster unter die Lupe genommen. Alle Interessierten sind herzlich willkommen!

Unter dem Titel »Zwischen Planungssicherheit und Sorgegesprächen« referieren Fachleute aus Alten- und Behindertenhilfe, Hospizen, Palliativmedizin und Betreuungsrecht; eine thematische Einführung geben BioSkoplerin Erika Feyerabend und Sabine Schäper, Professorin im Lehrgebiet Heilpädagogische Methodik und Intervention an der Katholischen

Hochschule (KatHO) in Münster. Gemeinsame VeranstalterInnen sind BioSkop, das Wiener Institut für Palliative Care und Organisationsethik und die Hospiz-Stiftung OMEGA Bocholt; Kooperationspartnerin ist das KatHO-Institut für Teilhabeforschung.


Die Pressemitteilung zur Tagung bringt auf den Punkt, worauf die neue Planung für die letzte Lebensphase gemäß § 132g SGB V zuallererst abzielt: Im Kern geht es darum, HeimbewohnerInnen und ihre gesetzlichen VertreterInnen zu veranlassen, den Verzicht auf medizinisch notwendige Therapien rechtsverbindlich vorab zu erklären – insbesondere für denkbare Notfälle, aber jenseits der konkreten Behandlungssituation.

Das neue Vorsorge-Instrument mag auf den ersten Blick attraktiv erscheinen: Die Einrichtungen erhoffen sich zusätzlich vergütete Arbeitsstunden und mehr Zeit für Gespräche; die BewohnerInnen erwarten, gut versorgt zu werden, auch wenn sie nicht mehr für sich selbst sprechen können.

Professorin Schäper sieht indes Bedarf für mehr Informationen und inhaltliche Auseinandersetzung. »Über solche Programme und auch über ihre Gefahren für Menschen mit geistiger Behinderung oder Demenz öffentlich und in den Einrichtungen zu diskutieren, halten wir für äußerst wichtig«,

erklärt die Sozialpädagogin und Theologin in der Mitteilung zur Tagung.

Und Inge Kunz von der Hospizvereinigung OMEGA Bocholt appelliert an Heimträger, Krankenkassen und Politik, vor allem den Pflegealltag in den Blick zu nehmen und endlich zu verbessern: »Statt über einfache Lösungen und Formulare müssen wir über die kritikwürdigen Verhältnisse in den Pflegeeinrichtungen und über eine Sorgeskultur sprechen, die diesen Namen verdient.«

Die Tagung findet am Samstag, 23. September, statt, von 10.00 bis 18.30 Uhr in den Räumen der Katholischen Hochschule NRW in Münster, Piusallee 89. Die Teilnahme ist auch ohne Anmeldung möglich, das Programm steht auf www.bioskop-forum.de. Mehr Infos bei BioSkop, Telefon (0201) 5366706. 

»Über eine Sorgeskultur sprechen, die diesen Namen verdient.«

sterbehilfe-debatte.de

Die »Interessengemeinschaft Kritische Bioethik Deutschland« hat ihr Internetportal www.sterbehilfe-debatte.de erweitert und neu gestaltet. Webmaster Christian Frodl, der auch Koordinator der Interessengemeinschaft ist, möchte die wichtigsten Debatten und Entwicklungen übersichtlich abbilden – die Bandbreite reicht von menschenwürdiger Pflege über Palliativmedizin und Hospizarbeit bis zur Auseinandersetzung um Patientenverfügungen, Sterbehilfe und Suizidbeihilfe. Informiert wird zudem

über die Euthanasie-Verbrechen während der Nazi-Herrschaft in Deutschland.

Das Infoportal bietet einführende Texte und Themen-Dossiers. Eine virtuelle Fundgrube schaffen die unzähligen Links, die zu vielfältigen Quellen und Dokumenten im Internet führen, zum Beispiel: Gesetzestexte, Parlamentsdrucksachen, Positionspapiere von Initiativen, Verbänden, Interessengruppen, Broschüren, Flyer, Medienmitteilungen. Presseschauen mit ausgewählten Artikeln erleichtern Einblicke in die aktuelle und frühere Berichterstattung; außerdem gibt es Literaturtipps und eine Adressenliste. ☺

Bündnisse für mehr Klinikpersonal

In mehreren Städten haben sich Pflegekräfte, PatientInnen, Gewerkschafter und Krankenversicherte in neuen Bündnissen organisiert – gemeinsames Ziel: mehr Personal im Krankenhaus!

Mitte September erreichte BioSkop ein Aktionsaufruf des frisch gegründeten Düsseldorfer Bündnisses für mehr Personal im Krankenhaus. Der Aufruf ist eine Solidaritätsbekundung, die BioSkop gern unterzeichnet: »Wir unterstützen die Forderungen der Beschäftigten der Krankenhäuser in Düsseldorf und fordern die Landesregierung auf, endlich zu handeln.« Im Kern wird verlangt, »dass genug Personal für die anstehenden Arbeiten fest einkalkuliert werden muss« – die rechtlichen Voraussetzungen dafür soll ein »Tarifvertrag Entlastung« schaffen, den die Gewerkschaft Ver.di mit den Arbeitgebern der Uniklinik Düsseldorf aushandeln möchte.

Dass Handlungsbedarf besteht, verdeutlichen die schlechten Arbeitsbedingungen (→ Seite 8), die der Aufruf anschaulich schildert: »Personalmangel herrscht in allen Bereichen – von der Küche bis zur Pflege. Überall fehlen KollegInnen: eine Pflegekraft für 14 PatientInnen am Tag, eine für manchmal mehr als 40 in der Nacht. Immer mehr Quadratmeter, die von immer weniger KollegInnen zu reinigen sind.«

Bessere Arbeitsbedingungen und Hygiene in den Kliniken sind auch gut für die PatientInnen, die »auf zeitnahe, bedarfsgerechte, kompetente und freundliche Behandlung und Versorgung« hoffen, erläutert der Aufruf.

Bündnisse mit Forderungen wie in Düsseldorf gibt es auch in anderen deutschen Städten, zum Beispiel in Berlin, Bremen, Freiburg und Hamburg. Ein guter Überblick über Argumente und Aktionen steht auf der Internetseite des Hamburger Bündnisses: www.pflegenotstand-hamburg.de ☺

»Abwehr oder Vorsorge?«

Mitte Mai, fast zwei Monate vor dem Hamburger G-20-Gipfel der Regierungschefs, trafen sich die Gesundheitsminister der mächtigsten Staaten. Anlass für die Deutsche Plattform für Globale Gesundheit (DPGG), ein »Umdenken in der globalen Gesundheitspolitik« zu fordern.

Die DPGG ist ein Bündnis zahlreicher Organisationen, darunter attac, Brot für die Welt, medico, BUKO Pharma-Kampagne, Gewerkschaft Ver.di und die ÄrztInnenorganisationen IPPNW, Mezis und vdää.

Ein Negativ-Beispiel sei die Ebola-Epidemie in Westafrika. Sie habe gezeigt, so die DPGG, »wie die Destabilisierung der betroffenen Länder durch unfaire Handelsbeziehungen, postkolonialen Raubbau und die systematische Abwerbung von medizinischem Fachpersonal zum Ausbruch der Epidemie beiträgt«.

»Widersprüchlich«

Zum »Kampf gegen Antibiotika-Resistenzen«, den die G20-Gesundheitsminister führen wollen, erklärte die DPGG, allein mit medizinisch-technischen Ansätzen werde dies nicht gelingen. »Es ist widersprüchlich«, so Christian Wagner-Ahlf von der BUKO Pharma-Kampagne, »wenn die Gesundheitspolitik sich bemüht, den Antibiotikaeinsatz zu reduzieren, und andererseits die Agrarpolitik auf Massenproduktion und globale Exporte setzt. Besser sollten regionale Erzeugerstrukturen gefördert werden, die die Tiergesundheit in den Vordergrund stellen.«

Alternative »Lösungsansätze« wurden im Rahmen der DPGG-Tagung »Abwehr oder Vorsorge? – Die G20 und die globale Gesundheit« am 15. Mai in Berlin diskutiert. Die Tagungsdokumentation steht zum Download bereit: www.plattformglobalesundheit.de ☺

»Erreger machen Karriere«

Die BUKO-Pharma-Kampagne hat eine eigene Theatergruppe. Sie nennt sich *Schluck & weg* und tourt einmal im Jahr durch Deutschland. Unter dem Titel »Erreger machen Karriere« führen die LaienschauspielerInnen in diesem Herbst eine, wie sie selbst schreiben, »skurrile Komödie« auf. Das Thema ist ernst: Es geht um die Tuberkulose (TB), die in armen Ländern weit verbreitet ist, jährlich sterben fast zwei Millionen Menschen an der bakteriellen Infektionskrankheit. Die Vereinten Nationen haben erklärt, TB bis 2030 auszurotten, und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat einen detaillierten Aktionsplan zur Bekämpfung beschlossen. Doch die Umsetzung erfolge »nur zögerlich«, kritisiert die BUKO Pharma-Kampagne. Hinzu kommt: Antibiotika-Resistenzen machten TB, die meist die Lunge befällt, »vielerorts wieder unbehandelbar«. Das Stück von *Schluck & weg* stützt sich auch auf epidemiologische Daten und beleuchtet medizinische, politische und soziale Ursachen der »Armutskrankheit«. Die Straßentheater-Tournee führt durch mehrere deutsche Städte, sie startet am 18. September im westfälischen Hamm und endet am 30. September in Münster. Alle Auftrittsorte und -zeiten stehen auf der Website: www.bukopharma.de

»Strukturelle Probleme«

Das BGH-Urteil zum Göttinger Transplantationsprozess wirft viele Fragen auf – Einschätzungen des Juristen Heinrich Lang

BIOSKOP-Interview

Nicht strafbar

Am 28. Juni bestätigte der Bundesgerichtshof in Leipzig das Urteil des Landgerichts Göttingen, das den früheren Leiter der Göttinger Transplantationschirurgie im Mai 2015 freigesprochen hatte (→ BIOSKOP Nr. 70). Das Landgericht hatte sechs »Manipulationsfälle« festgestellt. Mit falschen Angaben gegenüber der Organverteilungsstelle Eurotransplant hatte der Arzt die Aussichten seiner Patienten auf Zuteilung einer Leber erhöht. Auch hatte er zwei Alkoholranke, die noch nicht sechs Monate abstinent lebten, in die Warteliste aufgenommen. Dies verstieß gegen die zur Tatzeit geltenden Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK). Der BGH bestätigte nun: Die Manipulationen hätten die Chancen anderer wartender Patienten wohl verringert. Strafbar sei dies aber nicht gewesen, da der Arzt »nicht mit Tötungs- oder Körperverletzungsvor-satz« gehandelt habe. Auch der Verstoß gegen die BÄK-Richtlinien wirkt laut BGH »nicht strafrechtsbegründend«, da es im Transplantationsgesetz »keine hinreichend bestimmte gesetzliche Ermächtigung« dazu gebe. Der Freigesprochene, der vor seiner Göttinger Zeit am Regensburger Uniklinikum transplantiert hatte, konnte Anfang September erneut aufatmen. Die Staatsanwaltschaft Regensburg, die in 43 ähnlichen Verdachtsfällen ermittelt hatte, gab die Einstellung des Verfahrens bekannt.

