

# BIOSKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

21. Jg. | Nr. 81 | März 2018

## Schwerpunkt Pflege

- 8 Bündnisse gegen den »Pflegerotstand«
- 9 In den eigenen vier Wänden
- 10 Roboter als Pflegekräfte?

## Ersatzteillager Mensch

- 3 Organe »spenden« ohne Zustimmung?

## Gesundheitspolitik

- 4 Bürgerversicherung: Mehrere Entwürfe, keine Taten
- 7 Vorhaben der »Großen Koalition«

## Lebensbeendigung

- 12 Täglich über 18 registrierte Fälle von »Euthanasie« in den Niederlanden
- 12 Suizid in den Medien – sensibles Thema, heikle Wortwahl

## Frauengesundheit

- 13 Umstrittenes Statement einer Professorin
- 13 Forderungen (nicht nur) zum Frauentag

## Interessen & Konflikte

- 14 Pharmagesponserte Ärztefortbildungen
- 15 Kritische Punkte
- 15 BioSkop fordert Transparenzregister

## Außerdem

- 6 Medien im Blick
- 6 Gesundheitsversorgung für alle!
- 7 Der neue Gesundheitsminister
- 16 Veranstaltungstipps
- 16 Wunschzettel
- 2 Jetzt BioSkop unterstützen!
- 16 BIOSKOP im Juni

## 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](mailto:info@bioskop-forum.de)

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

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

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

**E-Mail:** [redaktion@bioskop-forum.de](mailto:redaktion@bioskop-forum.de)

### Beiträge in dieser Ausgabe:

Manfred Fiedler, Reimer Gronemeyer,  
Martina Keller.

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

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

**Druck:** Zeit-Druck-Thäns, 35083 Wetter

ISSN 1436-2368

## Fragile Erfolgsaussichten

Erika Feyerabend

Derzeit wird viel über »Pflege« diskutiert – in Krankenhäusern, in Altenheimen, in privaten Haushalten. Und das ist gut so! Die Babyboomer-Generation wird langsam alt und zum Teil gebrechlich. Die Familie als Ort vor allem unbezahlter Versorgerinnen ist alles andere als selbstverständlich verfügbar. Pflegedienste sichern auch nach der letzten Gesetzesreform keine befriedigende Lebenssituation. Private Zusatzleistungen können sich viele Menschen nicht mehr leisten. In den Altenheimen und Krankenhäusern dominieren marktformige Strukturen auf ganzer Linie und auch der Zwang zum Wettbewerb. In fast schon verdächtiger Einmütigkeit wird die »Krise« konstatiert: zu wenig Personal, kaum mehr verfügbare Fachkräfte, schlechte Bezahlung und mangelnde soziale Anerkennung im Pflegesektor. All das stimmt. Und nun?

Die Beschäftigten streiten mit gewerkschaftlichen und zivilgesellschaftlichen Kräften für mehr Personal und einen Entlastungstarif für Kliniken. Und das ist gut so! (→ Seite 8) Denn das Management im »Unternehmen Krankenhaus« verlangt mehr selbst zu verwaltendes Geld und »Effizienzoffensiven« – was wohl kaum die Lage bessern wird. Im Raum der Politik ist die kostenfreie Beschwörungsformel von sozialer Anerkennung für die Arbeit der Pflegekräfte beliebt. Gelegentlich werden hier mal ein paar tausend Pflegekräfte für die Kliniken versprochen, dort ein wenig Akademisierung der Pflegeberufe, so auch im Koalitionsvertrag der neuen, alten CDU-CSU-SPD-Koalition (→ Seite 7). Vor Wahlen wurde immer mal wieder über eine »Bürgerversicherung« debattiert, die den Wettbewerb der Krankenkassen – vor allem um günstige Versicherte mit wenig Ausgabenrisiko und verlässlichen Einnahmen – etwas abmildern soll. Abgesehen davon, dass weder die Entwürfe von SPD noch Bündnis 90/Die Grünen halten, was Viele sich von einer solchen Versicherung versprechen: eine bessere und gerechtere Versorgung auch für die ärmeren und behandlungsbedürftigeren BürgerInnen. In der Regel folgen ohnehin keine Taten (→ Seite 4).

Die Lage ist weitaus komplizierter als die oberflächliche Annahme, dass gute Absichten, etwas mehr Geld und Anerkennung die angedeutete Misere aus der Welt schaffen könnten. Selbst die beschworene Aufwertung der Pflegeberufe bleibt eine Leerformel – nicht nur, weil sie immer noch eine schlecht bezahlte (meist weibliche) Dienstleistung ist und Geld in dieser Welt eben mit Wertigkeit zu tun hat. Hoch geschätzt ist heute die akademische, kreative, digital aufgerüstete Arbeit(nehmerIn), sei es in irgendeiner Güterproduktion oder im radikal vermarktlichten Feld der sozialen Dienstleistungen.

*Bitte auf der nächsten Seite weiterlesen ▶*

**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? 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)

**Fortsetzung von Seite 1 >**

**Lesetipp**

Der Kultursoziologe Andreas Reckwitz von der Viadrina-Universität in Frankfurt/Oder forscht über den »Strukturwandel der Moderne«. Im Oktober 2017 erschien sein 480 Seiten starkes Buch *Die Gesellschaft der Singularitäten*. Reckwitz beschreibt und analysiert, wie grundlegend sich zu Beginn des 21. Jahrhunderts Ökonomie, Arbeitswelt, digitale Technologie, Lebensstile und Politik verändern und allgemein verbindliche Normen an sozialer Bindungskraft verlieren. Der Suhrkamp-Verlag hat das Buch publiziert. Absolut lesenswert!

*Liebe Leserinnen, liebe Leser,*

Angela Merkel hat es erneut geschafft: Am 14. März wurde sie im Bundestag zum vierten Mal zur Bundeskanzlerin gewählt, allerdings knapper als allgemein erwartet. In geheimer Abstimmung votierten 364 ParlamentarierInnen für Merkel – somit 35 Stimmen weniger, als die neue, alte »Große Koalition« aus CDU, CSU und SPD an Abgeordneten zählt. Auch dieses Ergebnis deutet an: Diese Legislaturperiode könnte spannender werden als die vergangene.

Die »neue Dynamik«, von der die neue Bundesregierung spricht, sehen wir auf dem Papier erst mal nicht. Was zu Gesundheit und Forschung im Koalitionsvertrag steht, haben wir uns genauer angeschaut (→ Seite 7). Im Pflegebereich soll sich etwas tun, aber deutlich zu wenig, die allgemeine politische Devise heißt im wesentlichen: weitermachen wie bisher.

Übrigens, in der Vereinbarung steht auch das: Die KoalitionärInnen beabsichtigen, die

Kultur des zivilgesellschaftlichen Engagements und des Ehrenamts zu fördern und zu stärken; geplant ist die Gründung einer »Ehrenamtsstiftung«. Mal sehen, was das genau für ein Projekt wird und wer davon letztlich etwas hat.

Der BioSkop-Verein wird sich weiter gemeinnützig engagieren, unabhängig von Staat, Firmen und Verbänden. Unsere Aktivitäten, die wir größtenteils ehrenamtlich und ganz ohne festangestelltes Personal ausführen, werden finanziert durch Menschen, die dies bewusst unterstützen und unsere Zeitschrift abonnieren.

Der Preis der Unabhängigkeit ist aber auch: Wir sind auf Spenden angewiesen und müssen regelmäßig daran erinnern! Wir wollen in 2018 rund 500 zusätzliche BIOSKOP-Abos gewinnen. Das ist wohl ehrgeizig, aber wir sind zuversichtlich: Mit Ihrer Hilfe schaffen wir das! Bitte sagen Sie einfach weiter, was wir tun und in BIOSKOP und auf [www.bioskop-forum.de](http://www.bioskop-forum.de) veröffentlichen! Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung!

Erika Feyerabend, Klaus-Peter Görlitzer

**Fragile Erfolgsaussichten**

Wer Menschen füttert, badet, lagert oder Betten macht, gilt weder als kreativ noch als besonders qualifiziert. Für emotionale Zuwendung bleibt unter den Wettbewerbsbedingungen im Gesundheitsmarkt eh keine Zeit. Im unbegrenzten Raum der Affektmaschine Internet lässt sich mit »profaner« Pflege kranker und gebrechlicher Menschen nicht wirklich beim Publikum punkten. Auch das zählt bei der Bewertung von Arbeit: ihre Sichtbarkeit.

Prinzipiell gelten Pflegekräfte auch als ersetzbar – insbesondere, wenn ihre Arbeit aus Gründen der Effizienzsteigerung in Einzeltätigkeiten zergliedert wird. In Zeiten des Pflegekraftmangels zum Beispiel durch den zertifizierten Roboter »Hospi« oder die computergesteuerte Kuschelrobbe »Paro«, speziell für Menschen mit Demenz.

So werden die Alten zum »Experimentierfeld für die Automatisierung von Dienstleistungen und Einsparungen« (→ Seite 10). Die Erfinder dieser technischen Sklaven stehen in der Bewertungsskala hingegen ganz oben.

Wer in dieser Welt gut performen kann und sichtbar ist, gehört zu einer neuen Mittelschicht, die über ausreichend ökonomisches und soziales Kapital verfügt, um sich exklusiv zu fühlen, sowohl im Arbeitsvermögen als auch im Konsum- und Lebensstil. Zum Beispiel die Führungskräfte des Unternehmens OmniaMed Deutschland GmbH, das laut Selbstdarstellung ein führender, unabhängiger Anbieter von

zertifizierten Fortbildungen für die Ärzteschaft ist. Ihre Qualitäten haben sie schon früher als Mitarbeiter der Pharmaindustrie bewiesen, von der sie sich heute ihre Seminare für MedizinerInnen sponsern lassen (→ Seite 14).

Innovativ, kreativ, jugendlich und erfolgreich, das sind nicht nur die dominierenden gesellschaftlichen Erwartungen, sondern auch die eigenen geworden. Die Lage ist fragil: Was heute noch neu und innovativ ist, kann morgen schon veraltet sein. Exklusivität in Arbeit, Konsum und Privatleben sind nur vorläufig. Störfälle sind nicht vorgesehen. Die Märkte sind unberechenbar und

ermöglichen nicht nur Selbstverwirklichung, sondern auch Enttäuschung. Statusinvestitionen in den eigenen Körper sind unter diesen Umständen attraktiv, auch für die Anbieter von Hormonersatztherapien in den Wechseljahren (→ Seite 13).

Negative Erfahrungen

wie Scheitern, schwere Erkrankungen, Gebrechlichkeit erscheinen in dieser Positivkultur nicht annehmbar. Der Wunsch, dann nicht mehr leben zu wollen, nimmt zu. Das zeigt sich zum Beispiel in der stetig wachsenden Euthanasiepraxis in den Niederlanden (→ Seite 12) oder in heroisch aufgeladenen Medienberichten über suizidwillige alte und kranke Menschen hierzulande (→ Seite 12).

Was tun? Einfache Lösungen sind nicht in Sicht. Es ist eine Daueraufgabe, politische Räume zu schaffen, um die Organisation sozialer Dienstleistungen, die Bewertung von Arbeit, aber auch von Konsum und privatem Glück, neu zu justieren.

**Negative Erfahrungen wie Scheitern, schwere Erkrankungen, Gebrechlichkeit erscheinen in dieser Positivkultur nicht annehmbar.**

# Wer schweigt, soll zugestimmt haben

## Transplanteure wollen niederländische Organspende-Regeln

**Wer einer Organentnahme zu Lebzeiten nicht ausdrücklich widerspricht, wird in den Niederlanden künftig routinemäßig als potenzieller Organspender registriert. Diese komische Regel hat einflussreiche Befürworter auch in Deutschland.**

**K**napper geht es kaum: Mit 38 Ja- gegen 36 Nein-Stimmen billigte die niederländische Erste Kammer am 13. Februar eine Reform des Transplantationsgesetzes. Die Vertretung der Provinzparlamente bestätigte so einen Gesetzentwurf, den die vom Volk gewählte Zweite Kammer bereits im Herbst 2016 gutgeheißen hatte – damals mit einer Stimme Mehrheit, 75:74.

Die umstrittene »Widerspruchsregelung« wird voraussichtlich ab Juli 2020 gelten. Sie bezweckt, die Beschaffung verpflanzbarer Nieren, Lebern, Herzen zu erleichtern, im Kern so: Alle volljährigen BürgerInnen erhalten einen Brief mit der Frage, ob sie nach ihrem »Tod« Organe »spenden« wollen oder nicht. Wer dazu einfach schweigt, hat damit gemäß der merkwürdigen Logik des Gesetzes zugestimmt – und wird automatisch im Register als williger »Organspender« gespeichert. Menschen, die nicht wollen, das ihnen bei »Hirntod« oder 10-minütigem Herz-Kreislauf-Stillstand Körperstücke explantiert werden, müssen vorsorglich aktiv werden und ihren ausdrücklichen Widerspruch mitteilen.

Die Idee einer prinzipiellen Vergesellschaftung menschlicher Organe ist keine niederländische Spezialität, mittlerweile gibt es in 18 europäischen Staaten ähnliche »Widerspruchslösungen«. Die deutsche Variante der Fremdbestimmung ist weniger offensichtlich. Aber auch hierzulande sind Explantationen ohne vorab erklärte Einwilligung im Organspendeausweis zulässig – vorausgesetzt, Angehörige haben nach ärztlicher Beratung (→ *Randbemerkung*) stellvertretend für den »Hirntoten« erklärt, dass er vermutlich mit der Organentnahme einverstanden sei. Laut Jahresbericht 2016 der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) hatte nur etwa jeder sechste »Spender« (16,4 %) sein Einverständnis vorab schriftlich erklärt.

