

Palliative Care als Anliegen der Europäischen Politik

Wolfgang Wodarg

1. Die Entwicklung der Palliative Care Bewegung in der europäischen Politik

Der Europarat

Die politischen Vertreter der Mitgliedstaaten des Europarates haben für ihre 47 Länder im Jahre 2003 beschlossen, dafür zu sorgen, dass um jene Menschen, deren Leiden von der Medizin nicht mehr geheilt werden können, ein schützender, sorgender „Mantel“, ein „pallium“ gelegt werden soll, der diesen trotz Leiden und Belastungen eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben nach ihren Vorstellungen und Möglichkeiten und einen Tod in Würde ermögliche.

Das Engagement des Europarates für besonders schutzbedürftige Menschen entspricht seinem primären Auftrag als Hüterin der Menschenrechte in Europa. Die ersten Beschlüsse, die der Europarat explizit zu Palliative Care fasste, datieren auf das Jahr 1980, als das European Health Committee (CDSP) seinen Report über “Problems related to death: care for the dying” veröffentlichte.

Einen weiteren wichtigen Schritt zur qualifizierten politischen Befassung mit dem Thema Palliative Care in Europa machte die Parlamentarische Versammlung des Europarates, als sie die von der österreichischen ÖVP-Politikerin Edeltraud Gatterer vorgelegte „Recommendation 1418 (1999) on the protection of the human rights and dignity of the terminally-ill and the dying“ beschloss. Diese Empfehlung war wiederum für das European Health Committee der Anlass, eine Expertengruppe damit zu beauftragen, innerhalb von zwei Jahren eine programmatische Empfehlung des Ministerkomitees für die 47 Mitgliedstaaten des Europarats zu Palliative Care vorzubereiten.

Diese Empfehlung des Europarates trug dann den Titel: „Recommendation Rec (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care“¹. Sie war Ende 2004 bereits in 17 Sprachen überall in Europa erhältlich und war Ausdruck einer europaweiten Palliative Care (PC) Bewegung, die von der European Association for Palliative Care (EAPC), der International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC) und der Worldwide Palliative Care Alliance (WPCA) gemeinsam mit nationalen Fachgesellschaften in ganz Europa begleitet und verstärkt wurde.

Die Kampagne verfolgte das Ziel, „die Priorisierung der Versorgung von Schwerkranken und Sterbenden und die Implementierung der Palliativversorgung in ganz Europa zu verbessern und führte im Juni 2007 zu den „Budapest Commitments“, in denen sich die teilnehmenden Fachgesellschaften dazu verpflichteten, in den nächsten fünf Jahren bestimmte Ziele zu erreichen. Diese Selbstverpflichtungen, die angestrebten Ziele und die Methoden in der Umsetzung und Nachverfolgung dieser Ziele sollten jeweils auf den Internetseiten der EAPC veröffentlicht werden².

¹ Council of Europe: Recommendation Rec(2003)24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care, (2003) [http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec\(2003\)24_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec(2003)24_en.pdf).

² Radbruch L, Foley K, De Lima L, Prall D, Furst C J: The Budapest Commitments: setting the goals A joint initiative by the European Association for Palliative Care, the International Association for Hospice and Palliative Care and Help the Hospices. Palliat Med, 21 (2007) 269-271.

Parallel dazu kam es auch in vielen Mitgliedstaaten der Europarates zu Initiativen auf nationalem Niveau, die vielfach schon in konkrete Gesetzgebungen zur Sicherung von Ansprüchen Betroffener, zur Finanzierung von Palliative Care Leistungen und Palliative Care Versorgungsstrukturen und zu neuen Aus-, Fort- und Weiterbildungsschwerpunkten oder zur Erleichterung der Verordnung von starken Schmerzmitteln führten. Auch in der Schweiz und in Deutschland gab es Bestandsaufnahmen, zahlreiche Kongresse und neue politische Zielprojektionen sowie erste gesetzgeberische Initiativen.³

Weiteren Aufschwung bekam das Thema durch eine vom Schweizer Abgeordneten Dick Marti losgebrogene Europaratsdebatte um die Entkriminalisierung von Euthanasie in allen Mitgliedsländern mit dem „Segen“ des Europarates. Auch wenn Dick Marti's Resolution⁴ am Widerstand der Mehrheit der Abgeordneten in der Parlamentarischen Versammlung scheiterte, so hat die Entwicklung der Ideen von Palliative Care von der öffentlichen Debatte der Politiker Europa's über Themen des menschenwürdigen Umgangs am Lebensende profitiert.

Einen Schritt weiter in dieser Diskussion ging der Europarat, als er am 28. Januar 2009 die Resolution 1649 (2009) annahm, in welcher der Berichterstatter den ganzheitlichen Ansatz von Palliative Care herausgestellt hatte und diesen als „Modell für innovative Gesundheits- und Sozialpolitik“ vorschlug.⁵ Von den Perspektiven dieses Vorschlags und ihren Konsequenzen wird noch die Rede sein.

Die Europäische Union

In der Europäischen Union entdeckte man das neue gesundheitspolitische Thema etwas später. Die Mehrheit der nationalen Regierungen und Parlamente pochte auf das Subsidiaritätsprinzip der EU und wollte sich in gesundheitspolitische Fragen nicht hineinreden lassen. Das gesundheitspolitische Engagement der EU war anfangs nur durch einige Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofes geweckt, welcher zum Beispiel im Jahre 2001 in einem seiner Urteile Arbeitszeit und Bereitschaftsdienst im Krankenhaus für die EU-Mitgliedsländer gleichsetzte.⁶

Andere Beispiele sind etwa Projekte zur Regulierung der Arzneimittelversorgung von Kindern⁷ oder die Nutzung von gesundheitlichen Versorgungsangeboten in anderen EU-Staaten basierend auf dem Prinzip der Dienstleistungsfreiheit. Als weiteres Beispiel für die damals gesteigerte gesundheitspolitische Aktivität der EU lässt sich das Projekt EURO-MED-STAT anführen, welches die Möglichkeiten eines Vergleichs der Arzneimittelmärkte in den Mitgliedsstaaten der EU verbessern sollte.⁸

Besondere Bedeutung hat jedoch die sogenannte „Offene Methode der Koordinierung“ (OMK), wenn man der Frage nachgeht, wie die EU trotz des

3 Gute Übersichten in: Nationale Strategie Palliative Care 2010-2012, www.bag.admin.ch/palliativecare
Deutsche Ges. für Palliativmedizin, Deutscher Hospiz- und Palliativverband, Bundesärztekammer: Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland (2010), www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/tl-files/documente/charta-08-09-2010.html,

4 Parlamentarische Versammlung des Europarates, Report des Social, Health and Family Affairs Committee: Euthanasia, Doc. 9898 vom 10. September 2003, Rapporteur: Mr Dick Marty, Switzerland, LDR

5 Parlamentarische Versammlung des Europarates: Resolution 1649 (2009) Palliative care: a model for innovative health and social policies; Report of the Social, Health and Family Affairs Committee, Rapporteur: Mr Wolfgang Wodarg, Germany, SOC

6 Urteil des Europäischen Gerichtshofes vom 9. September 2003 zu „Schutz der Sicherheit und der Gesundheit der Arbeitnehmer - Richtlinie 93/104/EG - Begriffe .Arbeitszeit und .Ruhezeit - Bereitschaftsdienst eines Arztes in einem Krankenhaus“

7 Proposal for a Regulation of the Council and of the Parliament on Medicinal Products for Paediatric Use <http://pharmacos.eudra.org/F2/Paediatrics/index.htm>

8 EURO-MED-STAT, <http://www.euromedstat.cnr.it/default.asp>

Subsidiaritätsgebotes versucht, sich mehr und mehr Einfluss auf eine „europäische Gesundheitspolitik“ zu sichern.

