

BIOSKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

16. Jg. | Nr. 63 | September 2013

Schwerpunkt Organe unter Kontrolle?

- 8 Leberverteilung vor Gericht
- 9 Wer sucht, der findet
- 10 Haltlose Kritik?
- 10 Bekannte Mängel
- 11 Elektronische Organspendeerklärung

Biopolitik

- 3 Wahlprogramme unter der Lupe

Gesundheitsökonomie

- 4 Kranksein macht arm – eine Krebs-Patientin schildert ihre Erfahrungen
- 5 »Risikoselektion« von Krankenkassen

Gesundheitsversorgung

- 6 HausärztInnen dringend gesucht

Genetische Diagnostik

- 12 »Individualisierte Medizin«

Hygiene im Krankenhaus

- 14 Arbeitsalltag von Reinigungskräften
- 15 Multiresistente Erreger

Außerdem

- 13 Medien-Doktor PR-Watch
- 13 Aktion für Transparenz bei Ärztfortbildungen
- 13 Hilfreiche Unterrichtsmaterialien
- 16 Veranstaltungstipps
- 16 Wunschezettel
- 16 **BIOSKOP** im Dezember

Impressum

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

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

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

Anschrift: Erika-Mann-Bogen 18 · 22081 Hamburg
Tel. (040) 431883 96 · Fax (040) 431883 97

E-Mail: redaktion@bioskop-forum.de

Beiträge in dieser Ausgabe:

Käthe von Bose, Martina Keller, Uta Wagenmann.
Sämtliche Artikel in BIOSKOP sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung der Redaktion.

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

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

Grammatik der Ungerechtigkeiten

Erika Feyerabend

Nur noch wenige mögen an die wohlklingenden Versprechen zur Bundestagswahl glauben. Viele Menschen fragen sich: Haben wir überhaupt eine Wahl? Angesichts der Programme der etablierten Parteien (*Siehe Seite 3*) und ihrer wenig inhaltsreichen PR-Kampagnen sinkt eher die Hoffnung, dass sich etwas in Politik und Gesellschaft bewegen könnte. Allgemeine Bekenntnisse vor der Wahl, die ärgsten Auswüchse an den Rändern der Gesellschaft im Zaume halten zu wollen, also wenigstens ein paar superreiche Eliten zur Kasse zu bitten und den deklassierten Erwerbslosen, RentnerInnen, NiedrigstverdienerInnen und ärmsten Familien bessere Lebensbedingungen zu bieten, überzeugen fast gar nicht. Diffus gibt es ihn wohl immer noch, den Glauben an die Handlungsmöglichkeiten der PolitikerInnen. Zeitgleich wird gesellschaftsprägende Macht aber längst in anonymen und (inter)nationalen Strukturen vermutet, die als kaum veränderbar erfahren werden.

Mal abgesehen von Zweifeln an Kompetenz und wahrhaftigem Willen von PolitikerInnen, erträglichere Verhältnisse zu schaffen: Wie sieht überhaupt die Grammatik der Ungerechtigkeiten aus? Mit eben dieser Frage hat sich der französische Soziologe François Dubet vor einiger Zeit beschäftigt. Er suchte Antworten – nicht in Form juristischer Definitionen oder bei den Überlegungen großer Philosophen, sondern in den Erfahrungen und Wahrnehmungen gewöhnlicher Menschen, erlebt in ihrem Arbeitsalltag und ihrer sozialen Welt. Drei Prinzipien spielen beim Gefühl, ungerecht behandelt zu werden, eine Rolle: Gleichheit, Leistung und Autonomie. Keines davon thront »nach Art des Friedensrichters über der Erfahrung von Ungerechtigkeit«.

Die meisten Menschen erleben diese Prinzipien als widersprüchlich, als interpretationsoffen je nach gesellschaftlicher Position und Machtverhältnissen. Sie gehen von der Pluralität der Prinzipien aus, ohne restlos an sie zu glauben. Das kann klüger sein, als philosophisch oder parteipolitisch ein bestimmtes Prinzip bis in die letzte Konsequenz abstrakt zu strapazieren. »Reine« Autonomie führt in ein libertäres und unsoziales Gesellschaftsmodell. Überbetonte »Leistung« lässt nur die »Stärksten« triumphieren. Und wie überhaupt sehen die Prozeduren aus, nach denen Leistung bemessen wird? Nach subjektivem Einsatz oder objektivem Ergebnis, Ausbildung oder vermeintlicher Effizienz?

Bitte auf der nächsten Seite weiter lesen ▶

Fortsetzung von Seite 1 >

Lesenswert

François Dubet, Soziologieprofessor an der Universität Bordeaux, hat empirisch untersucht, wie ArbeitnehmerInnen verschiedener Branchen Ungerechtigkeit erleben. Seine lesenswerte, 517 Seiten dicke Studie erschien 2008 in deutschsprachiger Übersetzung – Titel: *Ungerechtigkeiten. Zum subjektiven Ungerechtigkeitsempfinden am Arbeitsplatz* (Verlag Hamburger Edition, Preis: 38 Euro).

BioSkop unterstützen!

Sie sind herzlich eingeladen, bei BioSkop mitzumachen oder unsere Arbeit zu unterstützen! Wir sind auf Insider-Wissen aus Medizin und Gesundheitswesen angewiesen – und ebenso auf alltägliche Erfahrungen aus Kliniken, Pflegeeinrichtungen, als PatientIn, Pflegebedürftige/r oder Beschäftigte/r. Wir freuen uns über Tipps für unsere Recherchen, und Sie können auch selbst Texte für BIOSKOP oder unsere Homepage (www.bioskop-forum.de) beisteuern. BioSkop ist unabhängig und gemeinnützig. Wir freuen uns über jede Spende und hoffen, die Zahl der Abonnements spürbar zu steigern. Wollen Sie mithelfen und BIOSKOP noch bekannter machen? Fordern Sie einfach Probehefte für FreundInnen und KollegInnen an! Rufen Sie uns an, Ihre Ansprechpartnerin ist Erika Feyerabend, Telefon (0201) 5366706, info@bioskop-forum.de

BioSkop-Spendenkonto:
555988-439 bei der Postbank Essen (BLZ 360 100 43)

Grammatik der Ungerechtigkeiten

Wer gut verdient, schreibt sich das der eigenen Leistung zu. Wer schlecht verdient, fühlt sich nicht gewürdigt oder schreibt sich das selbst zu. Weitgehend einig ist man sich heute in der arbeitenden Bevölkerung nur, dass spekulative Gewinne, die mit hohen Bonuzahlungen belohnt werden, nicht akzeptabel sind. In Bezug auf die Menschenrechte sollen zumindest theoretisch alle Menschen gleich sein. Praktisch gesehen stimmt nicht einmal das. Geschweige denn in der Arbeitswelt. Hier gibt es überall Ungleichheiten, die dennoch als »gerecht« empfunden werden.

»Alle«, befindet der Soziologe François Dubet, »sind für Gleichheit, aber nicht alle für die gleiche.«

Fraglos toleriert werden große Einkommensunterschiede zwischen ÄrztInnen (Siehe Seite 7) und Krankenschwestern, Putzfrauen und leitenden Angestellten. Ein Blick in den Alltag der Krankenhausreinigung zeigt, wie wenig angesehen körperliche Arbeit ist. Besonders Frauen, die putzen und wischen, werden schlecht bezahlt und behandelt. Nicht, weil sie wenig leisten und ihre Tätigkeit unwichtig wäre. Was sie tun, gilt als »Migrantinnen-Arbeit« und steht in der ausgeprägten Klinikhierarchie am unteren Ende der Bewertungsskala (Seite 14).

Skandalös hohe Einkommensunterschiede gelten mehrheitlich als ungerecht. Jene, die allgemeinen Konventionen wie Ausbildung oder sozialer Funktion folgen, werden als »gerechte Ungleichheiten« akzeptiert. Chronisch Kranke haben es nicht leicht in dieser Gesellschaft. Gemeinhin gilt dennoch: Ihnen soll ohne Ansehen der Person

und ihres Geldbeutels geholfen werden. Die gesellschaftliche Realität sieht für Arme und für NormalverdienerInnen anders aus. Kranksein macht arm! Für hauswirtschaftliche Hilfen wird das Niveau von Niedrigstlöhnen und Schwarzarbeit behördlicherseits quasi befördert (Seite 4), und Krankenkassen versuchen, ökonomisch wenig attraktive Versicherte möglichst unauffällig los zu werden – »Risikoselektion« nennt man das in der kühlen Fachsprache der Gesundheitsökonom (Seite 5).

Die jahrelang beschworene Erwartung, dass »gespendete« menschliche Organe gerecht verteilt würden, ist mittlerweile mehr als getrübt.

In der Arbeitswelt gibt es viele Ungleichheiten, die als »gerecht« empfunden werden – »Alle sind für Gleichheit, aber nicht alle für die gleiche.«

Der laufende Strafprozess am Landgericht Göttingen gegen einen leitenden Oberarzt, der Wartelisten manipuliert haben soll, um eigene PatientInnen bei der Vergabe von Lebern zu bevorzugen, beschäftigt derzeit die Öffentlichkeit (Seite 8). Ein politisch wie medial erzeugter Mythos von den ehrenhaften und lebensrettenden Tugenden des ärztlichen Berufsstandes hat lange verhindert, die strukturellen Mängel und Ungerechtigkeiten des Transplantationssystems

überhaupt wahrnehmen zu können (Seite 9); und beim Thema »Hirntod« ist die Definitionsmacht ärztlicher FunktionärInnen noch immer ungebrochen (Seite 10).

Bei aller Vorsicht und Uneindeutigkeit dessen, was unter »Autonomie«

verstanden werden kann: Die Erwartungen, sich in der Arbeitswelt und im sozialen Leben selbst verwirklichen zu können – und nicht nur Anhängsel von Maschinen und bloßer Faktor einer festen hierarchischen Ordnung zu sein – werden als kulturelle Grundwerte immer wichtiger genommen. Allerdings ist in diesem Sinne die neue »Ära« einer »individualisierten Medizin« eher eine Mogelpackung. Statt der Bedarfe und Bedürfnisse individueller PatientInnen dominieren weiterhin die Interessen börsendotierter Arzneimittelhersteller, karrierebewusster ForscherInnen und marktkonformer Dienstleister (Seite 12).

Ungerechtigkeitsgefühle sind wenig eindeutig. Abstrakte Konzepte können auch grausam sein, und sie befähigen nicht per se zum Handeln.

Vielleicht besteht die Kunst darin, sich in einer ungerichten Gesellschaft gerecht zu verhalten.

Gute Beispiele geben mutige »Whistleblower«, die geheime Datentransfers oder manipulative Prak-

tiken in Krankenhäusern öffentlich machen; unangepasste ÄrztInnen, die sich nicht auf zugeschriebene Rollen und Interessen reduzieren lassen (Seite 13); engagierte Reinigungskräfte und abhängig Beschäftigte, die um ihre Anerkennung und Löhne kämpfen; selbstbewusste PatientInnen, die sich abwertenden Selbstbildern und behördlichen Versagungen widersetzen. Sie alle machen die Welt etwas gerechter und zeigen, dass wir die Vorstellungen von einem »guten Leben« hier und heute weiter-spinnen können und nicht auf unbekannte Zukunft verschieben müssen.

Erika Feyerabend

Vage, aber nicht ohne Inhalte

Wahlprogramme etablierter Parteien unter der Lupe

Wahlkampfzeiten sind Hochzeiten für Werbefachleute – und für Trittbrettfahrer. Ein Bonbon-Hersteller etwa preist derzeit überall im Land sein in kleinen Tüten verpacktes Produkt so an: »Mehr Inhalt als die meisten Parteiprogramme«. Den plakatierten Slogan sollte man nicht einfach glauben. BIOSKOP nimmt die forschungs- und biopolitischen Programmteile der im Bundestag vertretenen Parteien unter die Lupe.

Biopolitische Großprojekte sind in der nächsten Legislaturperiode wohl nicht zu erwarten. Aber es gibt Ankündigungen, die WählerInnen vor dem 22. September kennen sollten: Die FDP, die ja derzeit noch den Bundesgesundheitsminister stellt, plant ein »Reproduktionsmedizinengesetz«, das auch die »Eizellspende ermöglichen« soll. Alleinstellungsmerkmal von CDU/CSU ist – jedenfalls laut Wahlprogramm – ihr Engagement dafür, »dass die gewerbsmäßige und organisierte Hilfe zur Selbsttötung künftig unter Strafe gestellt wird«. Entsprechende Pläne gab es schon unter der aktuellen Regierung. Sie scheiterten letztlich am liberalen Koalitionspartner, der organisierte Suizidbeihilfe nicht bestraft sehen will (Siehe BIOSKOP Nr. 62). Die Rahmenbedingungen für Sterbebegleitung und Hospizarbeit wollen alle etablierten Parteien verbessern – was sie genau vorhaben, steht allerdings nicht in den Programmen.


Die Transplantationsmedizin, deren Protagonisten seit 2012 Negativschlagzeilen am laufenden Band verursachten (Seiten 8+9), kommt nur bei Liberalen und Grünen ausdrücklich vor: Während die FDP sich zugutehält, die Abläufe in den Krankenhäusern bei der Organspende »verbessert und Organ-Lebensspender besser abgesichert« zu haben, kündigen die Grünen eine echte Strukturreform an. Sie fordern eine »öffentlich-rechtliche Einrichtung«, welche die »Organspende in Deutschland koordiniert und die Aufsicht über die am Transplantationswesen beteiligten Akteure wahrnimmt«. Im Klartext bedeutet das die Entmachtung auch der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO), wofür ebenso die Linken wiederholt plädiert haben.