Für 2017 hat die DSO die niedrigste Zahl an OrgangeberInnen in 20 Jahren bilanziert, im Vorjahr seien hierzulande 797 Menschen insgesamt 2.594 Organe entnommen worden. Der SPD-Bundestagsabgeordnete Karl Lauterbach nahm die DSO-Mitteilung im Januar erneut zum Anlass, die Einführung der Widerspruchslösung zu fordern: »Wir können verlangen«, sagte Lauterbach der *Nordwest-Zeitung*, »dass sich jeder aktiv erklärt, der seine Organe im

Todesfall nicht für das Leben anderer Menschen hergeben möchte.« Notwendig findet der SPD-Gesundheitsexperte ein Register, in das sich alle eintragen lassen, die nicht zur Organspende bereit sind. Der Organspende-Ausweis, behauptet Professor Lauterbach, setze »zu hohe Hürden«.

Diese Position dürfte zurzeit im Bundestag wohl keine Mehrheit haben; im Koalitionsvertrag (→ *Seite 7*) steht dazu auch nichts. Angekündigt wird dort aber: »Die Organentnahme wird höher vergütet.« Außerdem ist vorgesehen, eine »verbindliche Freistellungsregelung für Transplantationsbeauftragte« einzuführen und zu finanzieren.

Druck auf den Gesetzgeber wollen – mit Verweis auf die niederländische Entscheidung – offensichtlich mehrere Mediziner-Verbände entfalten. »Nach Ansicht der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG) und der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) ist die Einführung der Widerspruchslösung auch in Deutschland dringend zu fordern«, heißt es in einer DTG-Pressemitteilung vom 6. März. Das »Tabu Widerspruchslösung« müsse fallen, ihre Einführung könne »die Organspende im gesellschaftlichen Wertesystem verankern«.

### »Einen Tabubruch wagen«

Gemeldet hat sich auch der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU), Paolo Fornara. Der Professor, der auch Mitglied der Ständigen Kommission Organtransplantation der Bundesärztekammer ist, vermisst eine »Methodik, nach der jeder volljährige Bundesbürger zu Lebzeiten faktisch dokumentiert, was nach dem Tod mit seinen Organen geschehen soll«. Dass »die Krankenkassen, die zugleich auch Kostenträger der Transplantationsmedizin sind«, ihren Versicherten immer mal wieder Infomaterialien zur Organspende schicken, die man auch in den Papierkorb werfen könne, reicht dem Professor aus Halle nicht, er kritisiert: »Alles ist freiwillig, nichts wird erfasst.«

Der DGU-Präsident verlangt noch viel mehr: »Zur Verbesserung des hiesigen Transplantationsgeschehens«, so die DGU-Pressemitteilung vom 26. Februar, »will Prof. Fornara auch einen Tabubruch wagen und fordert eine seriöse Diskussion zur Herztoddiagnostik.« In Österreich, Schweiz, Belgien und den Niederlanden sei die Organentnahme nach Feststellung des Herztods »seit Jahren akzeptiert«. Auch wenn es dort im Vergleich zu Deutschland womöglich medizinische, ethische und rechtliche Unterschiede geben sollte, »dürfen wir die Herzdiagnostik pauschal nicht einfach ablehnen«, meint Fornara. ☺

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

### Erfahrung, Widerspruch

Im Verein »Kritische Aufklärung über Organtransplantation« haben sich vor allem Menschen organisiert, die Angehörige zur Entnahme von Körperteilen freigegeben haben – und diese Entscheidung im Nachhinein falsch finden. Auf Basis solcher Erfahrungen betreibt KAO kritische Öffentlichkeitsarbeit. Ende 2017, als die Branche den 50. Jahrestag der ersten Herztransplantation sowie den 20. Jahrestag des Inkrafttretens des deutschen Transplantationsgesetzes feierte, erklärte KAO in einer Pressemitteilung: »Angehörige werden in einer Schocksituation unter Druck gesetzt – entgegen den sonst geltenden Regeln müssen sie nach einem »mutmaßlichen Willen des Verstorbenen« entscheiden. Die Ärzte nehmen an den Patienten Untersuchungen vor, ohne vorher sie oder ihre Bevollmächtigten zu informieren, (organprotektive Maßnahmen); sie erklären die Hirntoduntersuchung zu einer normalen Todesfeststellung, obwohl bei der ersten Untersuchung der im Bett liegende Patient zweifellos noch ein Lebender ist. Nach der Untersuchung soll er dann tot sein, obwohl sich an seinem Zustand nichts geändert hat.« Der Verein bietet auf seiner Internetseite <https://initiative-ka0.de> auch ausweisartige Vordrucke zum Download an. Wer sie ausfüllt, kann so dokumentieren, dass sie oder er weder Spender noch Empfänger menschlicher Organe werden will und auch jeglicher Hirntod-Diagnostik vorsorglich widerspricht.



# Mehrere Entwürfe – keine Taten

Eine Bürgerversicherung könnte das Krankheitsrisiko sozial gerechter absichern, doch die Durchsetzung ist schwierig

**Manfred Fiedler**  
(Castrop-Rauxel),  
Sozialwissenschaftler,  
Sozialökonom,  
Mitglied im Rat von Attac,  
betreibt die Internetseite  
[www.neuegesundheit2020.de](http://www.neuegesundheit2020.de)

## Loblied auf die Private

Zu den heftigsten Gegnern einer Bürgerversicherung zählen die Interessenvertreter der Ärzteschaft. Am 27. November, als die SPD-Spitze die Einführung einer Bürgerversicherung noch zur Voraussetzung für Sondierungsgespräche mit CDU und CSU erklärte, meldete sich der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK): »Wer die Bürgerversicherung will«, polterte Frank Ulrich Montgomery, »der startet den Turbolader in die Zwei-Klassen-Medizin. Wir wollen keine Rationierung, keine Wartezeiten und keine Begrenzungen der Leistungskataloge wie in den Einheitsystemen der Niederlande oder in Großbritannien.« Und dann stimmte der BÄK-Präsident ein Loblied auf die Private Krankenversicherung an. Diese ermögliche »die rasche Übernahme des medizinischen Fortschritts für alle Patienten«, weil sie »Innovationen bei Diagnostik und Therapie« fördere, schnell genehmige und so die gesetzlichen Kassen »in der Regel unter Zugzwang« setze. Abschließend bilanzierte Montgomery: »Privatversicherte ermöglichen mit ihrem die tatsächlichen Kosten deckenden Finanzierungsbeitrag eine hochwertige medizinische Ausstattung von Krankenhäusern und Praxen, die allen Patienten unabhängig von ihrem Versicherungsstatus zur Verfügung steht.«

**Die Diskussion um die »Große Koalition« hat auch ein anderes Thema wieder in das publizistische Licht gespült: die Bürgerversicherung für die Absicherung des Krankheitsrisikos. Deren Einführung ist von SPD wiederholt als wesentliche Bedingung für ein Regierungsbündnis mit den Unionsparteien benannt worden, im Koalitionsvertrag (→ *Randbemerkung*) steht davon nichts mehr.**

Alle großen Parteien ab der linken Mitte, Bündnis90/Die Grünen, SPD und die Linkspartei haben das Thema auf ihrer Agenda, teilweise seit langer Zeit. Kern einer Bürgerversicherung ist vor allem eine solidarische Versicherung für alle, unabhängig davon, ob selbständig, abhängig beschäftigt, ob Beamter, leitender Angestellter.

Alle sollen zu gleichen Bedingungen einheitlich versichert werden. Ziel ist es dabei nicht primär, die sogenannte Zweiklassenmedizin zu beenden, dies ist eher ein Abfallprodukt. Es geht vielmehr darum, die ungerechte Lastenverteilung bei der Finanzierung der Leistungen bei Krankheit wie für Gesundheitssicherung und Prävention zu beseitigen – und zwar durch Einbezug aller und aller Einkommensarten.

Bisher können sich vor allem Einkommensstarke und Vermögende, die nicht unerheblich von leistungslosen Vermögenserträgen leben, der Finanzierung der sozialen Krankenversicherung entziehen. Andererseits sind Menschen in zwanghafter Selbständigkeit, also Scheinselbständige, Ich-AGs oder Kleingewerbetreibende mit geringem Jahreseinkommen trotz der Pflicht zur Krankenversicherung schlecht abgesichert. Die Beiträge für sie übersteigen sowohl in der gesetzlichen als auch in der privaten Krankenversicherung ihre finanzielle Leistungsfähigkeit in verfassungsrechtlich bedenklicher Weise.

CDU/CSU und FDP haben per Gesetz unter tatkräftiger Mithilfe von Mitte-Links prekäre Selbständigkeit befördert. Der so entstandene prekäre Mittelstand ist ihnen aber keine große Mühe wert. Stattdessen macht man sich Sorgen über den Fortbestand der Privaten Krankenversicherung (PKV). Die Einheitsversicherung wird als dämonischer Staatssozialismus zur Drohkulisse stilisiert.

Dabei gibt es grundsätzlich Vergleichbares im Norden Europas und auch im wirtschaftsliberalen Großbritannien schon länger, nämlich in Form von aus Steuern finanzierten öffentlichen Gesundheitssystemen. Jeder Wohnsitzbürger hat dadurch Zugang zu Leistungen bei Krankheit. Keines dieser Länder ist dadurch volkswirtschaftlich überfordert, und auch das Leistungsniveau ist keinesfalls schlechter und erst recht nicht teurer, eher im Gegenteil.

Dennoch haben Grüne und auch SPD die Warnung vor der Einheitsversicherung bei ihren Konzepten aufgegriffen. Bei den Grünen etwa will man PKV und GKV in einem gemeinsamen Wettbewerbsmarkt unter Ausweitung der Wahlfreiheit für Versicherte vereinen. Auch Teile der SPD sowie die Gewerkschaft Ver.di favorisieren unter der Überschrift der Bürgerversicherung das »geregelte« Nebeneinander von privaten Krankenversicherungen und gesetzlichen Krankenkassen. Ver.di treibt dabei vor allem die Angst vor Arbeitsplatzverlusten bei den Angestellten der Krankenversicherungen um.

Dabei hat Arbeitsplatzsicherung durch Wettbewerb der Krankenkassen schon in den vergangenen zwanzig Jahren nicht geklappt. Seit Einführung der Kassenkonkurrenz 1995 sind mehr als 90 Prozent aller Krankenkassen verschwunden, mit ihnen auch eine große Zahl örtlicher Zweigstellen. Der Bezug zur Lebens- und Arbeitswelt der Versicherten ging verloren. Die Zahl der Krankenkassenbeschäftigten nahm seit 2000 um drei

Prozent ab, während ansonsten die Zahl der im Gesundheitswesen Beschäftigten um fast vierzig Prozent zunahm.

Als Vorbild gilt Vielen das in den Niederlanden eingeführte Modell des einheitlichen Versicherungsmarktes. Seit 2006 gibt es dort keinen Unterschied mehr zwischen den Krankenkassen. Alle Versicherungen bieten zu einheitlichen Bedingungen an. Diejenigen, für die die Prämien zu hoch sind, haben einen Anspruch auf staatliche Unterstützung. Gegenüber einem Sozialversicherungsmodell ist das ein deutlicher Rückschritt, weil der durch den Einkommensbezug an der Leistungsfähigkeit des Versicherten orientierte Beitragssatz durch eine individuelle Bedürftigkeitsprüfung ersetzt werden muss.

**Einkommensstarke und Vermögende können sich bisher der Finanzierung der sozialen Krankenversicherung entziehen.**

Das Versprechen der Befürworter eines solchen Modells kann auch ansonsten nicht gehalten werden. Denn der Wettbewerb in der Krankenversicherung findet nicht um die bessere Versorgung für gesundheitlich besonders gefährdete Menschen statt, sondern um die für die Versicherung günstigsten Versicherten. Dabei geht es vor allem um junge und gesunde Versicherte mit guten Eigenschaften für ein geringes Ausgabenrisiko bei verlässlichen Einnahmen. Ein solcher Wettbewerb ist also wenig hilfreich, wenn es um sozialen Ausgleich geht.

Private und gesetzliche Kassen passen nicht zusammen. Die privaten funktionieren nach dem sogenannten Kapitaldeckungsprinzip. Anders als bei den gesetzlichen Krankenkassen, die die Ausgaben über den einheitlichen Beitragssatz gleichmäßig auf alle Versicherten verteilen, wird in der PKV das Geld zur Finanzierung von Leistung im

Lebensverlauf im Laufe der Versicherungsdauer angespart. Kassenleistungen fallen in Abhängigkeit von dem Risiko des Einzelnen besonders im Alter an, vor allem zum Lebensende.

Arme Menschen sind eher krank und sterben deut-

lich früher, sie sind damit schlechtere Risiken und müssten (was sie sich aber gar nicht leisten können) in der PKV höhere Prämien bezahlen. Es ist also entscheidend für die Versicherungsprämie, woher man kommt und wie lange man in der Versicherung einzahlt bzw. wann man ihr beigetreten ist.

Von Bedeutung ist auch, dass der Privatversicherte ein verbrieftes Recht an der Versicherungsleistung hat. Man kann also nicht einfach alle PKV-Versicherten überführen und die PKV abschaffen. Beim Sozialversicherten gibt es diesen Anspruch nur durch das Sozialrecht, aber nicht als konkret vertraglich zugesicherten Anspruch. Ein Nebeneinander von privaten und gesetzlichen führt dann eher zu einem Ende der sozialen Krankenversicherung. Das Modell der Grünen und auch von Ver.di entspricht im Kern einer Versicherungspflicht, mithin mehr so etwas wie Obamacare für Deutschland, was, im Gegensatz zu den USA, hier kein Fortschritt wäre.