Der fünfte Strafsenat des Bundesgerichtshofs hat den Freispruch eines Arztes im Göttinger Transplantationssskandal bestätigt, der Prozess gegen den Mann ist damit strafrechtlich abgeschlossen. Die Debatte über mögliche Konsequenzen aus dem Urteil des BGH (Az.: 5 StR 20/16) vom 28. Juni steht dagegen erst am Anfang. Brisant sind vor allem die Ausführungen des BGH zu Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) für die Organverteilung: Das höchste deutsche Strafgericht bewertet sie als »nicht strafrechtsbegründend«. Die letzte Entscheidung in existentiellen Fragen müsse beim Gesetzgeber liegen, sagt Heinrich Lang, Professor für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht an der Universität Greifswald. Lang, Mitverfasser eines Standardkommentars zum Transplantationsgesetz, äußerte sich im Interview mit der Hamburger Journalistin Martina Keller, die den Göttinger Prozess beobachtet hatte.

BIOSKOP: Der Bundesgerichtshof (BGH) hat in seiner Entscheidung die Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) teils für verfassungswidrig erklärt. Was folgt daraus?

HEINRICH LANG: Zunächst eigentlich nichts. Der BGH hat grundsätzlich nur über die Strafbarkeit des manipulierenden Arztes entschieden. Wofür man dem BGH aber dankbar sein muss: Er hat klar gemacht, dass er die Zweifel des Landgerichts Göttingen an der Rechtmäßigkeit der BÄK-Richtlinien zur Organverteilung teilt. Damit ist er dieser schwierigen Frage nicht wie etliche Gerichte vorher ausgewichen.

BIOSKOP: Gerichte hatten sich vor einer Stellungnahme gedrückt?

LANG: Beim Transplantationsgesetz existiert offenbar eine Art von Rechtsschutzverweigerung: Die Gerichte sagen meist nur etwas dazu, ob eine Klage zulässig ist und beantworten die eigentliche, materielle Frage nicht. Ein Beispiel: Am Klinikum München Großhadern hatte der Ehemann einer Frau, die auf eine Nierentransplantation wartete, eine unfreundliche E-Mail geschrieben. Daraufhin meldete die Klinik die Patientin bei Eurotransplant als nicht transplantabel. Diese Entscheidung war offenkundig rechtswidrig. Die Frau klagte dagegen vor dem Verwaltungsgericht München. Aber das Gericht erklärte die Klage für nicht zulässig, weil der Klägerin das so genannte »Fortsetzungsfeststellungsinteresse« fehle – die Frau war nach vier Monaten der Ungewissheit an einem anderen Zentrum transplantiert worden. So sah es auch der Verwaltungsgerichtshof München und letztlich auch das gegen die Entscheidungen angerufene Bundesverfassungsgericht. Keines der Gerichte äußerte sich zu der eigentlich interessierenden Frage, ob man mit Patienten so umspringen darf.

BIOSKOP: Was folgt auf längere Sicht aus der Entscheidung des BGH?

LANG: Ich habe keine Glaskugel, ich weiß nicht, welche Überlegungen derzeit angestellt werden. Da der BGH Ende August seine Entscheidungsgründe bekannt gegeben hat, wird vermutlich ein Streit darum entbrennen, was er genau gesagt hat. Aber ich kann mir kaum vorstellen, dass die Bundesärztekammer auch die Entscheidung des BGH ignoriert. Zuvor hatte ja schon das Landgericht Göttingen, wie übrigens etliche Verfassungsrechtler auch, gesagt, die Richtlinien seien etwa im Hinblick auf die Alkoholkarenzregel verfassungswidrig – nach dieser Regel durfte ein Alkoholkranker erst dann auf die Warteliste für die Transplantation, wenn er sechs Monate keinen Alkohol mehr konsumiert hatte. Die Richtlinien sind im übrigen auch deshalb angreifbar, weil sich die Frage stellt, ob die BÄK hinreichend demokratisch legitimiert ist, sie festzulegen.

BIOSKOP: Der ärztliche Direktor der Universitätsklinik Leipzig, Wolfgang Fleig fordert dennoch, dass alle Zentren die Richtlinien penibel befolgen müssen. Diese Vorgabe könne man nicht ignorieren, nur weil der BGH juristische Fragen aufgeworfen habe.

LANG: Das ist aus juristischer Sicht unhaltbar. Immerhin bestätigt der Strafsenat ja das Urteil des Landgerichts Göttingen, und das hat in Bezug etwa auf die Regelung zur Alkoholkarenz explizit einen Verstoß gegen den Grundsatz der Lebenswertindifferenz festgestellt – demnach ist die Unterscheidung zwischen mehr und weniger »lebenswertem« Leben mit der Menschenwürde und dem Lebensrecht nicht vereinbar. Konkret heißt das: Ein Alkoholiker hat den gleichen Anspruch auf Rettung wie ein anderer Patient, der sich nicht durch Alkohol selbst schädigt und

► der mit einem neuen Organ vielleicht länger leben würde als der Alkoholiker. Todesnähe macht nicht rechtlos.

BIOSKOP: Aber die Transplantationsmedizin muss doch priorisieren, es muss doch Verteilungsregeln geben, einfach weil nicht für jeden Schwerekranken, der in die Warteliste aufgenommen wurde, ein Organ verfügbar ist.

LANG: In der Tat verwaltet das Organverteilungssystem lediglich den Mangel, dieses Grundproblem lässt sich juristisch nicht lösen, das wird mit der Transplantationsmedizin verbunden bleiben und wirft schwierige Fragen auf.

BIOSKOP: Sollten Patienten beispielsweise ihr Recht auf ein Organ künftig vor Gericht einklagen können?

LANG: Damit wir uns nicht missverstehen: Es gibt kein Recht auf ein Organ. Sie können allerdings darauf klagen, dass sie im Rahmen der bestehenden Verteilungsregeln gleich behandelt werden. Aber es gibt da keine Kontrollinstanz, und das ist einer der großen Webfehler des Transplantationsgesetzes. Mitunter wird argumentiert, es sei gut, dass die Entscheidung über die Organvergabe in der ärztlichen Selbstverwaltung bleibe, aber dieses Argument liegt juristisch neben der Sache. Es geht ja bei Allokationsentscheidungen weder um ärztliche Selbstverwaltung noch um rein medizinische Entscheidungen, sondern um Gerechtigkeitsüberlegungen.

BIOSKOP: Aber sind Gerichtsverfahren bei dem Zeitdruck in der Transplantationsmedizin überhaupt praktikabel?

LANG: Das Argument, der Zeitdruck sei zu groß, hat mich nie überzeugt. Wenn Sie zum Beispiel das Demonstrationsrecht nehmen, dort muss ein Verwaltungsgericht bisweilen auch innerhalb von Stunden entscheiden, ob eine Demonstration durchgeführt werden darf oder nicht. Zudem geht es nicht nur um die Organvergabe selbst, sondern auch um die Entscheidung, die ihr vorausgeht – die Aufnahme auf die Warteliste. Da wäre es sinnvoll gewesen, der Gesetzgeber hätte Gerichte für zuständig erklärt und zum Beispiel darauf hingewirkt, dass spezialisierte Kammern gebildet werden, in denen auch Kompetenz anwächst. Die Transplantationsmedizin ist zwar nur kleiner Bereich, aber es geht um existentielle Entscheidungen, um Entscheidungen über Leben und Tod.

BIOSKOP: Die Entscheidungen trifft Eurotransplant, und Eurotransplant, angesiedelt in der niederländischen Stadt Leiden, ist keine nationale Institution.

LANG: Es ist in der Tat ein Problem, dass Eurotransplant im Ausland liegt und seine Beauftragung wohl verfassungswidrig ist. Ich plädiere nicht zwingend dafür, dass Deutschland den Eurotransplantverbund verlässt. Einen größeren Spender- und Empfängerpool zu bilden macht medizinisch Sinn, und Deutschland hat immer von dem Verbund profitiert, weil die Organspendequote hierzulande sehr gering ist. Man müsste aber die verfassungsrechtlichen Voraussetzungen schaffen – im Moment sind sie nicht gegeben.

BIOSKOP: Gibt es im Ausland ein Gesetz, das Vorbild für Deutschland sein könnte?

LANG: Als das deutsche Transplantationsgesetz 1997 geschaffen wurde, war in der Juristenszene gerade Privatisierung en vogue: Der Staat wollte das verfassungsgemäß Gebotene durch das Engagement Dritter, Privater

verwirklichen. Das Konzept »regulierter Selbstregulierung«, wie Juristen das nennen, in der Transplantationsmedizin war so wohl auch dem Zeitgeist geschuldet. Und es ist ja auch in Ordnung, den Sachverstand der Zivilgesellschaft abzuschöpfen, nur muss die letzte

Entscheidung in existentiellen Fragen beim Gesetzgeber liegen. Leider war die Umsetzung in Deutschland äußerst mangelhaft. Die Schweiz hat vorgemacht, wie es besser geht: Der Gesetzgeber hat klare Kriterien benannt, zum Beispiel enthält das Schweizer Gesetz ein expliziertes Diskriminierungsverbot. Es wird aber auch beschrieben, was es zu berücksichtigen gilt, etwa die Wartezeit, die ja ein Gerechtigkeitskriterium ist – aus medizinischer Sicht gibt es keinen Grund, einen Patienten warten zu lassen. Und was ganz wesentlich ist: Das Schweizer Gesetz regelt Aufsicht und Rechtsschutz, beides fehlt in Deutschland.

BIOSKOP: Sind mit der Entscheidung des BGH die noch laufenden Ermittlungen gegen andere deutsche Transplantationszentren hinfällig?