Die Einführung der OMK wurde im Rahmen des Europäischen Rates von Lissabon vom 23. bis 24. März 2000 beschlossen.⁹ Globalziel der Lissabonner Strategie war: „das Ziel, die Union zum wettbewerbsfähigsten und dynamischsten wissensbasierten Wirtschaftsraum in der Welt zu machen - einem Wirtschaftsraum, der fähig ist, ein dauerhaftes Wirtschaftswachstum mit mehr und besseren Arbeitsplätzen und einem größeren sozialen Zusammenhalt zu erzielen“. Um dieses Ziel zu erreichen, beschlossen die Staatschefs, auch in denjenigen Politikfeldern, welche in nationaler Regelungskompetenz liegen, erfolgreicher zusammenzuarbeiten. Eines der zentralen Instrumente, um dieses Ziel zu verwirklichen, sollte die OMK werden.

Um eine Vergleichbarkeit der nationalen Versorgungssysteme und deren Leistungsindikatoren herzustellen, sollten Indikatoren und Benchmarks entwickelt werden. Auf diesen Indikatoren aufbauend sollten sodann auf europäischer Ebene die Fortschritte der nationalen Systeme herausgearbeitet werden, um hieraus Schlussfolgerungen über besonders erfolgversprechende Problemlösungsansätze ziehen zu können („best practice“). So sollte erreicht werden, dass politische Alternativen der Regulierung der Sozialsysteme von der EU klar herausgestellt werden können, um hierauf aufbauend politische Lernprozesse zu fördern.

Im März 2003 schlug dann die Europäische Kommission vor, die bestehenden Prozesse im Bereich des Sozialschutzes in der EU in einer einzigen OMK zusammenzuführen. Der Europäische Rat vom 20. bis 21. März 2003¹⁰ beauftragte daraufhin die Europäische Kommission, „...über die Ratsamkeit der Vereinfachung und Straffung der verschiedenen Arbeitsstränge im Sozialschutzbereich im Sinne eines kohärenten Rahmens innerhalb der offenen Koordinierungsmethode Bericht zu erstatten. Dabei sollte geklärt werden, wie diese Ziele sich bis 2006 erreichen lassen und wie zugleich die Subsidiarität und die nationalen Zuständigkeiten in Bezug auf Organisation und Finanzierung des Sozialschutzes uneingeschränkt gewahrt werden können.“

Die Europäische Kommission reagierte auf diese Aufgabenstellung mit der Mitteilung zur „Stärkung der sozialen Dimension der Lissabonner Strategie: Straffung der offenen Koordinierung im Bereich Sozialschutz“.

Bis 2006 wurde daraufhin ein gemeinsamer Zielkatalog für die Bereiche „soziale Eingliederung“, „Renten“ und „Gesundheitswesen / Langzeitpflege“ erarbeitet werden. Von der „Langzeitpflege“ zu Palliative Care war es dann kein großer Schritt mehr.

Diesmal ergriff das **Europäische Parlament** die Initiative und ließ sich 2008 von einem unter der Leitung von Prof. Martin Moreno aus Valencia arbeitenden Expertenteam über den Stand der Palliative Care Entwicklung in den EU-Mitgliedstaaten berichten.¹¹ Dieser Bericht geht auf die strukturellen, organisatorischen und finanziellen Bedingungen der Umsetzung der Palliative Care Idee ein, ist aber bei der Bewertung auf die abgefragten Zuordnungen und Systematiken der Mitgliedsländer (Gesundheitsbehörden und

9 Schlussfolgerungen des Vorsitzes, Europäischer Rat (Lissabon) 23. und 24. März 2000
http://ue.eu.int/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/de/ec/00100-r1.d0.htm

10 Schlussfolgerungen des Vorsitzes, Europäischer Rat (Brüssel) 20. bis 21. März 2003
http://ue.eu.int/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/de/ec/75146.pdf

11 Martin Moreno JM, Harris M, Gorgojo L, D Clark, C N, Centeno C: Palliative care in the European Union (2008), <http://www.europarl.europa.eu/activities/committees/studies/download.do?file=21188>.

Regierungen) sowie auf zusätzliche Angaben der nationalen Palliative Care Aktivisten und der europaweit um Übersicht bemühten Palliative Care Verbände angewiesen.

Der Moreno-Bericht unterscheidet für die Bewertung der 27 Mitgliedstaaten auch - zugegebener Weise - mangels anderer befriedigenderer oder international anerkannter Alternativen anhand folgender Dimensionen:

1. general status, 2. availability, 3. human resources, training, and research,
4. emotional support, 5. legal provisions, 6. financial models.

Die Benotung erfolgte zu 75% nach dem Umfang der Palliative Care zugeordneten Ressourcen und zu 25% nach der „Vitalität“ der PC-Bewegung im bewerteten Mitgliedsland.

Während das Mutterland der Palliative Care Bewegung, das Vereinigte Königreich England trotz einer wenig nachhaltigen Finanzierung auf Platz 1 landet, wird das sonst als Musterland der Betreuung Alter und Pflegebedürftiger dastehende Dänemark wegen einer dort nur sehr inhomogen und nicht expliziten Ausrichtung auf die Inhalte von Palliative Care lediglich auf Rang 13 verwiesen. Irland, Schweden, Niederlande liegen in der Bewertung auch ganz vorn, während Polen - als einziger östlicher Musterstaat - vor Frankreich, Spanien, Deutschland, Belgien, Luxemburg, Österreich, Italien, Dänemark, und Finnland rangiert.

Die Europäische Union unterstützt die Entwicklung von Palliative Care Strukturen in ihren Mitgliedsländern und –Kandidaten durch Fördergelder, Initiativen zur Verbesserung der Langzeitpflege und Maßnahmen im Rahmen der OMK.¹² Auch die letzten Forschungsrahmenprogramme der EU förderten aufschlussreiche Analysen des europäischen Flickenteppichs öffentlicher Gesundheitssysteme¹³. EU-Kommission und EU Parlament tun das, obwohl die Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung entsprechend dem in der EU-Verfassung verankerten Subsidiaritätsprinzip bei den jeweiligen Mitgliedsstaaten liegt. Die EU-Kommission hat allerdings auch sonst immer wieder versucht, die wirtschaftlichen Aspekte der gesundheitlichen Versorgungssysteme in den Vordergrund zu stellen und sich auf diese Weise einen wichtigen Einfluss auf diesem auch ökonomisch sehr bedeutsamen politischen Feld zu sichern.

Sie benutzt hierzu ihre vielfältigen Instrumente: Richtlinien, Verordnungen, Forschungsprojekte oder andere Initiativen, wie die zur Förderung der Freizügigkeit von Firmen und Arbeitnehmern, zum Dienstleistungsmarkt, zur Vereinheitlichung der Beruflichen Aus- und Weiterbildung, zum Markt mit Arzneimitteln und Medizingeräten, zum Verbraucherschutz oder zum internationalen Gesundheitsschutz.