Und wie sieht es mit den Vorstellungen der SPD aus? Formal gesehen ist das, was sie will, schon eine echte Bürgerversicherung, aber drei Dinge lassen wenig Hoffnung zu. Erstens: Auch unter Rot-Grün – beide Parteien waren und sind ja irgendwie für eine Bürgerversicherung – wurden keine Schritte dazu unternommen. Statt dessen stritt die SPD damals für die Kommerzialisierung der Krankenhausversorgung. Zum zweiten rücken zumindest Teile der SPD davon

ab, dass in der Bürgerversicherung auch andere Einkommensarten, vor allem Kapitaleinkommen, einbezogen werden. Also bleibt der Bezug auf das Arbeitseinkommen. Und schließlich verwirrt die Idee, die Zweiklassenmedizin mit einer Angleichung der Honorarsätze über eine Finanzierung durch den Steuerhaushalt zu bekämpfen.

Dieser Unsinn mag gut klingen: Endlich kriegen die Ärzte für Kassenpatienten das Gleiche, und schon werden sie alle gleich behandeln. Doch das stimmt leider nicht: Erstens ist das Ganze zunächst nur eine steuerfinanzierte Entlastung für PKV-Versicherte, die größtenteils eine solche Unterstützung nicht brauchen. Zweitens unterscheiden sich die Vergütungsbedingungen weiterhin zwischen GKV und PKV. In der GKV werden alle Vertragsärzte (Kassenärzte) über eine Gesamtvergütung

refinanziert. Für jede Praxis werden die in Punkten bewerteten Leistungen bis zu einer praxisbezogenen Höhe nach einem festen Eurosatz vergütet (Garantiewert). Übersteigen die Leistungsmengen den Praxiswert, sinkt der Satz; die Arztpraxis kriegt dann

weniger pro Leistung in Abhängigkeit von der zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung.

Bei der PKV ist dies anders. Während nämlich der GKV-Versicherte Anspruch auf die ärztliche Leistung als Sachleistung hat, ist der PKV-Versicherte zunächst direkt Vertragspartner des Arztes und hat einen Anspruch auf Kostenerstattung gegenüber der Versicherung. Nicht nur kann der Arzt Leistungen abrechnen, die die GKV nicht bezahlt, auch bekommt er immer die Leistung in voller Höhe bezahlt. Und Regressforderungen durch Privatkassen sind auch eher selten. Der Privatpatient bleibt also weiterhin der bevorzugte Patient. Die fünf Milliarden Euro könnten viel besser zur Unterstützung strukturell benachteiligter Kommunen aufgewandt werden als zur Beitragsentlastung der PKV.

Das kompromissloseste Modell ist das der Linkspartei. Bei ihr soll es nicht nur die Bürgerversicherung als solche geben, sondern dann auch nur noch eine einzige. Zudem soll nicht nur die Pflichtversicherung geschaffen, sondern zugleich die Beitragsbemessungsgrenze abgeschafft werden, also die Einkommensgrenze, bis zu der der Beitrag erhoben wird. Bei einem von ihr kalkulierten Beitragssatz von 12 Prozent (die Linke will gleichzeitig alle Zuzahlungen und Eigenbeiträge abschaffen) bedeutet dies, dass etwa ab einem Gesamtjahreseinkommen von 84.000 Euro ein Jahresbeitrag von über 10.000 Euro fällig wird. Die Linkspartei ist weit

Formal gesehen ist das, was die SPD will, eine echte Bürgerversicherung, aber drei Dinge lassen wenig Hoffnung zu.


## In der Falle der Privatversicherung

*Der Neue Finanzberater* wird vor allem von BeraterInnen von Finanz- und Versicherungsprodukten gelesen. Im November 2017 druckte die Zeitschrift ein interessantes Gespräch mit Christoph Kranich, Leiter der Abteilung »Gesundheit und Patientenschutz« bei der Verbraucherzentrale Hamburg. Vom Interviewer Eric Czotscher gefragt, was wohl passieren würde, wenn sich – wie in Bürgerversicherungsmodellen ja vorgesehen – Beamte künftig gesetzlich versichern würden, erläuterte Kranich: »Ohne Beamte wäre das Geschäft mit Krankenvollversicherungen vermutlich tot. Beamte, Pensionäre und ihre Angehörigen sind mit 4,3 Millionen von insgesamt 8,8 Millionen Vollversicherten die tragende Säule der PKV.« Die Beamten sind für Kranich, beitrags technisch gesehen, aber nicht das »Hauptproblem«, zumal sie sich die Prämien der privaten Versicherung in der Regel auch im Alter noch leisten können. »Das Problem«, so der Hamburger Verbraucherschützer, »sind vielmehr die Selbständigen. Viele stecken in einer privaten Krankenversicherung fest, obwohl sie sich diese auf Dauer nicht leisten können.« Denn ein Großteil der Freiberufler hat heute ein eher geringes Einkommen. Auch deshalb plädiert Kranich dafür, »dass Selbständige sich mit ihrem realen Einkommen gesetzlich versichern können und nicht mit einem vorgegebenen fiktiven Einkommen«.

Fortsetzung auf Seite 6 >

## Medien im Blick

Die Anti-Korruptionsorganisation Transparency International (TI) will Presse, Rundfunk und Internet-Medien verstärkt unter die Lupe nehmen. »Gerade in Zeiten von Lügenpresse-Vorwürfen und Glaubwürdigkeitsproblemen sollten Medienunternehmen und Journalisten sich selbst immer wieder überprüfen, ob sie gefeit sind gegen korruptive Angriffe«, schrieb Ulrike Fröhling von der TI-Arbeitsgruppe »Transparenz in den Medien« im November in der TI-Zeitschrift *Scheinwerfer*. Redaktionen und Medienfirmen hätten es im Alltag mit »äußerer Beeinflussung« und »wirtschaftlichen Zwängen« zu tun, auch gebe es »persönliche Schwächen«, erläuterte Fröhling, die bis September 2003 über 30 Jahre im Axel-Springer-Verlag gearbeitet hatte, zuletzt in der Geschäftsleitung der Zeitungsgruppe *Bild*.

Recherchieren werde TI auch zum »Problem der verdeckten PR, insbesondere im Gesundheitswesen«. In der AG wirkt die Wissenschaftsjournalistin Cornelia Stolze mit; im *Scheinwerfer* Nr. 77 kündigte sie an, TI plane eine Studie und werde beleuchten, ob Redaktionen »ihrer Aufgabe, den Mächtigen auf die Finger zu schauen, bei ihren Beiträgen über Krankheiten, Untersuchungsverfahren und Therapien gerecht« werden. Also darf man gespannt sein, über die Ergebnisse der Studie wird *BIOSKOP* beizeiten berichten. 


### Grenzverschiebungen

Das »Open Ohr Festival« ist ein politisches Jugendfestival mit Tradition: Seit 1975 findet es über Pfingsten in der Mainzer Zitadelle statt. Thematischer Schwerpunkt in diesem Jahr (18.- 21. Mai) sind der menschliche Körper und neu entwickelte Körperkonzepte. »Die wissenschaftlichen Errungenschaften, zum Beispiel im Bereich der Gen- und Medizintechnik«, schreiben die Veranstalter, »lassen erahnen, dass die Grenzen des menschlichen Körpers, wie sie heute noch gesetzt werden, morgen verschoben und übermorgen überschritten sein werden.« Eine ehrenamtliche Projektgruppe bereitet das Festival vor; geplant sind Workshops, Diskussionen, Theater, Kabarett, Filme, Musik. Infos und ein interessantes Thesenpapier zum »Körperbau« sind online: [www.openohr.de/startseite.html](http://www.openohr.de/startseite.html)

## Hürden abbauen!

Beim Berliner Kongress »Armut und Gesundheit« gründete sich im März 2015 ein bundesweites Bündnis, das Menschen unterstützt, die nicht oder nur unzureichend krankenversichert sind. Drei Jahre später muss leider noch immer demonstriert werden, zur Kundgebung am 20. März vor dem Brandenburger Tor mobilisiert das Bündnis mit der Feststellung: »Jeder hat ein Recht auf Gesundheitsversorgung. Trotzdem haben Hunderttausende in Deutschland keinen oder nur beschränkten Zugang zu medizinischer Hilfe.«

Laut Bündnis sind vor allem drei Gruppen betroffen: Menschen aus anderen EU-Staaten, die hierzulande nicht sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind. Menschen, die ohne geregelten Aufenthaltsstatus in Deutschland leben. Menschen ohne Krankenversicherung oder mit Beitragsschulden wie auch »ältere MitbürgerInnen, die privat versichert sind/waren und die unverhältnismäßig hohen Krankenkassenbeiträge nicht mehr bezahlen können«.

Das Bündnis fordert die Bundesregierung auf, endlich »diskriminierende Hürden abzubauen und den Zugang zur Gesundheitsversorgung für alle zu gewährleisten.« 

Weitere Infos, Aktivitäten und Möglichkeiten zur Hilfe auf [www.gesundheit-ein-menschenrecht.de](http://www.gesundheit-ein-menschenrecht.de)


### Fortsetzung von Seite 5 >

von einer Regierungsbeteiligung auf Bundesebene entfernt. Ihr Konzept dürfte so eher eine Duftmarke, eine Maximalforderung sein als eine realistische Alternative.

Eine Bürgerversicherung zu wollen ist also das Eine, sie durchzusetzen das Andere. Es darf dabei keine Anbiederung an den Zeitgeist geben, an Floskeln, wie die der »Wahlfreiheit«. Länder ohne Wahlfreiheit bei der Absicherung gegen das Risiko der Krankheit haben schlicht mehr Ressourcen für eine gute Versorgung vor Ort, da wo die Menschen, ob krank oder gesund, leben. Es darf auch keine falschen Kompromisse geben. Die Honorarordnung zu ändern, ohne die strukturellen Rahmenbedingungen anzupassen, macht keinen Sinn. Es ist der zweite Schritt vor dem Ersten und nützt am Ende nur den Falschen.

Auch den verängstigten Beschäftigten der PKV kann man Entwarnung entgegen rufen. Es gibt genug Aufgaben im Gesundheitswesen, die allemal gehaltvoller sind als der Verkauf von Versicherungspolicen, das Prüfen und Begleichen von eingereichten Arztrechnungen, die Berechnung von Risikoprämien für den Abschluss einer Versicherung. Allein die Einrich-

tung von regionalen Stützpunkten zur Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, die ohne Konsequenz seit 2008 als Kassenaufgabe im Gesetz stehen, der Ausbau lebens- und arbeitsweltnaher Prävention und Rehabilitation als Kassenaufgabe würde viele tatkräftige Menschen benötigen – und für die Lebensqualität und die allgemeine Gesundheit allemal mehr erreichen, als ein unsinniger Wettbewerb zwischen gesetzlichen und privaten Kassen.

Ja, die Bürgerversicherung ist im Kern eine Einheitsversicherung. Was ist darin schlimm? Wenn man sie regional und betrieblich gliedert, wird sie kein zentralistisches, bürokratisches Monster und rückt näher an die Bedürfnisse der Menschen als die heutigen, im Wettbewerb gefangenen Versicherungen. Denn für die Kranken und sozial Gefährdeten, die durch die soziale Krankenversicherung ja geschützt werden sollen, sind Wettbewerb und eine Scheinwahlfreiheit unnütz, sogar eher schädlich. Und selbst für die anderen wäre sie nur dann hilfreich, wenn man in jungen Jahren meint, Geld sparen zu wollen. Das sollte aber nicht der Beweggrund für eine Reform der Absicherung gegen Krankheit und für Gesundheit sein. 



# Vorhaben der »Großen Koalition«

Was CDU, CSU und SPD vereinbart haben – und was nicht

**Am 12. März, fast sechs Monate nach der Bundestagswahl, haben Angela Merkel (CDU), Horst Seehofer (CSU) und Olaf Scholz (SPD) den Koalitionsvertrag unterschrieben. Das 177 Seiten dicke Werk soll nach Lesart der bisherigen und künftigen Koalitionsparteien eine »neue Dynamik für Deutschland« befördern. Die Kapitel zu Gesundheit, Pflege, Forschung und Wissenschaft haben wir genauer angeschaut, unser Eindruck: Es gibt einige interessante Vorhaben, das meiste ist aber vage formuliert – und manches wichtige Thema fehlt völlig.**

Zum Projekt, das die Wahlkämpfer und Verhandlungsführer der SPD angeblich unbedingt durchsetzen wollten, steht nichts im GroKo-Vertrag – kein Wort also zur Bürgerversicherung (→ Seite 4). Immerhin wird ab 2019 wohl die 2005 von SPD und Grünen abgeschaffte »Parität« bei der Finanzierung wieder eingeführt, soll sagen: Beschäftigte und Arbeitgeber werden dann die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung wieder zu gleichen Anteilen bezahlen.

Die vielleicht schönsten, aber sicher nicht ausreichenden GroKo-Versprechen stehen im Abschnitt zur Pflege. Angekündigt wird ein »Sofortprogramm«, das 8.000 neue Fachkraftstellen in Pflegeeinrichtungen schaffen soll; vorgesehen sei auch, Arbeitsbedingungen und Bezahlung in der Alten- und Krankenpflege »sofort und spürbar zu verbessern«; und zu entwickeln seien »verbindliche Personalbemessungsinstrumente«. Unklar ist, wie das alles im Detail bis wann praktisch passieren soll. Recht konkret ist dieser Satz, der finanzielle Verbesserungen verspricht: »Auf das Einkommen der Kinder von pflegebedürftigen Eltern soll künftig erst ab einem Einkommen von 100.000 Euro im Jahr zurückgegriffen werden.« Künftig! Ab wann genau?

Das Kapitel zur Gesundheit hat nicht nur die Interessen von Kranken im Blick. Deutlich wird das zum Beispiel unter der Überschrift E-Health und Gesundheitswirtschaft. »Die Digitalisierung des Gesundheitswesens«, liest man da, »ist eine der größten Herausforderungen des Gesundheitswesens in den nächsten Jahren.« Die Telematikinfrastruktur, in die ausdrücklich auch die Pflege einbezogen werden soll, werde weiter ausgebaut und eine »elektronische Patientenakte für alle Versicherten« eingeführt. »Einschränkende Regelungen zur Fernbehandlung«, heißt es weiter, »werden wir auf den Prüfstand stellen«, auch die Anwendung und Abrechnung telemedizinischer Leistungen ausgebaut werden. Ob solche Verheißungen gesund oder eher riskant


für PatientInnen sind, wird sich wohl zeigen, wenn diese Pläne konkretisiert werden.

