



Alice Salomon Hochschule Berlin
University of Applied Sciences

„Alice Salomon“- Hochschule
für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin
Soziale Arbeit, Gesundheit, Erziehung und Bildung

Wissenschaftlicher Artikel

Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen

und ihre Besonderheiten in der
Corona-Pandemie

Johannes Böhmann, Ines Elisabeth Dervedde et al.

Erstveröffentlicht auf aliceOpen, dem Publikationsserver der Alice Salomon Hochschule Berlin im April 2021. Das Dokument ist abrufbar unter (URN):

<https://nbn-resolving.org/html/urn:nbn:de:kobv:b1533-opus-3748>

Zitiervorschlag

Böhmman, Johannes, Dervedde, Ines Elisabeth et al. (2021): Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen und ihre Besonderheiten in der Corona-Pandemie. URN:

<urn:nbn:de:kobv:b1533-opus-3748>

Vorliegende Veröffentlichung ist das Ergebnis eines Projekts an der Alice-Salomon-Hochschule in Berlin. Dozent*innen waren Prof. Dr. Ines Elisabeth Dervedde und bis zu seinem Ausscheiden Dr. Wolfgang Wodarg. Von ihm stammt die Projektidee und eine Einführung in das Thema. Zum WS 20/21 kam Dr. Johann Böhmman hinzu.



Dieses Werk steht unter der Lizenz [Creative Commons Namensnennung – Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International \(CC BY-SA 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/)

Fehlentwicklungen im Gesundheitswesen

und ihre Besonderheiten in der Corona-Pandemie

Das SARS-CoV-2 Virus beherrscht die Debatte in allen öffentlichen Medien. Andere Themen werden dadurch zurückgedrängt. Doch auch auf sie lohnt sich der Blick, denn in der „Corona-Zeit“ haben diese Fehlentwicklungen Auswirkungen, die die Krisensituationen verschärfen.

Fehlverhalten findet man in allen Sektoren des Gesundheitswesens (GKV-Spitzenverband 2018, S. 8). Gerade bei der Behandlung und Pflege von Patient*innen oder Bewohner*innen kann Fehlverhalten auftreten. Patient*innen oder sonst körperlich oder psychisch beeinträchtigte Personen oder pflegebedürftige Menschen erleben Gewalt in unterschiedlicher Form an ihrer Person – bis hin zu ihrem Tod (siehe dazu den Beitrag Niels Högel). Zudem gibt es Abrechnungsbetrug und Korruption im Gesundheitswesen, die oftmals hohe Schäden verursachen (Ikk Südwest 2020, o. S).

Das deutsche Gesundheitssystem ist im Vergleich zu anderen Ländern gut aufgestellt und lag 2020 auf Platz acht von 167 Ländern (Legatum Prosperity Index 2020, Legatum Institute). Allerdings gibt es auch in Deutschland Verbesserungsmöglichkeiten, die das Leben tausender Menschen positiv beeinflussen können. Die Autor*innen - in diesem Fall Studierende mit Berufserfahrung im Gesundheitswesen - haben aus eigener Erfahrung Problemfelder in den Blick genommen. Dabei beleuchteten sie Fehlentwicklungen, die bis zu Gewalterfahrungen für Patient*innen und pflegebedürftigen Personen führen können.

Es werden folgende Themen behandelt:

1. Die extremen Belastungen und unter Umständen auch tödlichen Folgen der Pandemie für Patient*innen mit Demenz sind das Thema für Andrea Buck und Christian Knipp.
2. Von Celina McLean, Maxine Pitz und Müge Simsek werde die lange bekannten und auch in der Fachöffentlichkeit wenig thematisierten Probleme rund um MRE (multi-resistente Erreger) und deren fatalen Auswirkungen für Leben und Gesundheit der Menschen thematisiert.
3. Die Chancen und Risiken der Digitalisierung im Gesundheitswesen, wie sie auch in der aktuellen Debatte um die Covid-App auftauchen, sind für Viktoria Voll und Jana Pötschke Anlass zur Diskussion um den Datenschutz.
4. Auf die Verurteilung des Medizintechnikkonzerns Fresenius Medical Care wegen Korruption wurden Jutidte Jamal, Luisa Görsch und Hannah Rabea Tillich aufmerksam.
5. Franziska Bennies und Maike Dorstewitz vergleichen die Problematik der vereinfachten Zulassung von Orphan Drugs mit der von Covid-19 Impfstoffen.
6. Der oft unentdeckte Missbrauch in der Vermögenssorge zeigt für Niklas Wiemer grundsätzliche Probleme im Umgang mit betreuten Menschen.

7. Das in Deutschland immer noch unpopuläre Thema Whistleblowing ist aus eigener Erfahrung und aktueller Debatte für Frances Wurzbacher und Sophie Köhler Anlass zur Sorge.

8. Katerina Kaeding beschreibt den Extremfall versagender Kommunikation und Kontrollen am Beispiel der vielfachen Morde durch Niels Högel.