LANG: Das kann ich nicht genau sagen, dazu kenne ich den Stand der Ermittlungen und die Sachverhalte zu wenig. Aber ich glaube, der Totschlagsvorwurf ist ganz grundsätzlich nicht das adäquate Instrument, um die strukturellen Probleme der Transplantationsmedizin zu lösen. ●

Weckruf für den Gesetzgeber

Bei der Bundesärztekammer (BÄK) gibt es eine Ständige Kommission Organtransplantation. Deren Aufgabe ist es vor allem, Richtlinien für die Vermittlung und Verteilung von Organen zu erarbeiten. Vorsitzender der Kommission ist Hans Lilie, Professor für Strafrecht an der Universität Halle-Wittenberg. Ende Juni äußerte er sich zum Urteil des Bundesgerichtshofs, der ja die BÄK-Richtlinien ganz grundsätzlich in Frage gestellt hat. Laut Website des *Deutschen Ärzteblattes* sagte Strafrechtler Lilie, was man so bisher nicht öffentlich von der BÄK gehört hatte: »Es wäre gut, wenn im Transplantationsgesetz klargestellt würde, dass Verstöße gegen die Richtlinien der Bundesärztekammer für Körperverletzungsdelikte strafbewehrt sind.« Wenn Mediziner die BÄK-Richtlinien missachten und dadurch Patienten auf der Warteliste zu Unrecht nach hinten geschoben werden, müsse dies künftig als Straftat gelten, empfiehlt Lilie. Ob der Bundestag in der kommenden Legislaturperiode tatsächlich eine solche Gesetzesänderung beraten und beschließen wird, ist ungewiss. In den Wahlprogrammen von CDU/CSU, SPD, Linken, Grünen und FDP findet sich dazu jedenfalls kein Wort. Anzupacken ist noch viel mehr: Auf den Prüfstand des Gesetzgebers gehören auch Strukturen, Verantwortlichkeiten und Akteure, die im schwer durchschaubaren deutschen Transplantationsystem nach wie vor herrschen. Seit Jahren fordern diverse Fachleute, zumindest die Kriterien zur Aufnahme auf Organwartelisten gesetzlich klar zu definieren und die Zuteilung der Transplantate in staatliche Verantwortung zu übergeben. Das BGH-Urteil ist ein Weckruf für Bundestag, Bundesrat und Öffentlichkeit.

Kampf für mehr Pflegekräfte

Ver.di fordert gesetzlich fixierte Personalschlüssel in Kliniken – und will diese zunächst per Tarifvertrag durchsetzen

Günter Busch (Reutlingen), bis 2014 stellvertretender Landesbezirksleiter der Gewerkschaft Ver.di in Baden-Württemberg

Wegweisender Vertrag?

Das Berliner Universitätsklinikum Charité und die Gewerkschaft Ver.di haben gemeinsam Tarifgeschichte geschrieben: Ende April 2016 unterzeichneten sie den »Tarifvertrag Gesundheitsschutz und Demografie«, der erstmals auch verbindliche Personalschlüssel für Pflegekräfte vereinbarte. Vorausgegangen war ein hartnäckiger Kampf, an dem sich viele der 4.300 in der Pflege Beschäftigten beteiligt hatten. Sandra Scheeres (SPD), bis Ende 2016 noch Berliner Wissenschaftssenatorin und Aufsichtsratsvorsitzende der Charité, erklärte nach dem Tarifabschluss: »Die Pflegekräfte in Deutschland stehen unter großer Belastung. Daher ist die Einigung an der Charité wegweisend und beispielgebend.«

Die gute Stimmung ist mittlerweile gewichen. Ver.di hat den Tarifvertrag zum 30. Juni 2017 auslaufen lassen, weil die Klinikleitung ihn unterlaufe habe und die Unterbesetzung der Pflege andauere.

Die Klinikleitung gibt an, »mehr als 250 zusätzliche Pflegekräfte eingestellt« zu haben. Gleichzeitig räumte sie am 7. August in einer Pressemitteilung ein, es sei ihr »noch nicht gelungen, alle von der Charité budgetierten Stellen zu besetzen«. Am 8. August folgte dann ein »Aktionsstreik«-Tag an der Charité. Die Auseinandersetzung um die Verbesserung der Personalsituation dauert an.

Stationen werden zeitweise geschlossen, Intensivbetten nicht mehr belegt – es ist offensichtlich: In deutschen Krankenhäusern fehlen Pflegekräfte. Die Arbeit ist wenig attraktiv, die Belastung zu hoch, die Bezahlung zu niedrig. Von der herrschenden Politik, die das System der Fallpauschalen etabliert hat, ist Besserung nicht zu erwarten. Die Gewerkschaft Ver.di fordert gesetzlich festgelegte Personalschlüssel in der Krankenpflege – und will diese zunächst per Tarifvertrag durchsetzen.

Ver.di geht von etwa 70.000 fehlenden Pflegestellen aus, über alle Berufsgruppen hinweg fehlen 162.000 Kräfte. Der Deutsche Pflegerat beziffert die Lücke auf 92.000 fehlende PflegerInnen. Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft gesteht eine Pflegelücke ein; sie will aber eine bessere Finanzierung, die jedes Haus nach eigenen Vorstellungen nutzen kann – auch für mehr Personal.

Gegen die Forderung nach mehr Personal und mehr Stellen an sich regt sich kein Widerstand. Zu offensichtlich sind die Fakten. Seit 1995 stiegen die Belastungen pflegerischer Tätigkeiten um über 50 Prozent: durch steigende Fallzahlen, mehr Patienten, eine sinkende Zahl von Pflegevollkräften und einem zunehmenden Schweregrad pro Fall sowie mehr ambulante Behandlungen für die leichteren Fälle. Bei der Anzahl von PatientInnen pro Pflegekraft ist Deutschland europäisches Schlusslicht: 10,3 PatientInnen müssen im Durchschnitt von einer Pflegekraft versorgt werden, in Großbritannien sind es 7,7 und in den Niederlanden 4,9.

Es ist inzwischen auch anerkannt, dass Heilungschancen und Sterberaten nicht nur von ärztlichen Leistungen, Medikamenten und Apparaten abhängen, sondern auch von der Pflege. Das alles ist untersucht und seit Jahren bekannt. Geändert hat sich nichts, zumindest nichts Wesentliches.

Die grundlegende Veränderung der Krankenhausfinanzierung – weg von der Selbstkostendeckung und individuellen Krankenhausbudgets hin zu Festpreisen für diagnostizierte Fälle (DRG) – markiert den Beginn der Ökonomisierung der stationären Gesundheitsversorgung. Politisch gewollt bei der Einführung der DRG war nicht nur der Abbau von Fehlsteuerungen bei der Selbstkostendeckung wie lange Verweil-

dauern, sondern insgesamt die Restrukturierung des stationären Bereichs. Politisch gewollt waren Bettenabbau, Klinikschließungen und Erbringung von Leistungen mit weniger Personal. Dieser Prozess, initiiert vor über 15 Jahren, ist noch nicht abgeschlossen.

Ziel war und ist die Begrenzung der Lohnnebenkosten als Teil einer angebotsorientierten Wirtschaftspolitik. Der Beschluss zur DRG-Einführung fiel zeitlich zusammen mit der Einführung eines Niedriglohnssektors durch die Hartz-Gesetze.

Die DRG's selbst sind allerdings kein Preissystem, sondern werden dies erst in Verbindung mit den in Eurobeträgen ausgewiesenen Landesbasisfallwerten. Diese sind regelmäßig zu niedrig kalkuliert, so dass zwischen 30 und 50 % aller Krankenhäuser rote Zahlen schreiben und die Defizite von den Trägern übernommen werden müssen.

Um die Defizite abzubauen, greifen die Klinikleitungen bei einem Personalkostenanteil von 60 bis 65 % des Gesamthaushalts eines Krankenhauses zwangsläufig zum Mittel des Personalabbaus und der Personal-

kostensenkung durch Outsourcing. Dies ist auch überall geschehen – mit Ausnahme des ärztlichen Bereichs, der personell zulegen konnte, weil es die ärztlichen Diagnosen sind, die zur Auslösung von DRG's führen.

Kostendruck kann bei Humandienstleistungen nur begrenzt durch Rationalisierung aufgefangen werden. Eine bessere Gebäudeinfrastruktur für effektivere Arbeitsabläufe und kostengünstigere Behandlungs- und Pflegemethoden sind mit vorwiegend technischer Rationalisierung im industriellen Bereich nicht vergleichbar.

Menschliche Zuwendung, Gespräche, ganzheitliche Pflegekonzepte können unter dem gestiegenen Arbeitsdruck immer weniger realisiert werden. In den Forderungsdiskussionen zu den gewerkschaftlichen Tarifrunden taucht das auf: Eine angemessene Bezahlung wird für die anspruchsvolle Tätigkeit zwar als wichtig angesehen, aber mindestens gleichwertig ist die Forderung nach mehr Personal zum Abbau der hohen Arbeitsbelastungen und zur Ermöglichung einer humaneren, den kranken Menschen mehr zugewandten Pflege.

Das Fallpauschalen-System behandelt alle Krankenhäuser bei der Vergütung ihrer Leistun- ➔

Politisch gewollt waren
Bettenabbau, Klinik-
Schließungen und
Erbringung von Leistungen
mit weniger Personal.

gen gleich. Zusätzliche Kosten einzelner Krankenhäuser, die durch einen besseren Personalschlüssel oder eine bessere Bezahlung entstehen, müssen entweder an anderen Stellen durch vermehrtes Outsourcing und Konzentration auf finanziell lukrativere Fälle eingespart oder durch die Träger zusätzlich finanziert werden. Eine Reform des DRG-Systems oder dessen Ersatz durch eine andere Form der Krankenhausfinanzierung ist – mit Ausnahme der Linken – mit den im Bundestag vertretenen Parteien derzeit nicht zu machen.

Die von Ver.di benannten 162.000 zusätzlichen Stellen als Mindestausstattung würden überschlägig die Krankenhausaufgaben um rund zehn Milliarden Euro pro Jahr erhöhen. Die zusätzlichen Kosten müssten nach jetzigem Verfahren von den Krankenkassen bezahlt werden, die sie durch eine Erhöhung der Krankenkassenbeiträge refinanzieren würden. Da der Beitragsanteil der Arbeitgeber gedeckelt ist, müssten die abhängig Beschäftigten mit einer erheblichen Erhöhung ihrer Zusatzbeiträge rechnen, wird nicht gleichzeitig die Parität bei der Aufbringung der Beiträge wiederhergestellt.

Zur Finanzierung könnten auch erst einmal die Gelder aus dem Gesundheitsfonds eingesetzt werden. Doch die

wären schnell aufgebraucht. Alternativ könnten die Kosten für zusätzliches Personal auch aus Steuern bezahlt werden. Dem stehen die Schuldenbremse und der Verzicht auf Steuererhöhungen, etwa bei der Besteuerung hoher Vermögen, entgegen. Auch dieser Weg ist von der politischen Mehrheit nicht gewollt.

Bleibt die gewerkschaftliche Handlungsoption der Tarifautonomie. Zunächst wollte es Ver.di in den Jahren nach 2010 mit einer »Geleitzugsstrategie« versuchen. Die bundesweit als Träger von Krankenhäusern dominierenden Kommunen und Länder sollten Vorreiter werden für einen Tarifvertrag zur Verringerung von Belastungen und für mehr Personal, den dann die übrigen freigemeinnützigen, kirchlichen und privaten Einrichtungen als neuen Standard ebenfalls anwenden würden.