Auch die medizinische Forschung soll auf Digitalisierung setzen, die Medizininformatik soll »gestärkt« und Robotik und Datenwissenschaften sollen »gefördert« werden. Ihren Anspruch formulieren die Koalitionäre wie Wirtschaftsführer: »Deutschland soll zum Vorreiter bei der Einführung digitaler Innovationen in das Gesundheitssystem werden. Wir werden eine Roadmap zur Entwicklung und Umsetzung innovativer E-Health-Lösungen erarbeiten.« Und zur Strategie der GroKo gehört auch, »die direkte Forschungsförderung des Bundes stärker auf den Wissens- und Technologietransfer in die Wirtschaft auszurichten«.

Verbindungen von Unis und Unternehmen durchschaubar zu machen, stellt der Vertrag allerdings nicht in Aussicht. Und es gibt viele weitere Leerstellen, nur einige seien hier kurz angesprochen. Gar nichts findet man im dicken Papier dazu, wie Lobbyismus und Einflussnahmen (→ Seite 14) im Gesundheitswesen eingeschränkt, abgewehrt und zumindest transparent gemacht werden könnten. Detaillierte Vorschläge hatte die Antikorruptionsorganisation Transparency International vor der Wahl unterbreitet (→ BIOSKOP Nr. 79). »Whistleblower«, die auf Missstände am Arbeitsplatz hinweisen und so persönliche Risiken eingehen, werden von CDU, CSU und SPD offensichtlich weiter im Stich gelassen.

## Augen zu und durch?

Misstände gibt es bekanntlich auch im Transplantationswesen. Seit Jahren fordern diverse Fachleute, zumindest die Kriterien zur Aufnahme in Organwartelisten gesetzlich klar zu definieren und die Zuteilung menschlicher Körperstücke in staatliche Verantwortung zu übergeben; ein weiterer Weckruf dazu war das Urteil des Bundesgerichtshofs vom Juni 2017 zum Göttinger Organverteilungsskandal (→ BIOSKOP Nr. 79). Die Großkoalitionäre tun in ihrem Papier so, als hätten sie von alledem nichts mitgekriegt; stattdessen versprechen sie, die Zahl der Organ Spenden zu »erhöhen«, etwa mit Hilfe einer höheren Vergütung für die Organentnahme.

Von der Opposition im Parlament ist in diesem Artikel aus Platzgründen mal nicht die Rede. BIOSKOP wird aber beobachten, welche Alternativen, Anträge und Anfragen in den nächsten Jahren von FDP, Grünen und Linken kommen – und vor allem auch, wie engagierte Menschen gute Initiativen außerparlamentarisch voran bringen.  Klaus-Peter Görlitzer

## Der neue, laute Gesundheitsminister

Der Bankkaufmann Jens Spahn war gerade 22 Jahre alt, als er 2002 als CDU-Direktkandidat im Wahlkreis Steinfurt I/Borken I in den Bundestag einzog. Diesen persönlichen Erfolg konnte Spahn bei den folgenden Wahlen stets wiederholen, und er hat sich zielstrebig nach oben gearbeitet. Nachdem er jahrelang Gesundheitspolitik mitgestaltet hat, holte ihn Wolfgang Schäuble im Juli 2015 als parlamentarischen Staatssekretär ins Bundesfinanzministerium. Spahn will noch viel mehr erreichen, in der Abitur-Zeitung soll er als Berufswunsch »Kanzler« angegeben haben. Sein Profil schärft er vor allem als Gegner der aktuellen Flüchtlingspolitik und als Befürworter von Law and Order – mit Aussagen wie diesen: »Sozialstaat und unbegrenzte Zuwanderung, das funktioniert nicht zusammen«. Oder: »Das große Streitfeld der Zukunft ist nicht die soziale Sicherheit, sondern kulturelle Sicherheit.« Die Rechtstreue der Deutschen, so Spahn, »fußt auf einem funktionierenden Rechtsstaat, der Einbruchsdiebstähle entschlossen bekämpft und kriminelle Asylbewerber zügig abschiebt.« Auch mit solchen Sprüchen, verbreitet etwa in der Zeitung *Die Welt*, hat Spahn, der ja als Kritiker von Angela Merkel gilt, in der CDU offenbar so viel Ansehen gewonnen, dass die Kanzlerin sich veranlasst sah, Spahn zum neuen Bundesminister für Gesundheit zu machen. Dass diese Personalentscheidung geeignet ist, den sozialen Zusammenhalt hierzulande zu stärken, darf zu Recht bezweifelt werden.

# Mehr Pflegepersonal begehrt

## Bündnisse in Berlin und Hamburg legen Gesetzentwürfe vor

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

**In Berlin und Hamburg gibt es spannende Entwürfe für Gesetze, die den »Pflegernotstand« beenden sollen. Urheber sind nicht Parlamente oder Regierungen. Eingebracht wurden die Volksinitiativen von Bündnissen, in denen sich Gesundheitsberufler, aktive Gewerkschaftsmitglieder und andere politisch engagierte Menschen zusammengeschlossen haben. Die etablierte Landespolitik äußert Verständnis, verweist aber auf bundesrechtliche Zuständigkeiten.**

Die Schilderungen waren eindringlich und bedrückend. Eine Intensivpflegerin aus Berlin-Neukölln sagte: »Manchmal habe ich nicht die Zeit, die PatientInnen morgens richtig zu waschen. Letztens ist ein Patient alleine verstorben, weil ich keine Zeit für ihn hatte.« Eine Betriebsrätin erklärte: »Ich erlebe weinende Kollegen und Mitarbeiter, die aussteigen müssen und in die Altersarmut rutschen.« Und eine Oberärztin vom Neuköllner Klinikum berichtete: »Nachts ist manchmal ein Pfleger für 36 PatientInnen zuständig.«

All das ist nachzulesen in der *taz* vom 1. Februar. Die Zeitung berichtete – wie andere Berliner Medien auch – ausführlich über eine Pressekonferenz des »Bündnis für mehr Personal im Krankenhaus«. Dieser Name ist quasi Programm. Ausgehend von einer Berechnung der Gewerkschaft Ver.di, wonach allein in Berliner Kliniken rund 3.000 Pflegestellen fehlen, hat das Bündnis einen Entwurf zur Änderung des Berliner Krankenhausgesetzes vorgelegt, der im Kern darauf zielt, den chronischen Personal-mangel zu beheben. Gefordert werden Mindestpersonalzahlen für Pflegekräfte und andere Berufsgruppen; außerdem müsse transparent gemacht werden, wie Personalvorgaben und Qualitätsanforderungen umgesetzt werden und welche Konsequenzen es gibt, falls die Ziele verfehlt werden.


Das außerparlamentarische Bündnis, zusammengesetzt vor allem aus Pflegenden, ÄrztInnen, PatientInnen und Ver.di-Mitgliedern, will diese Forderungen mit Hilfe eines am 1. Februar gestarteten »Volksentscheides für gesunde Krankenhäuser« durchsetzen. Dazu gibt es mehrere formale Vorgaben. Im ersten Schritt müssen innerhalb von sechs Monaten mindestens 20.000 BerlinerInnen das Begehren mit ihren Unterschriften unterstützen. Sollte das Berliner Abgeordnetenhaus den Gesetzentwurf letztlich ablehnen, könnte es später zum eigentlichen Volksentscheid kommen. Dessen Ergebnis ist für die Politik rechtlich bindend, sofern die Mehrheit

den Gesetzentwurf befürwortet und mindestens jeder vierte Wahlberechtigte mit abgestimmt hat.

Das chronische Pflegeproblem ist kein spezielles der Hauptstadt, bundesweit sollen in deutschen Kliniken nach Berechnungen von Ver.di, über alle Berufsgruppen hinweg, 162.000 MitarbeiterInnen fehlen (→ *BIOSKOP* Nr. 79). In Hamburg ist am 8. März, dem Internationalen

### Verbesserungen nicht nur in Kliniken nötig

Zu wenig Personal, chronische Überlastung, Unterfinanzierung der Pflege und weitere Mängel gibt es nicht nur in den Kliniken. Das ist auch den InitiatorInnen der Volksentscheide wohl bewusst. Deutlich wird das im Faltblatt »Für eine bessere Versorgung im Krankenhaus für Alle« der Berliner Kampagne: »Wir wissen, dass die Situation in vielen anderen Bereichen im Gesundheitssektor – in der häuslichen Pflege, in der Altenpflege – auch dringend verbessert werden muss«, liest man dort. Warum sich Kampagne und Forderungen dennoch auf die Lage in Kliniken konzentrieren, wird dann so begründet: »Aber im Bereich der Krankenhäuser haben wir mit dem Landeskrankenhausgesetz eine konkrete Möglichkeit, per Volksentscheid eine echte Verbesserung zu schaffen.«

Gelingt das in den Kliniken tatsächlich, könnte sich dies mittelfristig auch auf andere Pflegebereiche positiv auswirken, etwa auf Altenheime und ambulante Dienste, wo ja deutlich weniger MitarbeiterInnen gewerkschaftlich organisiert sind und bereit sind, ihre Interessen erkennbar aktiv zu vertreten (→ *Randbemerkung auf Seite 9*). Inhaltlich ist es sicherlich nicht zu rechtfertigen, dass die Arbeit von Pflegekräften in Kliniken und Heimen sowie die Leistungen von Menschen, die ihre Angehörigen zu Hause pflegen, unterschiedlich anerkannt, bewertet und bezahlt werden. Und das gilt natürlich auch für Bedarfe von Menschen, die auf Pflege angewiesen sind. 

Frauentag, die nächste, ähnliche Volksinitiative gegen den Pflegenotstand angelaufen. Die InitiatorInnen, zu denen auch der in der Hansestadt bekannte Verbraucherschützer Christoph Kranich gehört, fordern 4.200 zusätzliche Pflegestellen und wollen zunächst mindestens 10.000 Unterschriften sammeln, und zwar schon bis Ende März.

Die Ursachen des Mangels sieht das Hamburger Bündnis auch in der Politik der Privatisierungen, ihr Hintergrundpapier stellt fest: »2004 wurden die öffentlichen Krankenhäuser >

### »Demokratie von unten«

Bündnisse, die öffentlich und nachdrücklich mehr Personal und weitere Verbesserungen in Kliniken fordern, gibt es nicht nur in Berlin und Hamburg. Auch in Städten wie Augsburg, Bremen, Düsseldorf und Freiburg sowie im Saarland engagieren sich politisch aktive BürgerInnen, Pflegekräfte und GewerkschafterInnen gemeinsam. Einen guten Überblick über Hintergründe, Argumente und Aktionen gibt die Internetseite [www.pflegernotstand-hamburg.de](http://www.pflegernotstand-hamburg.de), publiziert vom Hamburger Bündnis. Viele interessante Informationen gibt es auch auf der Webseite [www.krankenhaus-statt-fabrik.de](http://www.krankenhaus-statt-fabrik.de), die vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte (vdää) verantwortet wird. Das Berliner Volksbegehren hat der vdää ausdrücklich in einer Presseerklärung vom 25. Februar begrüßt. »Das ist Demokratie von unten für einen absolut sinnvollen Zweck«, sagte der vdää-Ko-Vorsitzende Michael Janßen, der als Facharzt für Allgemeinmedizin im Berliner Bezirk Neukölln praktiziert.



# In den eigenen vier Wänden

**3,1 Millionen Menschen** waren Ende Juni 2017 bei den deutschen Pflegekassen registriert – 12,9 Prozent mehr als 2016, erklärte das Bundesgesundheitsministerium kurz vor der Bundestagswahl 2017 auf eine parlamentarische Anfrage der Linken. Drastisch gestiegen ist auch die Zahl derjenigen, die zu Hause ausschließlich von ihren Angehörigen gepflegt werden: 2015 waren es bereits 1,4 Millionen PatientInnen, 400.000 mehr als in 1999.

Unter welchen Bedingungen in privaten Wohnungen gepflegt wird, wollten WissenschaftlerInnen des Saarbrücker Instituts für Sozialforschung und Sozialwirtschaft in Erfahrung bringen. Für ihre Studie, gefördert von der Hans-Böckler-Stiftung (HBS), befragten sie bundesweit über 1.000 Haushalte, in denen Pflegebedürftige ab 65 Jahren leben, mit und ohne Einstufung in der Pflegeversicherung.

Die Ergebnisse, von der HBS im Juni 2017 bekannt gemacht, offenbaren einen eklatanten Unterschied zwischen gesellschaftspolitischem Anspruch und privater Wirklichkeit. »Die Pflege eines Verwandten«, schreibt die zum Deutschen Gewerkschaftsbund gehörende HBS, »ist oft mehr als ein Vollzeitjob: 63 Stunden in der Woche fallen in einem Haushalt mit pflegebedürftiger Person im Schnitt an.« Dabei übernehme allein die Hauptpflegeperson durchschnittlich knapp 50 Stunden der Arbeiten, von der Körperpflege über die Unterstützung des Pflegebedürftigen beim Essen bis zum Einfachda-zu-sein. Nur ein Zehntel der notwendigen Betreuungsleistungen werde durch professionelle Pflegedienste erbracht.