1. Demenz und psychische Belastungen in Zeiten von COVID-19

Als Altenpfleger*in werden wir täglich mit den Problemen dementer Bewohner*innen in unserem Seniorenheim konfrontiert. Unserer Ansicht nach sind die Zustände dort wegen der Kontaktbeschränkungen katastrophal.

So geht uns der Fall einer 94-jährigen Bewohnerin nicht aus dem Kopf. Im Sommer hatte sie kaum kognitive Einschränkungen. Täglich rief sie: "Ich will raus, ich will raus, es ist mein letzter Sommer". Ihre Tochter lebte weit weg und konnte sie nur selten und unter Einhaltung von umfassenden Sicherheitsmaßnahmen besuchen. Sie konnten sich vom Balkon zuwinken oder hinter Plexiglas treffen. Weder Freunden noch freiwilligen Helfer*innen wurde Zutritt in die Pflegeeinrichtung gewährt. Veranstaltungen in der Pflegeeinrichtung fielen aus. So blieb sie fast den ganzen Tag allein. Auch externe Therapeut*innen konnten sie nicht behandeln. Sie sah die Sonne nur noch selten, wurde depressiv und starb teilnahmslos im Winter.

Um die Ausbreitung des Virus zu verhindern wurden erhebliche Schutz- und Sicherheitsmaßnahmen eingeführt. Bewohner*innen und Pflegekräfte trugen Masken, weshalb die Bewohner*innen Probleme hatten, uns zu erkennen und zu verstehen. Das führte zu Ängsten und Verhaltensauffälligkeiten (Erregung, Aggression, Rückzug, Depression, Abnahme kognitiver Fähigkeiten usw.). Denn Kommunikation ist ein menschliches Grundbedürfnis (Watzlawick 2011, S. 11). Die Kommunikation bei Demenzerkrankten ist häufig eine Herausforderung, da viele Betroffene im Verlauf der Krankheit die gesendeten „Daten“ nicht mehr oder nur teilweise entschlüsseln und erwidern können (Gatterer, Croy 2020, S. 305).

Zudem wurden die meist dementen Bewohner*innen in ihren Zimmern isoliert. Der erhöhte Bewegungsdrang ("Hinlaufftendenz", ein Symptom der Erkrankung) und die fehlende Fähigkeit Gefahren einzuschätzen trugen dazu bei, dass Bewohner*innen sich nicht an die getroffenen Vereinbarungen hielten. Sie verließen immer wieder ihre Zimmer. Letztendlich wurden die Zimmertüren verschlossen. Die Folge: Unruhezustände der Bewohner*innen (Hilfeschreie, Jammern und permanentes Klopfen gegen die Zimmerwände). Sie vereinsamten und verloren die Tagesstruktur. Hinzu kommt die generell hohe Arbeitsbelastung in der Pflege. Es kam zu einer totalen Überforderung und ethischen Konflikten des Pflegepersonals. Um die Lage in den Griff zu bekommen legitimierten Gerichtsbeschlüsse die Sedierung von Patient*innen in mehr als siebenzig Fällen.

Wie schnell die Demenz voranschreiten kann, haben wir auch in einem anderen Fall miterlebt. Eine an Demenz erkrankte Bewohnerin war noch eine lebensfrohe und aktive Frau. Der regelmäßige Kontakt zur Familie brach wegen der Pandemie abrupt ab. Innerhalb weniger Wochen beschleunigte sich die Abnahme der kognitiven und körperlichen Fähigkeiten bis hin zur palliativen Versorgung. Die Isolation und die Einsamkeit brachen der Bewohnerin den Lebenswillen und raubten ihr die letzte

Kraft. Die Angehörigen konnten keine Begleitung beim Sterbeprozess leisten. Sie verstarb einsam auf Station.

Wie konnte es dazu kommen? Das Einschließen in den Zimmern ist Freiheitsberaubung, ebenso das Sedieren. Es ist medikamentöser Freiheitsentzug. Das greift massiv in die Grundrechte der Betroffenen ein. Auch Kontaktbeschränkungen verletzen Grundrechte wie Freiheitsrechte und das allgemeine Persönlichkeitsrecht. Wieso müssen pflegebedürftige Menschen wegen Corona menschenunwürdig versterben? Ist die Sterbebegleitung des Individuums nicht genauso bedeutsam wie der Versuch, die Pandemie einzuschränken?

Das zentrale Anliegen der Nationalen Demenzstrategie besagt, dass die Teilhabe bei Menschen mit Demenz gefördert werden soll. Doch wie können diese Menschen unter den aktuellen Bedingungen der Pandemie versorgt werden? Im Kompetenzzentrum Demenz, einem Projekt der Alzheimergesellschaft e.V., werden folgende Lösungsvorschläge diskutiert:

1. Rituale beibehalten
2. Ressourcenorientiert arbeiten, d.h. die vorhandenen Fähigkeiten der Bewohner*innen fordern und fördern
3. Einhaltung von Schutz- und Hygienemaßnahmen
4. Kontakt zu den Angehörigen mithilfe von Telefon und Videochat
5. Teambesprechungen, Fallbesprechungen, Supervisionen bei Problemen, um Erfahrungen auszutauschen und Maßnahmen zu diskutieren
6. Verweigert der Demenzerkrankte z.B. das Tragen der Schutzmaske soll dies vorerst akzeptiert werden, um die kritische Situation zu deeskalieren

(Kompetenzzentrum Schleswig-Holstein 2020).