Der Geleitzugsansatz scheiterte letztlich an vier Punkten: sehr unterschiedliche Organisationsgrade und Konfliktbereitschaften an den Krankenhäusern; eine nur geringe Organisationsbereitschaft der Pflege als hauptbetroffener Berufsgruppe; Fehlen eines Arbeitgeberverbandes als Verhandlungspartner, stattdessen sehr unterschiedliche Trägerstrukturen in den Bundesländern: in Nordrhein Westfalen befinden sich über 60 % der Krankenhäuser in kirchlicher Trägerschaft ohne Tarifverträge; in den neuen Bundesländern und im Norden überwiegen

private Krankenkassenketten mit teils abgesenkten Tarifen; konkrete Gefahr eines Verkaufs öffentlicher Krankenhäuser an private Konzerne, um aus der Tarifbindung herauszukommen.

Nächster Versuch war der politische Weg. Durch betriebliche Aktionen und Bündnisse im zivilgesellschaftlichen Raum und mit Verbänden sollte der Druck auf die Politik erhöht werden. Vielfältige Aktionsformen, Kampagnen und Demonstrationen, politische Lobbyarbeit auf Bundesebene und über die Länderparlamente sollten das Thema der gesetzlichen Personalbemessung stärken.

Vorläufig letzter Schritt dieser Lobbyarbeit war eine über die SPD erfolgte Mitarbeit von Ver.di in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Reform der Krankenhausfinanzierung 2014/15. Die Bedeutung des Themas wurde zwar anerkannt, aber der Leiter dieser Arbeitsgruppe, der CDU-Politiker Jens Spahn, verhinderte konkrete Festlegungen zum Personal. Die AG flüchtete

sich in vage Formulierungen. Zumindest konnte die Einsetzung einer Expertenkommission »Pflegepersonal im Krankenhaus« erreicht werden.

Die Kommission legte am 7. März 2017 ihren Abschlussbericht vor, am 5. April erklärte Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) laut

Pressemitteilung: »Eine gute Pflege und Versorgung im Krankenhaus kann nur mit einer angemessenen Personalausstattung gelingen. (...) Mit verpflichtenden Pflegepersonaluntergrenzen in Krankenhausbereichen, in denen dies besonders notwendig ist, stärken wir die Patientensicherheit und verbessern zudem die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte im Krankenhaus.«

Was sich zunächst als Schritt in die richtige Richtung anhört, erweist sich bei der Konkretisierung als Mogelpackung. Die Umsetzung des Ziels wird denjenigen überlassen, die bisher schon nichts getan haben: den gesetzlichen und privaten Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Diese sollen sich bis Mitte 2018 vertraglich einigen; wenn sie es nicht schaffen, soll es zum 1. Januar 2019 eine Rechtsverordnung des Ministeriums dazu geben.

Zu den Mindestinhalten einer solchen Vereinbarung und einer möglichen Rechtsverordnung wird nichts gesagt, ebenfalls nichts zum Kostenvolumen und zur Kostentragung. Wird in Zukunft für einige pflegeintensive Fälle der Pflegeaufwand in die DRG's eingerechnet, ohne dass gleichzeitig dafür zusätzliches Geld fließt, droht eine Verschiebung der Kosten: Wenige Diagnosen werden besser vergütet, für die anderen sinkt dagegen der Geldbetrag für die entsprechenden Fallpauschalen. Offensichtlich sollen die nötigen Mittel über die Krankenkassen von

Was sich zunächst als Schritt in die richtige Richtung anhört, erweist sich bei der Konkretisierung als Mogelpackung.

Spannende Studie

Die Hans-Böckler-Stiftung (HBS) ist das Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des Deutschen Gewerkschaftsbunds. Sie publiziert auch den Info-Dienst *Böckler Impuls*, der prägnant über Studien aus dem Bereich Arbeit, Soziales und Gesundheit berichtet. Ausgabe 3/2017 präsentierte spannende Ergebnisse der Hannoveraner WissenschaftlerInnen Michael Simon und Sandra Mehmecke: »Rechtliche Vorgaben für die Personalbemessung in der Krankenpflege sind international verbreitet«, brachte der *Böckler Impuls* die Botschaft der 156-seitigen Studie auf den Punkt, die von der HBS gefördert wurde. Am »stärksten ausgeprägt« sei die Regulierung in den USA und Australien; die Ansätze von dort und aus weiteren Staaten böten »eine Fülle von Anregungen«, wie eine »angemessene Personalausstattung« auch in deutschen Krankenhäusern realisiert werden könnte. Laut *Böckler Impuls* halten die AutorInnen der Studie es für am aussichtsreichsten, verbindliche Personalschlüssel per Gesetz festzuschreiben und entsprechenden »Druck auf die Politik« aufzubauen. »Die gesetzlichen Vorgaben in den USA und Australien«, erläutert *Böckler Impuls* mit Blick auf die Forschungsergebnisse, »seien auf Kampagnen der in Gewerkschaften und Berufsverbänden organisierten Pflegekräfte zurückzuführen«.

Die Studie *Nurse-to-Patient-Ratios*: Ein internationaler Überblick über staatliche Vorgaben zu einer Mindestbesetzung im Pflegedienst der Krankenhäuser erschien im Februar 2017. Sie steht auf der Website der Hans-Böckler-Stiftung: bit.do/impuls0657

Fortsetzung nächste Seite ▶

Pflegen kann krank machen!

Rund eine Million Menschen arbeiten hierzulande in der Krankenpflege, weitere 500.000 in der Altenpflege. Viele sind vergleichsweise häufig krank.

Der Dachverband der Betriebskrankenkassen (BKK) präsentierte im Juli seinen Gesundheitsatlas 2017 – mit Zahlen, die alarmieren müssen: »Die Datenanalysen«, so die BKK-Mitteilung, »belegen, dass besorgniserregend viele Pflegekräfte aufgrund der Arbeitsbedingungen einen kritischen Gesundheitszustand haben.«

Wer in Pflege- und Altenheimen arbeitet, sei im Schnitt rund 24 Tage im Jahr krank geschrieben, die durchschnittliche Fehlzeit aller Berufstätigen liege dagegen bei 16 Tagen. Dabei betonen die Betriebskrankenkassen, dass fast jeder dritte Beschäftigte in der Altenpflege (32,9 %) nur ein befristetes Arbeitsverhältnis habe. Weibliche Beschäftigte in Pflegeheimen seien »doppelt so lange seelisch krank wie der Durchschnitt der Arbeitnehmer« (4,6 Krankentage), vergleichsweise häufig

werde auch »körperlicher Verschleiß« diagnostiziert: »Aufgrund von Muskel- und Skelettkrankheiten« sind Altenpflegerinnen durchschnittlich sieben Tage im Jahr krank geschrieben, etwa doppelt solange wie berufstätige Frauen insgesamt. »Ausbaufähig« findet der BKK-Dachverband die betriebliche Gesundheitsförderung, bei einer Befragung unter Pflegekräften sagten weniger als die Hälfte, dass solche Angebote in ihren Unternehmen existierten.

»Flucht aus dem Beruf«

Die Erkenntnisse der Betriebskrankenkassen kommentierte der Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) mit einer anschaulichen Pressemitteilung (Siehe Randbemerkung). Dabei forderte der DBfK »erneut« alle Verantwortlichen dazu auf, »konsequent und spürbar die Arbeitsbedingungen für professionell Pflegende zu verbessern«. Die schlechten Arbeitsbedingungen führten schon jetzt zu einer »Flucht aus dem Beruf«. *Klaus-Peter Görlitzer.* ☺

»Anhaltende Überlastung«

Diese Aussage mag auf den ersten Blick irritierend sein: »Beruflich Pflegende brauchen Pflege«. Zu lesen war sie über einer Pressemitteilung, die der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) am 6. Juli veröffentlichte. Die Interessenvertretung, in der rund 20.000 Mitglieder organisiert sind, kommentierte den »BKK-Gesundheitsatlas 2017«, der alarmierende Zahlen zum »Erkrankungsgeschehen bei Pflegeberufen« benennt. DBfK-Sprecherin Johanna Knüppel erklärte unter anderem: »Jeder weiß es seit langem, geändert hat sich bisher nichts. Seit Jahren weisen die Gesundheitsreports der Krankenkassen steigende und im Branchenvergleich hohe Krankheitsausfälle bei Angehörigen der Pflegeberufe aus. Die Erklärung dafür liegt auf der Hand: Anhaltende Überlastung und das kontinuierliche Missverhältnis zwischen Arbeitsanfall und Personalressource in allen Sektoren pflegerischer Arbeit haben ihre Spuren hinterlassen.« Der DBfK sieht »drängenden Handlungsbedarf«, vor allem eine »verbindliche Personalbemessung«, die sich am tatsächlichen Pflegebedarf der PatientInnen und BewohnerInnen orientiere. Überfällig sind nach Meinung des DBfK außerdem: verlässliche Dienstpläne für eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben; Einhaltung von Arbeitsschutzrichtlinien und Arbeitszeitgesetz; Personalausfallkonzepte; Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz und zeitliche Freiräume dafür.

► Fortsetzung von Seite 9

den Versicherten selbst getragen werden. Das bisher zeitlich begrenzte Pflegestellenförderprogramm soll verstetigt und geringfügig, auf insgesamt 830 Millionen Euro, aufgestockt werden. Daraus ließen sich rund 12.000 Pflegestellen zusätzlich finanzieren – eine Erhöhung des jetzigen Pflegepersonals um 3 %.

Bei knapp unter 2.000 Krankenhäusern in Deutschland wären das vier zusätzliche Stellen je Krankenhaus. Das Programm kann man wegen der geringen Dimension nur als Placebo bezeichnen, um das Thema aus dem Bundestagswahlkampf herauszuhalten. Der nur auf die Politik setzende Ansatz war zwar nicht gänzlich erfolglos, aber völlig unzureichend.

Die Beschäftigten des Berliner Universitätsklinikum Charité haben in einer fünfjährigen Auseinandersetzung mit heftigen Streiks einen Tarifvertrag Gesundheitsschutz erstritten, der auch eine Personalbemessung für die Pflege vorsieht. Dieser Tarifvertrag wird seit Anfang 2017 angewandt und hat zu ersten, aber nicht ausreichenden Personalausweitungen geführt. Die Auseinandersetzung geht weiter. (→ *Randbemerkung Seite 8*)

Eine auf einzelne Krankenhäuser bezogene tarifvertragliche Personalbemessung soll nun beginnend im Saarland und dann bundesweit eskalierend weiterverfolgt werden. Ver.di hat alle 21 Krankenhäuser des Saarlandes Ende 2016 zu Tarifverhandlungen über einen »Tarifvertrag Entlastung« aufgefordert. Gefordert wird unter anderem: Normalstationen: mindes-

tens eine Pflegekraft für fünf Patienten; Intensiv- und IMC (Intensivüberwachungspflege-) Stationen: mindestens eine Pflegekraft auf zwei Patienten; keine Nacht allein bei der Nachtschichtbesetzung; ab 55 Jahren nur freiwillige Nacht- und Schichtdienste, nach drei Nachtschichten oder nach Bereitschaftsdiensten ein bezahlter Ausschlaftag.