Durchaus unterschiedlich sind die programmatischen Akzente im Bereich medizinischer Forschung. »Wir setzen auf die forschenden Arzneimittelhersteller«, betonen CDU/CSU, »deren lange Erfahrung und großen Anstrengungen, um neuen Therapien zum Durchbruch zu verhelfen.« Und die Union

schwärmt weiter, allerdings ohne ein konkretes Beispiel zu nennen: »Große Fortschritte in der Bio- und Gentechnologie eröffnen neue Chancen, Therapien stärker auf die individuellen Anforderungen der Patienten zuzuschneiden.« (Seite 12) Pharmakologische und medizintechnische Innovationen eröffnen auch nach Meinung der SPD »erhebliche Potenziale für die Verbesserung von Gesundheit und Lebensqualität der Patienten sowie die wirtschaftliche Prosperität unseres Landes«. Allerdings betont das SPD-Programm, die Versicherungsgemeinschaft könne nur tragen, was für die Gesundheitsversorgung »notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich« sei. Skandale bei Medizinprodukten zeigten, dass die »unabhängige Überprüfung, Kontrolle und Versorgungsforschung ausgebaut« werden müsse.

Profil in Sachen Transparenz

Linke und Grüne wollen die Grundfinanzierung des öffentlichen Wissenschaftssystems stärken, Profil zeigen sie vor allem in Sachen Transparenz. Die Linken fordern, Kooperationsverträge zwischen öffentlichen Forschungseinrichtungen und privaten Unternehmen offenzulegen, um Einflussnahmen erkennbar zu machen – ein konkreter Fall, nämlich die Forschungspartnerschaft zwischen Universitätsklinik Köln und der Bayer Healthcare AG (BIOSKOP Nr. 60), wird das Oberverwaltungsgericht Münster demnächst beschäftigen. Die Grünen fordern »nachvollziehbare Informationen« für die BürgerInnen, »wer im öffentlich finanzierten Wissenschaftsbereich welche Mittel für welche Forschungszwecke erhält und wer mit wem kooperiert«. Beide Oppositionsparteien sind zudem dafür, öffentlich finanzierte Forschungsdaten frei zugänglich zu machen. Transparenz fordert das grüne Wahlprogramm auch von Pharmafirmen: Sie sollen verpflichtet werden, die Resultate sämtlicher Arzneimittelstudien zu publizieren.

Als einzige Partei im Bundestag sprechen die Linken an, was früher auch Grüne und Teile der FDP problematisch fanden: die elektronische Gesundheitskarte (eGK). Die geplante Speicherung von Gesundheitsdaten auf zentralen Servern sei datenschutzrechtlich riskant und bringe keine Vorteile für die PatientInnen, meinen die Linken, die Karte sei »gescheitert«. Sicher ist: Die eGK, ihre geplanten Anwendungen (Seite 11) und Kosten bieten reichlich Zündstoff auch nach der Bundestagswahl. 

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

»Die sechste Fraktion«

Zahlen der Bundesagentur für Arbeit (BA) besagen: 2,66 Millionen Menschen üben hierzulande einen Zweitjob aus. Das sind 9,1 Prozent der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten. Die Ursachen will das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) erst noch ergründen, für DGB-Vorstandsfrau Annelie Buntenbach steht jedoch schon fest: »Die hohe Zahl der Zweitjobber ist eine dramatische Folge und gleichzeitig Treibsatz des riesigen Niedriglohnssektors in Deutschland.« Es gibt aber auch gut bezahlte Nebenjobber, zum Beispiel im Deutschen Bundestag: Fast jede/r dritte Abgeordnete verfügt über erhebliche Nebeneinkünfte, erläutert die Otto-Brenner-Stiftung der IG Metall in einer neuen Studie. Während der jetzt ablaufenden Legislaturperiode, also binnen vier Jahren, sollen 188 VolksvertreterInnen geschätzt insgesamt rund 32 Millionen Euro nebenbei kassiert haben. Manche schaffen es sogar, zehn und mehr Nebentätigkeiten gleichzeitig auszuüben. Aus welchen Quellen die Einnahmen fließen, kann man in der betont unaufgeregten Studie »Die sechste Fraktion – Nebenverdiener im Deutschen Bundestag« kostenlos nachlesen auf der Internetseite www.otto-brenner-stiftung.de/. Wer sich für anzeigepflichtige Nebeneinkünfte einzelner PolitikerInnen interessiert, sollte mal die Abgeordneten-Biografien auf der Bundestagswebsite anklicken: www.bundestag.de

Kranksein macht arm

Erfahrungen einer Patientin mit der Diagnose »Brustkrebs«

BIOSKOP-Interview

Eine schwere Erkrankung belastet nicht nur Körper und Seele von PatientInnen und Angehörigen – sie kann Betroffene auch finanziell überfordern. Maria Rademacher (60) schildert ihre Erfahrungen im Gespräch mit BioSkoplerin Erika Feyerabend.

BIOSKOP: Mit welcher Krankheit haben Sie zu kämpfen?

MARIA RADEMACHER: Ich habe Brustkrebs und sollte im vorigen Jahr operiert werden. Bei den Untersuchungen wurde nach zwei Tagen festgestellt, dass da noch mehr im Körper sein muss. Ich bin also nicht operiert worden, und mein Mann konnte mich an einem Freitagnachmittag wieder abholen. Dann wurde ich wieder untersucht mit CT, MRT mit und ohne Kontrastmittel, Darm- und Magenspiegelung, das ganze Programm. Die Diagnose: Ich habe auch noch viele Lebermetastasen. So habe ich noch mal 18 Tage im Krankenhaus verbracht. Das macht auch schon mal 10 Euro pro Tag an Krankentagegeld, also 180 Euro. Man will auch telefonieren. Das sind wieder zwei Euro am Tag.

BIOSKOP: Das summiert sich. Wie ist das finanziell zu schaffen?

RADEMACHER: Ich habe mir mal eine Liste gemacht. Da ist mir klar geworden, warum wir mit unserem Geld derzeit gar nicht mehr klarkommen. Mein Mann kriegt nur wenig Rente, rund 1.000 Euro. Ich war immer diejenige, die mehr Geld verdiente. Durch das Krankengeld sind das schon 200 Euro weniger im Monat.

BIOSKOP: Gleichzeitig steigen die Ausgaben. Wofür müssen Sie noch aufkommen?

RADEMACHER: Ich bekomme jeden Monat ein Medikament von meiner Schmerztherapeutin. Das kostet mich 55 Euro pro Monat – und das ist noch günstig. Normalerweise muss man dafür 98 Euro bezahlen. Als ich im Krankenhaus in Münster untersucht wurde und operiert werden sollte, kam mein Mann mindestens zwei Mal in der Woche und hat mich besucht. Das bezahlt auch keiner. Allein das Parkhaus kostet schon für Besucher mehr als 3,50 Euro, wenn er den ganzen Nachmittag da war. Plus Benzin für 178 Kilometer unterwegs. Die Gesunden haben das nicht im Blick. Die Kostenträger zahlen die reine Therapie, aber nicht mal an dem Ort, wo man behandelt werden will.

BIOSKOP: Gibt es bei den Fahrkosten einen Ermessensspielraum?

RADEMACHER: Die Krankenkasse wollte, dass ich die Chemotherapie hier in Bocholt mache, weil sie die Fahrtkosten für mich nicht bezahlen wollte. Da habe ich gesagt: Nein, das mache ich nicht. Ich bin in Bocholt so enttäuscht worden. Ich habe in Münster viel mehr Vertrauen und möchte auch die Chemotherapie in Münster machen. In Bocholt würde die Kasse ja auch etwas bezahlen. Ja, sagte die Sachbearbeiterin, sie würden mir pro Fahrt 10 Euro zugestehen, aber die 10 Euro wollte ich doch wohl nicht haben. Oh doch, habe ich gesagt. Ist das nicht unverschämt?

BIOSKOP: Haben Sie noch mehr schlechte Erfahrungen gemacht?

RADEMACHER: Meine Krankengeschichte beginnt im Januar 2010. Ich hatte eine Zyste

zwischen den Lendenwirbeln und konnte nicht mehr laufen. Ich bin zum Hausarzt gegangen, der mich zum Orthopäden schickte und der wiederum ins Krankenhaus. Der Professor sagte mir: Frau Rademacher, ich operiere Sie selbst und verspreche Ihnen, Sie können dann wieder ohne Schmerzen laufen. Es ist vielleicht meine Dummheit gewesen. Ich hätte mir noch woanders Informationen einholen müssen. Aber ich hatte so Schmerzen und dachte: Gut, nach der Operation ist alles vorbei. Die OP ist super verlaufen. Dann bildete sich an der Narbe eine Wasserblase. Erst eine Vertretung beim Orthopäden erkannte, dass das Hirnwasser war. Ich hatte ein Duraleck von der Operation und furchtbare Kopfschmerzen; diese waren so schlimm, dass ich kollabiert bin. In den Tagen danach hatte ich weiterhin Schmerzen, und es kamen Krämpfe am ganzen Körper hinzu. Ich musste noch zweimal operiert werden, weil sie dieses Leck nicht dicht bekommen haben.

BIOSKOP: Deshalb sind Sie zur Schmerzpatientin geworden, die einen Teil der Medikation selbst finanzieren muss?

RADEMACHER: Ich hatte weiterhin Schmerzen und Krämpfe. Die Schwester sagte: Sie können keine Schmerzen mehr haben. Mein Mann musste auf dem Krankenhausflur einen Tumult erzeugen, weil kein Arzt da war. Erst dann kam ein junger Anästhesist, der gar keinen Dienst hatte. So kam ich fünf Tage auf die Intensivstation, wurde auf Morphium und Lyrika eingestellt, ▶

Sparsame Kassen?

Wer Leistungen von der Krankenkasse beantragt, stößt nicht selten auf Widerstand. In 2012 prüfte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) rund 700.000 gewünschte Reha-Leistungen; in 39 Prozent der Fälle befand der MDK, die Voraussetzungen seien nicht erfüllt. Ähnlich die Bilanz bei Hilfsmitteln wie Hörgeräten: 500.000 Gutachten wurden erstellt, 37 Prozent der Bescheide fielen negativ aus. Bemerkenswert auch dies: In 2012 begutachtete der MDK 1,46 Millionen Versicherte, die arbeitsunfähig gemeldet waren. Bei 230.000 Menschen (16 Prozent) kam der MDK zu dem Ergebnis, dass es aus medizinischer Sicht keinen Grund für die Fortsetzung der Arbeitsunfähigkeit gebe. Wer so beurteilt wird, bekommt von der Kasse kein Krankengeld mehr. Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) rät, im Zweifelsfall Widerspruch einzulegen. Ihr Jahresbericht »Monitor Patientenberatung« belegt mit einem Fallbeispiel, dass Kassen mitunter auch krankgeschriebene Mitglieder anrufen, um sie zur Wiederaufnahme der Arbeit zu bewegen. So etwas sollte man sich aber nicht gefallen lassen und auf schriftliche Mitteilungen der Krankenkasse bestehen, empfehlen UPD und die Verbraucherzentrale Berlin.

weil so viele Nerven verletzt worden waren durch das dreimalige Operieren. Und seitdem bin ich in der Schmerztherapie. Was durch Fehltherapie an Kosten entsteht, das ist irre. Das Morphinum kriege ich von der Krankenkasse, von den Zuzahlungen sind wir im Moment befreit. Alles weitere zahle ich selbst: das Medikament für 55 Euro, das Magnesium gegen die schlimmen Krämpfe. Der Arzt sagt: Ich kann das nicht verschreiben. Also gehe ich zur Apotheke oder bestelle günstiger im Internet. Meine Therapeutin wollte mir mit Akupunktur helfen. Das ging nicht, sagt die Kasse. Die gibt es nur bei Rückenbeschwerden.

BIOSKOP: Gibt es noch weitere Ausgaben?

RADEMACHER: Wenn man ins Krankenhaus kommt, zum Beispiel. Ich habe zwar Schlafanzüge, aber dann denkst du: Die alten Dinger sind für zu Hause noch gut, aber nicht fürs Krankenhaus. Also habe ich mir zwei Schlafanzüge gekauft und eine Jogginghose. Die ist zwar von Tchibo, aber trotzdem kostet sie Geld. Fast vom Glauben bin ich abgefallen, als das mit der Perücke los ging. Da habe ich gedacht, das kriegt man alles von der Krankenkasse. Aber sie zahlt nur einen bestimmten Betrag als Zuschuss, den ich natürlich auch in Anspruch genommen habe. Meine Zuzahlung war dann immer noch 156 Euro. Dazu kommen noch Pflegemittel und Perückenständer. Das sind auch wieder an die 25 Euro.

BIOSKOP: Man könnte ja sagen, das ist Luxus?