Doch wie soll das eingehalten werden? Aufgrund mangelnder Ressourcen im Bereich der Altenpflege sind die Lösungsvorschläge in der Pandemie nur bedingt erfüllbar. Hoffentlich wird es besser mit Einführung von Schnelltests.

Die Bewohner*innen leiden unter den Umständen und dem mangelnden körperlichen Kontakt. Menschliche Zuwendung kann nicht ersetzt werden. Digitalisierung hilft nur bedingt bei schwerer Demenz. Der Mensch ist ein soziales Wesen und ein wichtiges Element ist die Körperberührung. Fehlende Zuwendung, Nähe und Wärme bedeutet für den Menschen Stress. (Universitätsmedizin Leipzig 2020). Lieber ein Tod durch Corona oder ein Sterben in Einsamkeit? Wegen Corona wirken die Maßnahmen, die Leben erhalten sollen, paradox.

2. Multiresistente Erreger in Zeiten von Corona

Corona erfährt derzeit eine überdurchschnittlich hohe Medienpräsenz, sodass andere schwere Erkrankungen zunehmend in den Hintergrund treten, wie der Umgang mit multiresistenten Erregern (MRE). Die Entstehung und Verbreitung dieser Erreger ist zumeist auf den langjährigen unsachgemäß-

ßen Gebrauch von Antibiosen in der Humanmedizin und in der Landwirtschaft zurückzuführen (RKI, 2019, o.S.). Eine Therapie zum Bekämpfen der MRE-Besiedelung ist meist langwierig, kompliziert und gelegentlich erfolglos. Das Robert-Koch-Institut (RKI) berichtet, dass die Anzahl der Antibiotikaresistenzen weltweit kontinuierlich zunimmt und schätzt, dass von den jährlich 400.000 - 600.000 nosokomialen Infektionen in Deutschland ca. 54.500 Fälle auf eine Ansteckung mit MRE zurückzuführen sind (RKI, 2019, o.S.). Von der Gesamtheit aller nosokomialen Infektionen in Deutschland versterben jährlich schätzungsweise bis zu 20.000 Patient*innen - davon ca. 2.400 Menschen durch eine Infektion mit MRE (RKI, 2019, o.S.).

Wie auch das Corona-Virus, tragen viele Menschen multiresistente Erreger in sich, ohne jedoch offensichtlich daran zu erkranken. Sie übertragen die Erreger an andere Personen, sodass die Unterbrechung der Infektionskette mit den bisher in Deutschland implementierten Maßnahmen nahezu unmöglich ist (RKI, 2019, o.S.). Das Institut für Hygiene und Umweltmedizin der Charité zählt in einer Studie ca. acht Millionen Bundesbürger*innen, die Träger*innen von MRE sind – Tendenz steigend (Meyer, 2016, S. 53). Wie auch bei dem Corona-Virus sind ältere und immungeschwächte Patient*innen bei einer Infektion mit MRE besonders gefährdet. Als häufigste Komplikationen treten postoperative Wundinfektionen, Harnwegsinfektionen und Lungenentzündungen auf. In Bezug auf die Gefahr einer Lungenentzündung wird eine Parallelität zu SARS-CoV-2 deutlich (RKI, 2019, o.S.; RKI, 2020, o.S.).

Auch die Übertragungswege der Corona-Viren und die der MRE zeigen eine Similiarität. Beide Erregergruppen finden ihren Hauptübertragungsweg im unmittelbaren Kontakt von Mensch zu Mensch. Hierzu gehören die Möglichkeiten einer Tröpfcheninfektion und der direkte Hautkontakt, z.B. durch Händeschütteln. Weiterhin können die genannten Erreger über Gegenstände oder Lebensmittel weitergetragen werden, da sie oftmals mehrere Tage auf Oberflächen überleben können. Auch feuchte Räume, wie z.B. Gemeinschaftsduschen, können Übertragungsorte darstellen (BZgA, 2018, o.S.).

MRE und SARS-CoV-2 haben Ähnlichkeiten in ihrer Übertragung und Wirkung auf (immungeschwächte) Menschen. Allerdings ist der Umgang mit beiden Erregertypen sehr unterschiedlich. Auch wenn ca. acht Millionen Menschen MRE im Organismus oder auf der Hautoberfläche tragen, wird auf MRE nur in bestimmten Fällen getestet. Es gibt keine staatlichen Vorgaben zur Testung auf MRE bei Neuaufnahmen von Patient*innen. Getestet wird in Kliniken nur bei konkretem Verdacht. Bei positivem Testergebnis werden die Patient*innen isoliert, jedoch wird keine weitere Kontaktverfolgung wie beim Corona-Virus durchgeführt. Im Vergleich sind die Bestimmungen bei Corona sehr viel strenger. So werden alle Patient*innen vor einer stationären Aufnahme auf den SARS-CoV-2-Erreger getestet. Bei positivem Testergebnis folgen Quarantäne und Kontaktverfolgung (§ 30 IfSG).