Auch das wachsende Engagement der EU im Bereich der Telemedizin und der Gesundheitssystemforschung ist bemerkenswert. Die EU ködert die Forschung in diesen zukünftigen gesundheitsstrategischen Schlüsselbereichen mit üppig ausgestatteten Programmen und Gemeinschaftsprojekten und schafft so nach und nach in den traditionellen Feldern von staatlicher Verantwortung für Gesundheit und von sozialen

12 Schlussfolgerungen des Vorsitzes, Europäischer Rat (Lissabon) 23. und 24. März 2000, http://ue.eu.int/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/de/ec/00100-r1.d0.htm

13 HSR-Europe. Health Services Research into European Policy and Practice. Final report of the HSREPP project. Utrecht: NIVEL, 2011

Strukturen öffentlich organisierter Solidarität neue Begrifflichkeiten und einen neue wissenschaftliche Realität.

Durch Begriffsbildung und Fragestellungen werden auch in traditionell und kulturell gewachsenen Solidarsystemen auf subtile Weise Elemente einer europäischen Gesundheitswirtschaft eingeführt, die sehr schnell und besonders leicht in den neuen Mitgliedsländern ihre Eigendynamik entwickeln. Auch in Deutschland spricht man inzwischen in Praxis und Klinik nicht mehr von Patientinnen und Patienten sondern von Kundinnen und Kunden; Ärzte werden zu medizinischen Dienstleistern, Krankenhäuser zu Health Profit Centres und Solidarkassen zu Krankenversicherungsunternehmen im Wettbewerb denen das Kartellrecht inzwischen näher ist als ein gemeinsames Bemühen um effiziente und bedarfsgerechte flächendeckende Versorgung.¹⁴

Die Schwächen der Erhebung des Europäischen Parlamentes (Moreno Report)

Beim Lesen des Moreno-Berichtes wird im Übrigen deutlich, dass die Sicht der Autoren sehr stark auf das sich entwickelnde und inhaltlich funktionsbezogen qualifizierte neue Dienstleistungsangebot von Palliative Care fokussiert ist. Auf gesundheitshistorische oder kulturelle Zusammenhänge von Pflege- und Sorgestrukturen wird kaum Bezug genommen.

Die Moreno Studie ist EU-typisch einseitig, auf die Verfügbarkeit (availability) von spezifizierten Dienstleistungen und Arzneimitteln (Schmerzmedikamente) sowie auf die Bereitschaft (vitality), sich für die Verbreitung dieser Produkte und Leistungen in Zukunft vermehrt einzusetzen begrenzt. Die Erhebung vernachlässigt, beziehungsweise verkennt weitgehend die soziologischen, psychologischen und kulturellen Dimensionen gesellschaftlicher Hilfesysteme.

Die Grad der technisch-biologistisch dominierten medizinischen Modernisierung (Hochglanzmedizin¹⁵), die lange das Engagement der Verantwortlichen in großen Teilen Europas in eine völlig andere Entwicklung gelenkt hatte, wird auch im Moreno Bericht nicht in einen Zusammenhang mit der gemessenen Varianz der „Vitalität“ von Palliative Care Bewegungen in einzelnen Mitgliedsländern gebracht.

Die Apparate-und-Pillen-Medizin dominiert auch heute noch die Entwicklung vieler europäischer Gesundheitssysteme. Sie tut dieses aber in regional durchaus unterschiedlicher Intensität. Diese erste ökonomisch-technisch motivierte Welle internationaler gesundheitlicher Entwicklung hat die Dominanz apparativer Diagnostik, das Vorherrschen eines biologistischen Körperverständnisses und den mächtigen, die gesamte medizinische Forschung steuernden und prägenden Einfluss der Arzneimittel- und Apparate-Industrie hervorgebracht.

Palliative Care – eine Tugend, die aus der Not geboren wurde

14 Konsequenterweise beschließt der Deutsche Bundestag derzeit, die bisherige Verantwortung gesetzlicher Körperschaften der gesundheitlichen Selbstverwaltung (Kassen, Kammern und Kassenärztliche Vereinigungen) für den Patientenschutz zu relativieren und Teile davon als „Verbraucherschutz“ im Bürgerlichen Gesetzbuch zu kodifizieren.

15 Im folgenden Text sei diese bildliche Kurzbezeichnung das oben Beschriebene erlaubt, da es vielen Profis, Politiker und Patienten in den letzten 60 Jahren so blendend den Blick auf ganzheitliche menschliche Bedürfnisse verstellt hat.

Erst das Ende der 60er Jahre beginnende öffentliche Unbehagen an der Unmenschlichkeit dieser sektoral gegliederten, den Menschen buchstäblich atomisierenden Medizin bereitete in Europa den Boden für den Erfolg von Cecily Saunders Idee einer neuen, ganzheitlichen Haltung gegenüber jenen, die mit der Hochglanzmedizin am wenigsten anfangen konnten, den unheilbar Kranken.

Auch Politiker in solchen Ländern, die dieses Unbehagen besonders zu spüren bekamen, machten sich Cecily Saunders neue Denkweise zu Eigen. Palliative Care - als Gegenbewegung kam dort am besten in Schwung, wo Fehlentwicklungen einer „unmenschlichen“ Medizin besonders deutlich empfunden worden waren. In Deutschland, Frankreich, Österreich, Belgien und später Italien und Spanien wurde holistisches Denken in der Heilkunde modern und fand sein Modell für Sterbenskranke in der britischen Palliative Care Bewegung.

In Ländern mit einem stark dezentralisierten staatlichen Gesundheitswesen, welches professionell unterstützte Hilfsstrukturen in Nachbarschaften und Kommunen schon immer entwickelt und gefördert hatte, blieb die menschliche Seite von Krankheit und Leid gegenwärtiger als in zentralistisch gegliederten oder stark ökonomisch deregulierten staatlichen Gemeinschaften.

In Großbritannien gab es in den 80er und 90er Jahren eine besondere Lage. Unter Premierministerin Margaret Thatcher wurde das Leitmotiv der Politik „Der Staat ist nicht Teil der Lösung des Problems – der Staat ist das Problem“. Das bedeutete auch für das Gesundheitswesen: Deregulierung, Privatisierung und die Reduzierung staatlicher Leistungen. Die Deregulierung des vorher starken National Health Service und die damit einhergehenden Qualitätseinbußen der stationären Versorgung in Großbritannien bei weiterhin traditionell engräumiger öffentlicher Verantwortung für Gesundheit mag ein besonders fruchtbarer Nährboden für die britische Vorreiterrolle einer auf Hospizvereine, verbleibende primärmedizinische Strukturen und Home Care aufbauenden Palliative Care Bewegung im ganzen Lande gewesen sein. Palliative Home Care und Hospize waren angesichts der sehr reduzierten stationären Versorgungsqualität am Ende des 20. Jahrhunderts in England eine Tugend, die auch aus der Not Geburtshilfe erhalten hatte.

Skandinavische Variationen

Auf den ersten Blick erscheint es erstaunlich, dass Dänemark im Moreno-Report nicht sehr gut abschneidet. Während in Schweden viele Pflege- und Sorgebedürftige in gemeindenahen betreuten Einrichtungen und dort meist in Einbettzimmern untergebracht sind, die offiziell als Einrichtungen gezählt werden, wohnt man in Dänemark „zu Hause“ in seiner von der Kommune hergerichteten Wohnung, die aber durch kommunale Pflege und Sorge-Dienste ähnlich gut und interdisziplinär integriert betreut werden wie in den beiden anderen skandinavischen Ländern.