Es sind meist Ehefrauen oder Töchter, die Angehörige versorgen, nur jede dritte Hauptpflegeperson sei männlich, fanden die Forscher-

Innen heraus. Informelle Hilfe gebe es teils auch von Nachbarn, FreundInnen, Bekannten. Deutlich wird in der Studie auch, dass häusliche Pflege und Erwerbsarbeit nur schwer in Einklang zu bringen sind. Ein Drittel der befragten Hauptpflegenden hat die berufliche Arbeitszeit verringert, und 44 Prozent sind gar nicht erwerbstätig. »Die Pflegenden riskieren damit, im Alter selbst mit wenig Geld dazustehen«, warnt die HBS. Und auch der Pflegealltag selbst kann mit erheblichen finanziellen Belastungen verbunden sein: Laut Studie sind durchschnittlich rund 360 Euro an monatlichen Ausgaben zu bezahlen, die nicht durch die Pflegeversicherung erstattet werden.

»Die Pflege eines Verwandten ist oft mehr als ein Vollzeitjob.«

Angesichts der festgestellten Realitäten und Probleme fordern die ForscherInnen die Politik auf zu entscheiden, »ob die Bewältigung von Pflegebedürftigkeit als gesellschaftliche Aufgabe definiert

und gelöst« werden soll – oder ob sie »weiterhin ein primär privates, von den Familien zu tragendes Risiko bleiben« soll. Werde Pflege als gesellschaftliche Aufgabe verstanden, müsse die Politik dafür auch die Voraussetzungen schaffen: Entweder die häusliche Pflege so finanzieren und unterstützen, dass auch bei schwerster Pflegebedürftigkeit eine umfassende Versorgung garantiert sei. Oder es müssten Pflegeheime, wo ja die Bedingungen auch für professionelle Pflegekräfte oft sehr belastend sind (→ *Randbemerkung*), zu einer attraktiven Alternative ausgebaut werden.

**Die Studie »Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft« steht auf der Homepage der Hans-Böckler-Stiftung zum kostenfreien Download bereit: [www.boeckler.de/pdf/p\\_study\\_hbs\\_363.pdf](http://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_363.pdf) AutorInnen der Studie sind Volker Hielscher, Sabine Kirchen-Peters und Lukas Nock.**

## Viel Stress, wenig Interessenvertretung

Auf den ersten Blick ist die Altenpflege eine Boombranche: Die Zahl der hier Beschäftigten stieg zwischen 1999 und 2015 von 460.000 auf 1,1 Millionen. Dies sagt aber mehr über den Bedarf an Pflegeleistungen als über ein Wachstum guter Arbeitsplätze: Denn 65 Prozent der Stellen in der Altenpflege sind Teilzeitjobs, schreibt der Böckler *Impuls*. Der gewerkschaftliche Info-Dienst berichtete im Januar (Heft 1/2018) über eine Studie des Kasseler Politikwissenschaftlers Wolfgang Schroeder zum »Kollektiven Beschäftigungshandeln in der Altenpflege«, die von der Böckler-Stiftung gefördert wurde. 85 Prozent der in der Altenpflege Beschäftigten sind Frauen, ihr Arbeitsalltag ist unattraktiv – hoher Zeitdruck, schlechte Bezahlung. Drei von vier Beschäftigten erwarten nicht, bis zur Rente arbeiten zu können. Die Durchsetzung von Arbeitnehmerinteressen ist bei solchen Rahmenbedingungen schwierig. Dabei ist das Arbeitgeberlager vielfältig, die Palette reicht von privaten und öffentlichen Firmen bis zu Wohlfahrtsverbänden und Kirchen. Und der kollektive Organisationsgrad ist gering: Von den 750 Beschäftigten, die Schroeder interviewt hat, sind nur 11 Prozent in einer Gewerkschaft. Einen Betriebsrat haben nur rund 10 Prozent der Beschäftigten bei privaten Pflegediensten und -einrichtungen gewählt. Nur bei 30 Prozent der öffentlichen Träger gibt es einen Personalrat. Dabei ist der Anteil der GewerkschafterInnen auch in den bestehenden Betriebs- und Personalräten der Pflegebetriebe ziemlich mau: Laut Studie liegt er bei 42 bzw. 20 Prozent. Angesichts solcher Verhältnisse rät Politologin Schroeder den Gewerkschaften, offensiv auf existierende Vertretungen der ArbeitnehmerInnen zuzugehen.

gegen den Willen der Mehrheit der WählerInnen für ein Butterbrot verkauft. Unter den Folgen dieser politischen Entscheidung leiden wir heute.«

Die amtierende Hamburger Gesundheitsministerin, die Sozialdemokratin Cornelia Prüfer-Storcks, reagierte prompt auf den angestrebten Volksentscheid: »Eine bessere Ausstattung unserer Krankenhäuser mit Pflegepersonal ist notwendig und ein gemeinsames Ziel«, erklärte sie in einer Pressemitteilung, »aber die Volksinitiative geht den falschen Weg, weil Personalvorgaben für die Pflege bundesweit geregelt werden müssen.« Solche Vorgaben würden auch im Jahr 2019 kommen und »von den Krankenkassen bezahlt« werden; die Spitzenverbände

von Kassen und Kliniken seien »in der Pflicht, bis Mitte 2018 eine gute bundeseinheitliche und finanzierte Lösung vorzulegen«. Eine Hamburger »Insellösung mit ungedeckten Kosten« helfe nicht weiter, kommunizierte die Senatorin.

Dem hält das Bürger-Bündnis für mehr Personal entgegen, dass eben diese verhandelnden Verbände »am wenigstens Interesse an einer Mindestpersonalausstattung« hätten – und dass die Interessenvertretungen von Pflegekräften und PatientInnen allenfalls angehört würden, aber nichts mitbestimmen dürften. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die am Verhandlungstisch sitzt und mitentscheiden darf, habe noch 2017 bekräftigt, dass sie »gegen Personalvorgaben« sei, gibt das Bündnis zu bedenken.

# Roboter als Pflegekräfte?

## Eine Kritik zu elektronischen Assistenzsystemen

**Reimer Gronemeyer (Gießen), seit 1975 Professor für Soziologie an der Justus-Liebig Universität Gießen**

**Industriegesellschaften haben es mit einer alternden Bevölkerung zu tun – und auch mit dem Zerfall der Familie und mit einem Mangel an Pflegekräften. Bald wird den Alten wohl ein technischer Sklave zugeteilt werden: ein Roboter. Und dann?**

Japan gilt als Vorreiter. 26 Prozent der japanischen Bevölkerung sind heute älter als 65 Jahre. (In Deutschland sind es gegenwärtig noch 17,3 Prozent.) Der Anteil der Alten könnte in Japan bis 2060 auf 40 Prozent steigen. Schon jetzt fehlen 1,7 Millionen Pflegekräfte – 2025 dürften es 2,5 Millionen sein. Japan bemüht sich deshalb um die Entwicklung von Dienstleistungsrobotern und möchte in diesem Bereich weltweit Marktführer werden.

Toyota brachte nach langer Entwicklungsarbeit 2013 die Serie »Partner Robots« auf den Markt. Dazu gehört auch HRS (Human Support Robo). Ein sprechender Roboter, berichtete die Zeitschrift *Le Monde diplomatique* im September 2016, »der über einen Tablet-Computer gesteuert wird und der in der Lage ist, einem bettlägerigen Patienten einen Gegenstand zu bringen, eine Tür zu öffnen und Vorhänge auf- und zuzuziehen«.

Auf Initiative Japans ist 2014 die internationale Norm ISO 13482 eingeführt worden, mit der Pflegeroboter zertifiziert werden. Der Roboter »Hospi« erhielt im April 2016 das ISO-Zertifikat. »Hospi« verteilt selbständig Medikamente. Der japanische Premier Abe möchte die Defizite von Pflegebedürftigen durch Roboter ausgleichen. Diese Roboter sollen von einer besonderen, bereits geschaffenen Versicherung bezahlt werden.

Da blitzt schon etwas auf, was das schmeichlerische Wortgebilde »Ambient Assisted Living« nicht gleich erkennbar werden lässt. AAL – Leben in unterstützender Umgebung – da denkt man ja erst mal an ein gemütliches Wohnzimmer, das diskret technisch aufgerüstet ist. Tatsächlich ist die Rede aber von einem gigantischen Markt, der sich auftut.

E-Health@Home, das aus einer Förderung des Bundesforschungsministeriums (BMBF) hervorgegangen ist, bietet »Geschäftsmodelle für die Wohnung als 3. Gesundheitsstandort« an. Die Wohnung ist nicht mehr Heim, sondern »Standort«. Wie beim Militär oder in der Industrie. Und an diesem Standort herrschen die Imperative der

Gesundheit. Auf der Homepage des inHaus-Zentrums der Fraunhofer-Gesellschaft zur Förderung der angewandten Forschung heißt es: »Die empfundene Lebensqualität älterer Menschen soll gesteigert und Kosten für das Gesundheitswesen gesenkt werden.« Die Alten sollen also Experimentierfeld für die Automatisierung von Dienstleistungen sein und im gleichen Atemzug Experimentierfeld für Einsparungen.

Ergänzt werden die Technosklaven bereits jetzt durch »emotionale Roboter«, die zur Behandlung von Kognitions- und Verhaltensstörungen dienen. »Sie entwickeln eine Beziehung zum Patienten und sollen etwa bei Alzheimerkranken zur Linderung von Demenz, Angst und Isolation eingesetzt werden«, berichtete *Le Monde Diplomatique*. Das Geschäftsfeld ist also nicht auf technische Ausrüstung beschränkt, sondern greift deutlich weiter.

Es kann kaum Zweifel daran geben, dass Ambient Assisted Living zur Grundbedingung des Lebens alter Menschen werden wird. Je weniger Dienstleistungen aus Fleisch und Blut zur Verfügung stehen, desto mehr muss technisch aufgerüstet werden. Immer mit dem Versprechen, dass den Betroffenen mehr Teilhabe ermöglicht wird, dass ihre Versorgung optimaler organisiert ist. Und so können alleinlebende Alte schon jetzt auf einem Fußboden gehen,

der Alarm in der Servicezentrale auslöst, wenn der alte Mensch gefallen ist. Der Alarm wird allerdings auch ausgelöst, wenn ich auf dem Boden sitze und Zeitung lese.

Die Jalousien können sich der Tageszeit entsprechend automatisch öffnen oder schließen, die Einnahme von Arzneimitteln wird elektronisch überwacht sein, das Unterhaltungsprogramm wird individuell auf die Person zugeschnitten, um Einsamkeitsgefühle zu verdecken. Das WC ermittelt über die Ausscheidungen kritische Gesundheitszustände und setzt entsprechende Maßnahmen in Gang, löst Alarm aus: das WC als Lebensretter, als Kontrolleur, als Gesundheitsinstanz.

Dieser alternde Mensch wird zugleich die Avantgarde des gläsernen Bürgers sein und die Vorhut eines künftigen Menschen, der Dienstleistungen in erster Linie als technisch organisiert versteht. Dabei mutet die Debatte um AAL oft geradezu nostalgisch an, wenn sie von Ethikern und Theologen geführt wird, die natürlich unablässig betonen, dass die Technik dem

### »Die Weisheit der Alten«

heißt das neue Buch des Soziologen und Theologen Reimer Gronemeyer, veröffentlicht im Februar 2018 im Herder-Verlag. Gronemeyer, geboren 1939, beobachtet und kritisiert, dass die alte Generation heutzutage ausgegrenzt und an den Rand gedrängt werde. Ausgeblendet werde, dass alte Menschen »Hüter vergessener Schätze« seien. In sieben Kapiteln veranschaulicht Gronemeyer diese Schätze; die Rede ist, unter anderem, von Bodenhaftung, Bescheidenheit, kostbarem Starrsinn, Widerspenstigkeit, Würde und Respekt. Das 216 Seiten starke Buch ist durchaus aufrüttelnd, schon im Vorwort liest man Sätze wie diese: »Es gilt, die Widerspenstigen aufzusuchen, die vielleicht gar nicht wissen, dass sie widerspenstig sind. Es ist an der Zeit, von denen zu erzählen, die sich vom modischen Gerede nicht mitreißen lassen.«

Die Alten sollen Experimentierfeld für die Automatisierung von Dienstleistungen sein.

► Menschen dienen müsse und nicht umgekehrt. Papperlapapp: Tatsächlich sind die Alten längst die Arbeitsfläche für eine automatisierte, robotergetragene Dienstleistungsindustrie.

Noch ist die Roboter-Krankenschwester eher ein Werbegag profitorientierter Krankenhausbetreiber. Der Rechtsausschuss des EU-Parlaments, in dem alle Fraktionen vertreten waren, hat der EU-Kommission allerdings am 31. Mai 2016 vorgeschlagen, für die »ausgeklügeltesten autonomen Roboter« einen eigenen rechtlichen Status als »elektronische Person« einzurichten (neben der natürlichen und der juristischen Person). Es sollen Kriterien für geistige Schöpfungen, die von Computern oder Robotern entwickelt werden, formuliert werden, sodass diese »Schöpfungen« urheberrechtlich geschützt werden können.

Die vollautomatisierte Pflege mit Überwachung und Kontrolle aller Körperfunktionen und seelischen Regungen dürfte das Seniorenbusiness der Zukunft werden. Und es wird von den Betroffenen über kurz oder lang – nach einer gewissen Reserve gegenüber zu viel Technik – begeistert angenommen werden. Die ganz Fortschrittlichen, die Vertreter der Transhumanz, sagen: Wenn es uns nicht gelingt, den Maschinen rechtzeitig humane Werte beizubringen, drohe uns die Vernichtung. »Wir sollten die Diversität fördern und es ermöglichen, dass manche Menschen sich weiterentwickeln möchten, andere nicht«, formuliert Natasha Vita-More, die Vorsitzende des internationalen Dachverbands der Transhumanisten »Humanity +«.