Um die Durchsetzungsfähigkeit zu verbessern, wurden auf den Stationen TarifberaterInnen gewählt, die als Scharnier zwischen der Ver.di-Tarifkommission und den Beschäftigten fungieren sollen. In neun Krankenhäusern wurde gestreikt, erste Verhandlungen laufen. Die Tarifbewegung im Saarland wird von der CDU-geführten Landesregierung ernst genommen. Das Saarland hat im Bundesrat eine Initiative für eine gesetzliche Personalbemessung und deren Finanzierung eingebracht.

Nächster Schritt von Ver.di wird die Verhandlungsaufforderung an 100 weitere, ebenfalls trägerübergreifende Krankenhäuser bundesweit sein. Auch hier sind die Forderungen: mehr Personal, Belastungsausgleiche und verlässliche Arbeitszeiten. Die beabsichtigten Tarifverträge sollen eine Zwischenstufe sein für das Ziel, signifikant mehr Personal durch eine neue Gesetzgebung zu erreichen, die dann für alle Krankenhäuser gilt.

Eine politische Lösung der Personalbemessung nach der Bundestagswahl ist derzeit nicht in Sicht. An der Ausweitung der gewerkschaftlichen Durchsetzungsmacht führt kein Weg vorbei. ☺

»Kultur des Hinschauens« gefordert

Gewalt ist im Pflegealltag alltäglich – aber kaum öffentlich

Befragungen von Pflegekräften belegen: Gewalterfahrungen gehören zum Alltag der Pflege in Deutschland. Warum und wie oft welche Übergriffe auf PatientInnen in Kliniken und BewohnerInnen von Altenheimen passieren, lässt sich wissenschaftlich nur schwer ermitteln. Fachleute mahnen eine »Kultur des Hinschauens« an. Gewaltprävention nachzuweisen, müsse zum Kriterium für Qualität von Pflegeeinrichtungen werden.

Die jüngste Studie zum brisanten Thema wurde Anfang September in der Zeitschrift *Die Schwester / Der Pfleger* vorgestellt. Die Autoren vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung (DIP) benennen zunächst, was Fachleute als »Gewalt in der Pflege« ansehen, unter anderem: körperliche, sexualisierte und verbale Übergriffe, Medikamentenmissbrauch, Missachtung der Privatsphäre und Vernachlässigung von Pflegebedürftigen. Zudem beschreibe die Fachliteratur, dass es auch Aggressionen gegenüber Pflegenden gebe, besonders in psychiatrischen Einrichtungen.

Im Rahmen eines Fortbildungskongresses, veranstaltet im Oktober 2016 in Kassel, verteilte das DIP 1.200 standardisierte Fragebögen an Pflegefachkräfte und -schüler unterschiedlicher Einrichtungen, 402 Bögen konnten ausgewertet werden. »Fast jeder dritte Befragte sagt«, so das DIP, »dass Maßnahmen gegen den Willen von Patienten, Bewohnern und Pflegebedürftigen alltäglich sind.« Jeder Zehnte habe »in jüngerer Zeit konkrete Gewalterfahrungen erlebt«.

Aufarbeitung? Fehlangeige!

Solche Vorkommnisse müssen die meisten Pflegenden offenbar allein verkraften. Laut DIP kreuzten vier von fünf Befragten an, dass in ihren Einrichtungen Gewalterfahrungen »eher selten«, »sehr selten« oder »nie« aufgearbeitet würden. Anlaufstellen, bei denen Beobachtungen von Gewalt gemeldet werden können, gebe es nur in 46,8 % der Einrichtungen. Ein »betriebliches Deeskalationsmanagement« ist laut Studie nur in jeder fünften Einrichtung vorhanden. Alarmierend auch dies: Wo betriebliche Angebote zur Prävention und Aufarbeitung von Gewalterfahrungen existieren, »bleiben konkrete Gewalterfahrungen zumeist unbearbeitet«, schreibt das Pflegeforschungsinstitut aus Köln.

Als Konsequenz aus der von ihm geleiteten Studie fordert DIP-Direktor Frank Weidner eine »neue Kultur des Hinschauens und der

Achtsamkeit«. Notwendig seien, so der Professor, »wirksame Angebote der Prävention und Aufarbeitung von jeglichen Gewaltsignalen und -erfahrungen in der Pflege«.

Ähnlich argumentiert Ralf Suhr, Vorstandsvorsitzender des Berliner Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP), das schon im Juni Ergebnisse einer telefonischen Befragung von Pflegedienstleitungen und Qualitätsbeauftragten über Gewalt gegen Pflegebedürftige vorgestellt hatte. »Gewaltprävention«, fordert Suhr, »muss zentraler Punkt der pflegepolitischen Agenda nach der Bundestagswahl sein.«

2019 soll hierzulande ein neues Verfahren zur Prüfung und Darstellung der Pflegequalität in stationären Einrichtungen eingeführt werden; die Bewertungskriterien dieses sogenannten Pflege-TÜV sind bis Mitte 2018 von WissenschaftlerInnen aus Bielefeld und Göttingen auszuarbeiten, im Auftrag von Heimbetreibern und Krankenkassen. »Hier wäre es schon eine große Weiterentwicklung«, sagte Suhr im Juni der Nachrichtenagentur *dpa*, »wenn Pflegeanbieter Strukturen und Prozesse zur Gewaltprävention nachweisen müssten.«

Wie vielfältig die Probleme sind und was dagegen getan werden kann, veranschaulicht auch der »Themenreport Gewaltprävention in der Pflege«, den das ZQP schon im Juni 2015 vorgelegt hatte. In dem 100-Seiten-Report, zu finden auf der interessanten ZQP-Website www.pflege-gewalt.de, stehen auch Gastbeiträge mehrerer Fachleute.

Thomas Görgen, Kriminologe an der Deutschen Hochschule der Polizei in Münster, wies in seinem Aufsatz auch auf methodische Probleme der Forschung hin. »Gewalt in Pflegebeziehungen ist ein Phänomen, das weitgehend im Verborgenen bleibt, und dessen Verbreitung sich nicht ohne Weiteres durch einen Blick in Statistiken von Polizei, Justiz oder anderen Institutionen ermitteln lässt«, erklärt Professor Görgen. Die meisten Daten zu Missbrauch und Vernachlässigung stammten nicht von den Opfern, sondern aus Befragungen von Pflegekräften, pflegenden Angehörigen, Heimaufsicht oder dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Die Betroffenen selbst zu ihren Erfahrungen zu befragen, sei methodisch oft schwierig; Kriminologe Görgen erläutert: »Menschen mit Pflegebedarf – und unter ihnen insbesondere die große Gruppe der demenziell Erkrankten – sind durch Fragebogenstudien und Interviews stark eingeschränkt erreichbar.«

Klaus-Peter Görlitzer

Schwieriger Rechtsweg

»Staatliche Schutzpflichten gegenüber pflegebedürftigen Menschen« heißt eine juristische Doktorarbeit, abgeschlossen im Sommer 2013 an der Uni Regensburg. Verfasserin Susanne Moritz stellt in ihrem Vorwort fest, dass sich »regelmäßige Gewaltanwendung gegenüber den Pflegebedürftigen nachweisen« lasse. Die Ursachen lägen »in erster Linie in den gesetzlichen Rahmenbedingungen der Pflege«. Folge der »Finanznot der Pflegekassen«, so Juristin Moritz, seien »die geringe Vergütung der Pflegeheime, deren defizitäre Personalausstattung sowie schlechte Arbeitsbedingungen für das Pflegepersonal«. Gestützt auf die Doktorarbeit, beschloss der Sozialverband VdK, eine Verfassungsbeschwerde von sechs SeniorInnen gegen den »Pflegenotstand« zu unterstützen. Sie wollten vom Bundesverfassungsgericht (BVerfG) feststellen lassen, dass die staatlichen Maßnahmen zum Schutze der Grundrechte von Pflegeheimbewohnern nicht ausreichen und der Staat zur Abhilfe und kontinuierlichen Überprüfung verpflichtet sei. Am 19. Februar 2016 erklärte das BVerfG, dass es die Beschwerde nicht zur Entscheidung annehme – Begründung vor allem: Die Beschwerdeführer hätten »die eigene und gegenwärtige Betroffenheit nicht hinreichend substantiiert vorgetragen«. VdK-Präsidentin Ulrike Mascher reagierte enttäuscht, die Mängel in Pflegeheimen seien »evident und hinreichend belegt«. Der Hinweis des BVerfG, bei Rechtsverletzungen sollten Betroffene doch Fachgerichte anrufen, helfe nicht. »Die starke Abhängigkeitssituation sowie die krankheitsbedingte Hilflosigkeit der Pflegebedürftigen«, so Mascher, »bringen mit sich, dass sie sich nur sehr schwer als Einzelpersonen zur Wehr setzen können.«

Sponsoring etwas transparenter?

Selbsthilfe will Einnahmen von Pharmafirmen offenlegen

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

Rund fünf Millionen Euro haben Pharmafirmen im Jahr 2016 an Patientenorganisationen gezahlt. Viele der Geldempfänger wollen auf ihren Webseiten endlich Transparenz schaffen.

Im Verein »Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie« (FSA) haben sich die größten Unternehmen der Branche organisiert, laut Selbstdarstellung, um Kooperationen mit Heilberuflern und Selbsthilfeverbänden »auf eine transparente und ethisch einwandfreie Basis« zu stellen. Seit 2009 veröffentlichen die

FSA-Firmen einmal im Jahr, welchen Patientenorganisationen sie wie viel Geld zugewendet haben – 2016 flossen rund fünf Millionen Euro. Dies seien »weniger als zehn Prozent« der Zahlungen, die gesetzliche Krankenkassen an die Selbsthilfe leisteten, rechnet FSA-Geschäftsführer Holger Diener vor. Trotz solcher Größenverhältnisse sei die Selbsthilfe auf die Industriegelder angewiesen. »Oftmals können Patientenveranstaltungen oder vergleichbare Austauschforen nur aufgrund dieser Förderung stattfinden und wären ohne die Unterstützung der Unternehmen nicht finanzierbar«, behaupten

Lobbyismus regulieren, Zivilcourage stärken!

Für Transparency Deutschland (TI) ist klar: »Eine glaubwürdige Korruptionsbekämpfung muss zentraler Bestandteil deutscher Politik werden!« Die Antikorruptionsorganisation hat 18 »Kernforderungen« zur Bundestagswahl vorgelegt. Würde der Gesetzgeber ihnen folgen, würden auch gesundheitspolitische Interessen, Einflussnahmen und Beschlüsse durchschaubarer als bisher.