RADEMACHER: Eine schöne Perücke brauchte ich für mein Seelenheil. Aber ich wusste gar nicht, wie kalt es am Kopf ist ohne Haare. Ich brauchte also auch eine Mütze für die Nacht, ohne Nähte. Oder auch, wenn es mal sehr warm draußen ist. Mützen gelten jedoch als Privatvergnügen, dafür gibt es keinen Zuschuss von der Krankenkasse. Ich muss sagen, das ist ein richtiger Industriezweig, der an den Kranken verdient und sich das teuer bezahlen lässt. Ich hatte keine Augenbrauen mehr. In dem Laden, wo ich die Perücke gekauft habe, bin ich gut beraten worden, keine Frage. Da wollten Sie mir aber auch eine Schablone verkaufen, um die Augenbrauen nachzuzeichnen – für 48 Euro. Die habe ich im Drogeriemarkt für 15 Euro bekommen.

BIOSKOP: Wie sieht es mit Haushaltshilfen aus?

RADEMACHER: Die kriegen wir gar nicht bewilligt. Wir hatten mal eine Hilfe fürs Fensterputzen, weil mein Mann auch (herz)krank ist. Das übersteigt aber unser Budget. Wir haben im Haus noch unseren Sohn, der auch sehr krank ist, und wir schaffen das ohne Putzhilfe nicht mehr. Eine Ärztin vom Sozialamt hat ihn begutachtet und eine Putzhilfe für zwei Stunden in der

Woche bewilligt. Dafür gewährt das Sozialamt einen Zuschuss von 72,63 Euro im Monat. Für so eine Knochenarbeit muss ich aber, finde ich, mindestens 10 Euro netto Stundenlohn zahlen, und ich muss die Hilfe auch anmelden, damit sie ein paar Rentenpunkte sammeln kann. Brutto erhält sie 11,45 Euro, die Krankenkasse zahlt nichts.

BIOSKOP: Sie kommen nicht mehr mit Ihrem Geld aus?

RADEMACHER: Wir sind früher gut ausgekommen und haben uns nicht als arm angesehen. Wir hatten immer ein Sparbuch – für Notfälle. Zum ungünstigsten Zeitpunkt geht aber auch noch der Trockner kaputt. Wir hatten schon vorher, als ich noch arbeiten konnte, Geld für den Wohnungsumbau für unseren Sohn ausgegeben. Hinzu kommen noch Ausgaben für seine Schmerztherapie, die wir mitfinanzieren. Das Sparbuch ist jetzt auch leer. Wir hatten nie das Konto überzogen. Jetzt schon – und auch das kostet. Ganz streng führe ich ein Haushaltsbuch. Wir sparen an Kleidung. Wenn ich etwas wirklich brauche, kaufe ich es irgendwo billig ein und denke gleich mit schlechtem Gewissen an die armen Leute in Sri Lanka oder Bangladesch.

BIOSKOP: Trotz dieser Umstände: Sie wirken ganz fröhlich. Wie schaffen Sie das?

RADEMACHER: Wenn man krank ist, ist man in dieser Gesellschaft gar nichts mehr wert. Dabei leiste ich einen Beitrag zu unserer Gesellschaft. Wir versorgen unseren Sohn. Ich helfe der halben Nachbarschaft beim Papierkram,

Formulare ausfüllen und so. Ich habe immer gern gearbeitet und biete meinem Chef jetzt an, das auch ehrenamtlich im Mehrgenerationenhaus zu machen, für ca. zwei Stunden in der Woche. Ich bin ja Buchhalterin und kann das. Hier in Bocholt wurden alle katholischen Jugendheime geschlossen. Außer das in unserer Gemeinde, weil ich im Kirchenvorstand war und wir für Rückstellungen gesorgt haben. Da bin ich heute noch stolz drauf. Und Spaß hatte ich auch, als ich neulich mit Briefen verhindert habe, dass dem »Freundeskreis Bruno Gröning«, der sich ja für einen großen »Geistheiler« hielt, Räume für eine Veranstaltung zur Verfügung gestellt wurden. Die sagen, Krebskranke müssen nur an ihre Ideen glauben, dann würden sie wieder gesund. Die spielen mit dieser Erkrankung und setzen ganze Familien unter Druck. Und sehr, sehr wichtig: Unsere Freunde haben uns gut aufgefangen. Das ist mehr wert als alles Geld in der Welt. Voriges Jahr dachte ich, ich erlebe diesen Sommer gar nicht mehr. Nun schaue ich schon wieder weiter und freue mich über unser erstes Enkelkind, das Mitte August auf die Welt gekommen ist. ●

»Risikoselektion«

Das Bundesversicherungsamt (BVA) mit Sitz in Bonn führt die Rechtsaufsicht über die gesetzlichen Krankenkassen. Schwarze Schafe, die dem BVA Arbeit machen, fallen immer mal wieder auf. Einen Eindruck vermittelt der neue Tätigkeitsbericht für 2012. Unter der Überschrift »Risikoselektion bei der Anwerbung von Versicherten« beschreibt und rügt das BVA schier unglaubliche Praktiken: »Eine Reihe von Krankenkassen hat mit ihrem Vertrieb sog. »Zielgruppenvereinbarungen« mit dem Ziel abgeschlossen, vorrangig einkommensstarke und gesunde Versicherte zu akquirieren. Oft zahlen die Krankenkassen ihrem Vertrieb keine Prämien für das Werben von einkommensschwachen oder kranken Versicherten oder verlangen Prämien zurück, wenn die Neumitglieder höhere Krankheitskosten verursachen als erwartet. Hierdurch verstoßen die Krankenkassen gegen das Diskriminierungsverbot und das in der gesetzlichen Krankenversicherung zu beachtende Solidaritätsprinzip.« Ebenfalls »rechtswidrig« ist gemäß Klarstellung des BVA eine weitere Variante von »Risikoselektion«, die die Behörde veranlasst hat, »aufsichtsrechtliche Maßnahmen« gegen eine Krankenkasse zu ergreifen. MitarbeiterInnen dieser Kasse hatten laut BVA »in unzulässiger Art und Weise telefonisch Einfluss auf Versicherte (insbesondere behinderte und chronisch kranke Menschen) genommen, um diese zur Kündigung ihrer Mitgliedschaft zu bewegen«. Das BVA geht davon aus, dass dieses dreiste Vorgehen ein »Einzelfall« ist.

Nachfolger dringend gesucht

Hausarzt zu werden, finden viele Medizinstudenten »uncool« – ein Modellprojekt zeigt, wie der Beruf attraktiver werden kann

**Martina Keller
(Hamburg), Journalistin**

Allgemeinmediziner haben eine Schlüsselrolle in der medizinischen Versorgung. Sie sind erste Ansprechpartner für Patienten und behalten den Überblick, wenn Behandlungen beim Facharzt und in der Klinik nötig werden. In der Zukunft sind solche Kompetenzen noch stärker gefragt, weil die Zahl alter, chronisch kranker Menschen wächst. Doch es mangelt an Nachwuchs. Ein Modellprojekt in Hessen zeigt, wie der Beruf attraktiver gemacht werden kann.

Hausärzte müssen manchmal auch Psychologen sein. Die alte Dame in der Sprechstunde von Gerhart Welbers ist mit ihren Nerven am Ende: »Mein Mann steht nicht mehr auf, er liegt im Bett und weint.« Die Tabletten seien schuld, meint die Frau. Ein Facharzt hatte ihrem Mann kürzlich ein Antidepressivum verordnet. Psychopharmaka müssten erst eine Weile genommen werden, bevor sie zu wirken begännen, erklärt Welbers. Doch die alte Dame will davon nichts wissen: »Ich geb ihm die jetzt nicht mehr, er wird davon ganz schwindelig.«

Welbers ist seit 34 Jahren Hausarzt im hessischen Schaafheim und kennt seine Patienten. Er weiß: Vor allem dem Ehemann geht nahe, dass die beiden alten Leute demnächst aus ihrer langjährigen Wohnung ausziehen müssen. »Ich glaube, dass es an ihrer persönlichen Situation liegt«, sagt Welbers. Da fängt die alte Frau zu weinen an. Sie sei doch selber schon über 80 und wisse nicht mehr weiter.

Der Arzt schlägt vor, dass der Mann die Tabletten vorerst nicht mehr nimmt. Wenn es dem Patienten übers Wochenende nicht besser geht, wird man weitersehen. »Zur Not kann ich auch mal mit ihm sprechen«, sagt er. Ein Termin für die nächste Woche wird vereinbart, und halbwegs getröstet verlässt die Frau die Praxis.

Welbers ist bei seinen Patienten für seine Freundlichkeit und Fürsorge beliebt, doch allzu lange werden die Schaafheimer ihren Hausarzt nicht mehr haben. Der Mittsechziger wird in absehbarer Zeit in den Ruhestand gehen. Für die Zukunft hat er gemeinsam mit Kollegen aber noch gesorgt. Schon vor Jahren zeichnete sich ab, dass die medizinische Betreuung der Schaaf-

heimer auf längere Sicht gefährdet sein könnte. Von vier Eheleuten, die in Gemeinschaftspraxen die 9.000 Schaafheimer versorgten, hatte nur ein Paar die 60 noch nicht erreicht, und die Nachfolgersuche gestaltete sich schwierig. In dieser Situation taten sich drei der vier Paare 2009 zusammen und gründeten das Schaafheimer Arzt- und Apothekenzentrum (SCHAAZ).

»Wir dachten, wir müssen unser Angebot an die nachfolgende Generation verbessern, und vielleicht kriegen wir das hin, wenn wir unter ein Dach gehen.«

Initiativen wie das SCHAAZ sind dringend nötig. »Wir haben ein Nachwuchsproblem bei Hausärzten«, sagt Prof. Ferdinand Gerlach, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Nur jeder zweite Hausarzt, der aus Altersgründen seine Praxis aufgibt, finde derzeit einen Nachfolger. In den vergangenen Jahren entschieden sich Medizinstudenten meist für die Weiterbildung zum Fachspezialisten, Hausarzt werden galt als »uncool«. Das lag auch daran,

dass die Allgemeinmedizin im Studium viele Jahre eine zu geringe Rolle spielte. Wenn aber der Trend zur Spezialisierung unter Medizinern anhält, werden allein in Hessen bis zum Jahr 2025 rund 1.530 Hausärzte fehlen. »Wir müssten etwa doppelt so viele Fachärzte für Allgemeinmedizin weiterbilden, um die ausscheidenden Hausärzte zu ersetzen«, sagt Gerlach, der auch das Institut für Allgemeinmedizin an der

Universität Frankfurt leitet und dem Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen vorsitzt.

In Schaafheim haben die Mediziner eine Alternative gesucht und fanden Unterstützung beim Bürgermeister. Er half, eine geeignete Immobilie zu finden. Ein ehemaliger Supermarkt wurde mit Hilfe eines Investors nach den Bedürfnissen der Ärzte umgebaut. Um die Investition zurückzuzahlen, unterschrieben die Ärzte einen Mietvertrag für zehn Jahre. Jetzt praktizieren sie in hellen, freundlichen Räumen, die um einen halbrunden Empfangstresen angeordnet sind. Sie teilen sich ihre medizinischen Apparate und auch die Kosten, wenn mal ein neues Gerät angeschafft werden muss. Um die Arbeit zu vereinfachen, investierten sie in eine

»Drohender Ärztemangel«

»Achtung! Neue Öffnungszeiten ab 2030: Mo.-Fr. Geschlossen« steht auf der Titelseite eines Faltblatts, das derzeit in vielen Arztpraxen ausliegt. Mit dem Flyer warnen die Herausgeber von der Kassenzentralen Bundesvereinigung (KBV) vor einem »drohenden Ärztemangel«. Mehr als 40 Prozent aller Haus- und FachärztInnen seien älter als 55 Jahre, rechnet die KBV vor, wobei es »immer schwieriger« werde, »den Nachwuchs für die Niederlassung zu gewinnen«. Die KollegInnen »brauchen bessere Rahmenbedingungen«, meint die KBV und erklärt den PatientInnen, was so alles nicht in Ordnung sein soll – zum Beispiel: »Krankenkassen greifen immer stärker in die Entscheidung ein, ob und welche Behandlung für einen Patienten die richtige ist.« Oder: »Ein niedergelassener Arzt verbringt immer mehr Zeit mit Verwaltungsaufgaben und Dokumentationspflichten – und das meist in seiner Freizeit.«

»Wir müssten etwa doppelt so viele Fachärzte für Allgemeinmedizin weiterbilden, um die ausscheidenden Hausärzte zu ersetzen.«

Im sechsstelligen Bereich

Vollzeitbeschäftigte Arbeitnehmer verfügten 2011 in Deutschland über ein durchschnittliches Bruttoeinkommen von 43.929 Euro. »Bei diesem arithmetischen Mittelwert ist zu beachten, dass rund zwei Drittel der Beschäftigten einen Verdienst unterhalb des Mittelwertes haben und nur rund ein Drittel darüber liegt«, erläutert das Statistische Bundesamt, das die Zahlen errechnet hat.

Mitte August haben die Statistiker eine Erhebung zum Einkommen niedergelassener Ärzte vorgelegt. Demnach hat jeder Praxisinhaber 2011 im Durchschnitt einen Reinertrag von 166.000 € erzielt – 24.000 € mehr als 2007. Vom Überschuss abzuziehen sind noch die Einkommensteuer sowie Aufwendungen für Altersvorsorge und Kranken- und Pflegeversicherung.

Am meisten Geld nehmen Radiologen ein, laut Statistik liegt ihr Reingewinn bei 303.000 € in 2011. Es folgen Augenärzte (229.000 €), Chirurgen (198.000 €) und Orthopäden (193.000 €). Am Ende der Skala liegen Kinderärzte (140.000 €) und Allgemeinmediziner (138.000 €).