Der jetzt für die Aktion „Daheim statt Heim“ engagierte Soziologe und ehemalige Pionier der Ambulantisierung der Psychiatrie Prof. Klaus Dörner berichtete von seinen Besuchen aus Dänemark folgendes: *„Dänemark ist bezüglich der Integration der Alterspflegebedürftigen weiter als Schweden, weiter als alle in Europa. Aber alle Dänen, die man fragt: Wie seid Ihr dazu gekommen? sagen: es wurde landesweit erst einmal ein befristeter Heimbaustopp erlassen, um eine Notlage zu schaffen und die Profis zu zwingen,*

sich selbst zu reflektieren.“¹⁶

Die kleinräumig sich organisierende soziale Kontrolle in Dänemark, Schweden oder Finnland erscheint manchem mitteleuropäischen Großstädter wahrscheinlich beängstigend. Sie ist aber gleichzeitig eine soziale Garantie für einen menschenwürdigen Umgang mit hilfebedürftigen Gemeindemitgliedern. Wer hier seinen Nächsten schlecht behandelt, läuft Gefahr sozial geächtet zu werden. Das Dänemark ein so uneinheitlicheres Bild im Moreno-Report lieferte und die Befragten die Palliativ Care Idee in ihrer sehr ganzheitlichen und qualitativ hochwertigen wohnortnahen Betreuung vor Ort zum Teil nicht in den Vordergrund gestellt haben, sagt nur wenig über das aus, was an Leistungen und Empathie den Sterbenskranken und chronisch Kranken in Dänemark geboten wird.

Auch in anderen Ländern, wie zum Beispiel in den Niederlanden und in Irland sorgt kulturell etablierte und politisch genutzte soziale Nähe häufiger für eine bessere Betreuung und eine bedarfsgerechte Begleitung Leidender als in Ländern mit großräumigen und administrativ geregelten Qualitätssicherungssystemen.

Interessant wäre es, z.B. eine kontrollierte vergleichende Studie über die Verwendung von Magensonden zur Ernährung hochgradig Pflegebedürftiger in skandinavischen, in deutschen oder weiteren Care-Systemen durchzuführen, da die „einfache Lösung“, die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr durch eine Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) in Bezug auf die Personalausstattung und die Einstufung des Grades der Hilfebedürftigkeit ökonomischen Überlegungen Vorschub leistet.¹⁷ Die Häufigkeit der Anwendung einer PEG könnte bei vergleichbaren Patientengruppen sehr wohl ein interessanter Parameter für die Qualität der Zuwendung sein, die eine Gesellschaft jenen bietet, die am meisten auf fremde Hilfe und auf Beistand angewiesen sind.

Vertrauen als Grundlage der Entlastung chronisch Kranker und Sterbender

Vertrauen in ein soziales Hilfesystem entsteht durch Transparenz und die ist in dezentralen, kleinräumigeren Einheiten erheblich leichter herzustellen als in größeren und zentralistischen Systemen. Letztere benötigen organisatorische Untergliederungen und administrativ aufwendige oder gar „outgesourcte“ Kontrollmechanismen um trotz Komplexität den Eindruck von Transparenz zu vermitteln.

Noch schwieriger wird es, einem primär aus wirtschaftlichen Motiven errichteten System zu vertrauen. Sind doch im Wirtschaftsalltag oft gut gehütete Geschäftsgeheimnisse eine wesentliche Basis ökonomischen Erfolg und dienen zumindest kurz- und mittelfristig mehr einem guten Geschäftsergebnis als die Herstellung von Transparenz der unternehmensinternen Handlungs- und

¹⁶ Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner beim fraktionsoffenen Abend „Daheim statt Heim“ der SPD-Bundestagsfraktion am 14.11.2007

¹⁷ Entsprechend entmutigend ist es für Pflegekräfte, wenn sie durch Zeitdruck gezwungen werden, menschenunwürdig zu pflegen. Durchschnittlich werden jährlich 120.000 Magensonden „gelegt“. Diese Praxis ist inzwischen zu einem bedeutenden Wirtschaftsfaktor avanciert, sie ist ein Milliardengeschäft geworden. (...) Ich spreche nicht von Magensonden, die medizinisch notwendig sind, sondern von den circa 50 bis 60 Prozent der Sonden, die inzwischen in den Krankenhäusern „auf Druck vieler Pflegeheime“ eingesetzt werden. (...) wenn bekannt ist, dass es „Probleme beim Essen gibt“. (...) für Zahn- und Gebisspflege hat das Personal oft keine Zeit. So erklärte ein Zahnarzt vor kurzem bei einer Veranstaltung, dass circa 81 Prozent der Bewohner in Münchner Pflegeheimen seit vielen Jahren keinen Zahnarzt mehr gesehen hätten. Und so werden Zahnschmerzen und ein nicht passendes Gebiss zum Grund für die Indikation einer Magensonde. (...) aus: Claus Füssek: In: „Selbstbestimmung am Lebensende“, öffentliche Tagung des Nationalen Ethikrates, Münster, 24. November 2004, S. 195-205

Entscheidungsabläufe.

Ein gegen Gebühr erstandenes Zeugnis eines Qualitäts-Zertifizierungsunternehmens in der boomenden Pflegewirtschaft Deutschlands sagt deshalb noch längst nichts über einen menschenwürdigen Umgang mit Pflege- und Sorgebedürftigen aus. Verstöße gegen die in den Prospekten von Heimen und privaten Pflegediensten regelmäßig gerühmte Menschlichkeit sind leider in vielen Einrichtungen an der Tagesordnung.

Da in Deutschland seit 1994 mit Einführung einer Pflegeversicherung die Kommunen weitgehend aus der Verantwortung für Alte und Pflegebedürftige entlassen wurden, haben privatwirtschaftlich geführte Pflegeunternehmen inzwischen diese Angebotslücke intensiv und weitgehend flächendeckend gefüllt. Es entstand in Deutschland ein rasch expandierender Pflegemarkt.

In meiner Heimatgemeinde entschied sich zum Beispiel ein tüchtiger Autowerkstattbetreiber in dieses lukrativere Geschäft einzusteigen und statt in ein neues Zentrum für Kraftfahrzeuge lieber in ein Zentrum für Altenpflege zu investieren. Das ging dann auch solange gut bis größere Unternehmen anfangen den „Markt“ zu bereinigen. Krankenhausträger – allen voran die kirchlichen – ließen es sich nicht nehmen, ihre Marktposition auszunutzen und ambulant wie stationär integrierte regionale Monopole aufzubauen.

Leider blieb es nicht wie früher, als die Verantwortlichen in politische Gemeinden und Kirchengemeinden noch namhaft und für Feedback erreichbar waren. Die sogenannten frei-gemeinnützigen Dienstleistungsunternehmen traten in direkte Konkurrenz mit ökonomisch sehr aggressiv handelnden Gesundheitskonzernen und –Aktiengesellschaften und ließen sich auf die Gesetze des Marktes ein, deren primäres Ziel eben nicht die Einhaltung der zehn Gebote ist. Der Auto-Pflege-Unternehmer pflegt jetzt lieber wieder Autos.

Ehemalige Ostblock-Staaten

Nach dem Zusammenbruch der eisernen Mauer herrschte in den meisten ehemaligen Ostblockstaaten ein starker medizintechnischer Nachholbedarf und von Palliativmedizin wurde mehr in internationalen Gremien mitgeredet als national umgesetzt¹⁸.

Die frisch gebackenen neuen Politiker orientierten sich im Reden wie im Handeln an dem was vom Westen kam und neu war. Aber die Missionare der Palliative Care Bewegung waren damals nicht die ersten Lobbyisten in Sachen Aufbau eines neuen, „freien“ Gesundheitswesens. Da kamen erst einmal viele andere. Die Vertreter der Hochglanzmedizin, die hier neue Absatzmärkte witterten und genau wussten, wie man am besten an die Wiederaufbau- und Fördertöpfe der Europäischen Union herankam, hatten längst ihre Netze etabliert und die Investitionen in ihre großen Taschen gelenkt.