Rund 5.000 LobbyistInnen von Unternehmen, Agenturen, Gewerkschaften, Verbänden, Kirchen etc. sind im Berliner Politikbetrieb unterwegs. Sie alle in einem öffentlichen Register zu erfassen, steht ganz vorn im TI-Katalog – wobei die Einträge wirklich aussagekräftig sein müssten: »Neben Adresse und Geschäftsführung soll insbesondere über Auftraggeber, Vorhaben und Ziel der Einflussnahme sowie den finanziellen Aufwand Auskunft gegeben werden«, fordert Transparency. Nur wer bereit sei, sich so öffentlich registrieren zu lassen, dürfe auch befugt sein, als Experte bei parlamentarischen Anhörungen aufzutreten und zu Gesetzen schriftlich Stellung zu nehmen. Für erheblich mehr Durchblick würde auch diese Verpflichtung sorgen: »Die Beiträge externer Berater und Interessenvertreter bei der Ausarbeitung von Gesetzentwürfen sind in der Gesetzesvorlage zu dokumentieren.«

Ob diese und weitere Anforderungen im Alltag eingehalten werden, soll gemäß TI-Empfehlung künftig ein vom Bundestag gewählter, »unabhängiger Interessenbeauftragter« laufend überwachen. Die neue Ombudsperson soll auch befugt sein, selbst zu ermitteln und Regelverstöße zu ahnden.

Sehr wichtig ist TI, dass endlich ein verbindlicher Schutz für sogenannte Whistleblower per

Gesetz eingeführt wird. »Hinweisgeber sind bei Aufdeckung von Korruptionsfällen und Straftaten anderen Organisationen unverzichtbar«, erläutert TI. »Ohne sie würden viele Fälle von Korruption und Machtmissbrauch unerkannt bleiben und das Rechts- und Wirtschaftssystem sowie den sozialen Zusammenhalt beschädigen.« Bisher sind Beschäftigte, die fragwürdige oder offensichtlich rechtswidrige Praktiken ihres Arbeitgebers anzeigen, in Deutschland nicht geschützt – sie müssen sogar mit arbeits- oder strafrechtlichen Konsequenzen rechnen.

»Hinweisgebersysteme« einführen

Neben dem arbeitsrechtlichen Schutz müssten auch klare interne und externe, anonyme Meldewege für Whistleblower eingeführt werden, empfiehlt Transparency. Unternehmen und Organisationen müssten gesetzlich verpflichtet werden, »Hinweisgebersysteme« einzurichten.

»Beim Thema Informationsfreiheit«, beklagt TI, »hinkt Deutschland international hinterher.« Notwendig sei, ein modernes Transparenzgesetz zu schaffen, das auch für Unternehmen gelten solle, die sich überwiegend im Eigentum des Staates befinden. Zentrale Dokumente wie gutachterliche Stellungnahmen, Pläne und Verträge der öffentlichen Daseinsvorsorge müssten im Internet veröffentlicht werden. FragestellerInnen müssten Dokumente, die sie bei staatlichen Stellen anfragen, gebührenfrei erhalten.

Im TI-Katalog stehen noch mehr »Kernanliegen«, etwa zwecks Stärkung der Bankenaufsicht oder zur Einführung eines Unternehmensstrafrechts, das Bestechung härter bestrafen würde. Im Wortlaut nachlesen kann man die 18 Forderungen an die Politik auch auf der TI-Website: www.transparency.de

Transparenz erster nehmen

»Angesichts des Erstarkens populistischer Strömungen muss die Transparenz von politischen Prozessen und Entscheidungen ernster genommen werden. Transparenz schafft Vertrauen in den Staat und stärkt die Demokratie. Sie kann nur funktionieren, wenn sich die Menschen politisch beteiligt fühlen.«

Hinweise von Edda Müller, Vorsitzende von Transparency Deutschland. Müller äußerte sich in einer TI-Pressemitteilung vom 20. Juni 2017.

► tet Diener in einer FSA-Pressemitteilung vom 3. April. Zitiert wird hier auch Martin Danner, Geschäftsführer der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (BAG). Danner begrüßt, dass sich »auch die Pharmaunternehmen hier engagieren« und betont: »Wichtig ist, dass die Zusammenarbeit auf Augenhöhe stattfindet und von außen klar nachvollziehbar ist.«

Die BAG Selbsthilfe ist die Dachorganisation von 120 Verbänden. Bei ihrer Vollversammlung im April 2016 beschlossen sie einen wichtigen Schritt für mehr Transparenz, den kritische BeobachterInnen wie *BIOSKOP* jahrelang angemahnt hatten: Auf den Homepages der BAG-Mitglieder soll nun jeweils eine »Selbstauskunft über die Einnahmen von Wirtschaftsunternehmen aus dem Gesundheitswesen« anklickbar sein, neben Zuwendungen von Pharmafirmen sind auch Zahlungen von Herstellern medizinischer Geräte und Hilfsmitteln offenzulegen (→ *BIOSKOP* Nr. 75, 72, 70). Die neue Selbstverpflichtung gilt erstmals für das Wirtschaftsjahr 2016.

Eine neue »Transparenz-Liste« auf www.bag-selbsthilfe.de veranschaulicht, welche Verbände erklärt haben, die neuen Regeln zu befolgen; »Stand: 2. August 2017« werden mehr als sechzig aufgeführt, also etwa jedes zweite BAG-Mitglied. Wer deren Einnahmen nachvollziehen will, braucht reichlich Zeit. Die Transparenz-Liste verlinkt zwar auf die Startseiten der Verbände, aber nicht direkt auf die Seiten mit Angaben zum Sponsoring. Immerhin gibt die BAG einen Tipp: »Üblicherweise findet sich die Selbstauskunft unter den Punkten ›Wir über uns‹, ›Finanzen‹, ›Transparenz‹, ›Leitsätze‹ oder ›Neutralität und Unabhängigkeit‹.«

Eine Stichprobe von *BIOSKOP* zeigte Mitte September: Die Suche mit diesen Begriffen ist mühselig. Helfen könnte zum Beispiel ein Transparenz-Button, den jedes BAG-Mitglied gut sichtbar auf seiner Startseite platzieren würde.

Die Selbstauskunft mit Hilfe eines Mustervordrucks fragt im Prinzip mehr ab, als bisher von den FSA-Firmen zu erfahren ist. So sollen die BAG-Verbände nicht nur ihre Einnahmen von Wirtschaftsunternehmen beziffern, sondern auch deren prozentualen Anteil am gesamten Verbandsetat. Offengelegt werden soll auch, mit welchen Firmen Sponsoring-Verträge vereinbart wurden. Ob und wie aussagekräftig das getan wird, bleibt abzuwarten.

Die BAG selbst listet drei Arzneihersteller auf, mit denen der Selbsthilfe-Dachverband 2016 Sponsoring-Verträge im Gesamtvolumen von 6.000 Euro geschlossen habe: MSD Sharp & Dohme, AbbVie und Roche Pharma. Um welche konkreten Projekte es dabei ging und wie viel Geld für welche Gegenleistung gezahlt wurde, steht nicht in der Selbstauskunft der BAG. Auch die 98.000 Euro, die Pharmafirmen in 2016 der BAG (Gesamtetat: knapp 2,053 Millionen Euro)

Liberalisierung der Repromedizin?

Die Fortpflanzungsmedizin dürfte bald wieder auf der politischen Agenda stehen. Eine »Handreichung« des Gen-ethischen Netzwerk (GeN) hilft, sich auf künftige Debatten vorzubereiten.

»**N**eu« Technologien, alte Gesetze« steht über dem 12-seitigen Papier, erstellt vom GeN im Auftrag des Gunda-Werner-Instituts für Feminismus und Geschlechterdemokratie. Autorin Kirsten Achtelek beleuchtet, wie Institutionen und Interessengruppen die Repro-Debatte seit 2013 befeuern. Wichtige Gerichtsurteile, insbesondere zur »Leihmutterchaft«, werden auch vorgestellt.

Den »Startschuss« für die Forderung nach Liberalisierung gab der »Augsburger Entwurf«, den Juristen 2013 vorgelegt hatten. Sie forderten auch die Freigabe von »Eizellspende« und »Leihmutterchaft«. Zudem plädierten sie dafür, Embryonen, die bei der künstlichen Befruchtung übrig bleiben, für Forschungszwecke nutzen zu dürfen. In den folgenden Jahren positionierten sich einflussreiche Akteure, darunter die Nationalakademie Leopoldina, der Deutsche Ethikrat, der Juristentag und der Lesben- und Schwulenverband. Und im Mai 2017 forderte auch der Deutsche Ärztetag, »klare und konsistente Regelungen für die Reproduktionsmedizin zu schaffen«.

Die Handreichung referiert und kommentiert die Positionen, die sich durchaus unterscheiden. Am Ende des GeN-Papiers steht der Appell, eine »(queer)feministische Argumentation« zu entwickeln – »gegen Liberalisierungstendenzen, die mit der Selbstbestimmung der Spenderinnen, dem starken Kinderwunsch der BestellerInnen und dem Wohl des Kindes argumentieren«. Das Hintergrundpapier ist online: www.gen-ethisches-netzwerk.de

»in Form von Geldbeträgen oder Sachspenden« zugewendet haben, sind weder in einzelne Beträge aufgeteilt, noch den jeweiligen Gönnern zugeordnet. Aufgezählt werden nur die Namen der Firmen, die an die BAG gespendet haben: Vetter Pharma, MSD Sharp & Dohme, Janssen-Cilag, Amgen, Sanofi, GlaxoSmithKline, Novartis, AstraZeneca, Pfizer Pharma, Bayer Vital, Servier, Genzyme, Abbvie, Bristol-Myers Squibb, Roche Pharma, UCB Pharma, Boehringer Ingelheim, SCA Hygiene Products Vertriebs GmbH, Lilly Deutschland.

Veröffentlichungen dieser Art geben einen Eindruck. Wer wirklich wissen will, wofür und zu welchem Anlass gespendet, gesponsert und womöglich Einfluss genommen wurde, wird die Geldnehmer wohl direkt fragen müssen.

Keine Wahlwerbung

Reproduktionsmedizin ist längst zum lukrativen Geschäftsfeld geworden. Als eine Art parlamentarischer Arm solcher Dienstleister hatte sich in der Vergangenheit immer mal wieder die FDP profiliert. 2013 scheiterten die Liberalen an der 5-Prozent-Hürde, doch nun hoffen sie, in den Bundestag zurückzukehren. In ihrem Wahlprogramm, Seite 94, erläutern sie unter der Überschrift »Chancen der Reproduktionsmedizin für die Familiengründung nutzen«, was sie sich für die nächste Legislaturperiode dazu vorgenommen haben: »Wir Freie Demokraten fordern einen offenen Umgang mit den Möglichkeiten der modernen Reproduktionsmedizin. Allen Menschen muss unabhängig vom Familienstand der Zugang zu reproduktionsmedizinischen Angeboten gegeben werden. Das Kindeswohl hängt von der Liebe der Eltern ab, nicht von der Art der Zeugung. Der Staat sollte sich aus den intimen Angelegenheiten heraushalten und freie Entscheidungen ermöglichen, die ethisch vertretbar sind. Eizellspenden und nicht-kommerzielle Leihmutterchaft sind in vielen Staaten der EU bereits legal und sollten auch in Deutschland unter Auflagen erlaubt werden.« Übrigens: Auch die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung, die der Bundestag ja – nach mehrjähriger gesellschaftlicher Debatte – im Herbst 2015 unter Strafe gestellt hatte (→ *BIOSKOP* Nr. 72), wollen die Liberalen wieder ins Gespräch bringen: Der entsprechende § 217 des Strafgesetzbuches »muss wieder abgeschafft werden«, schreibt die FDP auf Seite 91 ihres Wahlprogramms.