Aktuell beschäftigen sich weltweit viele Menschen mit der Verhütung und Heilung des Corona-Virus. In Deutschland wurden dem Gesundheitssystem zusätzlich 58,5 Milliarden Euro (Stand Dezember 2020) zur Bekämpfung der Corona-Pandemie zur Verfügung gestellt (Bundesministerium der Finanzen, 2020, o.S.). Im Vergleich wurden bisher lediglich 405 Millionen Euro zur Eindämmung von MRE investiert (Bundesministerium für Gesundheit, 2015, o.S.; Richter-Kuhlmann, 2019, o.S.).

Zum Schutz unserer Mitmenschen müssten weitreichende Aufklärungskampagnen zum Thema MRE durchgeführt werden. Vor allem weil junge und gesunde Personen unbewusst Überträger*innen sein können ist es wichtig, diese Personengruppen aufzuklären, um immungeschwächte Menschen vor einer Infektion zu bewahren. Zudem ist das Risiko, sich in einem Krankenhaus mit MRE zu infizieren

besonders groß (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2019, o.S.). Notwendig sind hier insbesondere die Etablierung weiterer Hygienemaßnahmen und die Durchführung von Mitarbeiter*innenschulungen zur Prävention.

In diesem Zusammenhang lohnt ein Blick in andere Länder. Die Niederlande dienen als Best-Practice. Dort wird bereits seit den 80er Jahren eine intensive Prävention gegen MRE betrieben. Hierzu gehören bspw. die konsequente Isolierung von Risikopatient*innen und die Kontaktverfolgung infizierter Patient*innen auch außerhalb der stationären Einrichtungen (Ärztezeitung, 2011, o.S.). Risikopatient*innen - das sind Personen mit ausländischen Klinikaufenthalt und Schweinebauern - werden auf eine Besiedelung mit MRE getestet. Bis ein negatives Ergebnis vorliegt werden sie isoliert. Zudem wird hier eine regelmäßige Testung aller Klinikmitarbeiter*innen durchgeführt. Auch in der Vergabe von Antibiosen werden Landwirt*innen, Tierarzt*innen und Humanmediziner*innen kontrolliert. So wird einer weiteren Entstehung von MRE durch einen unsachgemäßen Gebrauch von Antibiosen vorgebeugt (Niederlandenet, 2015, o.S.).

Obwohl sich aktuell die vereinten Kräfte auf die Bekämpfung der Corona-Pandemie fokussieren, darf die Problematik der MRE im deutschen Gesundheitssystem nicht außer Acht gelassen werden. Es kommt auch bei diesem Erreger zu häufigen Ansteckungen und zu Todesfällen. Zur Vorbeugung wäre ein ähnliches Vorgehen wie in den Niederlanden zu empfehlen. Deutschland hat zum Schutz der Bevölkerung einen enormen Nachholbedarf.

3. E-Health - Digitalisierung im Gesundheitswesen

Während unserer Tätigkeiten in Arztpraxen waren wir täglich mit Unsicherheiten beim Thema Datenschutz konfrontiert und verspürten regelmäßig ein großes Desinteresse der Praxisinhaber*innen an dieser Thematik.

Bei allen Anwendungen besteht ein grundsätzliches Dilemma durch den Antagonismus der Patientendaten-Sicherheit und der Effektivität in der Leistungserbringung. Es werden zwei Beispiele für einerseits fehlende Datensicherheit und andererseits die wohl sichere aber ineffektive Corona-App und die technisch nicht zeitgemäße Nachverfolgung der Infizierten durch Gesundheitsämter gegenübergestellt.

Durch E-Health-Technologien können Herausforderungen in Gesundheitssystemen besser bewältigt und die medizinische Versorgung effizienter gestaltet werden. Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) verarbeiten und tauschen über sichere Datenverbindungen Patientinformationen aus und unterstützen somit Behandlungs- und Betreuungsprozesse von Patient*innen (BGM 2019, o. S).

Wichtige Bausteine für E-Health-Anwendungen sind die elektronische Gesundheitsakte (Patientenakte), klinische Informationssysteme (Dokumentation und Abrechnung von Behandlung und Pflege), Telematikinfrastruktur (Datenaustausch zwischen Akteuren) und die elektronische Gesundheitskarte. Datenschutz muss einen hohen Stellenwert haben. Rechtliche Bestimmungen sind unter anderem das Bundesdatenschutzgesetz, das E-Health-Gesetz und das Patientenrechtegesetz.

Probleme der Datensicherheit werden an zwei Beispielen aufgezeigt:

Das erste Beispiel betrifft Defizite der Telematikinfrastruktur (TI)[1]: Auf unzureichend geschützten Servern zur Speicherung von radiologischen Bilddatensätzen von Patient*innen, waren über einen langen Zeitraum unbemerkte grobe Fehler bei der Datensicherung aufgetreten und diese Patient*innendaten somit für jedermann einsehbar. Von 2300 untersuchten PACS Servern[2] waren 590 Archivsysteme ohne Schutz mit dem öffentlichen Internet gekoppelt (Urbanek, Gerlof, 2019, o. S). Dieser Vorfall zeigt, dass sowohl Praxen, Krankenhäuser und andere Gesundheitsdienstleister sowie Anbieter*innen von Softwaresystemen Sicherheitslücken haben können.