Auffällig auch dies: 28 Prozent der ärztlichen Einnahmen stammten 2011 von Privatpatienten (2007: 26 %) – wobei der Anteil derjenigen, die hierzulande privat krankenversichert sind, bei 10 % liegt. »Das zeigt«, betonte FAZ-Wirtschaftsredakteur Andreas Mihm in einem Kommentar, »wie groß der ökonomische Wert jedes Privatpatienten für einen Arzt ist.« *Klaus-Peter Görlitzer* ☺

- ▶ gemeinsame Elektronische Datenverarbeitung, alle Patientenakten werden nun nach einem einheitlichen System im Computer geführt. Alle ein, zwei Monate treffen sich die Ärzte zu Teamsitzungen, um sich auszutauschen und Probleme zu besprechen.

Das SCHAAZ ist aber nicht nur wegen der Teamarbeit der Ärzte innovativ. Das Zentrum setzt auch seine Medizinischen Fachangestellten (MFA) vorbildlich ein. Eine hat sich zur Diabetesassistentin weitergebildet und entlastet die Ärzte in der Versorgung chronisch kranker Patienten. Eine andere bildet sich gerade zur Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis weiter (VERAH) – sie kann später zum Beispiel Routinehausbesuche übernehmen, bei denen nur Blut abgenommen oder Verbände gewechselt werden müssen. Das verschafft nicht nur den Hausärzten mehr Zeit für ihre anderen Patienten, sondern es verbessert auch die Versorgung der Patienten, wie kontrollierte Studien in deut-

schen Hausarztpraxen, bei denen die Patienten nach dem Zufallsprinzip auf zwei Behandlungsgruppen verteilt wurden, belegt haben.

Das SCHAAZ kooperiert außerdem mit mehreren Fachärzten. Im Zentrum selbst praktiziert beispielsweise ein Zahnarzt. Zwei Hals-Nasen-Ohren-Ärzte aus einem Nachbarort kommen regelmäßig für Sprechstunden ins Haus und ersparen den Patienten so weitere Wege. Auch ein Urologe bietet gelegentlich eine Sprechstunde an. Allerdings kann er nur Privatpatienten behandeln – seine eigene Praxis liegt in Bayern, so dass ihm in Hessen die Zulassung verweigert wurde.

Manchen Patienten ist die Umstellung von den Gemeinschaftspraxen der Eheleute auf den Zentrumsbetrieb zunächst schwer gefallen. »Die familiäre Situation, die wir früher in unseren Praxen hatten, ist weg«, sagt Welbers. Noch heute klinge manchmal durch, dass man da besser habe sitzen und sich unterhalten können. Dafür hätten die Patienten aber auch etwas gewonnen: »Es gibt eine einzige Anlaufstelle. Ob Urlaub ist, Vertretung, Nachtdienste, sie müssen nicht suchen, wer hat Dienst, wo muss ich hin.« Zudem ist eine Apotheke mit ins Haus gezogen.

Auch für die Ärzte bringt das Zentrum Vorteile. Zusatzaufgaben wie das Managen der Computertechnik, des Personals oder der Finanzen wurden auf sechs Schultern verteilt. »Ich brauche mich nicht mehr um den Computer zu kümmern«, sagt Welbers, »das ist eine wunderbare Sache.« Entlastend sei auch, dass man sich bei schwierigen Fällen untereinander austauschen könne. Er selbst habe beispielsweise am Tag zuvor bei einem Patienten im Ultraschall ein Gebilde im Bauch gesehen, dessen Charakter ihm nicht ganz klar war. Er rief einen Kollegen und bat um dessen Einschätzung. Es stellte sich heraus, dass es sich um eine Zyste an der Niere handelte – nichts Schlimmes also.

Ein Problem hat das SCHAAZ noch nicht gelöst – die Nachfolge für die meisten älteren Kollegen. Dabei gibt es genügend Kontakte

zu angehenden Medizinerinnen.

Als Lehrpraxis der Frankfurter Universitätsklinik ermöglicht das SCHAAZ Studenten in Blockpraktika, die Arbeit einer Landarztpraxis kennenzulernen. Außerdem hat das Zentrum mittlerweile eine Zulassung, um junge Mediziner im Praktischen Jahr

weiterzubilden. »Hier könnte man den Grundstock legen«, hofft Welbers.

Er selbst hat Glück gehabt. Der Kollege Martin Dobler beendete bei ihm seine Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Seit Jahresanfang praktiziert er als niedergelassener Hausarzt im SCHAAZ – und steht als Welbers' Nachfolger fest. ☺

Quartalsbezogenes Gesprächskontingent

Die Bezahlung niedergelassener ÄrztInnen wird mal wieder reformiert, im Oktober treten einige Änderungen in Kraft. Profitieren werde davon auch die »sprechende Medizin«, meint die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein und begründet dies wie folgt: »Künftig ist es wieder möglich, ausführliche Gespräche mit einem Patienten und/oder einer Bezugsperson abzurechnen. Voraussetzung ist, dass das Gespräch mindestens zehn Minuten dauert und im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung steht. Dafür steht künftig die Gebührenordnungsposition (GOP) 03230 für Hausärzte und die GOP 04230 für Kinder- und Jugendärzte zur Verfügung (neun Euro je vollendete zehn Minuten). Sie können mehrere Gespräche mit ein und demselben Patienten führen oder mit verschiedenen Patienten. Das hängt allein vom Behandlungsbedarf ab. Um die Ausweitung von Gesprächsleistungen zu Lasten anderer Ärzte zu verhindern, erhält jede Praxis ein quartalsbezogenes Gesprächskontingent. Das Gesprächskontingent einer Praxis berechnet sich wie folgt: Zahl der Behandlungsfälle multipliziert mit 4,50 Euro. Beispiel: Bei einer Praxis mit 1.000 Fällen steht ein Gesprächskontingent in Höhe von 4.500 Euro im Quartal zur Verfügung. Aus diesem Kontingent werden die ausführlichen Gespräche vergütet, die der Arzt führt. Für 4.500 Euro zum Beispiel kann die Praxis bis zu 500 ausführliche Gespräche mit jeweils 9 Euro abrechnen.«

Leberverteilung vor Gericht

Verteidiger eines angeklagten Göttinger Transplantateurs stellt Richtlinien der Bundesärztekammer in Frage

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

Es ist ein Präzedenzfall: Am Landgericht Göttingen wird seit Mitte August gegen einen leitenden Transplantateur verhandelt, der wichtige medizinische Daten derart manipuliert haben soll, dass einige seiner PatientInnen bei der Zuteilung fremder Lebern zu Unrecht bevorzugt worden seien. Die Verteidigung bläst zum Gegenangriff und stellt die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Organverteilung grundsätzlich in Frage. Das Urteil wird für Mai 2014 erwartet.

Der Chirurg Aiman O. leitete in den Jahren 2008 bis 2011 die Transplantationschirurgie am Universitätsklinikum Göttingen, unter seiner Regie stieg dort die Zahl der Leberverpflanzungen auffällig an. Laut Ermittlungen der StrafverfolgerInnen hat Professor O. gegenüber der zentralen Organverteilungsstelle Eurotransplant bei elf PatientInnen »bewusst wahrheitswidrig angegeben«, dass diese sich binnen zwei Wochen vor der Meldung mindestens zweimal einer Dialyse (Blutwäsche) unterziehen mussten. Fünf dieser Leberkranken seien an Eurotransplant gemeldet worden, obwohl sie sich nicht an die mindestens 6-monatige Alkoholabstinenz gehalten hatten, die gemäß Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) vorgeschrieben ist.

In drei Fällen soll der Mediziner »unzutreffende Blutwerte« an Eurotransplant gemeldet haben. Zweck all dieser »Falschangaben« sei es gewesen, die Betroffenen auf der Leberwarteliste so weit nach oben rücken zu lassen, dass ihnen »innerhalb kürzester Zeit« ein Spenderorgan zugewiesen und transplantiert wurde.

Ausgehend von diesen Ermittlungsergebnissen, die der Angeklagte allesamt bestreitet, erhebt die Staatsanwaltschaft heftige strafrechtliche Vorwürfe: Der Chirurg habe versuchten Totschlag in elf Fällen sowie Körperverletzung mit Todesfolge in drei Fällen begangen.

Körperverletzung deshalb, weil drei Transplantationen medizinisch gar nicht erforderlich gewesen seien und »die jeweilige Operation letztlich zum Tod der drei Patienten geführt« habe. Ob die Staatsanwaltschaft mit dieser Darstellung richtig liegt, darüber werden sicher medizinische Gutachter in den nächsten Monaten befinden und womöglich auch streiten.

Rechtliches Neuland ist dagegen der Vorwurf des versuchten Totschlags im Zusammenhang mit den angeblichen Manipulationen, den die Staatsanwaltschaft wie folgt begründet: »Aufgrund der in Deutschland bestehenden Knappheit von Spenderorganen ist davon auszugehen, dass durch die unwahren Angaben des Angeeschuldigten andere Patienten, die lebensbedrohlicher erkrankt waren als die von dem Angeeschuldigten gemeldeten, kein Spenderorgan erhielten und möglicherweise aus diesem Grunde verstarben.«

Einen tödlichen Zusammenhang ursächlich nachzuweisen und konkrete Opfer zu benennen, wird für die StaatsanwältInnen schwierig werden, das zeigte sich schon am zweiten Verhandlungstag. Das Landgericht hatte nachverfolgt, wie es acht Schwerkranken erging, die auf der Warteliste zurückgestuft worden waren – und zwar hinter einen Göttinger Patienten, der nach der Datenmeldung von Professor O. von Rang 34 auf Rang 2 vorgerückt war. Das Ergebnis ist unheimlich: Sechs der Betroffenen erhielten eine Leber, drei verstarben trotz der Transplantation.

Diese Bilanz deutet auch an, dass der therapeutische Nutzen von Organverpflanzungen im Einzelfall schwer vorherzusagen ist. Und dass eine Schädigung, verursacht durch Nichterhalten eines Spenderorgans, kaum zu beweisen ist – zumal in

Der Vorwurf des versuchten Totschlags ist in diesem Zusammenhang rechtliches Neuland.

Deutschland ohnehin kein Patient einen eintragbaren Anspruch auf ein fremdes Organ hat.

Rechtsgrundlage für die Aufnahme in die Warteliste und die Organvermittlung sind keine Gesetze, sondern Richtlinien der BÄK. Deren demokratische Legitimität, die auch zahlreiche namhafte Rechtswissenschaftler seit Jahren anzweifeln, hat Steffen Stern, Verteidiger von Professor O., vor Gericht wiederholt vehement in Frage gestellt. Dass Alkoholranke gemäß BÄK-Richtlinien erst dann in die Warteliste für eine fremde Leber aufgenommen werden dürfen, wenn sie sechs Monate keinen Alkohol getrunken haben, hält Stern für eine Diskriminierung: »Nach allen wissenschaftlichen Untersuchungen haben Alkoholiker keine schlechteren Überlebenschancen«, behauptet der Anwalt. Obendrein attackiert er den von der BÄK als Dringlichkeitskriterium vorgegebenen MELD-Score. Er berechnet auf Basis bestimmter Laborwerte, wie hoch die Wahrscheinlichkeit

Unterstützung für eine Vermutung

Das *Deutsche Ärzteblatt (DÄB)*, herausgegeben von der Bundesärztekammer (BÄK), berichtet auch kontinuierlich über den Strafprozess gegen den früheren Göttinger Transplantateur Aiman O. Am 5. September 2013, einen Tag nach Veröffentlichung der Prüfergebnisse zu 24 Lebertransplantationszentren (Siehe Seite 9) durch die BÄK, schilderte die Online-Ausgabe des *DÄB*, wie der Rechtsanwalt von Professor O. den Kommissionsbericht im Gerichtssaal interpretiert habe: »Die Verteidigung sieht im Bericht der BÄK offenbar eine Unterstützung für ihre Vermutung, dass Manipulationen der Warteliste und andere Regelverstöße, wie sie dem Angeklagten vorgeworfen werden, verbreitet waren und sich darauf gründen, dass die Richtlinien der BÄK zur Aufnahme auf die Warteliste für eine Lebertransplantation und für die Zuteilung der Lebern untauglich seien.«

Wer sucht, der findet

Regelverstöße in 19 Lebertransplantationszentren

Im August 2012 – die Manipulationen im Transplantationszentrum Göttingen waren gerade medial aufgefliegen – informierte der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK) die deutsche Öffentlichkeit. Die Vorgänge, so Frank Ulrich Montgomery, seien »ein Skandal einiger Transplantationsmediziner«; verantwortungsvolle Berichtersteller sollten doch bitte diese Relation sehen: Bei mehr als 50.000 Transplantationen in den letzten zehn Jahren, so der BÄK-Chef, hätten die bei der BÄK angesiedelten Prüfkommisionen insgesamt nur 21 Verstöße gegen die für Transplanteure verbindlichen BÄK-Richtlinien zur Wartelistenführung und Organvermittlung gefunden.

Angetrieben durch zunehmend kritische Berichte und sinkende Transplantationszahlen, die auf einigen Vertrauensverlust in der Bevölkerung hindeuten, haben die ehrenamtlichen Kommissionen inzwischen wohl genauer hingesehen. Sie besuchten alle 24 deutschen Lebertransplantationszentren, um jene 2.303 Transplantationen beurteilen zu können, die dort in den Jahren 2010 und 2011 stattfanden. Die PrüferInnen nahmen eine Stichprobe und werteten Krankenakten von 1.180 PatientInnen aus, denen eine fremde Leber eingepflanzt worden war.