Das gute Abschneiden Polens als einzigem ehemaligen Ostblockstaat beim EU-Ländervergleich mag mit der sozial bindenden Kraft der Kirche in Polen und mit einem durch den langjährigen Widerstand gegen die Regierenden gewachsenen sozialen Selbstbewusstsein der Bevölkerung zu tun haben. Ob, wie und für wen die im Moreno-Report so gelobten Palliativ-Care Ressourcen in Polen Nutzen bringen, muss allerdings

¹⁸ Besonders auffällige Diskrepanzen zwischen den eingesetzten Ressourcen und der Vitalität der PC-Bewegung fanden sich in der Studie des EU-Parlamentes (Moreno) bei Rumänien und in Deutschland.

weiteren Untersuchungen vorbehalten bleiben.

Lehren aus der europäischen Vielfalt

Die historisch und kulturell sehr inhomogenen Sorge-Systeme Europas wurden also – zusammenfassend - von der vor allem ökonomisch geprägten Internationalisierung der Gesundheitsindustrie sehr unterschiedlich beeinflusst. Entsprechend unterschiedlich stellen sich für die jeweiligen europäischen Länder mit dem Auftreten der Palliative Care Bewegung auch die gesundheitspolitischen Herausforderungen dar.

Eine Gesellschaft, deren Sorgestrukturen sich in ihrer üblichen alltäglichen Praxis nicht durch die Hochglanzmedizin haben verformen lassen, kann auch deren Gegenbewegung gelassener begegnen. Einer Gegenbewegung, die von der Idee einer holistischen, alle menschlichen Bedürfnisse in allen Abschnitten des Lebens umfassenden Versorgung Bedürftiger geleitet wird.

Es sieht so aus, als würde ein Staat sich klug verhalten, der auf der Grundlage der aufgeführten Erfahrungen nicht in Palliative Care Aktionismus verfällt sondern vielmehr versucht, eine Bestandsaufnahme seines gesamten Pflege- Sorge und Gesundheitssystems unter Berücksichtigung aller Bedürfnisse chronisch und sterbenskranker Menschen zu erarbeiten. Dazu gehört dann auch die Analyse der für diese Betroffenen zur Verfügung stehenden örtlichen, überörtlichen fachlichen und zivilgesellschaftlichen Hilfen.

Palliative Care ist ein neuer Name für eine alte gesellschaftliche Leistung, die vorübergehend in vielen modernen Gesellschaften aus der Mode gekommen war. Nachdem die rasche medizinisch-technologische Entwicklung besonders in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts überall in Europa zu einer Dominanz des medizinisch-biotechnischen Bildes von Krankheit geführt hatte, trat die gesellschaftliche Aufgabe sozialen, fürsorgerischen und pflegerischen Engagements für Leidende immer mehr in den Schatten solcher Hochglanz-Medizin.

Lediglich in sehr dezentral geordneten Gesundheitssystemen blieb die persönliche Verantwortung gesellschaftlicher Repräsentanten und Akteure neben dem Einfluss moderner Medizintechnologie weiterhin prägend. Auch dort, wo aus welchen Gründen auch immer¹⁹, der technische Fortschritt nicht so schnell Einzug halten konnte, blieb die Sorge füreinander, das Kümmern umeinander die transparente Basis der gesundheitlichen Versorgung.

Besonders deutlich wurden mir die historisch-kulturell und ökonomisch-strukturell bedingte Variabilität der Ausprägungen und Erscheinungsformen von Sorge- und Pflege mit Namen Palliative Care in der Schweiz, wo ich trotz einer vorbildlichen zentralstaatlichen Initiative für Palliative Care den Eindruck gewann, dass die Angebote für Betroffene so vielfältig und unterschiedlich sind wie die Kantone, in denen sie sich entwickelt haben.

Weshalb die Palliative Care Idee viel mehr ist als sie selbst anfangs glaubte

¹⁹ Manchmal waren es die weiten Entfernungen zu großen Zentren, manchmal öffentliche Armut, manchmal starke Sozialgemeinden mit politischer Tradition oder unter kirchlichem Einfluss.

Erst Ende der sechziger Jahre begann mit Cecily Saunders in Großbritannien die Gegenbewegung zur technisch, biologistisch und ökonomisch ausgerichteten Medizin unserer Zeit. Es kam zu einer (Rück-)Besinnung auf die seelischen Bedürfnisse und die Würde gerade jener Kranken, bei denen auch die moderne Medizin keine Heilung bieten konnte. Das Problem der chronisch Kranken und Langzeitleidenden wuchs besonders in den reicheren Ländern rasch an. Es wurde durch eine erfolgreiche Akutmedizin, durch neue Technologien, Medikamente und Verfahren ja geradezu erst geschaffen.

War nach dem 2. Weltkrieg die Lebenserwartung von Kranken mit Diabetes Typ 1, mit Nierenversagen, Tuberkulose, schweren Herzrhythmusstörungen und vielen anderen angeborenen oder erworbenen Leiden erheblich verringert, so überleben sie heute viele Jahre. Eine gesetzliche Krankenkasse in Deutschland hat anhand der ihr vorliegenden Daten festgestellt, dass 20% der Versicherten 92% ihrer Ausgaben verursachen.²⁰

Die häufigsten Diagnosen unter diesen 20% der „Hochnutzer“ waren:
 Kreislaufsystem - inklusive cerebrovaskuläre Erkrankungen: 12,5 %,
 Muskel-Skelett-System: 14,6 %,
 Neubildungen: 6,2 %,
 Psychische Störungen: 5,6 %,
 Verdauungssystem: 10,2 %,
 Atmungssystem: 9,0 %,
 Verletzungen/Vergiftungen: 9,8 %.

Viele dieser Patienten haben keine Aussicht auf Heilung sondern benötigen lebenslange medizinische, pflegerische und rehabilitativer Betreuung. Die weitaus überwiegende Zahl der Patientinnen und Patienten in den Wartezimmern der Hausärzte ist also chronisch krank und kommt gar nicht mehr mit der Hoffnung auf Heilung zum Arzt sondern mit dem Wunsch nach Linderung, nach Maßnahmen und Hilfen, die eine menschenwürdige Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erleichtern.

Die Wünsche und Ansprüche chronisch Kranker sind sehr häufig deckungsgleich mit dem Spektrum der Angebote von Palliative Care. Selbst die offene Auseinandersetzung mit körperlichem Abbau und Sterben ist für die meisten chronisch Kranken hilfreich und leichter, als das jahrelange gesellschaftskonforme Verdrängen dieses unausweichlichen Prozesses.

Wenn der Europarat also jetzt die „palliative“ Versorgung auch vieler chronisch Kranker in den gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Fokus rückt²¹, so hat das erhebliche Auswirkungen auf die Bewertung unserer gesundheitlichen Versorgungssysteme. Die Fokussierung von Palliative Care auf die Nähe des Sterbens - zum Beispiel durch Teile der Hospiz-Bewegung- wird angesichts von Millionen „Überlebenden“, mit jahrelangen schweren Schmerzen, Ängsten, sozialer Isolation, Fehlfunktionen, äußerlicher Stigmata und erheblichen krankheitsbedingten Belastungen im täglichen Leben fragwürdig.