Das zweite Beispiel betrifft Finnland. Finnland gilt als innovativer Vorreiter der Digitalisierung (Schmitt – Sausen 2018, o. S). Schon vor Jahren wurde für die Bürger*innen ein virtuelles Krankenhaus und ein virtuelles Dorf geschaffen, wo Patient*innen über eine zentrale Website in die virtuelle Krankenhauswelt / Gesundheitsdorf gelangen und dort Informationen und Daten zur Gesundheitsversorgung erhalten. Für die Nutzung sind personalisierte Zugänge und eine Identifizierung notwendig. Des Weiteren nutzt Finnland im Vergleich zu Deutschland schon seit 20 Jahren die elektronische Patientenakte, die hierzulande erst im Januar 2021 eingeführt wurde (Schmitt – Sausen 2018, o. S). Doch auch bei der Nutzung der virtuellen Krankenhauswelt bzw. dem Gesundheitsdorf besteht die Gefahr von Datenlecks. Ein gravierender Vorfall ereignete sich im Oktober 2020: Ein Hacker hatte die Vastaamo-Datenbank (Datenbank der Krankenhausregion) entschlüsselt und circa vierzigtausend Krankenakten von Patient*innen eines großen Psychotherapiezentrum aus der Region Vastaamo gestohlen (Reinvere, Jüri, Frankfurter Allgemeine Zeitung, o. S).

Dagegen hat die Corona-Warn-App, die bislang 69 Mio. Euro verschlungen hat (Weidemann, 2020, o. S), eine geringe Effektivität. Diese wird vor allem auf hohe Datensicherheit zurückgeführt. Genauso wie bei der Rückverfolgung von Infizierten in Gesundheitsämtern werden weder Kontaktorte noch Kontaktdaten gespeichert. Es gibt keine Vernetzung mit Gesundheitsämtern und Laboren und es findet keine Auswertung für die wissenschaftliche Forschung statt. Durch dieses fehlende Wissen kann der Pandemie nicht effektiv begegnet werden. In demokratischen asiatischen Staaten funktioniert es besser.

In Deutschland fordert die medizinische Fachwelt hingegen dringend fortschrittlichere IT- Lösungen. Deutschland hat bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen erheblichen Nachholbedarf und nutzt viele Potenziale für Qualität und Effizienz zur Patient*innenversorgung nicht. In einem internationalen Vergleich der Bertelsmann Stiftung zu Digitalisierungsstrategien und -fortschritten liegt Deutschland von 17 Ländern nur auf Rang 16 (Maibach-Nagel 2018, o. S).

Resümee: E-Health Anwendungen und die Digitalisierung im Gesundheitswesen können zweifelslos zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung beitragen, müssen aber auch einen ausreichenden Datenschutz für sensible Patient*innendaten bieten. Hier zeigt sich das Dilemma sehr deutlich: Einerseits besteht ein sehr sorgloser Umgang vieler Bürger*innen mit ihren persönlichen Daten (wie bei Social Media) und andererseits gibt es hohe Hürden bei wichtigen medizinisch erwünschten und nötigen Anwendungen, um die Bürger*innen zu schützen. Deshalb hat Deutschland einen erheblichen Nachholbedarf von E-Health-Anwendungen, der in Zeiten der Corona-Pandemie besonders deutlich wird. Gerade in der aktuellen Situation der Pandemie sollten gemeinsame Anstrengungen unternommen werden, um Ängste, aber auch Widerstände abzubauen zu können. Aus dieser Erkenntnis heraus stellt das Bundesgesundheitsministeriums dem öffentlichen Gesundheitsdienst insgesamt vier Milliarden Euro für die Modernisierung und Digitalisierung zur Verfügung (BGM 2020). Diese Richtung stimmt.

[1] die TI ist die elektronische Speicherung, Verarbeitung und der Austausch von gesundheitsbezogenen Informationen. Sie vernetzt alle Akteure im Gesundheitswesen im Bereich der Gesetzlichen Krankenversicherungen und gewährleistet den sektoren-, systemübergreifenden und sicheren Austausch von Informationen (CompuGroup Medical Deutschland AG 2018, o. S).