Ergebnisse ihrer Recherchen gaben die Kommissionen Anfang September bekannt. Demnach sind die PrüferInnen in etwa jedem vierten untersuchten Fall fündig geworden, sie bilanzieren insgesamt 292 Verstöße gegen die Richtlinien. Dabei legen die KontrolleurInnen Wert auf Unterscheidungen: »Systematische oder bewusste Falschangaben zur Bevorzugung bestimmter Patienten« haben sie in Göttingen festgestellt, »eindeutige Anhaltspunkte für systematische Falschangaben« fanden sie auch in Leipzig, Münster und München (Klinikum

rechts der Isar). In 15 weiteren Transplantationszentren haben die Kommissionen 74 der entdeckten 292 Richtlinienverstöße aufgetan, sie bewerten diese aber als nicht schwerwiegend. Richtlinientreu verhielten sich in den Jahren 2010 und 2011 gemäß Prüfbilanz nur die Lebertransplanteure in Berlin, Hamburg, Hannover, Magdeburg und Würzburg.

Ungelöste Probleme

Welche Konsequenzen folgen aus dieser bemerkenswerten Bilanz? Ein Göttinger Chirurg steht seit August vor Gericht (Siehe Seite 8), staatsanwaltschaftliche Ermittlungen soll es seit Monaten auch in Leipzig und München geben. Sanktionen gegen Transplanteure anderer Zentren sind nicht bekannt. BÄK-Chef Montgomery sagt, die Kommissionen hätten »sorgfältig und umfassend aufgeklärt«. Auch kündigt er an, dass die Prüfergebnisse bei der anstehenden Fortschreibung der BÄK-Richtlinien berücksichtigt werden; außerdem stünden verdachtsunabhängige Prüfungen auch zu weiteren Transplantationsprogrammen bevor, etwa zur Verpflanzung von Nieren.

Das alles mag man, trotz der über ein Jahrzehnt laxen Kontrollen und verbreiteten Verharmlosungen, gern glauben. Schwer vorstellbar ist allerdings, wie ehrenamtliche Kommissionen diese Prüfarbeit kontinuierlich bewältigen sollen. Das grundsätzliche Problem der – ja scheinbar auch für viele Transplanteure – undurchsichtigen BÄK-Verteilungsrichtlinien ist damit aber ebensowenig gelöst wie ihre faktisch fehlende demokratische Legitimation. Die Strategie der Verteidigung im Göttinger Strafprozess gegen Professor O. macht dies überdeutlich.

Klaus-Peter Görlitzer

»Lieber ohne die Öffentlichkeit«

Wie man sich vorteilhaft darstellt, weiß auch die Bundesärztekammer (BÄK). »Es waren die Kommissionen, die die Unregelmäßigkeiten im Zusammenhang mit der Manipulation von Patientendaten aufgedeckt und sorgfältig und umfassend aufgeklärt haben«, sagte BÄK-Präsident Frank Ulrich Montgomery am 4. September, als die BÄK vor zahlreichen JournalistInnen in Berlin bekannt gab, was bei den Prüfungen von 24 Lebertransplantationszentren herausgekommen ist. Worüber Montgomery nicht redete: Jahrelang hatten die Kommissionen bei der BÄK intensive Kontrollen versäumt. Richtig geprüft wurde offenbar erst unter anhaltendem, öffentlichen Druck – nachdem hartnäckig recherchierende Medien, voran die *Süddeutsche Zeitung*, kontinuierlich Unregelmäßigkeiten im Transplantationszentrum Göttingen und andernorts enthüllt hatten. *BIOSKOP* berichtet und analysiert seit vielen Jahren, was im Transplantationssystem so alles im Argen liegt, inklusive der Strukturen, die unauffällige Manipulationen erleichtern. Was der BÄK-Chef von kritischer Berichterstattung hält, ließ er Anfang Juni beim »Hauptstadtkongress« zu Gesundheitsthemen durchblicken. Laut *Ärztezeitung* sagte Montgomery, angesprochen auf die Skandale zur Organverteilung: »Ich hätte die Aufarbeitung lieber ohne die Öffentlichkeit gehabt, wegen der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung, die wir für die Organspende haben.«

- ist, dass ein Leberpatient innerhalb von drei Monaten sterben wird. Je höher der Punktwert, als desto kranker gilt ein Patient – und desto größer soll seine Chance sein, eine fremde Leber via Eurotransplant zugeteilt zu bekommen. Diese Vorgabe bevorzuge einseitig Schwerkranke und führe im Ergebnis dazu, dass viele der EmpfängerInnen »mit ihren neuen Organen direkt unter die Erde kommen«, sagte Anwalt Stern im Göttinger Gerichtssaal.

Ob und was an dieser drastischen Formulierung genau dran ist, wäre im Rahmen von Studien zu Überlebensraten nach Transplantationen differenziert zu untersuchen und für

jedermann transparent zu machen. Tatsache ist: Das Transplantationsgesetz fordert, dass Organe nach »Erfolgsaussicht und Dringlichkeit« an geeignete PatientInnen vermittelt werden müssen – zwei Kriterien, die sich tendenziell widersprechen und subjektive Wertungen durch ÄrztInnen nicht kategorisch ausschließen.

Das Landgericht Göttingen plant 42 Verhandlungstermine bis Mai 2014. Am 23. September beginnt der 6. Tag dieses Prozesses, in dem Professor Aiman O. auf der Anklagebank sitzt – und, so jedenfalls die Strategie seines offensiven Verteidigers, im Prinzip auch das System der nach wie vor undurchsichtigen Organverteilung. ●

Haltlose Kritik?

Bundesregierung positioniert sich zum »Thema Hirntod«

Fragwürdiges Konzept

Ob der »Hirntod« tatsächlich mit dem Tod des Menschen gleichzusetzen ist, diskutieren Fachleute seit vielen Jahren kontrovers. Verstärkt wurden die Zweifel durch ein »White Paper« (Weißbuch), publiziert Ende 2008 vom President's Council on Bioethics (Siehe BIOSKOP Nr. 51). Das US-amerikanische Politikberatungsgremium, eine Art Pendant zum Deutschen Ethikrat, hatte eingeräumt, dass das integrierte Funktionalisieren des Körpers »nicht unbedingt kurz nach Eintritt des Hirntodes aufhöre«. Also sei das Hauptargument derjenigen entkräftet, die den »Hirntod« mit dem Tod des Menschen gleichsetzen, folgerte die Berliner Physikerin und Medizinethikerin Sabine Müller in ihrem viel beachteten Aufsatz *Revival der Hirntod-Debatte*, erschienen im März 2010. Der US-Ethikrat verweist auf Veröffentlichungen von Professor Alan Shewmon. Der Neurologe hatte bis 1998 über 170 dokumentierte Fälle gefunden, in denen zwischen Feststellung des »Hirntodes« und Eintritt des Herzstillstandes viel Zeit vergangen war: Die Spannen reichten von mindestens einer Woche bis zu 14 Jahren. Bis 2003, wurden laut Müller »zehn erfolgreiche Schwangerschaften von Hirntoten dokumentiert«. Zudem haben Shewmon und andere Wissenschaftler beobachtet, dass »Hirntote« selbstständig ihre Körpertemperatur regulieren, Infektionen und Verletzungen bekämpfen, auf Schmerzreize reagieren, verdauen und ausscheiden. »Hirntote« Kinder können wachsen und ihre Geschlechtsentwicklung fortsetzen. Shewmon, früher ein bekannter Befürworter des »Hirntod«-Konzeptes, meint inzwischen, dass das Gehirn nicht als Integrationszentrale für alle menschlichen Körperfunktionen wirke. Die Integrationskraft sei vielmehr eine Eigenschaft des gesamten Organismus.

Wissenschaftliche Zweifel am »Hirntod«-Konzept? Qualitätsmängel bei der Diagnostik? Bedarf für systematische, unabhängige Studien? Soll es alles nicht geben – so jedenfalls die Darstellung der schwarz-gelben Bundesregierung.

Die Bundestagsdrucksache 17/14527 ist ein bemerkenswertes Dokument der Zeitgeschichte. Auf 14 Seiten liest man Antworten der Bundesregierung zu 25 – teils brisanten – Fragen der Linksfraktion über das »Thema Hirntod«. Die Publikationen des Neurologieprofessors Alan Shewmon und weiterer Fachleute, die widerlegen, dass der Hirntod mit dem Tod des Menschen gleichzusetzen sei (Siehe *Randbemerkung*), hat die Bundesregierung gelesen, und auch die Bedenken zur Hirntoddiagnostik (Siehe *Kasten*) seien ihr bekannt. Dennoch kommt sie zu dem »Schluss, dass die Kritikpunkte einer wissenschaftlichen Diskussion nicht standhalten«.

Ihre Positionierung stützt die Regierung auf eine »gemeinsame Erklärung« von drei deutschen neuromedizinischen Fachgesellschaften aus August 2012. Dieses Papier, das nicht mal eine Seite füllt, stellt fest: »Der nachgewiesene, vollständige und unumkehrbare Ausfall der Hirnfunktionen bedeutet auch bei intensivmedizinisch aufrechterhaltener Herz-Kreislauf-Funktion ein wissenschaftlich belegtes sicheres Todeszeichen. Diesbezüglich geäußerte Bedenken und Zweifel halten einer wissenschaftlichen Überprüfung nicht stand.« Weltweit, so die drei Fachgesellschaften weiter, sei keine Erholung der Hirnfunktion eines Menschen nachgewiesen worden, der nach »richtliniengemäß festgestelltem und dokumentiertem Ausfall der Gesamtfunktion seines Gehirns weiterbehandelt« wurde.

Zur Frage der Linken um ihre Gesundheitsexpertin Kathrin Vogler, welche Erkenntnisse sie zur Qualität der Hirntoddiagnostik habe, verweist die Regierung auf Angaben der Bundesärztekammer (BÄK): Demnach sollen

Bekannte Mängel

Dass die Hirntoddiagnostik hierzulande nicht immer fehlerfrei erfolgt, haben Insider wiederholt eingeräumt – auch in der Zehn-Jahres-Bilanz zum Transplantationsgesetz, vorgelegt im Frühjahr 2009 (Siehe BIOSKOP Nr. 46) vom Sozialforschungsinstitut IGES.

Bauftragt vom Bundesgesundheitsministerium, hatte IGES »zentrale Akteure« der Transplantationsmedizin befragt, darunter auch die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO). Deren Koordinatoren in Bayern hätten »immer wieder Mängel in der Durchführung der Hirntoddiagnostik« gefunden, heißt es im IGES-Bericht. Derartige Fälle, die jedoch nicht näher erläutert werden, gebe es in Kliniken, die sich nicht durch einen von der DSO organisierten Konsiliardienst unterstützen lassen; allerdings sei auch unter KonsiliarärztInnen die »Kompetenz in der Hirntoddiagnostik unterschiedlich ausgeprägt«.

Sachdienliche Hinweise standen vorher auch schon einmal im *Deutschen Ärzteblatt* (DÄB). »Nicht selten«, berichtete das DÄB am 12. Mai 2006, werde der »Hirntod von Ärzten in kleineren Krankenhäusern, aber auch in Unikliniken fälschlicherweise vermutet oder nicht exakt nach den Richtlinien der Bundesärztekammer

festgestellt«. Das DÄB berief sich auf Erkenntnisse des Neurologen Hermann Deutschmann, bis Ende 2005 Sprecher des »Mobilen Konsiliardienstes« der DSO in der Region Nord. Im Jahr 2004 zählte Deutschmann 52 Einsätze des Konsiliarteams in Niedersachsen und Bremen. Er wertete die Untersuchungsprotokolle aus und stellte fest: In 21 der 52 Fälle konnten die konsultierten Fachleute den vermuteten »Hirntod nicht sichern«, sie konnten also die Einschätzung des ärztlichen Erstuntersuchers nicht bestätigen.

»Besonders bemerkenswert« für den Neurologen: Bei acht PatientInnen hätten zwar klinisch die äußerlichen Zeichen des Hirntodes vorgelegen. Mittels technischer, zusätzlicher Untersuchungen wie Ultraschall oder Hirnstromkurve (EEG) habe sich dann aber herausgestellt, dass die »Erfüllung der Hirntodkriterien nicht gegeben« war. Deutschmann folgerte: »Nur durch Einsatz« der technikgestützten Zusatzdiagnostik »konnte ein fehlerhaftes Untersuchungsergebnis verhindert werden«.

Doch ein solches Vorgehen ist in deutschen Kliniken offenbar nicht selbstverständlich – was sicher auch an den einschlägigen Richtlinien der Bundesärztekammer zur Feststellung des Hirntods liegt. In deren Einleitung heißt es jedenfalls: »Der Hirntod kann in jeder Intensivstation auch ohne ergänzende apparative Diagnostik festgestellt werden.« Klaus-Peter Görlitzer


»weltweit keine Feststellungen über getroffene Fehldiagnosen« vorliegen, sofern der Hirntod nach den jeweils geltenden Regeln bescheinigt wurde. Allerdings sei der Überwachungskommission bei der BÄK hierzulande »eine einzige Hirntodfeststellung bekannt«, für die eines jener vier Protokolle fehlt, die erforderlich sind, um die Unumkehrbarkeit der klinischen Ausfallsymptome des Gehirns nachzuweisen.