Im Netz der Interessen

Ein kritischer Blick auf die Weltgesundheitsorganisation

Andreas Wulf
(Frankfurt am Main),
Gesundheitsreferent bei
medico international,
Präsident des Geneva
Global Health Hub

G2H2

Im Mai 2016 gründete medico gemeinsam mit weiteren zivilgesellschaftlichen Organisationen in Genf die internationale Plattform G2H2. Das Kürzel steht für Geneva Global Health Hub. Die Plattform soll »die Stimmen für eine transparente und demokratische Gesundheitspolitik bündeln und verstärken«, erklärt medico in seinem Jahresbericht für 2016. »Eine kritische Intervention« am Sitz der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Genf sei notwendig, um internationale Gesundheitspolitik »durch politischen Druck von unten vor kommerziellem Druck zu schützen«. Aktuelle Infos, Hintergründe und Aktivitäten publiziert die Plattform auf der Website <http://g2h2.org>

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) steht seit Jahren in der Kritik. Sie habe sich zu einem »Dienstleister« für einflussreiche Geldgeber entwickelt, beklagen zivilgesellschaftliche Organisationen. Nun will die WHO transparenter und unabhängiger werden. Notwendig ist aber noch mehr: Die WHO muss auch die sozialen Grundbedingungen für Gesundheit stärker in den Blick nehmen.

Mit einer annähernden Zweidrittel-Mehrheit wählten im Mai 194 Mitgliedsstaaten der WHO den neuen Generaldirektor (DG). Der ehemalige äthiopische Gesundheits- und Außenminister Tedros Ghebreyesus setzte sich dabei im letzten Wahlgang überraschend eindeutig gegen den Briten und langjährigen WHO-Funktionär David Nabarro durch, ein Ergebnis, das auch als Erfolg des »globalen Südens« gegen die finanz- und einflussstarken Länder des globalen Nordens gewertet wurde. Überhaupt war dies die erste direkte Wahl der Mitgliederversammlung eines DGs, zuvor war diese oberste Position im Exekutivrat verhandelt und dann nur noch absegnet worden.

Ist dies nun der Ausdruck einer größeren Transparenz und Rechenschaftspflicht dieser Weltgesundheitsbehörde und erreicht sie damit eine größere Unabhängigkeit, Legitimität und Wirksamkeit in der Landschaft der globalen Gesundheitspolitik, die in den letzten 15 bis 20 Jahren immer unübersichtlicher und überfüllt von allerlei globalen Gesundheitspartnerschaften, thematischen Initiativen und Programmen und Stiftungen geworden ist?

Das bleibt erst mal zu bezweifeln. Tatsächlich steht diese imposante Organisation mit mehr als 7.000 MitarbeiterInnen in 150 Länderbüros, sechs Regionalbüros in vier Kontinenten, einem Hauptquartier in Genf und sechs offiziellen Sprachen auf mehr als tönernen Füßen. Ihr Jahresbudget ist mit etwas mehr als 2,2 Milliarden US-Dollar kaum größer als das des Genfer Universitätshospitals. Die Mitgliedsbeiträge der 194 Staaten, die die finanzielle Selbständigkeit der WHO sichern sollen, machen nur noch 20 Prozent dieses Budgets aus, mehr als Dreiviertel sind thematisch und projektgebundene Mittel, über die die Geber wesentlich mehr Einfluss auf die tatsächlichen Arbeitsschwerpunkte der Organisation nehmen, als es die Mitgliedsstaaten mit ihren Resolutionen und Appellen in der

jährlichen Vollversammlung und dem rotierend besetzten 34-köpfigen Exekutivrat tun.

Vor allem die großen Mitgliedsstaaten des globalen Nordens bestimmen hier wesentlich mit, traditionell stark engagiert sind die USA, Großbritannien, die EU, Kanada, Japan. In letzter Zeit hat auch Deutschland nachgelegt sowie weitere externe Finanzgeber. Unter ihnen hat sich vor allem die Stiftung des Microsoft-Gründers Bill Gates und seiner Frau Melinda als größter und stärkster Akteur hervorgetan, zeitweise rangiert sie hinter den USA auf Platz zwei bei den projektgebundenen Spenden.

Dieses Missverhältnis ist nicht neu und immer wieder Anlass zur Debatte. Der Vorwurf an die WHO, de facto zu einem »Dienstleister« in Sachen Globaler Gesundheitspolitik für gut zahlende Geber zu werden, wird gerade von kritischen zivilgesellschaftlichen Organisationen erhoben, die sie sich seit 2016 im Global Geneva Health Hub zusammengeschlossen haben.

Auffällig ist dabei vor allem, wofür die WHO Geld bekommt und wofür nicht: Einem

**Auffällig ist vor allem,
wofür die WHO Geld
bekommt und wofür nicht.**

umfangreich finanzierten Programm zur Ausrottung des Poliovirus stehen völlig unterfinanzierte Programme wie das zur Förderung unentbehrlicher Arzneimittel

gegenüber. Das ist kein Zufall: Einem eher technisch umsetzbaren Impfprogramm, mit dem man Erfolge in Form von geretteten Kinderleben medial gut darstellen kann, sind Geldgeber aus den reichen Ländern wie die Gates- und die Rotary-Club-Stiftungen eher zugetan als einem Arbeitsfeld, das die lokale Produktion und Qualifizierung von Generikaalternativen zu patentierten Markenmedikamenten fördern will. Und mit den vielen Arbeitsstellen, die in den Länderbüros der WHO für das globale Polio-Impfprogramm finanziert werden, sind auch die Länder des globalen Südens durchaus zufrieden.

Die Bereitschaft, hier mit höheren Mitgliedsbeiträgen die WHO substanziell in ihrer Selbständigkeit zu stärken, ist nicht nur bei den reichen Mitgliedern minimal. Gerade die BRICS-Staaten China, Brasilien, Indien, Russland und Südafrika müssten neben den USA bei einer Neujustierung der Mitgliedsbeiträge kräftig nachlegen; ein Minimalkompromiss, der bei der diesjährigen Weltgesundheitsversammlung im Mai erreicht wurde, war eine seit vielen Jahren erste Erhöhung der Pflichtbeiträge um drei Prozent. Das ist nicht mehr als eine symbolische Geste, sie kann kaum reale Abhilfe der Finan- ➤

► zierungsengpässe schaffen. So bleibt die WHO abhängig von externen Akteuren und versucht, die damit verbundenen Interessenkonflikte zu managen. Mehr schlecht als recht sagen die KritikerInnen vom Geneva Global Health Hub und verweisen auf das neue Rahmenabkommen FENSA, das sich die WHO gegeben hat in ihrem Umgang mit »Non State Actors«. Eine kritische Überprüfung der eigenen Interessen dieser Akteure bleibt unzureichend – oder welche kritische Haltung zu »Big Food« und »Big Pharma« kann man von der Bill & Melinda Gates Foundation erwarten, deren Gelder auch aus den Profiten von Großunternehmen der Nahrungsmittel- und Pharmaindustrie stammen? Dass die WHO bereits zweimal das Ehepaar Gates als »special speaker« zu ihrer Jahresversammlung einlud und die Stiftung jetzt gar den Status der »official relations« bekommen hat, verstärkt dieses Misstrauen noch.

Nicht weniger bedenklich sind die vielen Möglichkeiten der Einflussnahme durch die Hintertüren der internationalen Politik und vermeintlich unpolitischer Fachleute. Ein besonders krasser Fall ist das faktische Knebelabkommen der WHO mit der Internationalen Atomenergie-Organisation (IAEO) aus dem Jahr 1959, das unabhängige Stellungnahmen der WHO zu den Gesundheitsgefahren radioaktiver Strahlung auch bei großen AKW-Unfällen wie in Tschernobyl oder Fukushima systematisch verhindert.

Aber auch im »ureigenen« Terrain der Bekämpfung weltweiter Krankheitsausbrüche sind Kontroversen um ihre Unparteilichkeit keine Seltenheit. Eine große Debatte entspann sich etwa bei der weltweiten Schweinegrippe (H1N1-Virus) Epidemie 2009, die die WHO zu einer globalen Pandemie erklärte und enorme Ressourcen in die Bereitstellung von Medikamenten und einen neuen Impfstoff investiert wurden, obwohl die Gefährlichkeit des Erregers weniger bedrohlich war als zunächst vermutet. Die die WHO beratenden Impfstoffexperten hatten offenbar finanzielle Verbindungen zu den großen Impfstoffherstellern, die sich davon ein einträgliches Geschäft versprochen.

Ebenso gab es erbitterte Auseinandersetzungen um die Verfügbarkeit des neu entwickelten Impfstoffes, der von den finanzkräftigen Staaten vorbestellt wurde, während die Länder des Südens befürchteten, leer auszugehen oder die hohen Preise nicht bezahlen zu können.

Wurde hier der WHO problematische Panikmache vorgeworfen, erschien ihr Handeln in der Ebola-Krise in den Jahren 2014/15 viel zu zögerlich. Hier machten sich besonders auch die lokalen und regionalen politischen Einflussnahmen bemerkbar. Sowohl die betroffenen Staaten

in Westafrika als auch das afrikanische Regionalbüro hatten die Einschätzungen der drohenden Ausbreitung der Epidemie lange zurückgehalten, um eine Isolation der Länder zu verhindern – und trotz gegenteiliger Empfehlungen kam es genau zu diesem »cordon sanitaire«, der die lokalen Ökonomien weit über die Monate der Epidemie hinaus massiv schädigte.

Solche Fehlentwicklungen sollen nun mit konkreten Strukturreformen innerhalb der WHO beantwortet, die verschiedenen Ebenen der WHO besser miteinander vernetzt werden und schneller auf solche Situationen reagieren können. Auch hier zeigt sich aber, dass die Mitgliedsländer zwar schnell mit der Kritik an der WHO bei der Hand sind, aber zögerlich, wenn sie selbst gefordert sind: Das zeigt der »Emergency Contingency Fund«, mit dem die schnelle Handlungsfähigkeit der WHO in solchen Epidemie-Fällen in Zukunft gestärkt werden soll. Zwei Jahre nach seiner Etablierung sind von den

100 Millionen Dollar gerade 41 Millionen beisammen – außer von Deutschland, Japan und Großbritannien sind keine nennenswerten Zahlungen der Mitgliedsstaaten eingegangen.