[2] PACS= System zur Archivierung von radiologischen Daten

4. Das Geschäft mit der Dialyse am Beispiel Fresenius Medical Care

Während jahrelanger Pflgetätigkeiten auf diversen Intensivstationen ist den Autorinnen aufgefallen, dass es bei dialysepflichtigen Patienten*innen primär zum Einsatz der Hämodialyse (HD) kommt. Bei dieser Form werden mit Hilfe eines Dialysegeräts und einem großen Zugang (Shunt) drei Mal wöchentlich innerhalb von vier bis sechs Stunden Giftstoffe aus dem Blut gefiltert (DGfN 2016). Daneben gibt es aber auch die Bauchfelldialyse, Peritonealdialyse (PD) genannt, welche gleiche Erfolge erzielt. Jedoch wird diese bei nur ca. 6% der dialysepflichtigen Patienten*innen in Deutschland angewandt (DGfN 2016; KfH 2020; Bundesverband Niere E.V. 2020). Der Unterschied ist, dass das Bauchfell die komplette Filterfunktion übernimmt, indem alle vier Stunden eine Spüllösung im Bauch ausgetauscht wird. Patienten*innen können während der kontinuierlichen Dialyse ihren Alltag ohne große Einschränkungen weiterhin fast normal bestreiten (ebd.). Grund für den primären Einsatz von HD könnte die ökonomische Rentabilität für Dialysezentren und im Fall von Fresenius Medical Care (FMC) unternehmerischer Profit sein. Daher wird sich der Frage angenommen, inwiefern dieses Vorgehen moralisch und ethisch vertretbar ist? Vor allem wenn man beachtet, dass die PD hingegen zur HD die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit der Patienten*innen erhält und langfristig gesehen seltener zur sozialen Isolation führt. Folglich wirkt sich die PD positiv auf sozioökonomische Aspekte und die Lebensqualität aus (Hackenberg 2020, S. 39 ff.). Außerdem wird untersucht, in wieweit FMC direkt an der Korruption beteiligt war und was das Unternehmen als Folge des Strafverfahrens unternommen hat. Weiterhin wird beleuchtet, ob die Aufklärung über lediglich eine Therapieform schon zu einer Form von Gewalt gehört. Um die Praxisrelevanz sichtbar zu machen, wurden vier Interviews mit jeweils zwei Ärzt*innen und Pflegekräften durchgeführt und ausgewertet. Der Blick auf den internationalen Vergleich zeigt Folgendes:

Weltweit nimmt der Bedarf an Nierenersatztherapie zu (Hackenberg 2020, S. 41). Mit 80.000 - 90.000 dialysepflichtigen Patient*innen haben die chronischen Nierenerkrankungen und die Nierenersatztherapie in Deutschland eine enorme gesundheitspolitische Bedeutung (GBE-Bund 2017). Dass die PD ein weiteres wichtiges Nierenersatzverfahren darstellt, wird auch von Nephrolog*innen bestätigt. Trotz weniger Kontraindikationen kommt die PD nur selten zur Anwendung. Unabhängig von medizinischen Faktoren ist die mangelnde Ausbildungssituation der (künftigen) Nephrolog*innen dafür verantwortlich (Vychytil 2005, S. 1 ff.). Ein Vergleich zwischen HD- und PD-Patienten*innen hat gezeigt, dass PD-Patienten*innen zufriedener mit ihrer Therapie waren (DGfN 2017). Ein weiterer Grund für eine Unterrepräsentanz der PD in Deutschland „[...] sind Art und Ausmaß der Refundierung der Behandlungskosten sowie die Auslastung der HD-Zentren“ (Vychytil 2005, S. 2). Ein Problem ist die Kostenerstattung bei einer assistierten Peritonealdialyse (häusliche PD mit Unterstützung durch

eine Pflegefachkraft). Es gibt keine eindeutigen Regelungen zur Kostenübernahme durch die Krankenkassen (Alscher 2018, S. 319).

Weiterhin unterscheidet sich die Peritonealdialyse ökologisch von der Hämodialyse erheblich.

„Ich stand oft vor der Dialysemaschine und dachte mir, wie unfassbar viel Müll ich gerade produziere. Ein einziger Systemwechsel dauert sehr lange und füllt locker einen 60-Liter Müllsack. Neben Filter- und Schlauchwechsel muss ich auch regelmäßig Medikamente austauschen, z.B. Heparin, Citrat, Bicarbonat, Dialysatbeutel, Ablaufbeutel usw.“ (Persönlicher Erfahrungsbericht). In Zeiten von Covid-19 kommen zusätzliche Herausforderungen auf das Pflegepersonal zu. So muss vor jedem Betreten des Zimmers die Schutzkleidung angelegt und beim Verlassen des Zimmers abgelegt werden.

Nachfolgend wird der Korruptions-Fall Fresenius Medical Care (FMC) dargestellt: Der weltweite Anbieter von Produkten und Dienstleistungen für Menschen mit chronischen Nierenversagen muss sich dem Vorwurf des Betrugs stellen. Im März 2019 wurden die kriminellen Machenschaften von FMC mit dem US-amerikanischen Gerichtsurteil öffentlich. Demnach hat das Unternehmen im Zeitraum von 2009 bis 2016 Schmiergelder gezahlt und somit Praxen und Ärzt*innen bestochen (Gerichtsurteil USA SEC, 3-19126 2019, S. 2). Durch betrügerische Akquise von nephrologischen Stationen in Kliniken verschaffte FMC sich wirtschaftliche Vorteile in Millionenhöhe. Der Verstoß gegen das Wettbewerbsrecht erfolgte in siebzehn Ländern. Bereits im Jahr 2000 wurden Fälle von Korruptionen aufgedeckt und das Unternehmen mehrfach aufgefordert, die Taten zu beenden. Stattdessen vernichtete, fälschte und veränderte das Unternehmen zahlreiche Dokumente und Buchhaltungsunterlagen. Im Ergebnis kommen mit der Hämodialyse in Dialysezentren teurere Geräte zum Einsatz und müssen regelmäßig ersetzt werden. Durch den kontinuierlichen Materialverbrauch erzielt FMC hohe Profite (Gerichtsurteil USA SEC, 3-19126 2019, S. 2).