Erstaunlich auch dies: Strukturierte Untersuchungen, die Aufschluss über Qualität und Fehlerhäufigkeit der Hirntodfeststellungen geben könnten, sind der Bundesregierung weder bekannt, noch hält sie diese für notwendig. Und von der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) hat die Regierung die Auskunft erhalten, nachträgliche Überprüfungen aller Hirntoddiagnostiken seien der DSO »nicht möglich, da die Hirntodprotokolle als Dokumente in der im Krankenhaus verbleibenden Krankenakte archiviert werden«.

Hinter verschlossenen Türen

Gemäß Transplantationsgesetz (TPG) ist die BÄK ermächtigt, die Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes zu verfassen. Hinter verschlossenen Türen berät der Wissenschaftliche Beirat der BÄK derzeit, ob die Richtlinien verändert und künftig bestimmte technische, bildgebende Verfahren bei der Hirntoddiagnostik verpflichtend werden sollen oder nicht. Im Januar 2011 bat die BÄK diverse Fachgesellschaften um Stellungnahmen, die inzwischen ausgewertet sein sollen – wie üblich unter Ausschluss der Öffentlichkeit. Womöglich wird die überarbeitete Hirntodrichtlinie noch in diesem Jahr beschlossen, entsprechende Andeutungen hat BÄK-Präsident Frank Ulrich Montgomery jedenfalls mehrmals verlauten lassen.

Die jüngste Änderung des TPG – realisiert Mitte Juli unter dem Eindruck der Organverteilungsskandale – schreibt nun erstmals vor, was die BÄK jahrelang vehement abgewehrt (Siehe BIOSKOP Nr. 56) hatte: Die BÄK-Richtlinien stehen jetzt unter Genehmigungsvorbehalt des Bundesgesundheitsministeriums (BMG), sie können künftig also nur in Kraft treten, wenn die Behörde einverstanden ist. Diese Reform sichere die »demokratische Legitimation« der Richtlinien, betont die Bundesregierung.

An den Inhalten wird sich wohl kaum etwas ändern; die Art und Weise, wie die Regierung die Fragen der Linken beantwortet hat, deutet jedenfalls nicht auf Mut zur tätigen Kontrolle seitens des BMG hin. Gefordert sind einmal mehr die Abgeordneten und außerparlamentarische Einmischungen – auch von fachkundigen MedizinerInnen, die sich trauen, begründete Zweifel und Bedenken zum Hirntod-Konzept publik zu machen. 

Klaus-Peter Görlitzer 

»Gesundheitskarte« & »Organspende«


Komische Szenarien

Geht es nach der Mehrheit im Bundestag, werden Menschen künftig massenhaft ihre Bereitschaft zur »Organspende« auf der elektronischen Gesundheitskarte speichern (lassen). Wie soll das gehen?

Als im Frühjahr 2012 die Regelung zur »Entscheidungslösung« im Transplantationsgesetz (Siehe BIOSKOP Nr. 57) beraten wurde, gab es auch einigen Streit um das neue »Schreibrecht« für die Krankenkassen. Gegen die Stimmen von Grünen und Linken, die ebenso wie der Deutsche Ärztetag Datenschutzstandards gefährdet sehen, wurde beschlossen: Krankenkassen dürfen künftig auch persönliche Erklärungen von Versicherten zur Organ- und Gewebespende auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) speichern oder löschen. Verbindliche Voraussetzung für den Zugriff ist, dass der oder die Betroffene dies wünscht und ausdrücklich zugestimmt hat. Gleiches gilt für Hinweise zum Aufbewahrungsort entsprechender Erklärungen. Bis es so weit kommt, werden noch Jahre vergehen; technisch soll das Speichern derartiger Informationen erst mit Gesundheitskarten der »zweiten Generation« funktionieren, deren Nutzung wird ab 2018 verbindlich.

»Kundenberater-Lösung«

Eine Ahnung davon, wie kompliziert die politisch gewollte, elektronische Dokumentation in der Praxis werden dürfte, gibt ein Bericht über »Erweiterungsszenarien«, den die Bundesregierung Anfang Juli vorgelegt hat. Die Drucksache 17/14326 präsentiert fünf »Lösungsvorschläge«, erdacht von der Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH (gematik). Ihr schwebt zum Beispiel eine »Organspende-Applikation« für mobile Geräte vor, um Besitzer von Smartphones oder Tablet-PCs zu befähigen, ihr Ja zur Organentnahme selbst online zu dokumentieren. Eine andere Option wäre, dass Versicherte ihre sensible Erklärung über ein Internetportal erstellen, meint die gematik.

Zum umstrittenen Schreibrecht der Krankenkassen passt das Szenario der »Kundenberater-Lösung«, zugeschnitten auf Versicherte, »die sich nicht mit dem technischen Aufwand belasten wollen«. Sie könnten eine Kassengeschäftsstelle aufsuchen und ihre Erklärung zur Organspende direkt »am Arbeitsplatz des Kundenberaters« auf der eGK speichern lassen. »Akzeptanzprobleme«, glaubt die gematik, »sind bei dieser Lösung nicht erkennbar.« 

Warnung vom Datenschützer

Im Online-Netzwerk Facebook gibt es ein »Timeline-Feature«, mit dem Menschen anzeigen können, dass sie zur »Organspende« bereit sind. Frank-Walter Steinmeier, Chef der SPD-Bundesfraktion, zeigte sich im November via Mitteilung für die Presse erfreut, »dass Facebook Werbung für die Organspende unterstützt«. Ganz anders reagierte Reinhard Dankert, Landesdatenschutzbeauftragter in Mecklenburg-Vorpommern: »Ich warne trotz prominenter Unterstützung eindringlich davor, diese Informationen auf Facebook preiszugeben und öffentlich zu machen.« Zwar verpflichten sich Menschen mit ihrem Facebook-Outing nicht automatisch, im Ernstfall – also nach diagnostiziertem »Hirntod« – ihre Organe herausoperieren zu lassen, und sie werden auch nicht offiziell als potenzielle »SpenderInnen« registriert. Doch sei bei Facebook »nicht klar, wer diese sensiblen Daten erhält und weiterverarbeitet«, schreibt Dankert in einer Medien-Information vom 5. November 2012. Jeder Internetnutzer solle sich »bewusst machen, dass Facebook ein Unternehmen ist, das mit den persönlichen Daten Geld verdient«, rät der Datenschützer. Zur Veranschaulichung fügt er das folgende »Szenario« hinzu: »Niemand kann sich sicher sein«, so Dankert, »ob diese Daten/Angaben später einmal an die Krankenkassen oder Versicherungen verkauft werden, damit diese wiederum spezielle Tarife bzw. Vorteile für Organspende anbieten können.«

Spannende GeN-Broschüre

»Individualisierte Medizin« unter die Lupe genommen

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

Pharmafirmen, Genforscher und manche Politiker verheißen seit rund fünfzehn Jahren den Beginn einer neuen Ära: »personalisierte« Behandlungen, »maßgeschneiderte Medikamente«, Diagnostiken, die auf der genetischen Verfasstheit der Patienten basieren. Eine solche, »individualisiert« genannte Medizin scheint eine gute Sache – allerdings nur auf den ersten Blick.

Bei genauerem Hinsehen zeigt sich: Den Promotoren der »individualisierten Medizin« geht es nicht wirklich darum, den einzelnen Kranken in den Mittelpunkt zu stellen. Vielmehr arbeitet das Konzept vor allem der fortschreitenden Individualisierung von Gesundheit, Krankheit und ihren Ursachen zu. Während die versprochenen Therapien und Medikamente bisher äußerst rar geblieben sind, explodiert die Zahl der Tests und Checks, mit denen Aussagen über Erkrankungsrisiken oder die Wahrscheinlichkeit bestimmter Krankheitsverläufe gemacht werden.

Damit festigt sich die Vorstellung einer – mittels Tests feststellbaren – individuellen biologischen Verfasstheit des Einzelnen, die bestimmen soll, warum, wie und wann jemand krank wird. Indem aber nur noch auf molekularer Ebene – und damit ausschließlich im Körper des Individuums – nach Ursachen und Entstehungsbedingungen von Erkrankungen gesucht wird, unterschlägt die so genannte individualisierte Medizin die sozialen Bedingungen, die Menschen krank und gesund werden lassen. Und sie transportiert die Aufforderung an jede/n, die eigene Gesundheit ständig im Blick zu behalten, die (ganz persönlichen) Erkrankungsrisiken zu kennen und zu managen – und dafür die Angebote, die der Markt macht, permanent zu nutzen.

Diese Anrufung des Individuums lässt auch den Alltag der Gesundheitsversorgung als folgerichtig erscheinen, in dem die Art der Behandlung und Versorgung ja zunehmend davon abhängt, welche finanziellen Möglichkeiten und welchen Versicherungsstatus der einzelne Patient und die einzelne Patientin haben.

Aber nicht nur in diesem biopolitischen Sinne korrespondiert das Konzept der indivi-

dualisierten Medizin mit der zunehmenden Marktförmigkeit des Gesundheitssystems. Auch ganz praktisch befördert es die Kommerzialisierung von Gesundheit und Krankheit: Tests zur Bestimmung genetischer Risiken, Biomarker für individuelle Krankheitsprognosen oder »individualisierte« Medikamente treten nicht zuletzt deshalb als Teil einer Angebotspalette für das individuelle Management von Gesundheit in Erscheinung, weil sich um ihre Entwicklung massive ökonomische und politische Interessen drängen: Da sind die großen, börsennotierten Pharmafirmen, die sich und den GeldanlegerInnen versprechen, die Entwicklung von molekularen und genetischen Tests werde ökonomisches Wachstum bescheren. Da ist die Biotechnologie-Branche, die nach Märkten für ihre Produkte sucht. Zu nennen sind auch die Kliniken und anderen Forschungseinrichtungen, die sich als Anbieter von »Innovationen« und besonderen Dienstleistungen im Kampf um Drittmittel und Forschungsgelder zu behaupten suchen. Und nicht zuletzt ist es die staatliche Förderung der Forschung nach Genen, Biomarkern oder molekularen Prozessen, die auf deren wirtschaftliche Bedeutung als »Standortfaktor« abzielt – und im Ergebnis dazu geführt hat, dass nicht nur die Versorgung, sondern auch die Gesundheitsforschung heute extrem marktförmig organisiert ist.

Ökonomische Interessen im Blick

Die neue Broschüre des GeN legt vor allem diese ökonomischen Interessen und Dynamiken rund um die »personalisierte« oder »individualisierte« Medizin offen. Auf rund hundert Seiten analysieren wir die Ziele von Pharmaunternehmen und stellen einige »individualisierte« Medikamente vor, diskutieren die Motive der Forschungspolitik, einschlägige Förderprogramme und gesundheitspolitische Hintergründe, untersuchen den Beitrag wissenschaftlicher Einrichtungen an der Rede von der individualisierten Medizin und den mit ihr verbundenen biologischen Modellen von Krankheit und nehmen einige Forschungsstandorte und -verbände kritisch unter die Lupe.

Wir hoffen, mit dieser Broschüre dazu beizutragen, den Blick für die Dynamik zwischen Gesundheitssystem und Biopolitik im Spätkapitalismus zu schärfen. Auf dass Lücken im System erkannt und genutzt werden können!

Die Broschüre »Individualisierte Medizin« – Unternehmen, Politik und Forschung (96 Seiten, 5 Euro) kann man direkt beim Gen-ethischen Netzwerk bestellen – per Telefon (030) 6857073, Fax (030) 6841183 oder online www.gen-ethisches-netzwerk.de/broschueren

Wachstumsmarkt?

»Personalisierte Medizin – der Patient als Nutznießer oder Opfer?« hieß die Leitfrage der Jahrestagung 2012 des Deutschen Ethikrates; eine Dokumentation der Vorträge kann kostenlos beim Ethikrat bestellt werden (Telefon 030-20370-242). Angesprochen wurden auch ökonomische Aspekte, zum Beispiel von Hardy Müller, Mitarbeiter des »Wissenschaftlichen Instituts der Techniker Krankenkasse für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen«. In seinem Vortrag erläuterte Gesundheitswissenschaftler Müller unter anderem: »Die individualisierte Medizin gilt zudem als der Wachstumsmarkt in der Gesundheitswirtschaft. Das Auslaufen vieler Arzneimittelpatente in der nächsten Zeit bringt pharmazeutischen Unternehmen schwierige Zeiten und lässt Gewinneinbrüche befürchten – es wird von Panik in der Industrie berichtet. Lösungen werden in einer verstärkten Anwendung der individualisierten Medizin gesehen.«

Medien-Doktor PR-Watch

Wissenschaftliche Einrichtungen konkurrieren um Drittmittel, Personal und Reputation. PR-Profis raten den Universitäten daher, ihre Arbeit offensiv zu präsentieren: »Wer Öffentlichkeitsarbeit über Jahre unterlässt, der unterliegt schließlich im Kampf um schwindende Ressourcen«, warnt etwa Johannes Schnurr, ehemaliger Pressereferent der Heidelberger Akademie der Wissenschaften. Und so verbreiten deutsche Hochschulen tagtäglich hunderte von Pressemitteilungen, darunter etliche zu medizinischen Themen.