Nicht weniger wichtig ist es aber, dass die WHO sich selbst nicht nur als technische und

administrative Behörde wahrnimmt, sondern auch zu ihrem menschenrechtlichen »Kerngeschäft« zurückfindet, wie es im Mandat ihrer Gründungsdokumente verankert ist. Gesundheit wird dort als ein umfassendes (nicht nur physisches, sondern auch psychisches und soziales) Wohlergehen benannt, das ein Recht auf die bestmögliche erreichbare Gesundheit für Alle im Blick hat – und dabei nicht nur das Recht auf gute Gesundheitsversorgung, sondern auch die sozialen Grundbedingungen für Gesundheit im Blick hat: Ernährungssicherung, gute Wasser- und Arbeitsverhältnisse, Diskriminierungsfreiheit für Minderheiten, zivile Konfliktlösungen.

Auch dies hat Tradition in der WHO – von der bekannten Primary-Health-Care-Strategie der 1970er Jahre, die bis heute von GesundheitsaktivistInnen verteidigt wird bis hin zum Bericht der Kommission für Soziale Determinanten der Gesundheit, in dem unzweideutig festgestellt wurde, dass soziale Ungleichheit im großen Maßstab tötet.

Hier ist die Stimme der WHO wichtig; sie darf die Konflikte mit einer Wirtschaftspolitik der Welthandelsorganisation WTO nicht scheuen, wenn dort Patentregeln verhandelt werden, die den Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten für Alle verhindern – ebenso wenig wie sie nicht allein eine Dienerin oder Dienstleisterin ihrer Mitgliedstaaten sein darf.

Offizielle Beziehungen

Die Bill & Melinda-Gates-Stiftung handelt »in offiziellen Beziehungen« mit der Weltgesundheitsorganisation, diesen Status hat ihr der Exekutivrat der WHO im Januar 2017 ausdrücklich zuerkannt. »Gates-Stiftung baut Einfluss auf die WHO aus«, kritisierten 30 internationale Organisationen, die sich für Menschenrechte, Gesundheit und Verbraucherschutz engagieren, darunter FIAN und die BUKO-Pharma-Kampagne. In einem »Offenen Brief« an die WHO weisen sie auf einen »erheblichen Interessenkonflikt« hin: Die Gates-Stiftung, die etwa 14 Prozent des aktuellen WHO-Haushalts bezahle, habe »große Teile ihres Vermögens in den Pharmasektor sowie in die Nahrungs- und Getränkeindustrie investiert«. Derartige Bedenken ignoriert bisher nicht nur die WHO, sondern auch der Bundesgesundheitsminister. Auf der Website seines Hauses kann man nachlesen, was Hermann Gröhe (CDU) der Nachrichtenagentur dpa im Mai 2017 erzählt hat. Kritik daran, dass die Gates-Stiftung vor allem solche WHO-Programme fördere, von denen Pharmafirmen profitieren, sei »unangemessen«, findet Gröhe. Und erklärt dazu: »Wir setzen Reiche und Superreiche auf die Anklagebank, wenn monatlich eine neue Yacht bestellt wird. Und wenn sie sich entscheiden, Gutes zu tun, ist es auch wieder nicht recht.« Die deutsche Regierung erhöhe die Mittel für die Impfallianz »drastisch«, um 300 Millionen Kinder in den ärmsten Ländern zu impfen – »der Kinder wegen und nicht der Pharmaindustrie wegen«. Die globale Impfallianz GAVI, in der auch Impfstoffhersteller dabei sind, war im Jahr 2000 auf maßgebliche Initiative und mit reichlich Geld der Gates-Stiftung gestartet. Erklärtes Ziel ist es, die Impfraten weltweit zu steigern und auf diese Weise Kindersterblichkeit zu senken.

Wichtig ist, dass die WHO auch zu ihrem menschenrechtlichen »Kerngeschäft« zurückfindet.

Vorschau

Themen im Dezember 2017

- **Schwerpunkt**
Forschung und Interessen

- **Gesundheit und Technik**
Roboter im Pflegeheim
- **Biopolitik**
Wie weiter nach der Wahl?

Veranstaltungstipps

Sa. 23. September, 10 – 18.30 Uhr

Münster (Kath. Hochschule NRW, Piusallee 89)

- **Zwischen Planungssicherheit und Sorgegesprächen**
Tagung

BioSkop, Hospiz-Stiftung OMEGA Bocholt und Wiener Institut für Palliative Care laden gemeinsam zum Nachdenken über Vorsorgeprogramme in der Alten- und Behindertenhilfe ein. Die Tagung untersucht, wie Programme, die zum Abfassen von Patientenverfügungen motivieren (→ Seite 7), Beziehungen zwischen HeimbewohnerInnen, Betreuungspersonal und Angehörigen beeinflussen. Zur Sprache kommen auch Alternativen für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf. *Anmeldung bei OMEGA Bocholt, Telefon (02871) 184823*

Di. 10. Oktober, 16 – 18 Uhr

Würzburg (Akademie Frankenwarte, Leutfresserweg 81-83)

- **Diagnose Alzheimer – von Irrtümern, Irreführungen und falschen Therapien**
Vortrag und Diskussion

Fast 1,6 Millionen Menschen leben hierzulande mit Alzheimer – so kommuniziert es die Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Anders die Wissenschaftsjournalistin Cornelia Stolze: »In Wirklichkeit weiß niemand, was Alzheimer ist. Die Diagnose erfolgt nach dem Ausschlussprinzip: Wenn der Arzt nichts findet, was in seinen Augen erklärt, warum der Patient verwirrt, vergesslich oder desorientiert ist, dann muss es wohl Alzheimer sein.« Ihre Recherchen und Positionen wird Stolze, Autorin des Buchs *Vergiss Alzheimer*, auf Einladung der Gesellschaft für Politische Bildung erläutern. *Anmeldung bei Frau Reuß, Telefon (0931) 80464-0*

Fr. 13. Oktober, 10 – 17.15 Uhr

Berlin (Akademie der Künste, Pariser Platz 4)

- **Hospiz. Europa. Zukunft**
Fachtagung

Wie Hospizidee und Palliativmedizin »die Menschen bewegen und Gesellschaft verändern«, soll die internationale Tagung zeigen und diskutieren, ausgerichtet vom Deutschen Hospiz- und Palliativverband (DHPV). Erörtert wird, wie sterbende Menschen sensibel und angemessen begleitet werden können und wie die »Zukunft der Hospiz- und Palliativarbeit in Europa« aussehen soll – und welche Rolle ehrenamtliches Engagement dabei spielt. Kritisch blicken ReferentInnen zudem auf Beihilfen zur Selbsttötung, wie sie in den Niederlanden und in der Schweiz angeboten und praktiziert werden. *Anmeldung beim DHPV, Telefon (030) 8200758-0*

Fr. 3. Nov., 9 Uhr – Sa. 4. Nov., 15 Uhr

Göttingen (Universität, Conference Center »Alte Mensa«, Wilhelmsplatz 1)

- **Familienbildung mit Hilfe Dritter**
Tagung

»Im Zentrum«, erläutern die Gastgeber von University Medical Center und Medizinethik in Göttingen, »stehen Verfahren der assistierten Reproduktion, die eine Familienbildung mit Hilfe Dritter ermöglichen.« Dabei geht es auch um »Eizellspende« und »Leihmutterchaft«, die in einigen Staaten erlaubt sind, aber nicht in Deutschland. Die Tagung mit zahlreichen ReferentInnen aus dem In- und Ausland verfolge einen »international vergleichenden Ansatz« und werde auch »Lösungen« diskutieren. In der kommenden Legislaturperiode wird der Bundestag womöglich über neue Regeln zur Reproduktionsmedizin beraten. *Anmeldung bei Frau Beier, Telefon (0551) 394184*

Di. 7. November, 18 – 20.15 Uhr

Dinslaken (Theodor-Heuss-Gymnasium, Voerder Straße 30)

- **Zwischen Lebensklugheit und Planungszwang**
Vortrag mit Diskussion

Das Hospiz- und Palliativgesetz ermöglicht eine kassenfinanzierte »Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase«. In Einrichtungen der Alten- und Behindertenhilfe können nun spezielle BeraterInnen dafür werben, dass BewohnerInnen eine Patientenverfügung erstellen. Wird so ein selbstbestimmtes Leben und Sterben ermöglicht? Oder geht es eher um Einsparungen, haftungsrechtliche Absicherungen und standardisierte Handlungsabläufe in existentiellen Lebenslagen? Antworten gibt BioSkoplerin Erika Feyerabend in ihrem Vortrag.

Sa. 25. November, 9 – 17 Uhr

Bad Boll (Ev. Akademie, Akademieweg 11)

- **Gentechnologie – reif für den Menschen?**
Tagung

CRISPR-Cas9 steht für eine neue Genome-Editing-Technik, die manche Wissenschaftler mit großspurigen Vorhersagen verknüpfen: Das »Heilen kranker Genome« (→ *BIOSKOP Nr. 76*) wird ebenso verheißen wie die Lösung des Hungerproblems mithilfe manipulierter Pflanzen. Die Tagung will »Chancen und Risiken« der Methodik erörtern, u.a. mit den Professoren Toni Cathomen (Institut für Zell- und Gentherapie, Freiburg), Holger Puchta (Institute of Technology, Karlsruhe) und Peter Dabrock, Theologe und Vorsitzender des Deutschen Ethikrats. BioSkoplerin Erika Feyerabend ist auch dabei, sie wird die Versprechungen hinterfragen. *Anmeldung bei Frau Böld, Telefon (07164) 79347*

Ja!

Ich abonniere **BIOSKOP** für zwölf Monate. Den Abo-Betrag in Höhe von 25 € für Einzelpersonen/50 € für Institutionen habe ich auf das BioSkope.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 BioSkope.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 BioSkope.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 BioSkope.V. mit einer regelmäßigen Spende fördern. Bitte rufen Sie mich mal an. Meine Telefonnummer:

Name

Straße

PLZ+ Wohnort

Nur für Abonnentinnen und Abonnenten: Ich kann meine Abo-Bestellung innerhalb von zehn Tagen widerrufen.

Dazu genügt eine schriftliche Mitteilung an BioSkope.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:

BioSkope.V. – Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Technologien
Erika Feyerabend · Bochumer Landstr. 144 a · 45276 Essen

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 BioSkope.V., überwiesen. Mein persönlicher Abo-Preis beträgt €. Dafür erhalte ich vier **BIOSKOP**-Ausgaben. Rechtzeitig vor Ablauf des Bezugszeitraumes 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 BioSkope.V. mit einer Spende von € (Konto siehe oben). Weil BioSkope.V. vom Finanzamt Essen als gemeinnützig anerkannt worden ist, bekomme ich eine abzugsfähige Spendenquittung.

Telefon

E-Mail

Datum Unterschrift