In den USA kam es zu einer gerichtlichen Einigung über eine Zahlung in Höhe von 147 Millionen US-Dollar (Gerichtsurteil USA SEC, 3-19126 2019, S. 16). Aktuell ermittelt die deutsche Justiz. Es gibt auch in Deutschland den Verdacht der Bestechung (Ärzteblatt 2019).

Aufgrund der aktuellen Covid-19 Pandemie wird es in naher Zukunft zusätzlich zu einem Anstieg von dialysepflichtigen Patient*innen kommen. Die Infektion kann nach einer Querschnittsumfrage bei bis zu 32% (VLKN 2020) der intensivpflichtigen Patient*innen zu einem Multiorganversagen und somit auch zu akutem Nierenversagen führen (Gäckler, Rohn, Witzke 2020, S. 1). Nach schriftlicher Anfrage beim RKI über die Anzahl der derzeit dialysierten Covid-19 Patienten*innen konnten keine aktuellen Fallzahlen aufgrund fehlender Datenerfassung genannt werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass unter medizinethischen Gesichtspunkten die Autonomie der Patient*innen hinsichtlich der Entscheidung für eine Dialyseform verletzt wurde. Andererseits betrifft die Korruption auch den wirtschaftsethischen Aspekt, da die Machenschaften den Wettbewerb verzerrt haben. Zudem könnte auch Pflegepersonal in Dialysezentren durch vermehrte PD entlastet werden.

Welche Konsequenzen können wir aus diesem Korruptionsfall ziehen? Bei Verdacht auf Betrug und Korruption muss konsequenter ermittelt werden, die Unternehmen benötigen Einrichtungen zur Selbstkontrolle und Anreize für best-practice-Modelle. Außerdem wäre es sinnvoll, zufällige Kontrollen durch unabhängige Gremien einzuführen.

5. Orphan Drugs

Mit dem Thema "Orphan Drugs" (Medikamente für seltene Krankheiten) kamen wir während der Betreuung eines Kindes mit einer solchen Erkrankung in Berührung. Aufgrund des speziellen Zulassungsverfahrens von Orphan Drugs wurde unser Interesse für das Thema geweckt. Dazu schauten wir uns die EU-Richtlinie für Orphan Drugs aus dem Jahr 2000 genauer an. Diese schafft nicht nur finanzielle Anreize für Pharmaunternehmen, sondern auch ein vereinfachtes und beschleunigtes Zulassungsverfahren. Es besteht die Vermutung, dass die Anreize missbräuchlich ausgenutzt werden.

Uns stellten sich daraufhin folgende Fragen: Welche Unterstützung erhalten Patient*innen mit seltenen Erkrankungen vom Gesundheitssystem? Ist das beschleunigte Zulassungsverfahren wirklich sicher und qualitativ? Könnte der finanzielle Anreiz für Pharmaunternehmen einen negativen Effekt für die Patient*innen in Bezug auf Qualität und Sicherheit haben? Aus diesen Fragen werden Assoziationen zum beschleunigten Zulassungsverfahren für COVID-19-Impfstoffe sichtbar.

Orphan Drugs sind Arzneimittel, die zur Behandlung von seltenen Krankheiten dienen. Eine Krankheit gilt als selten, wenn sie lebensbedrohlich oder schwerwiegend ist und keine ausreichenden Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Da häufig Gendefekte als Ursache von seltenen Erkrankungen gelten, sind meist Kinder und Neugeborene betroffen. Um den Orphan Drug-Status für ein Arzneimittel zu erreichen, dürfen nicht mehr als 5 von 10.000 Menschen in der europäischen Union von der Krankheit betroffen sein. Außerdem muss das Arzneimittel einen erheblichen Nutzen für die Betroffenen haben.

Die Entwicklung von Arzneimitteln für seltene Erkrankungen war für Pharmaunternehmen bis zum Jahr 2000 wegen kleiner Märkte und des geringen Gewinns bei hohen Investitionen wenig attraktiv. Mit der Verordnung (EG) Nr. 141/2000 über Arzneimittel für seltene Erkrankungen sollten diese wirtschaftlichen Nachteile ausgeglichen werden (H. Kautz 2019). Die Anreize sind heute eine 10-jährige Marktexklusivität des Arzneimittels für die Pharmaunternehmen, die Ermäßigung oder Befreiung von Gebühren beim Zulassungsverfahren und eine beschleunigte Bearbeitung des Zulassungsantrages (Grandt, Schubert, 2017, S. 233). Damit wird die Entwicklung von Orphan Drugs für große Pharmaunternehmen attraktiv. Vor Inkrafttreten der EU-Verordnung entwickelten nur kleinere pharmazeutische Unternehmen Orphan Drugs (Ludwig 2019, S. 402-403).