Aktion für Transparenz bei Ärztefortbildungen

»Mein Essen zahl ich selbst« versichern über 400 MedizinerInnen, die sich im Verein MEZIS zusammengeschlossen haben und Wert darauf legen, »unbestechlich« zu sein. Die aktuelle MEZIS-Kampagne soll die »Transparenz für etwaige Interessenkonflikte« bei ärztlichen Fortbildungen erhöhen. Der Löwenanteil wird nämlich noch immer durch Pharmaunternehmen gesponsert, laut MEZIS gar in neun von zehn Fällen. Die strukturelle Folge sei ein »nicht lösbarer Zielkonflikt«: Während den Geldgebern daran gelegen sei, ihre neuen Pillen zu bewerben und zu vermarkten, sollten ÄrztInnen ihre PatientInnen »vor unnötigen und neuen, oft risikobehafteten Medikamenten schützen«, meint MEZIS.

Eigentlich müssten zertifizierte Fortbildungen, die FachmedizinerInnen regelmäßig besuchen müssen, gemäß Sozialgesetzbuch »frei von wirtschaftlichen Interessen« sein, und die ärztliche Muster-Berufsordnung gibt zumindest vor, Bedingungen und Umfang eines Sponsorings offen zu legen. In der Praxis bleibt jedoch vieles im Dunkeln oder Unklaren – oder wird schlicht übersehen.

Sammeln, mailen, auswerten

Um dem Durchblick ein wenig nachzuhelfen, appellieren die MEZIS-ÄrztInnen (Kontakt unter Telefon 05222-61901) an ihre KollegInnen, wachsam zu sein und verdächtige Papiere zu sammeln. Gesucht werden Flyer, Mails, Einladungen und Faxe zu zertifizierten Fortbildungen, »die nach Ihrer Ansicht nicht frei von wirtschaftlichen Interessen sind«. Wer fündig geworden ist, kann entsprechende Dokumente an Niklas Schurig vom MEZIS-Vorstand zwecks Auswertung mailen, seine Adresse: schurig@mezis.de

Fraglich ist allerdings, ob die universitären Infos stets den Maßstäben für gute Wissenschaft genügen. Genau dies untersucht die Redaktion von www.medien-doktor.de/pr-watch. Das Internetportal, angesiedelt am Lehrstuhl Wissenschaftsjournalismus der Uni Dortmund und redigiert von engagierten JournalistInnen, stellt Pressemitteilungen exemplarisch auf den Prüfstand. Untersucht wird zum Beispiel, ob und wie angemessen Risiken, Nebenwirkungen und Alternativen dargestellt werden, wenn Uni-ÖffentlichkeitsarbeiterInnen medizinische Innovationen vorstellen. Eine spannende Initiative!

Sterben und Tod auf dem Lehrplan

LehrerInnen und SchülerInnen finden im Internet ab sofort anspruchsvolle Unterrichtsmaterialien zum Umgang mit Sterben und Tod. Herausgeberin ist die Hospizvereinigung OMEGA.

Ziel der Arbeitsblätter, Informationstexte und Videos ist es, »Halbwissen und Ängste durch die fundierte Beschäftigung und eigene Gedanken zu ersetzen«, erläutert die Hospizvereinigung, die auch mehrere Publikationen gemeinsam mit BioSkop herausgegeben hat, etwa die Faltblätter »Patientenverfügungen: Hilfreiche oder gefährvolle Vorsorge?« oder »Nachdenken über Organspende«.

Die neuen, in Zusammenarbeit mit einer Medienagentur erstellten Unterrichtsmaterialien empfiehlt OMEGA für alle Schulformen; die Lerneinheiten sind altersgerecht aufbereitet. Grundschulkindern der 3. und 4. Klasse fragen, was beim Sterben passiert, was danach möglicherweise kommt und wie man mit Trauer umgehen kann. Mit Hilfe der Materialien für die Sekundarstufe 1 (Klassen 5-10) lernen SchülerInnen die Menschenrechte Sterbender kennen; sie erhalten Einblick in reale Bedingungen des Sterbens und ihre mediale Vermittlung. Umstrittene Entwicklungen werden hinterfragt, etwa das Konzept des »Hirntodes«. Die Lerneinheiten für SchülerInnen der Oberstufe thematisieren politische, rechtliche und ethische Debatten um Anfang und Ende des Lebens. Dabei geht es auch um grundsätzliche Fragen wie »Was ist lebenswert?« oder »Sterben in Würde«.

Die Informationspakete, die genug Stoff auch für eine interdisziplinäre Projektwoche bieten dürften, stehen gratis zum Download bereit: <http://unterrichtsmaterial.omega-ev.de/>

Nachfragen und Kommentare von LehrerInnen sind ausdrücklich willkommen. Ansprechpartnerin bei OMEGA ist Inge Kunz, Telefon (02871) 30413, Mail: inge.kunz@web.de.

BIOSKOP in Dataspace

Im Dezember 1997 erschien das Pilotheft von BIOSKOP. Es folgten 63 weitere Hefte – und außerdem 53 Ausgaben des newsletters *Behinder-tenpolitik*. Macht zusammen rund 1.500 bedruckte Seiten mit ungezählten Artikeln, Recherchen und Randbemerkungen. Ältere Hefte (bis Nr. 58/Juni 2012) im PDF-Format, eine Auswahl von Texten und noch viel mehr stehen zum Gratis-Lesen und Herunterladen auf unserer Homepage (www.bioskop-forum.de), Inhaltsverzeichnisse und eine Suchfunktion helfen, Interessantes zu finden. Wer bestimmte Artikel und VerfasserInnen komfortabel suchen will, sollte auch mal die Internetseiten von *Dataspace* ansteuern. Die Onlinedatenbank, betrieben vom Infoladen Leipzig, ist eine der größten Bibliotheken für so genannte Graue Literatur; *Dataspace* verzeichnet Broschüren, Bücher, Plakate, Videos, Aufsätze, Zeitschriften von und über soziale, linke und alternative Bewegungen. Zur breiten Themenpalette gehören auch Biopolitik, Gentechnik und Behindertenpolitik. Übersichten mit Überschriften, Schwerpunkten und AutorInnen aller BIOSKOP- und newsletter-Hefte kann man, gut sortiert, unter dem folgenden Link durchstöbern:

<http://ildb.nadir.org/q/a1/zeitschrift/BioSkop.html>

Die DataspaceInnen freuen sich über tatkräftige Unterstützung und Spenden, zu erreichen sind sie beim Infoladen Leipzig per Telefon (0341) 3026504.

Wichtig, anstrengend, unsicher

Einblicke in alltägliche Bedingungen und Widersprüche der Arbeit von Reinigungskräften in Krankenhäusern

**Käthe von Bose (Berlin),
Sozialwissenschaftlerin**

220 Quadratmeter in der Stunde

Die Dienstleistungsgewerkschaft ver.di publiziert regelmäßig einen *Infodienst Krankenhäuser*. In diesem Juni beleuchteten zwei Gleichstellungsbeauftragte aus Hannover die Arbeit von Frauen in Kliniken. Unter der Überschrift »Viel Dienst, wenig Verdienst« schrieben Susanne Klyk und Irla-Mareen Gonzales-Campanini u.a.: »Im hauswirtschaftlichen Dienst wurde noch nie viel verdient. In den meisten Kliniken wurden die Hauswirtschaftsbereiche aus Wirtschaftlichkeitserwägungen ausgegliedert. Im günstigen Fall erhalten sie einen angelehnten – aber abgesenkten – Tarif. Mit Ausnahme der Führungskräfte arbeiten in den körperlich hoch belastenden Bereichen fast ausschließlich Frauen. Für neue Beschäftigte heißt das: weniger Lohn, mehr Leistung. In der Reinigung werden die Reviere stark vergrößert. Eine Kraft reinigt 220 Quadratmeter in der Stunde. (...) Die Hauptarbeit findet mit dem Wischmopp statt. Mit anderen Worten: Diese Leistung kann frau kaum 5 Tage die Woche über Jahre durchhalten, daher geht der verordnete Trend zum Teilzeitjob. Die Vollzeitstellen werden abgebaut und durch flexibel planbare Teilzeitstellen ersetzt. Der Lebensunterhalt ist damit kaum zu bestreiten.«

Reinigungsarbeiten im Krankenhaus gelten als bloße Selbstverständlichkeit. Öffentliche Beachtung finden sie nur, wenn etwas gründlich schief gelaufen ist: Schlagzeilen machten zum Beispiel lebensbedrohliche Infektionen und Todesfälle, die auf Hygienemängel zurückgeführt wurden. Im Fokus der Medienberichterstattung stehen dann die potenziell Verantwortlichen sowie organisatorische und finanzielle Bedingungen. In diesem Beitrag kommen Frauen zu Wort, die in der Krankenhausreinigung tätig sind. Dabei geht es nicht um öffentliche Skandale. Beleuchtet werden vielmehr alltägliche Bedingungen und Widersprüche der Arbeit von Reinigungskräften. Grundlage sind Gespräche und Interviews, die die Autorin mit neun Frauen geführt hat, deren Job es ist, in unterschiedlichen Unikliniken für Sauberkeit zu sorgen.

»Ich wische gerne Waschbecken, weil nachher, wenn man die gut gewischt hat, dann glänzen sie so wie ein Spiegel, das macht mir Spaß«, so erzählt mir eine Reinigungskraft eines Krankenhauses. »Ist das nicht schön?«, fragt mich eine andere Frau, als sie auf ein frisch gewischtes Stück Flur zurückblickt. Ihr mache es Freude, zu sehen, dass sie es bei all der Hektik schaffe, ihren Zuständigkeitsbereich zuverlässig sauber zu halten.

Neben Faktoren wie Zeitdruck und körperlichen Anstrengungen betonen Reinigungskräfte in Gesprächen immer auch Tätigkeiten, die sie zufrieden stellen und ihnen Freude bereiten. Zudem sei ihr wichtig, so eine Mitarbeiterin, »dass wenn geputzt wird, schön geputzt wird« – Gründlichkeit und Gewissenhaftigkeit machen sie zufrieden. Dabei geht es, so mein Eindruck, nicht nur darum, das Arbeitsvoll nach Vorschrift zu erfüllen, um beispielsweise Arbeitskontrollen gewappnet zu sein. Vielmehr verschreiben sich Reinigungskräfte durchaus dem Gesamtziel des Krankenhauses: der Versorgung von PatientInnen. So sehen sie ihre Aufgabe darin, die allgemeine Atmosphäre zu verbessern: »Wenn es nicht sauber ist, ist es ungemütlich, nicht schön. Dass es sauber ist, dass sich die Leute wohl fühlen können, oder

für die Besucher oder für die Patienten, das ist mir schon wichtig.«

Reinigungsarbeiten unterliegen in deutschen Krankenhäusern einer widersprüchlichen Logik. Einerseits wird ihnen eine große Bedeutung für die Hygiene und allgemeine Ansehlichkeit von Krankenhäusern zugesprochen. Andererseits müssen sie aber immer mehr unter Bedingungen verrichtet werden, die diese Bedeutung nicht widerspiegeln.

Dieser Widerspruch klingt auch in meinen Gesprächen mit Reinigungskräften an. Zum einen wissen sie um die Wichtigkeit ihrer Arbeit für das Funktionieren des Krankenhauses vor dem Hintergrund von Geboten der Hygiene und Dienstleistung. Zum anderen erscheinen ihnen die Bedingungen für ihre Arbeit entsprechend dieser Ansprüche als unangemessen. Trotz ihres großen Erfahrungswissens werden sie in die Organisation der Reinigung nicht einbezogen und ihre Versuche, die bestehenden Arbeitsverhältnisse anzusprechen, finden meist kein Gehör. Das verdeutlicht nicht zuletzt auch die Beteiligung von Reinigungskräften an den Streiks für bessere Arbeitsbedingungen in verschiedenen Krankenhäusern der letzten Jahre.

Die Politik des auch in Kliniken zunehmenden Outsourcings, also der Auslagerung notwendiger Arbeiten an externe Dienstleistungsunternehmen, spielt dabei sicherlich eine große Rolle. Geringe Löhne, Arbeitszeitreduktionen und kurze Vertragslaufzeiten machen die Reinigung zu einer unsicheren und nicht nur körperlich anstrengenden Arbeit. Die Reinigung ist zudem meist in einer Weise organi-

siert, die eine gründliche, hygienisch gebotene und für alle zufrieden stellende Sauberkeit fast unmöglich macht. So werden etwa die zu säubernden Bereiche ausgeweitet, wobei sowohl die Zahl der zur Verfügung stehenden Personen, als auch der vorgegebenen Arbeitsstunden meist gleich bleibt oder gar gesenkt wird. Viele Bereiche werden außerdem nicht mehr von einer festen Kraft, sondern von stets wechselnden Personen gereinigt, was immer neue Einarbeitung und Absprachen erforderlich macht. Unter solchen Bedingungen lassen sich meist weder die Ansprüche des Krankenhauses und der Reinigungsfirma, noch die der Reinigungskräfte

Trotz ihres großen Erfahrungswissens werden sie in die Organisation der Reinigung nicht einbezogen.

› selbst erfüllen. Unter der täglichen Hektik kann nicht nur die körperliche Kraft und Gesundheit der Reinigungskräfte leiden, sondern eben auch die mögliche Sorgfalt bei der Arbeit, die nicht nur verlangt wird, sondern letztlich auch zufrieden macht.