²⁰ GEK-Gesundheitsreport 2003, Ergebnisse der Auswertungen zum Schwerpunktthema „Charakterisierung von Hochnutzern im Gesundheitssystem.“

²¹ Parlamentarische Versammlung des Europarates: Resolution 1649 (2009) Palliative care: a model for innovative health and social policies; Report of the Social, Health and Family Affairs Committee (s.o.)

Europarat und Europäische Union: Gesundheitssysteme²² unter ökonomischem Druck

Interessant wird in diesem Zusammenhang, wie die politische Setzung von gesundheitlichen Themen - das Agenda-Setting – in europäischen Organisationen vor sich geht und wer sich entsprechend welcher Interessen daran beteiligt. Weiterhin sollen hier die beiden Kristallisationskerne europäischer Politik, der Europarat und die Europäische Union als deutlich unterscheidbare Pole gegenübergestellt werden.

Die unterschiedlich starken internationalen Kopplungskräfte und Einflussmöglichkeiten der gesellschaftlichen Subsysteme „Wirtschaft“ und „Gesundheit“ werden besonders in ihrer ungleich starken prägenden Wirkung auf europäische Politiken deutlich.

Das in der gesamten EU wirksame gesellschaftliche Medium²³ Geld entfaltet aufgrund seiner hohen Akzeptanz seinen Einfluss auf die politischen Systeme der Mitgliedstaaten sehr dominant und führt zu einer starken internationalen Kopplung, ja Verschmelzung einzelner Marktfelder, die für das die EU-Politik prägende Wirtschaftssystem wachstumsträchtig erscheinen.

Die historisch nachvollziehbare Dominanz eines europäischen Wirtschaftsraumes spiegelt sich auch in der Arbeitsteilung der beiden größten politischen europäischen Organisationen wieder:

1. dem über 60 Jahre alten Europarat und
2. die erst später sich ausformende und ständig wachsende Europäische Union.

Der **Europarat**, als Hüter der kulturellen europäischen Werte, der Vielfalt, der Menschenrechte und der Demokratie, der für 47 Staaten mit seinem Menschenrechtsgerichtshof, dem Menschenrechtskommissar, der Parlamentarischen Versammlung und zahlreichen Themenforen in Strasbourg arbeitet. Er bearbeitet eine große Themenvielfalt und verfügt trotzdem nur über einen Bruchteil des Budgets der Europäischen Union.

Als Menschenrechtsorganisation wacht allerdings der Europarat zuständigkeitshalber darüber, ob die 47 Mitgliedsländer für alle etwa 800 Millionen Einwohner des großen Europas den Schutz der Menschenwürde und die in der Menschenrechtscharta, der Sozialcharta und in den unterzeichneten Konventionen verbindlich und einklagbar fixierten Rechte sicherstellen. Er hat viel damit zu tun, gesellschaftliche Fehlentwicklungen aufzudecken und Sachverhalte zu benennen und zu bekämpfen, die eine Gefahr für Menschenrechte und Demokratie in Europa darstellen.

Gewalt, Korruption, Ausbeutung, Fehlinformation, Intransparenz öffentlichen Handelns, Dominanz, Unterdrückung und andere Formen von Gefährdung oder Verletzung von Menschenrechten sind in Europa an der Tagesordnung und werden nach Kräften angeprangert. Auch der Menschenrechtskommissar und besonders der Europäische Menschenrechtsgerichtshof verstärken die Arbeit von Parlamentarischer Versammlung und Ministerkomitee.

²² Methodisch sei hier auf die Systemtheorie von Niklas Luhmann verwiesen, z.B.: **Luhmann, Niklas** (1997): *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Frankfurt/Main: Suhrkamp

²³ **Luhmann, Niklas** (2002): *Die Politik der Gesellschaft*. Frankfurt/Main: Suhrkamp, S. 18ff

Die Delegationen der nationalen Abgeordneten aus Regierungs- und Oppositionsparteien der Parlamente der Mitgliedsstaaten sorgen außerdem dafür, dass vom Europarat aufgezeigte Missstände auch im betroffenen Land auf nationaler Ebene thematisiert und –wenn möglich – abgestellt werden.

Die spannende und historisch interessante Diskussion um Euthanasie in einigen Mitgliedsländern hat –wie oben gezeigt - auch im Europarat heftige Wellen geschlagen. Sie war allzeit eng verknüpft mit dem Thema einer menschenwürdigen gesellschaftlichen Unterstützung schwer chronisch Kranker und dem Schutz Sterbender.²⁴

Der Schutz bei Krankheit und Ausgeliefertsein, am Lebensanfang und am Lebensende ist wichtiges Thema der Bioethik-Convention, mit welcher der Europarat einer wirtschaftlichen oder wissenschaftlichen Verwertung menschlichen Lebens entgegentritt und den Schutz der Menschenwürde angesichts fortschreitender biotechnologischer und medizinischer Möglichkeiten konkretisiert.

Die EU mit Sitz in Brüssel und Strasbourg und Niederlassungen und Agenturen in den meisten Mitgliedstaaten sowie im außereuropäischen Ausland ist verglichen mit dem Europarat sehr viel mächtiger und bewegt gewaltige finanzielle Ressourcen, um mit ihren Organisationen für ihre nur 27 Mitgliedstaaten vor allem ein gemeinsames ökonomisches und finanzielles Wachstum zu sichern. Wie oben schon dargestellt ist Gesundheit laut den EU-Verträgen Sache der Mitgliedsländer und unterliegt dem Subsidiaritätsprinzip.

Paradigmenwechsel: Von Public Health zur Gesundheitswirtschaft?

Auch wenn die schützenden Auswirkungen der wichtigen politischen Normensetzungen des Europarates vielerorts in Europa spürbar sind, wirken die Kräfte des auf Gewinn und Wachstum ausgerichteten EU-Wirtschaftsraumes sehr viel unmittelbarer, entsprechen dem globalen Wettbewerb um Märkte und Ressourcen und prägen die wissenschaftliche Forschung sowie die beruflichen Perspektiven auch der im Gesundheitswesen Tätigen direkter als die des Europarates.

In der europäischen Gesundheitswirtschaft herrscht Aufbruchstimmung: *„Die Beraterszene verspricht sich von der Gesetzlichen Krankenversicherung als einem der letzten zu deregulierenden Märkte ein fettes Umsatzvolumen.“*²⁵ Oder: *„Die Finanznot werde die Kommunen zwingen, die ins Stocken geratene, bei den Bürgern oft unpopuläre, Privatisierung von Krankenhäusern wieder aktiv zu betreiben, sagen Analysten. Analysten schätzen, dass auch die 32 Unikliniken in Deutschland defizitär sind.“*²⁶ Diese Zitate, aus Deutschland zeigen deutlich die Ökonomisierung des Gesundheitssystems. Wer also etwas über die Zukunft des Gesundheitswesens im Wirtschaftsraum Europa erfahren will ist gut beraten, wenn er auch die Nachrichtenorgane der Börsianer studiert.