»Pressing needs of an ageing society« heißt eine Studie, durchgeführt im Auftrag der EU. Es geht darum, durch neue Produkte und durch Service-Innovationen den Herausforderungen der alternden Gesellschaft zu begegnen und zugleich – so heißt es – neue Jobs und neues »Business« zu kreieren. Wie nahe diese Entwicklung de facto der »Schönen neuen Welt«, die Aldous Huxley in den 1930er Jahren beschrieben hat, kommt, kann man sehen. Der »Smart Ageing Prize«, der gerade der Gruppe *Activ84Health* verliehen wurde, ist ein Beispiel. Das Projekt sieht so aus: Der ans Haus Gebundene, der Pflegebedürftige, kann nun mit dem Fahrrad in der Welt herumfahren. Alles virtuell, versteht sich. Wer auf sein Stand-Fahrrad steigt, soll – dank Google Street View – völlig frei Städte und Landschaften virtuell erkunden. Bekannte Orte und Routen aus früheren Zeiten kann man aufsuchen, weil Google und das Fahrrad »connected« sind. Ganz individuell natürlich. Es entstehen Lebensräume, die aseptisch, risikofrei und virtuell sind – die also die größtmögliche Entfernung vom wirklichen Leben haben.

Die Zukunft der Altenpflege liegt klar vor uns: Die traditionellen Milieus – Familie,

Nachbarschaft, auch die kirchliche Gemeindegemeinschaft – sind verschwunden oder lösen sich vor unseren Augen auf. Noch liegen 80 Prozent der Altenpflege in den Händen der Familie. Und das bedeutet: Sie liegt vor allem in den Händen von Frauen. Aus verschiedenen Gründen ist die Familienpflege ein Auslaufmodell.

2050 werden schätzungsweise 21,5 Millionen Deutsche mehr als 67 Jahre alt sein, berichtete die *Süddeutsche Zeitung* (SZ) im März 2015, »drei bis sechs Millionen Menschen könnten dann pflegebedürftig sein – zugleich sinkt die Zahl der jungen Menschen, die sie pflegen können«. Technik sei »ein Weg, diesem Wandel zu begegnen«, zitiert die SZ den Medizinethiker Arne Manzeschke, der die AAL-Verheißungen durchaus kritisch sieht (→ *BIOSKOP* Nr. 64).

Wenn wir uns aber darüber klar werden, wie selbstverständlich alt und jung, reich und arm sich an die Verschmelzung des Lebens mit den digitalen Welten gewöhnt haben, dann kann man ahnen, wie schnell sich die Verschmelzung bedürftiger Menschen mit automatisierten und roboterisierten Hilfesystemen durchsetzen wird.

Während wir gegenwärtig noch mit einem Bein in der anfälligen, kritisierbaren Humanpflege stehen, tasten wir uns mit dem anderen Bein schon in die systemisch-digitale Pflegewelt, die schnell so selbstverständlich sein wird wie das Smartphone. Der erste Roboter im Pflegebereich, die Kuschelrobbe *Paro*, die sich von Menschen mit Demenz streicheln und schlagen lässt, ist der Türöffner. Spielerisch kommt AAL, nicht kriegerisch. Das Smartphone ist ja auch niemandem aufgezwungen worden.

Es geht nicht um die Frage, ob die AAL-Systeme in der Pflege irgendwann die Regie (um nicht zu sagen: die Herrschaft) übernehmen. Es wird von Herrschaft oder Beherrschung gar nicht mehr die Rede sein, sondern von Verschmelzung. Dann bleibt die Frage, ob die stillschweigende Verschmelzung von Mensch und Maschine in der Pflege, die ihren Lauf nehmen wird, noch wahrgenommen und reflektiert werden kann. Wissen die Gepflegten noch, was mit ihnen geschieht? Können sie sich und wollen sie sich im Zweifelsfall von den Automaten, die ihnen physisch oder psychisch implantiert sind, überhaupt noch befreien? Oder entsteht da so etwas wie ein soziales Koma, aus dem es kein Entkommen gibt?

»Das Ziel ist, die Integration der Roboter in die Gesellschaft zu beschleunigen, indem wir der Bevölkerung klarmachen, dass wir sie brauchen«, sagt Satoshi Kochiyama, der die Tokio-Olympiade 2020 zu einer Olympiade für Roboter machen möchte. Und die Alten werden die Avantgarde sein. Ambient Assisted Living. AAL. Es sollte dann besser heißen: Ambient Controlled Living – ACL.

## »Gesellschaftliche Herausforderungen«

Der Einsatz von Robotern in der Pflege steht auch auf der Agenda des Bundestags. Im Forschungsausschuss wurde am 21. Februar ein wissenschaftlicher Bericht vorgestellt, der die »gesellschaftlichen Herausforderungen« aufzeigen soll. Verfasst hat die Expertise das TAB, dieses Kürzel steht für Büro für Technikfolgen-Abschätzung beim Deutschen Bundestag. Der Parlamentsnachrichtendienst *heute im Bundestag* (*hib*) berichtete prägnant, was TAB-Forscher Christoph Kehl den Abgeordneten erläutert hatte. Ob die Robotik zur Entlastung der Pflege beitragen, sei laut Kehl eine »hochaktuelle Frage«, schrieb *hib*, zumal zu erwarten sei, dass sich die heute schon prekären Bedingungen in der Pflege weiter verschärfen. Zu untersuchen seien brisante Fragen wie diese: »Werden hilfsbedürftige Menschen dem Zugriff zunehmend autonom agierender Maschinen ausgeliefert? Bedeutet dies die Entmenschlichung der Pflege?« Laut *hib* sagte Kehl in der nicht-öffentlichen Ausschuss-Sitzung voraus, dass in den nächsten 20 Jahren mit einer deutlichen Steigerung der Verkaufszahlen von Pflegerobotik zu rechnen sei. Außerdem habe der TAB-Experte davor gewarnt, Personal in der Pflege weg zu rationalisieren – aber auch gesagt, dass mehr Technikkompetenzen in der Pflegeausbildung verankert werden müssten. Voraussichtlich im April soll der Bericht für alle Interessierten öffentlich gemacht werden, online auf der Internetseite [www.tab-beim-bundestag.de](http://www.tab-beim-bundestag.de)

Der lange Projekt-Titel heißt: »Robotik und assistive Neurotechnologien in der Pflege – gesellschaftliche Herausforderungen«.

## Wissen die Gepflegten noch, was mit ihnen geschieht?





### Empfehlungen für die Berichterstattung

Die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) ist die Dachgesellschaft für Einrichtungen und Personen, die sich in Forschung, Lehre und Praxis mit Suizidprävention als Hilfe in Lebenskrisen befassen. »Die Medien«, weiß die DGS, »haben Einfluss auf die individuellen und gesellschaftlichen Haltungen und Meinungen zur Suizidalität und zum Suizid.« Dabei könne eine sensible Berichterstattung auch »präventive Wirkung« haben. Die DGS hat Empfehlungen veröffentlicht, die nicht nur JournalistInnen lesen sollten. »Suizidpräventiv« könne es zum Beispiel sein, wenn über Hintergründe der Suizidgefährdung und Möglichkeiten der Hilfe berichtet werde; auch Warnsignale und Risikofaktoren sollten thematisiert werden. Dagegen sollte in der Berichterstattung »alles vermieden werden, was zur Identifikation mit dem Suizidenten führen kann«. Unangemessen sei es, einen Suizid auf der Titelseite oder als Top-News erscheinen zu lassen, meint die DGS. Fotos und Abschiedsbriefe der betroffenen Person sollten nicht publiziert werden; zu vermeiden sei auch, den Suizid romantisierend, idealisierend, unausweichlich darzustellen. Orte und Methoden des Suizids sollten nicht detailliert beschrieben werden, und solche Zurückhaltung gelte auch für Hinweise auf Internetseiten, die den Suizid propagieren. JournalistInnen, die Angehörige von Suizidenten interviewen, sollten sich bewusst machen, dass sich ihre Gesprächspartner meist in einer psychischen Ausnahme-situation befänden und Unterstützung benötigten. »Äußerungen von Angehörigen sollten daher vor diesem Hintergrund verstanden werden und nicht als Erklärung des Suizids oder Suizidversuchs«, schreibt die DGS auf ihrer Homepage [www.suizidprophylaxe.de](http://www.suizidprophylaxe.de)

## Über 18 registrierte Euthanasie-Fälle – täglich

Patiententötungen im Einvernehmen mit dem Betroffenen wurden im Jahr 2002 in den Niederlanden unter Bedingungen legalisiert – inzwischen sind sie alltäglich. Die neueste Statistik, bekannt gemacht Anfang März, besagt: 2017 gab es 6.585 registrierte Euthanasie-Fälle, eine Steigerung um acht Prozent gegenüber dem Vorjahr. Bei 4,4 Prozent der Menschen, die 2017 in den Niederlanden starben, wirkten ÄrztInnen als »SterbehelferInnen« mit.

Laut den Zahlen der Regionalen Kontrollkommissionen, die alle gemeldeten Fälle »aktiver Sterbehilfe« im Nachhinein auf Rechtmäßigkeit überprüfen, litten 90 Prozent der Getöteten an Krebs oder Erkrankungen des Nervensystems. In 83 Fällen sei ein psychisches Leiden der legitime Grund für Euthanasie gewesen, in 166 Fällen wurde eine beginnende Demenz als Grundlage des Leidens attestiert.

Dass Demenz ein – zunehmender – Grund für Euthanasie sein soll, bereitet aber auch manchen ÄrztInnen und WissenschaftlerInnen Unbehagen. Deutlich wurde das Anfang dieses Jahres, als die Medizinethikerin Berna van Baarsen ihren Rücktritt aus einem der fünf regionalen Kontrollkomitees öffentlich machte.

Gemeldet wurde dies auch von der Online-Ausgabe des *Deutschen Ärzteblatts*, das aus einem Interview des niederländischen Magazins *Medisch Contact* zitierte. Van Baarsen habe erklärt, sie könne den »deutlichen Wandel« bei der Auslegung des Euthanasiegesetzes »hin zu tödlichen Injektionen für Menschen mit Altersdemenz nicht mittragen«.

Und Anfang 2017 hatten über 200 niederländische ÄrztInnen in einer öffentlichen Erklärung quasi Alarm geschlagen. Nach ihrer Darstellung würden viele Menschen mit Demenz und psychischen Erkrankungen getötet, ohne dass sie zuvor ihre Einwilligung mündlich erklärt hätten.

## Sensibles Thema, heikle Wortwahl

**Suizide gelangen immer mal wieder in die Schlagzeilen, insbesondere, wenn Prominente sich das Leben genommen haben. Eine Studie belegt: Die Einschätzung von LeserInnen hängt entscheidend davon ab, mit welchem Wort ein Suizid in der Berichterstattung bezeichnet wird.**

Ein Forscherteam um den Kommunikationswissenschaftler Florian Arendt von der Universität München hatte 451 Menschen gebeten, kurze Zeitungstexte über Suizide zu lesen. Inhaltlich unterschieden sich die Berichte nicht, wohl aber in den Begrifflichkeiten: Die beschriebenen Vorkommnisse wurden wahlweise als »Suizid«, »Freitod« oder »Selbstmord« bezeichnet, wobei jede Studienperson jeweils nur eine der drei Bezeichnungen zu lesen bekam.

Nach der Lektüre fassten die Teilnehmenden die Artikel in eigenen Worten zusammen, ergänzten einen Lücken-Text mit Begriffen und sagten auf Fragen der Forscher, was sie von Suiziden halten.

»Es zeigt sich ganz klar ein Effekt«, bilanziert Forscher Arendt, Teilnehmer hätten »überdurchschnittlich häufig« jenes Wort verwendet, das sie zuvor in den Texten gelesen hatten. Die Studie gebe zudem »erstmalig Hinweise darauf, dass die drei Begriffe unterschiedliche Assoziationen bei

Lesern wecken«. Testpersonen, die den Begriff »Freitod« gelesen hatten, äußerten größeres Verständnis für den Suizid unheilbar Kranker und hätten diesen auch befürwortet.

Arendt verweist darauf, dass der Begriff »Freitod« von Suizidfachleuten kritisch gesehen werde; die Forschung zeige, »dass suizidale Personen typischerweise eine verengte Sicht auf sich selbst, ihr Leben und ihre Umwelt haben«. Vor diesem Hintergrund sei es »äußerst schwierig«, eine Suizid-Entscheidung »frei« und »rational« zu nennen, wie es die Bezeichnung »Freitod« nahe lege.

**Wer den Begriff »Freitod« gelesen hatte, äußerte größeres Verständnis für den berichteten Suizid.**

Häufiger als »Freitod« schreiben und senden deutschsprachige Medien laut Arendt allerdings von »Selbstmord«. Auch dieser Begriff sei »nicht empfehlenswert, da dieser einen vermeintlichen Bezug zu

Kriminalität herstellt«.

Der Münchner Kommunikationswissenschaftler appelliert daher an die Medien, auf eine »möglichst neutrale Wortwahl« zu achten. Das Fremdwort »Suizid« sei dafür am besten geeignet – aber auch nur »ein einzelner Baustein einer verantwortungsvollen Berichterstattung«. Eine gute, ausführliche Orientierungshilfe bieten auch die Medienempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (→ *Randbemerkung*). *Klaus-Peter Görlitzer*

# Krank und behandlungsbedürftig?

Umstrittenes Statement beim Kongress der FrauenärztInnen

**Alle Jahre wieder findet in Düsseldorf der hierzulande größte Fortbildungskongress für FrauenärztInnen statt. Dieser sogenannte FOKO bietet viele wissenschaftliche Vorträge, und für reichlich Sponsorengelder sorgen Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten. Einige Fachleute stellen ihre Anliegen außerdem im Rahmen einer Pressekonferenz vor. Das Statement einer Professorin hat nun den Arbeitskreis Frauengesundheit zu einer spöttischen Stellungnahme veranlasst.**

Die »Highlights« des diesjährigen FOKO wurden am 1. März für die Medien präsentiert. Erster Redner war Christian Albring, Kongresspräsident und auch Präsident des Berufsverbandes der Frauenärzte. Er erläuterte, das »Zellgift Alkohol«, konsumiert während der Schwangerschaft, könne zu dauerhaften Schäden beim Kind führen; Frauen mit Kinderwunsch sollten »unbedingt versuchen, komplett ohne Alkohol auszukommen«.