Neben solchen strukturellen Einflüssen tragen aber auch soziale Faktoren zu den schwierigen Arbeitsbedingungen bei. Das Gefühl, nicht als Teil des Ganzen anerkannt zu werden, im Alltag von statushöheren MitarbeiterInnen des Krankenhauses größtenteils ignoriert oder sogar schikaniert zu werden, ist immer wieder Thema. »Ich würde sagen, es ist auch gar keiner dabei, der meinen Namen kennt, obwohl ich da monatelang jeden Tag auftauche«, erzählt eine Reinigungskraft und stellt fest, dass das »die Arbeit auch sauer macht. Dieses Anonyme und wer da von der Reinigung ist, der ist irgendwie vom anderen Stern«.


Damit verwoben ist sicherlich die nach wie vor gängige soziale Abwertung der Reinigung als einer statusniederen Arbeit. Die Abwertung ist nicht nur an die Tätigkeit selbst gebunden – etwa

daran, dass es sich dabei um das Entfernen von Schmutz und eine körperlich anstrengende Tätigkeit handelt –, sondern steht auch in engem Zusammenhang mit sozialen Zuschreibungen an die Personen, die diese Arbeit ›normalerweise‹ ausführen. Reinigungsarbeit gilt in Deutschland immer noch meist als ›weibliche‹ Aufgabe und mittlerweile auch als eine, die eher von ›MigrantInnen‹ übernommen wird. Strukturelle Gründe für solche ›Normalitäten‹ wie Ungleichheiten in Bezug auf Geschlecht und Migration auf dem Arbeitsmarkt bleiben dabei meist unsichtbar – zum Beispiel, dass vielen Frauen, die nach Deutschland gezogen sind, kaum Beschäftigungsmöglichkeiten offen stehen oder dass Bildungsabschlüsse häufig nicht anerkannt werden. Vielmehr vermischen sich häufig soziale Abwertungen, die mit Geschlecht, einem


zugeschriebenen ›Migrationshintergrund‹ oder einer bestimmten (Bildungs-)Schicht verbunden sind, mit der Abwertung der Tätigkeit an sich.

Der Erfahrung der sozialen Abwertung stellen Reinigungskräfte jedoch auch immer wieder einzelne Personen und Begegnungen gegenüber, die sich positiv davon abheben: Pflegekräfte, die einen kleinen Raum zum Pausenraum für die Reinigungskraft der Station und ihre Kolleginnen umräumen, eine Sekretärin, die von ihrem Urlaub erzählt, oder ein Professor, der durch Aufmerksamkeit und Freundlichkeit auffällt. Solche Begegnungen werden strukturell jedoch eher erschwert als ermöglicht. Zu große Bereiche, die in zu kurzer Zeit bearbeitet werden müssen, und zuweilen ständig wechselnde Einsatzorte stehen einem kollegialen Miteinander


etwa zwischen Reinigungs- und Pflegekräften im Alltag im Weg. Absprachen lassen sich so schlechter treffen, Zuständigkeiten werden undurchsichtiger, die Motivation, im Alltag aufeinander zu achten und Bezug zu nehmen, wird beeinträchtigt.


Dabei wäre gerade das Krankenhaus ein Ort, an dem eine Zusammenarbeit zwischen Reinigungskräften und anderen, hierarchiehöheren Berufsgruppen durchaus vorstellbar ist. Im Gegensatz zu anderen Institutionen lassen sich aufgrund der großen Bedeutung von Hygiene und Sauberkeit hier zumindest Schnittstellen von Interessen und Aufgabengebieten der Reinigung und anderer Berufsgruppen finden. Das gemeinsame Ziel, Hygiene sicher zu stellen, könnte nicht zuletzt auch den abwertenden Zuschreibungen, mit denen Reinigungskräfte immer wieder konfrontiert sind, entgegenwirken. Arbeiten für Sauberkeit und Hygiene sollten in Krankenhäusern entsprechend ihrer Relevanz anerkannt werden – und das nicht nur in sozialer, zwischenmenschlicher Hinsicht, sondern auch durch entsprechende Vergütung und Arbeitsstrukturen. 

Arbeiten für Sauberkeit und Hygiene sollten entsprechend ihrer Relevanz anerkannt werden – auch durch entsprechende Vergütung.

viele Antibiotika immun sind. Die Ergebnisse sind nicht gerade beruhigend: So hat sich der Anteil der im Krankenhaus infizierten hkk-Versicherten im Untersuchungszeitraum von 3,1 auf 6,3 Prozent verdoppelt, betroffen waren 2011 insgesamt 619 hkk-Mitglieder (2007: 271). Jeder zweite Infizierte war zwischen 70 und 89 Jahre alt. Studienleiter Bernard Braun plädiert für eine »veränderte Hygienekultur«, ein Vorbild seien die Niederlande, wo es ein »Maßnahmenbündel« gebe – von der systematischen Präsenz infektionsmedizinischer ExpertInnen bis zur Vermeidung nicht notwendiger Antibiotika. 

Unterschiedliche Prioritäten

Was macht Klinikarbeitsgeber attraktiv? Diese Frage beschäftigt selbstverständlich auch MedizinerInnen. Der Deutsche Ärzte-Verlag und eine Consulting-Firma wollten es genauer wissen; sie befragten 86 leitende ÄrztInnen, 256 ärztliche MitarbeiterInnen und 231 Medizinstudierende. Ergebnisse wurden Mitte August im *Deutschen Ärzteblatt* (Heft 33-34) veröffentlicht. 

»Je nach Hierarchieebene setzen Ärztinnen und Ärzte andere Prioritäten«, steht über dem Bericht von Jens Flintrop. So »bewerteten Chefärzte die extern wahrgenommene Arbeitgeberattraktivität (etwa durch Bewerber) besser als die leitenden Oberärzte.« Befristete Arbeitsverträge zu verlängern, finden 76 % der Medizinstudierenden wichtig, aber nur 55 % der leitenden ÄrztInnen. Ganz oben auf der Attraktivitätsliste steht das »Teamklima«, das 95 % der Studierenden, aber nur 78 % der Führungskräfte nennen. Die Reputation einzelner Chefärzte ist für 67 % der leitenden MedizinerInnen attraktiv, aber nur für 25 % der ärztlichen MitarbeiterInnen. Aufgefallen ist dem *Ärzteblatt*-Autor Flintrop auch dies: »Die leitenden Ärzte sind davon überzeugt, dass das medizinische Leistungsspektrum eine große Sogwirkung für die Gewinnung ärztlicher Arbeitskräfte hat. Aber »nur« 66 % der ärztlichen Mitarbeiter und 58 % der Medizinstudierenden bewerten diesen Faktor als wichtig.« 

Multiresistente Erreger

Infektionen und mangelnde Hygiene in Kliniken sorgen gelegentlich für Schlagzeilen. Ob es sich um Einzelfälle oder ein verbreitetes Problem handelt, sollte das Bremer Institut für Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung (BIAG) im Auftrag der Krankenkasse hkk untersuchen. Es wertete Klinikabrechnungen zu allen hkk-Versicherten aus, bei denen in den Jahren 2007 bis 2011 eine Infektion mit multiresistenten Krankheitserregern (MRE) diagnostiziert worden war. MRE sind gefürchtet, weil sie gegen

Vorschau

Themen im Dezember 2013

- **Schwerpunkt**
Gesundheitsökonomie

- **Genforschung**
»Seltene Erkrankungen«
im Blickfeld
- **Transplantationsmedizin**
Bemühungen zur
»Qualitätssicherung«?

Veranstaltungstipps

Mo. 7. Oktober, 19.30 – 22 Uhr
Bochum (Kulturzentrum Bahnhof Langen-
dreer, Wallbaumweg 108)

- **Biopolitischer Stammtisch**
Diskussion

Gesprächsstoff für den nächsten biopolitischen Stammtisch von BioSkop gibt es reichlich, die Palette erörterungswürdiger Themen ist breit: Sie reicht von der Transplantationsmedizin (Organverteilung, Göttinger Prozess) über aktuelle Entwicklungen der Pränataldiagnostik und Zwangsbehandlung in Psychiatrien bis zum Positionspapier zur Bioethik, erstellt vom Inklusionsbeirat beim Behindertenbeauftragten der Bundesregierung. Alle Interessierten sind herzlich willkommen, Hintergrundinfos gibt es vorab bei BioSkop. *Kontakt: Erika Feyerabend, Telefon (0201) 5366706*

Mi. 9. Oktober, 18.30 – 20 Uhr
Norderstedt (DRK-Haus, Ochsenzoller Str. 124)

- **»Aktive Sterbehilfe« –
aktuelle Entwicklungen**
Vortrag mit Diskussion

Ärztliche Hilfe zur Selbsttötung von PatientInnen, vorausverfügter Abbruch von Therapien und Ernährung, aktive Euthanasie – das sind heikle Themen, die Erika Feyerabend in ihrem Vortrag ansprechen wird. Die BioSkoplerin wird auch Einblicke in neue rechtliche Entwicklungen geben – nicht nur in Deutschland, sondern auch in benachbarten Staaten wie Belgien, Frankreich und den Niederlanden. Veranstalterin ist die Regionalgruppe Norderstedt der Hospizvereinigung OMEGA.

Do. 24. Oktober, 12 – 18 Uhr
Freiburg (Uniklinikum, Hörsaal Kilianstraße)

- **Patienteninteressen in
Versorgung und Forschung**
Workshop

Auf Einladung des Freiburger Studienzentrums werden brisante Aspekte klinischer Forschung öffentlich diskutiert: »Der aufgeklärte Patient – Wunsch und Wirklichkeit«, »Patientenbeteiligung und Orientierung in klinischen Studien«, »Der gläserne Patient: Neue Möglichkeiten in der Forschung – Segen oder Fluch?« Es referieren diverse Fachleute, darunter Forscher, Mitglieder von Ethikkommissionen sowie Patientenvertreter. *Anmeldung beim Freiburger Studienzentrum, Telefon (0761) 270-73700*

Do. 31. Oktober, 19 – 22 Uhr
Dortmund (Literaturkaffeehaus Taranta Babu,
Humboldtstraße 44)

- **»Individualisierte Medizin« –
Netzwerke, Firmen, Interessen**
Vortrag mit Diskussion

Das Gen-ethische Netzwerk (GeN) hat eine spannende Broschüre zur »individualisierten Medizin« erstellt (*Siehe Seite 12*). Sie beleuchtet den Markt biomedizinischer Forschung und benennt Interessen von Institutionen, Firmen und Personen. Im Rahmen der Veranstaltung von GeN und Rosa-Luxemburg-Stiftung NRW stellt die Soziologin Uta Wagenmann die Publikation vor. Anschließend werden »Ansatzpunkte für Gegenbewegungen« gegen Individualisierung und Privatisierung der Gesundheitsversorgung diskutiert.

**Sa. 2. November, 9 Uhr – So. 3. November,
15.30 Uhr**

Berlin (Bildungs- und Begegnungszentrum
Clara Sahlberg, Koblanckstraße 10)

- **Grenzüberschreitungen – Frauen-
gesundheit in einer globalisierten Welt**
Tagung

Gesundheitsversorgung und soziale Absicherung von Frauen haben unterschiedliche national und kulturell geprägte Gesichter. Defizite und Handlungsräume beleuchtet die Jahrestagung des Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF). Vorträge und Workshops thematisieren u.a. Gewalt in Form von Frauenhandel und sexualisierter Übergriffe, die Globalisierung weiblicher Dienste wie Leihmutterchaft und Organhandel, die Gesundheitsindustrie, die mit erheblichen Nebenwirkungen weibliche Körper nach internationalen Schönheitsnormen uniformiert. *Anmeldung beim AKF, Telefon (030) 86393316*

Mi. 17. November, 18 – 21 Uhr
Wittenberg (Ev. Akademie, Schlossplatz 1d)

- **Vertrauensvolle Patienten oder
kritische Kunden?**
Vorträge

Das neue Patientenrechtegesetz soll die Position der Versicherten gegenüber MedizinerInnen und Krankenkassen stärken. Ob und inwieweit die Paragraphen dazu geeignet sind, stellt die Veranstaltung der ev. Akademie zur Diskussion. Sachkundige Infos sollen ein Mediziner und eine Vertreterin der Kontaktstelle der Selbsthilfegruppen einbringen. *Anmeldung unter Telefon (03491) 49 88-0*

Ja!

Ich abonniere **BIOSKOP** für zwölf Monate. Den Abo-Betrag in Höhe von 25 € für Einzelpersonen/50 € für Institutionen habe ich heute auf das BioSkop e.V.-Konto 555 988-439 bei der Postbank Essen (BLZ 360 100 43) überwiesen. Dafür erhalte ich vier **BIOSKOP**-Ausgaben. 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 Bezugszeitraums werden Sie mich daran erinnern, dass ich erneut mindestens 25 bzw. 50 € im Voraus überweisen muss, wenn ich **BIOSKOP** weiter beziehen will.

Ich bin daran interessiert, eine/n BioSkop-Referentin/en einzuladen zum Thema: Bitte rufen Sie mich mal an. Meine Telefonnummer:

Ich unterstütze BioSkop e.V. mit einer Spende von € (Konto siehe oben). Weil BioSkop e.V. vom Finanzamt Essen als gemeinnützig anerkannt worden ist, bekomme ich eine abzugsfähige Spendenquittung.

Telefon

E-Mail

Datum Unterschrift