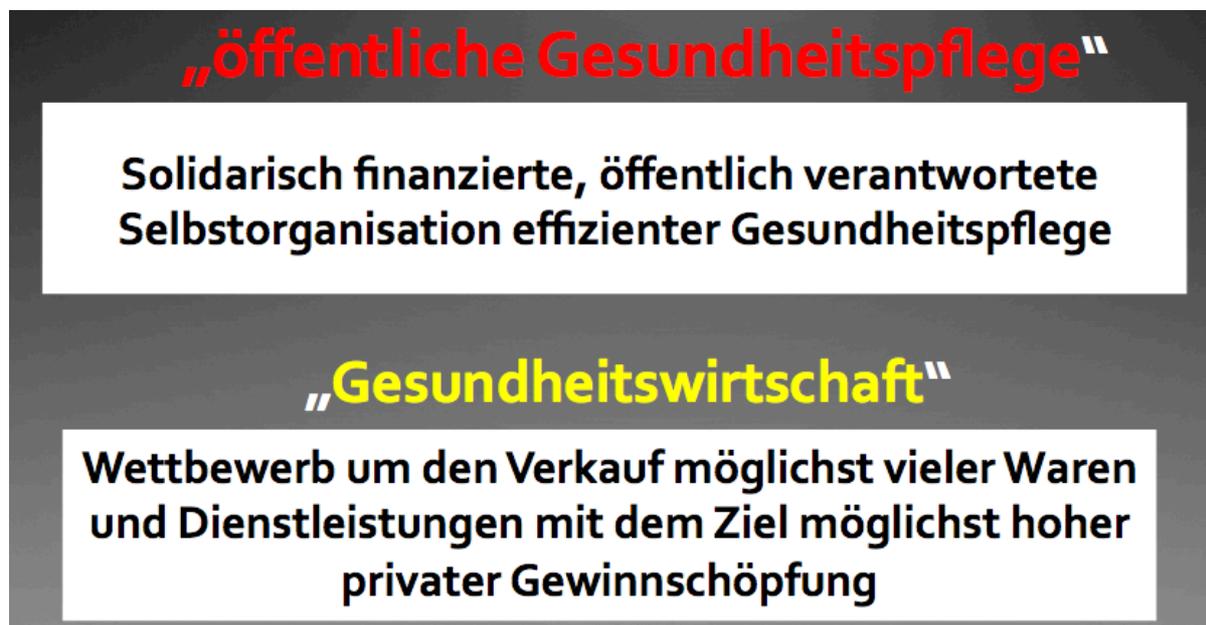
²⁴ Report des European Health Committee (1980), *Problems related to death: care for the dying*; Recommendation 1418 der PV (1999) *Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying*; (Recommendation (2003) 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care)

²⁵ KMA 2006, Heft 6

²⁶ DZ-Bank Analystin Christa Bähr in KMA 2009 Heft 5

Auch die Financial Times²⁷ spricht in diesem Zusammenhang vom „Paradies Europa“ und meint, die Alte Welt sei auf dem besten Weg, zum neuen Lieblingsmarkt der Pharmaindustrie zu werden. Die Konzerne hätten hier beispielsweise weniger Probleme mit der Zulassung als in den USA.

In vielen Regionen und Ländern Europas ist der prägende Einfluss des Wirtschaftssystems auf die gesundheitlichen Strukturen deutlich erkennbar. Von jenen Key Opinion Leaders (KOL) des Medizinbetriebes, deren persönliche Karriere durch lukrative Aufträge der Gesundheitsindustrie wesentlich beeinflusst wird, ist allerdings kein Zeichen zur Umkehr oder auch nur ein warnendes Signal zu erwarten. Der Widerspruch zwischen den Paradigmen des Wirtschaftssystems und jenen des öffentlichen Gesundheitssystems wird sehr oft geleugnet oder verdrängt. Er sei hier deshalb noch einmal hervorgehoben:



Wenn also ein Staat mit seinem öffentlich mühsam finanzierten Haushalt sich aufrafft und neue Versorgungsformen -wie die von Palliative Care - entwickelt, fördert oder verbreitet, so reagiert er meistens auf spürbare Versorgungsmängel und entsprechenden politischen, öffentlichen Druck. Er hat bei seinen Bemühungen meist stets knappe öffentliche Kassen oder die ohnehin schon hohen Beiträge und die Konkurrenz anderer öffentlicher Aufgabenfelder im Auge. Eine nicht korrupte Regierung ist deshalb systembedingt durchweg zur Effizienz gezwungen.

Ganz anders in der Gesundheitswirtschaft: Sie hat sich für ihre Anleger um hohe Gewinne zu bemühen. Das ist am leichtesten mit Marktmonopolen möglich, regional oder -besser- flächendeckend. Wenn dazu eine Abhängigkeit der Verbraucher von den verkauften Leistungen oder Produkten entsteht - wie zum Beispiel bei Nikotin, Alkohol, Drogen bzw. Medikamenten oder bestimmter Software, dann verspricht das eine hohe und besonders nachhaltige Rendite. Die Gier der Unternehmen ist einschlägig dokumentiert: *„In den USA werden zunehmend Pharmafirmen für Falschangaben zu Arzneimitteln (False Claims Act) oder für irreführende Kostenangaben gegenüber*

²⁷ <http://www.ftd.de/unternehmen/handel-dienstleister/gesundheitswirtschaft/:gesundheitswirtschaft-paradies-europa/231104.html> (aufgerufen 11.4.2012)

staatlichen Fürsorgeeinrichtungen bestraft. In den letzten fünf Jahren (2006 bis 2010) mussten Pharmafirmen insgesamt 14,8 Milliarden US-Dollar Strafe zahlen.“²⁸ liest man bei Transparency International.

In Deutschland -und wohl auch in ganz Europa –(Ergänzung durch den Autor) gebe es gegen keinen dieser Hersteller Strafverfahren, obwohl dieselben Marketingmethoden angewandt würden.

Kriminelles Marketing

Solche Methoden einer gewinnsüchtigen Gesundheitsindustrie sind inzwischen sprichwörtlich geworden: Gewinnoptimierendes Patent-Monopoly bei Arzneimitteln, Schaffung flächendeckender Abhängigkeiten im Krankenhausbereich mit konsekutiver Übernahme auch der ambulanten Patienten-Zulieferer („Portalpraxis“), sektorielle Integration der Leistungen von der Prävention bis zur Rehabilitation („alles aus einer Hand“), Konzentration auf lukrative Leistungsbereiche und Kunden (Rosinenpicken), Angstkampagnen und Erfindung neuer Krankheiten (Vogelgrippe) oder Lobby-Arbeit zur Absenkung der Normwerte (Cholesterin, Blutdruck) bis hin zur Neudefinition von Pandemien als Marketing-Trick. Aus der Sicht der Börsen-Beobachter und Anleger-Presse waren das alles sehr erfolgreiche Kampagnen, die Milliarden in die Kassen der Gesundheitsindustrie und der mit ihr spekulierenden Hedgefonds gespült hat. Viele Bücher zu diesen Themen geben hierüber alarmierende Beispiele. (Abb.2)



Aus der Sicht von Public Health stellt sich dieser Erfolg der Gesundheitsindustrie anders

²⁸ Schönhöfer, Peter; Justiz und Pharmaindustrie in den USA-Strafen für kriminelles Marketing und Schadensersatz für geschädigte Patienten gehen in die Milliarden; Transparency Int. Deutschland, Scheinwerfer 51, (2011) S.

dar: Unnötige Arzneimittelanwendungen mit zu erwartenden aber aus fehlendem Interesse nicht erfassten Nebenwirkungen. Ungeheure gesundheitlich ineffiziente Fehlallokation knapper öffentlicher Mittel und millionenfache Körperverletzung aus niedrigen Beweggründen.

Offen über Interessenkonflikte reden und transparente Lösungen finden

Es gibt also in Europa sehr starke Interessenkonflikte im Bereich Gesundheit. Über diese wird in Europa jedoch in Politik, Wissenschaft und im Gesundheitssystem selbst nicht offen, explizit und systematisch gesprochen.