Das sechste und letzte Statement der FOKO-Pressekonferenz war Anke Rohde vorbehalten. Die Professorin für Gynäkologische Psychosomatik an der Universitäts-Frauenklinik Bonn sprach über »Hormone und Psyche – Prämenstruelles Syndrom, Wechseljahre und Co.«. Nach Rohdes Erkenntnissen empfinden 70 Prozent der Frauen die körperlichen und psychischen Veränderungen in der zweiten Zyklushälfte als unangenehm. Von der »schwersten Ausprägung dieser Veränderungen« seien drei bis acht Prozent aller Frauen betroffen, sie litten dann unter einer Krankheit namens »Prämenstruelle Dysphorische Störung (PMDS)«, sagte die ausgebildete Nervenärztin. Allerdings gibt es im hierzulande geltenden Diagnosesystem gar keine Diagnosekriterien für ein Prämenstruelles Syndrom. Deshalb kann die Störung PMDS, an deren Existenz laut Rohde Fachleute etwa in den USA »nicht zweifeln«, in deutschen Praxen und Kliniken gar nicht festgestellt werden – mithin ist diese »Krankheit« unbekannt.

Rohde findet das »bedauerlich« und erklärte, mittlerweile sei durch Studien »hinreichend belegt, dass mit Antidepressiva, die schwerpunktmäßig auf das Serotonin-System wirken, die PMDS sehr gut behandelbar« sei. Auf die sogenannten Wechseljahre, also die Phase vor und nach der letzten Menstruation, kam die Professorin ebenfalls zu sprechen – und auch auf die Option einer Hormonersatztherapie (HRT). Das ist nicht neu: Bereits 2006 hatte Rohde laut einem Bericht der *Ärztezeitung* auf einem Symposium des Arzneiherstellers Wyeth erklärt, dass die

HRT nicht nur bei Hitzewallungen, sondern auch bei Depressionen ihren Stellenwert habe, wobei bestimmte Antidepressiva aber für sie das Behandlungsmittel der ersten Wahl seien.

Die Pressemitteilung mit Rohdes Ausführungen erreichte auch den Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF), in dem Ärztinnen, Wissenschaftlerinnen, Psychologinnen, Pflegende und andere Heilberuflerinnen organisiert sind. Unter der Überschrift »Frauen und Hormone: Hier muss dringend etwas geschehen!« veröffentlichte der AKF zum 8. März (Internationaler Frauentag!) eine, weitgehend ironisch formulierte, Entgegnung. Dem Berufsverband der Frauenärzte (BVF) dankte der AKF – mit unübersehbarem Augenzwinkern – dafür, das »Ausmaß der hormonellen Herausforderungen, die das Leben von Millionen von Frauen unausweichlich begleiten«, öffentlich thematisiert zu haben. Und, ebenfalls ironisch gemeint, schrieb AKF-Autorin und Internistin Dagmar Hertle, dass der BVF »sagt, was gesagt werden muss und verschreibt, was Frauen schlucken sollen«.

Ernst ist aber die Einschätzung zu PMDS, dazu stellt das AKF-Papier fest: »Die Krankheit ist nicht amtlich, es gibt sie nicht.« Dennoch scheine der Gynäkologen-Verband gerade »schwerwiegende Probleme mit bisher unbezifferbaren Konsequenzen« zu entdecken.

Am Ende der Mitteilung steht ein Katalog mit Forderungen (→ *Randbemerkung*), die auch für ärztliche Fortbildungen wichtig sind. Unter anderem warnt der AKF vor einer »Medikalisierung physiologischer Vorgänge« und fordert, »interessengeleitete Zusammenarbeit« von GynäkologInnen und Pharmafirmen »offenzulegen und zu beenden«.

## Transparenz-Lücken

Davon sind viele FrauenärztInnen wohl noch weit entfernt. Auf der Homepage des FOKO findet man immerhin eine Liste der »Aussteller & Sponsoren«; ein Teil hat auch offengelegt, mit wie vielen Euros sie den Kongress unterstützen. Den höchsten Betrag wies MSD Sharp & Dohme (50.031 Euro) aus, insgesamt wurden mehr als 400.000 Euro von denjenigen Firmen bezahlt, die bereit waren, öffentlich Auskunft zu geben.

Transparenz sollte man aber nicht nur von Unternehmen, sondern auch von ExpertInnen verlangen. Erklärungen, ob und welche Verbindungen zwischen Arzneiherstellern und ReferentInnen bestehen, die beim FOKO aufgetreten sind, stehen aber nicht in den Unterlagen für die Presse.

Klaus-Peter Görlitzer

## Forderungen (nicht nur) zum Frauentag

Anlässlich des Internationalen Frauentags hat der Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft eine Liste mit Forderungen veröffentlicht, die wir hier dokumentieren:

- Pathologisierung und Medikalisierung physiologischer Vorgänge und Lebensphasen von Frauen müssen beendet werden. Zyklische Prozesse mit all ihren natürlichen Schwankungen wie Zyklus, Schwangerschaft oder Wechseljahre, die Frauen eigen sind, sind die Normalität.
- Geschlechtergerechtigkeit statt Antidepressiva und Hormonersatztherapie! Das »perfekte Funktionieren« von Frauen kann kein Behandlungsziel sein.
- Die tatsächlichen Mängel in der gesundheitlichen Versorgung (z.B. keine evidenzbasierten Informationen zu Verhütungsmitteln) und die tatsächliche Unterversorgung von Frauen in wichtigen Lebensphasen (z.B. Unterversorgung schwangerer Frauen infolge fehlender Hebammen) müssen behoben werden.
- Diagnose, Therapie und Rehabilitation müssen evidenzbasiert sein und unter Abwägung von Nutzen und Risiko durchgeführt werden. Der selbstbestimmten Entscheidung von Frauen ist Respekt entgegenzubringen.
- Die interessengeleitete Zusammenarbeit von FrauenärztInnen mit der Pharmaindustrie, die der Erweiterung von Märkten und damit der Gewinnorientierung dient anstatt dem Wohl der Patientinnen, ist offenzulegen und zu beenden.
- Gynäkologische Lehrstühle sind mit Frauen zu besetzen und gynäkologische und geburtshilfliche Abteilungen in Krankenhäusern sollen durch Chefärztinnen geleitet werden.

# Weniger ist mehr

Sponsoring von Ärztefortbildungen wird zunehmend unter die Lupe genommen – und es gibt unabhängige Alternativen

**Martina Keller  
(Hamburg), Journalistin**

**Ärzte sind verpflichtet, sich berufsbegleitend fortzubilden und dies über Punkte nachzuweisen – 250 müssen sie in fünf Jahren sammeln. Doch Fortbildungen können teuer sein. Pharmafirmen helfen da gern. Die Ärzte-Initiative MEZIS setzt sich für sponsoringfreie Fortbildungen ein.**

Gesponserte Veranstaltungen sind für Ärzte meist gratis oder kosten sie nur einen symbolischen Betrag. Mit Firmengeld finanzieren Veranstaltungsagenturen Referenten, Räume und Verpflegung. Trotzdem sollen Fortbildungsinhalte »frei von wirtschaftlichen Interessen sein« – so steht es im Sozialgesetzbuch. Auch die Bundesärztekammer (BÄK) schreibt in ihren Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung: »Ein Sponsor darf weder direkt noch indirekt (...) die fachliche Programmgestaltung, die Referentenauswahl oder die Fortbildungsinhalte beeinflussen.«

Doch genau darum geht es mutmaßlich beim Sponsoring. Tatsächlich zeigen von Pharmaunternehmen finanzierte Veranstaltungen Wirkung. Bereits 1992 hatte eine Studie im *Chest Journal* nachgewiesen: Ärzte verschreiben anders, wenn sie zu einem gesponserten Symposium an einen sonnigen Ferienort eingeladen wurden. Untersucht wurde dies am Beispiel zweier Medikamente, wobei die Autoren das Verschreibungsverhalten der Ärzte in den 22 Monaten vor und den 17 nach der Veranstaltung auswerteten. Beide Präparate wurden nach dem Symposium so viel häufiger verordnet, dass Zufall so gut wie auszuschließen ist. Obwohl die Mehrzahl der Ärzte versichert hatte, dass Anreize bei ihnen nichts bewirken würden.

Fortbildungsveranstaltungen zu zertifizieren ist die Aufgabe der Landesärztekammern, doch die scheinen damit oft überfordert. »Ob das an der großen Zahl der Veranstaltungen liegt, vielleicht auch Angst vor Regressen gegenüber den Ärztekammern durch die Veranstalter eine Rolle spielt, ist unklar«, sagt die Ärzte-Initiative MEZIS – die Abkürzung steht für *Mein Essen zahl ich selbst*. MEZIS, vor zehn Jahren gegründet, setzt sich dafür ein, dass Mediziner »ihr Verschreibungsverhalten am PatientInnenwohl orientieren und an sonst nichts«. Für das Jahr 2018 hat MEZIS das Thema sponsoringfreie ärztliche Fortbildung zum Schwerpunkt seiner Arbeit erklärt.

Es gibt viel zu tun, wie das Beispiel der OmniaMed Deutschland GmbH zeigt. Das

Unternehmen ist nach eigener Aussage ein führender, unabhängiger Anbieter von zertifizierten Fortbildungen für Ärzte. Maßgebliche Mitarbeiter haben früher für die Pharmaindustrie gearbeitet. Der Kaufmännische Geschäftsführer Helmuth Seuthe war bei Schwarz Pharma Deutschland und Orthomol. Thomas Klöckner, zuständig für Speciality Care, war bei Cephalon, Zeneus Pharma und Bristol-Myers Squibb. Thomas Seipp, Senior Relationship Manager & Business Development, war bei Wyeth Pharmaceuticals, Novartis Vaccines, Sanofi-Aventis. Götz-Johannes Peiseler, Chief Consultant Medical Affairs, arbeitete viele Jahre für Pharmaagenturen, etwa New Performance in München, die Kampagnen für Grünenthal, Bristol-Myers Squibb, GlaxoSmithKline oder Stada entwickelte.

## Referenten und Interessenkonflikte

Der Allgemeinmediziner Dr. Niklas Schurig aus Rastatt, Vorstandsmitglied von MEZIS, hat sich eine von OmniaMed organisierte Tagung für Hausärzte im Oktober 2017 in Karlsruhe näher angeschaut. Die Fortbildung »OmniaMed Update Neo« wurde laut Flyer von neun Firmen gesponsert: Allianz Boehringer Ingelheim Pharma und Lilly, Allmiral Hermal, Amgen, Bayer, Gilead, Lilly, Norgine und Ricordati. Die Gesamtsumme ist auf der OmniaMed-Webseite derzeit nicht mehr einsehbar. Bei den aktuellen Fortbildungen der Update-Neo-Serie liegt sie teils bei rund 160.000, teils deutlich über 200.000 Euro. Gemäß Schurigs Analyse hatten neun von zwölf Referenten der Fortbildung in Karlsruhe relevante Interessenkonflikte: Die Mehrzahl von ihnen habe Geld von einem Unternehmen bekommen, das ein für den entsprechenden Vortrag interessantes Produkt vertreibt.

Beispiel Dr. Petra Sandow, Allgemeinmedizinerin aus Berlin. Sie referierte zum Thema »Elimination von Hepatitis C« – und bekam Gelder von BMS, Hersteller des Hepatitis-C-Medikaments Daklinza. Beispiel Prof. Dr. Manfred Gross, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie und Ärztlicher Direktor der Kliniken Dr. Müller in München. Gross referierte über die Therapie der Leberzirrhose – und erhielt Gelder von Norgine, Hersteller des Medikaments Rifaximin gegen Leberzirrhose. Beispiel Prof. Christian Schneider, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie und ärztlicher Leiter des PAN Prevention Center in Köln. ➤

## Spannende Tagung

»Ärztliche Fortbildung – Quo vadis« heißt eine öffentliche Fachtagung, die MEZIS am 13. und 14. April in der Jugendherberge Heidelberg veranstaltet. Zahlreiche Referenten wirken mit, neben Vorträgen steht auch eine Podiumsdiskussion auf dem Programm, Kernfrage: »Ärztliche Fortbildung – Warum geht es nicht ohne die Industrie?« Es diskutieren Günter Matheis, Präsident der Ärztekammer Rheinland-Pfalz; Hans-Michael Mühlenfeld, Vorstandsvorsitzender des Instituts für hausärztliche Fortbildung; Marion Schober, Mitarbeiterin der Heidelberger Medizinakademie und Manja Dannenberg, Allgemeinmedizinerin und Vorstandsmitglied von MEZIS. Moderiert wird die Podiumsdiskussion von BIOSKOP-Autorin Martina Keller, gegen ein Honorar von 400 Euro. Außerdem bezahlt MEZIS die Kosten für Übernachtung in der Jugendherberge und An- und Abreise mit der Bahn.



► Schneider referierte zur Lipidtherapie bei Hochrisikopatienten – und erhielt Gelder von MSD, Hersteller des Cholesterinsenkers Inegy.

Wenn ein Referent einen Interessenkonflikt hat, bedeutet das nicht unbedingt, dass er wissenschaftliche Zusammenhänge verzerrt wiedergibt, doch es besteht ein erhöhtes Risiko dafür.

In Anbetracht der schieren Menge an gesponserten Veranstaltungen tun Zertifizierer sich schwer, die Unabhängigkeit der präsentierten Inhalte zu überprüfen. So teilte eine große Landesärztekammer der Autorin 2015 bei einer Recherche für eine Wochenzeitung mit, im Jahr 2014 habe es mehr als 28.000 Veranstaltungen-

blöcke gegeben, wovon mehr als 17.000 gesponsert gewesen seien. Marketingverdächtig sind insbesondere Luxus-Tagungen in Fünf-Sterne-Hotel mit Rundum-Verpflegung, die nicht selten mit sechsstelligen Summen gesponsert werden. In der Musterberufsordnung der BÄK heißt es zwar: Die Annahme von Beiträgen Dritter zur Durchführung von Veranstaltungen sei »nur in angemessenem Umfang erlaubt«. Allerdings hat die BÄK nicht definiert, was noch als angemessen gilt.