Interessenkonflikte beruhen nach der Definition von Thompson und Emanuel²⁹ „auf unterschiedlichen Umständen, die das Risiko bergen, dass professionelles Urteilen und Handeln für ein primäres Interesse durch sekundäre Interessen unangemessen beeinflusst wird.“

Als primäre Interessen in den drei Ebenen³⁰ der Verantwortung für öffentliche Gesundheitssysteme kann man all jene Handlungsmotive benennen, die das Wohl von Patienten, eine valide Forschung und eine objektive Lehre zum Ziel haben.

Als sekundäre Interessen führen auf den Entscheidungsebenen jeweils unterschiedliche Motive zu Konflikten mit dem was als öffentliche Aufgabe oder Ressource anvertraut wurde. Zu nennen sind vor allem der Wunsch nach finanziellem Vorteil, Karriere, Anerkennung, nach besonderer Unterstützung der eigenen Institute und Mitarbeiter oder der gesundheitlichen Funktion fremde weitere Motive.

Wichtig ist es, erst einmal zu sehen und anzuerkennen, das diese Interessen existieren und dass sie oft auch berechtigt sind. Sie müssen deshalb unbedingt offen und ausdrücklich auf den Tisch. Sie bedürfen der expliziten Regelung, wenn nicht die gesamte Entwicklung der Medizin, der Sorge-Systeme schaden nehmen soll.

Vertrauen ist die Voraussetzung für gesellschaftlichen Nutzen von Hilfesystemen

Eine menschenwürdige Pflege und Sorge durch andere ist nur möglich, wenn ich den Helfenden zu Recht vertrauen kann. Die Achtung vor der Pflegekraft, vor den Ärztinnen und Ärzten und anderen helfenden Berufen basiert auf diesem begründeten Vertrauen.

Vertrauen ist aber etwas anderes als blindes Hoffen, dass es schon gut gehen wird.

Vertrauen entsteht durch Transparenz, durch eine jederzeit erreichbare und gerade deshalb nicht erforderliche, nicht belastende Möglichkeit der Vergewisserung.³¹

Vertrauen macht das Leben einfacher. So kann ich in einem skandinavischen Dorf mein Fahrrad unangeschlossen stehen lassen und brauche nicht wie in manchen Großstädten mit professionellen Diebesbanden zu rechnen, deren Geschäftsgrundlage die Hoffnung einiger Radbesitzer ist, es werde schon gut alles gehen.

Die soziale Übersichtlichkeit in manchen ländlichen Gegenden, in gewachsenen

²⁹ Emanuel EJ and Thompson DF (2008) The Concept of Conflicts of Interest, in The Oxford Textbook of Clinical Research Ethics, EJ Emanuel et al., Editors. 2008, Oxford University Press: Oxford. 758-766

³⁰ Die drei Allokationsebenen des deutschen Gesundheitswesens sind z.B.: a) die **Makro-Ebene** (definiert Ansprüche und Zuständigkeiten), b) die **Meso-Ebene** (verantwortlich für Versorgungsstrukturen, Selbstverwaltung und c) die **Mikro-Ebene** (Leistungserbringer-Patienten-Ebene)

³¹ Luhman, Niklas: Vertrauen - Ein Mechanismus der Reduktion sozialer Komplexität, UTB, Stuttgart; 4. Aufl. (2000)

Nachbarschaften oder neuerdings wieder in gut organisierten kommunalen Räumen³² ist eine wirksame Basis für effiziente Hilfesysteme, weil eines ihrer Strukturmerkmale eben jene Transparenz ist, die Vertrauen ohne großen Aufwand ermöglicht.

Vergleicht man komplexere und umfangreichere Systeme mit solchen Sozialraumstrukturen, kann man leicht erkennen, dass zahlreiche Regelungen, Spezialisierungen, administrative Abläufe und eigenes Personal und erhebliche zeitliche bzw. finanzielle Ressourcen für die Herstellung vertrauenswürdiger Hilfe-Organisationen erforderlich sind. Der „Mißtrauensaufwand“ führt zu neuen Tätigkeiten, bringt neue Jobs und erfordert neue Technologien. Er konsumiert allerdings dann auch einen erheblichen Anteil der für den Hilfe-Zweck aufgebrauchten öffentlichen Ressourcen.

Aus der Sicht der Wirtschaft ist das jedoch positiv zu bewerten: Neue Jobs, neue Geschäftsfelder, neue Absatz- und Gewinnchancen. Die Professionalisierung, die wirtschaftliche Erschließung neuer Dienstleistungsfelder, die wissenschaftliche Ausformung und Abschätzung neuer Hilfe-Technologien und –Strategien versprechen Wachstum und Beschäftigung....³³. Aber schaffen sie das, was eine menschenwürdige Begleitung chronisch Kranker und Sterbender ausmacht? Schaffen sie Entlastung und Vertrauen?

Wichtig wäre eine offene wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Voraussetzungen für vertrauenswürdige, effiziente Hilfe- und Unterstützungsstrukturen in Europa. Dabei müssten soziologische neben gesundheitlich-fachlichen, wirtschaftlichen, rechtlichen und wissenschaftstheoretischen Fragestellungen - alle durchaus mit selbstreflexivem Aspekt – diskutiert und herausgearbeitet werden und geklärt werden, welche Hilfestellungen und Rahmenbedingungen die politische Ebene einer Bevölkerung geben müsste, damit diese sich hilfreich, solidarisch, fachkundig und transparent selbst in effizienten Strukturen organisiert .

Ein vielfältiges Ausprobieren hat – wie oben geschildert - in Europa ja bereits begonnen und ist weiterhin von Nöten. Best-Practice-Systeme könnten gute Dienste leisten, wenn das was „Best-Practice“ ist, in einer breiten öffentlichen Debatte qualifiziert und der Streit darüber „am Kochen“ gehalten wird.

Durch seine Arbeit auf der Suche nach menschenwürdigem Leben, Kranksein und Sterben hat der Europarat zu diesem Themenfeld wichtige Vorarbeit geleistet. Die überall in Europa aufgegriffene Diskussion sollte wach und kritisch begleitet werden. Wir sollten uns den Schneid nicht von jenen abkaufen lassen, die in Brüssel, Berlin oder in Davos bei dem Wort Gesundheit zuerst an wachsende Absatzmärkte und prosperierende Wirtschaft denken – das entspricht nicht der Idee von Cecily Saunders.

Ob die Palliativ Care Bewegung in Europa eine bedarfsgerechte Hilfe für die Millionen der chronisch Kranken wird oder ob sie zu einem weiteren Geschäftsfeld des durch Interessenkonflikte und Misstrauen geprägten Gesundheitsmarktes verkommt, hängt im demokratischen Europa vom Engagement der Bevölkerung und dem ihrer politischen Vertreter ab. Und wer sich zu klug für die notwendige politische Einmischung wähnt,

³² siehe hierzu: Dörner, Klaus; Leben sterben, wo ich hingehöre - Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem, Paranus Verlag 2007

³³ Nicht umsonst wird auf politischer Ebene nicht nur in Deutschland sondern auch in anderen Staaten Europas immer weniger von Public Health oder öffentlicher Gesundheitspflege und immer mehr von Gesundheitswirtschaft, vom „Job-Motor“ oder vom „Wachstumsmarkt“ Gesundheit gesprochen

der muss sich –frei nach Aristoteles - nicht wundern, wenn er von Leuten regiert wird,
die dümmer sind als er.