Als erste Landesärztekammer versucht nun Mecklenburg-Vorpommern, diese Lücke zu schließen. In ihren Beschlüssen zur Fortbildungsordnung vom November 2017 definiert sie Grenzen, »bei deren Überschreiten eine Prüfung der Angemessenheit des Sponsorings (...) erfolgt«. Bei regionalen Fortbildungen gelten in Mecklenburg-Vorpommern demnach mehr als 1.000 Euro pro Veranstaltungseinheit als Limit, bei nationalen Kongressen mehr als 20.000 Euro pro Tag.

Es wird spannend, worauf die Prüfer aus Mecklenburg-Vorpommern demnächst achten werden, welche Ergebnisse ihre Zertifizierungen erbringen und ob andere Landesärztekammern dem Beispiel folgen. Für Schurig gehen die Beschlüsse in die richtige Richtung: »Ärzttekammern können dann sagen, mehr als 50 Prozent der Fortbildungen haben kein Problem, 20 Prozent einen eher nicht relevanten Interessenkonflikt, weil der Geldgeber fachfremd ist – den Rest prüfen wir.« Am besten sollten Vorträge dann durch einen unabhängigen Peer-Reviewer bewertet werden, sagt Schurig. Damit die Ärztekammern vom zusätzlichen Aufwand entlastet würden, könnten sie externe Experten mit dem Peer-Review beauftragen, kompetente Ärzte, die für ihre Arbeit wiederum Fortbildungspunkte gutgeschrieben bekämen.

### Es geht auch ohne Pharmageld

Die beste Lösung aus Sicht von MEZIS sind Fortbildungen ganz ohne Sponsoring. Solche Angebote gibt es schon jetzt, zum Beispiel die Hausärztliche Fortbildung Hamburg, eine Kooperation aus Ärztekammer, Hausärzteverband, Fachgesellschaft und dem Institut für Allgemeinmedizin an der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf. Wohl nicht zufällig stehen dort ganz andere Themen im Fokus als beim »OmniaMed Update Neo«. Statt um teure, umstrittene Diabetesmittel, Gerinnungshemmer oder Lipidsenker ging es in den Räumen der Ärztekammer Hamburg im Oktober 2017 um das Thema Multimorbidität – die Therapie betagter Menschen mit vielen Krankheiten. Die wichtigste Botschaft an die teilnehmenden Allgemeinmediziner für die Medikation ihrer Patienten: Weniger ist mehr.

### BioSkoop fordert Sponsoring-Register

Der Transparenz-Kalender auf der BioSkoop-Homepage ist exklusiv – und wächst stetig: [www.bioskoop-forum.de/hinschauen/fortbildungen-und-pharmasponsoring.html](http://www.bioskoop-forum.de/hinschauen/fortbildungen-und-pharmasponsoring.html) Interessierte erfahren hier per Mausklicks, mit welchen Euro-Beträgen Ärzte-Fortbildungen von Arzneiherstellern gesponsert werden. Im April wird es in Mannheim gleich zwei »Bestseller« geben: die 84. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung sowie die 124. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Diese Tagungen haben wir mit drei Ausrufezeichen (!!!) markiert, soll heißen: Die Geldgeber aus der Pharmaindustrie haben pro Event eine Million Euro und noch mehr beigesteuert! Der Transparenz-Kalender beansprucht nicht, sämtliche Fortbildungstermine aufzuführen. Eine lückenlose Sponsoring-Übersicht kann es tatsächlich erst dann geben, wenn praktisch umgesetzt wird, was BioSkoop beharrlich fordert: Alle Fortbildungsveranstalter und Geldgeber müssen verpflichtet werden, die vereinbarten Geldzahlungen umgehend an ein zentrales, öffentlich zugängliches Online-Register zu melden! Eine solche Vorschrift wäre auch ein gutes Projekt für die neue Bundesregierung, womit aber nicht mal im Ansatz zu rechnen ist (→ Seite 7). Alternativ könnten sich auch zertifizierende Ärztekammern und medizinische Fachgesellschaften rühren und für den nötigen Durchblick sorgen. Sie verfügen jedenfalls über die finanziellen Ressourcen, die man braucht, um ein solches Sponsoring-Register aufzubauen und kontinuierlich zu aktualisieren.

## Kritische Punkte

**MEZIS hat ein Konzept erarbeitet, wie zertifizierte Fortbildungen für Ärzte bundesweit einheitlich bewertet werden können.**

Besondere Aufmerksamkeit widmet die Initiative dem Umgang mit Interessenkonflikten: Ein Score soll Landesärztekammern künftig helfen, das Ausmaß von Interessenkonflikten abzufragen und zu bewerten. MEZIS hat die Kriterien des Konzepts in Anlehnung an das Regelwerk des European Accreditation Council for Continuing Medical Education entwickelt. Formale Voraussetzungen für die Zertifizierung wurden ebenso definiert wie Ausschlusskriterien. Demnach können Veranstaltungen nicht zertifiziert werden, wenn zum Beispiel ein wissenschaftlicher Leiter oder Referent Mitarbeiter des Sponsors ist, Produktnamen genannt werden oder Art und Umfang des Sponsorings nicht kenntlich gemacht werden.

Bei gesponserten Fortbildungen soll künftig stets ein Score eingereicht werden, der die Interessenkonflikte der vergangenen fünf Jahre und der kommenden zwölf Monate benennt. Erfasst werden Forschungsgelder und Sachleistungen, Vortrags- und Beratungshonorare sowie Patente, Aktien und Firmenbeteiligungen.

Je nach Relevanz des Interessenskonfliktes werden Punkte vergeben. Wer beispielsweise einen Sponsor berät oder regelmäßig Vorträge für ihn hält, erhält acht Punkte. Wer sogar Aktien eines Unternehmens besitzt, das im Themengebiet des Vortrags tätig ist, erhält die Höchstzahl von 16 Punkten. Mit nur zwei Punkten wird belastet, wer lediglich Forschungsgelder bekommen hat. Ab einem Score von mehr als drei Punkten, sollen Landesärztekammern Interessenkonflikte detailliert abfragen, das Risiko einer Beeinflussung bewerten und auf dieser Grundlage über die Zertifizierung entscheiden.

Martina Keller

## Vorschau

### Themen im Juni

- **Schwerpunkt**  
**Politik & Prävention**

- **Ferndiagnosen**  
Was bringt Telemedizin?
- **Euthanasie**  
»Sterbehilfe« und Strategien

## Veranstaltungstipps

### Mo. 16. April, 9.30–16.45 Uhr

Hannover (Akademie des Sports, Ferdinand-Wilhelm-Fricke-Weg 10)

- **Pflegen und gesund bleiben – geht das?**  
Tagung

Bei einer Studie, erstellt im Zusammenhang mit einem mehrtägigen Seminar für pflegende Angehörige, fand die Barmer Ersatzkasse heraus, »dass 38 Prozent der Teilnehmenden unter einer klinisch relevanten Depression leiden«. Typische Ursachen sind: Überlastung, Erschöpfung, Rückzug aus dem sozialen Leben. Wege, »wie pflegende Angehörige besser auf sich achten können«, sucht die AG Gender und Depression im Hannoveraner Bündnis gegen Depression. Gemeinsam mit der Krankenkasse lädt die AG zur Tagung ein, die auch »politisch Verantwortliche sensibilisieren« soll.

Anmeldung unter Telefon (0511) 388 11 89-0

### Do. 19. April, 9.00–16.30 Uhr

Freiburg (Kath. Akademie, Winterer Str. 1)

- **Advance Care Planning**  
Studientag

Die »Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase«, im Fachjargon auch Advance Care Planning (ACP) genannt, ist mit dem Hospiz- und Palliativgesetz eingeführt worden. BioSkop hat das Instrument kontinuierlich kritisch unter die Lupe genommen. Mittlerweile wächst auch andernorts die Skepsis. Die Tagung des Freiburger Caritasverbandes will auch diskutieren, welche »gesellschaftlichen und ethischen Fragen« mit ACP-Konzepten verbunden sind. Vorträge von Fachleuten sollen dabei helfen.

Anmeldung unter Telefon (0761) 319 18-0

### Mi. 25. April, 18 Uhr

Berlin (Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, Markgrafenstraße 38)

- **Forum Bioethik: »Gar nicht so selten«**  
Vorträge mit Diskussion

»Von insgesamt rund 30.000 bekannten Krankheiten«, weiß der Deutsche Ethikrat, »zählen 6.000 zu den seltenen Erkrankungen.« Die Betroffenen haben laut Ethikrat eine »Vielzahl von Schwierigkeiten« – sowohl bei der medizinischen Versorgung, als auch bei der Forschung zur Verbesserung von Diagnose und Therapie. Das »Forum Bioethik« diskutiert, wie Sicht und Ansprüche von Menschen mit seltenen Erkrankungen »mit den strukturellen und ökonomischen Begrenzungen des Gesundheitswesens in Ausgleich gebracht werden können«.

Anmeldung unter Telefon (030) 203 70-242

### Fr. 27. April, 19.30 Uhr

Frankfurt a.M. (Haus am Dom, Domplatz 3)

- **Medizinethische Fragen und Bezüge zur Geschichte der NS-»Euthanasie«**  
Vortrag und Diskussion

Seit August 2017 steht in der Frankfurter Innenstadt ein grauer Bus aus Beton. Das 72,2 Tonnen schwere Denkmal erinnert daran, dass während der Nazi-Herrschaft aus Frankfurt mehr als 1.000 Menschen mit Postbussen in staatliche Tötungsanstalten deportiert wurden; Frauen, Männer, Kinder, eingestuft von Ärztinnen als geistig behindert, psychisch krank, verhaltensauffällig. Veranstaltungen und die Ausstellung »erfasst, verfolgt, vernichtet« (ab 10. April im Zollamtssaal) sollen die Erinnerung wach halten. Ob es Kontinuitäten zwischen NS-»Euthanasie« und medizinethischen Fragen der Gegenwart gibt, wird BioSkoplerin Erika Feyerabend in ihrem Vortrag erläutern.

### Di. 12. Juni, 18.30 Uhr–20.30 Uhr

Frankfurt a.M. (Ev. Akademie, Römerberg 9)

- **Big Data und Gesundheit**  
Vortrag

Der Deutsche Ethikrat hat eine dicke Stellungnahme zu »Big Data und Gesundheit« veröffentlicht. BIOSKOP hat dazu im Dezember (Heft Nr. 80) in einer kurzen Analyse festgestellt: »Das Papier, adressiert an die Politik, zielt auf Veränderung datenschutzrechtlicher Bestimmungen – tendenziell im Interesse medizinischer Forschung.« Vorsitzender des Ethikrats ist der Theologieprofessor Peter Dabrock. Seine Lesart zum Thema wird Dabrock auf Einladung der ev. Akademie vortragen, die Schirmherrschaft für diese Veranstaltung hat Hessens Ministerpräsident Volker Bouffier (CDU) übernommen.

### Fr. 15. Juni, 15 Uhr–So, 17. Juni, 12 Uhr

Essen (Hotel Franz, Steeler Straße 261)

- **Was hat die UN-Behindertenrechtskonvention mit Pränataldiagnostik zu tun?**  
Tagung

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) konkretisiert, wie die universellen Menschenrechte im Alltag von Menschen mit Behinderungen verwirklicht werden können. Die Jahrestagung des Netzwerks gegen Selektion durch Pränataldiagnostik fragt unter anderem: »Welche gesellschaftspolitischen und juristischen Konsequenzen ergeben sich aus der UN-BRK für die Angebotsstruktur von Pränataldiagnostik?« Antworten und Anregungen sollen zahlreiche ReferentInnen geben. BioSkoplerin Erika Feyerabend gestaltet einen Workshop mit der »Mythen, Metaphern und gesellschaftspolitische Folgen des Genome Editing« untersucht.

Anmeldung unter Telefon (0176) 49 67 86 78

## 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 BioSkop e.V. gekündigt habe. Zur Verlängerung des Abonnements überweise ich nach Ablauf des Bezugszeitraumes – also nach Zusendung des vierten Hefts – meinen Abo-Betrag im Voraus auf das oben genannte Konto von BioSkop e.V.

Ich möchte die Hörversion von **BIOSKOP** für zwölf Monate abonnieren und erhalte statt der Zeitschrift jeweils eine DAISY-CD. Bitte schicken Sie mir das notwendige Formular mit den Bezugsbedingungen.

Ich möchte BioSkop e.V. mit einer regelmäßigen Spende fördern. Bitte rufen Sie mich mal an. Meine Telefonnummer: .....

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 BioSkop e.V., Bochumer Landstr. 144a, 45276 Essen.

Mit meiner zweiten Unterschrift bestätige ich, dass ich mein Recht zum Widerruf zur Kenntnis genommen habe:

Bitte ausschneiden oder kopieren und einsenden an:

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

Ich unterstütze **BIOSKOP** mit einem zwölf Monate laufenden Förderabonnement. Deshalb habe ich heute einen höheren als den regulären Abo-Preis von 25 bzw. 50 € auf das o.g. Konto von BioSkop e.V., überwiesen. Mein persönlicher Abo-Preis beträgt ..... €. Dafür erhalte ich vier **BIOSKOP**-Ausgaben. Rechtzeitig vor Ablauf des 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 BioSkop e.V. mit einer Spende von ..... € (Konto siehe oben). Weil BioSkop e.V. vom Finanzamt Essen als gemeinnützig anerkannt worden ist, bekomme ich eine abzugsfähige Spendenquittung.

Telefon

E-Mail

Datum Unterschrift