Bis 2024 werden Orphan Drugs voraussichtlich 242 Mrd. US Dollar, also ein Fünftel des weltweiten Umsatzes, für verschreibungspflichtige Medikamente ausmachen, Tendenz steigend (Pomeranz, 2019, S. 7). Durchschnittliche Kosten für Orphan Drugs sind 195 Mal höher als bei „normalen“ Medikamenten. Pharmaunternehmen rechtfertigen die hohen Preise, da sich die Forschung und Entwicklung sonst nicht lohnen würde (Schröder, Telschow, 2019). Dabei stellt sich uns jedoch die Frage: Warum können Pharmaunternehmen augenscheinlich auf der Basis von schwerkranken und leidenden Menschen mit seltenen Erkrankungen überdurchschnittlich viel Profit schlagen?

Fakt ist, dass Patient*innen mit seltenen Erkrankungen und deren Angehörige einer besonderen Herausforderung gegenüber stehen. Ausreichende Informationen über die Krankheit und gesicherte Diagnoseverfahren fehlen. Patient*innen müssen teilweise sehr lange auf eine Diagnose warten. Forschung im Bereich von seltenen Erkrankungen durchzuführen erweist sich auf Grund der Selten-

heit der Erkrankung und die damit einhergehende geringe Zahl an Patient*innen, als schwierig (Frank et al. 2009, S. IV-VI). Des Weiteren können sich nicht alle Betroffenen die teure Behandlung leisten; ganze Gesundheitssysteme, zum Beispiel ärmere Länder, können erheblich belastet werden. Daraus resultiert eine ungerechte medizinische Behandlung (Hasselmann 2016, S. 78).

Durch die medienpräzente Zulassung der Covid-19-Impfstoffe fiel uns der Zusammenhang zu dem beschleunigten Zulassungsverfahren von Orphan Drugs auf. In den letzten Monaten kam es auch dort zu einer Zulassung im Eilverfahren durch die Europäische Arzneimittelbehörde (EMA) (Tagesschau 2020). Normalerweise wird der Impfstoff erst an Menschen getestet, wenn dieser zuvor im Labor und anschließend an Tieren getestet wurde und umfangreiche Daten vorliegen (Tertilt, Quarks). Die Zulassung wäre auch nur dann möglich, wenn sich zeigt, dass dieser Impfstoff gut verträglich und wirksam gegen die Krankheit ist. Die Forschung und Entwicklung dauert bei Impfstoffen in der Regel 8 bis 17 Jahre und wurde in diesem Fall extrem verkürzt (Tertilt, M.; Schwenner, L.; 2020). Man fragt sich jedoch: Wie sicher ist eine solche Zulassung und der Corona-Impfstoff selbst, wenn diese im Eilverfahren durchgeführt wird?

Kritiker*innen bemängelten die Testung im Schnelldurchgang, da man noch gar nicht absehen kann, inwieweit und vor allem wie lange der Impfstoff wirksam sein wird (Braun, A. SWR). Ein Medikament muss gem. § 1 Arzneimittelgesetz wirksam und unbedenklich sein. Dieser Nachweis liegt über den COVID-19-Impfstoff nicht vor.

Ebenfalls wird den Arzneimittelhersteller*innen durch die Bundesregierung ein finanzieller Anreiz geschaffen, da ihnen bei erfolgreicher Entwicklung eines Impfstoffes ein Milliardengeschäft winkt. Das Pharmaunternehmen Pfizer wird 2021 voraussichtlich 19 Milliarden US-Dollar Umsatz allein mit dem Corona Impfstoff machen - bei einem Gesamtumsatz von 51 Milliarden US-Dollar im Jahr 2019 (Steinschade, 2020). Des Weiteren bleibt ihnen das lange Zulassungsverfahren und eine hohe Investition von Zeit -und Ressourcenaufwand erspart. Somit lässt sich eine Parallele zwischen dem beschleunigten Zulassungsverfahren von Orphan Drugs und des COVID-19-Impfstoffes feststellen. In beiden Beispielen existiert ein nicht einfach auflösbares Dilemma zwischen dem Schutz von Patient*innen und der notwendigen **Sicherheit** bei der Herstellung von Impfstoffen und Arzneimitteln, sowie den Profitvorstellungen von Pharmaunternehmen im privatwirtschaftlichen System.

6. Missbrauch in der Vermögenssorge

Während meiner Arbeit als Krankenpfleger habe ich gelegentlich mit rechtlich betreuten Patienten*innen zu tun.

Volljährige Menschen, die nicht selbst für sich entscheiden können, bekommen einen rechtlichen Betreuer, der ihnen Unterstützung und Hilfe bei rechtlichen Angelegenheiten gibt. Die rechtliche Betreuung umfasst zwei Bereiche: Zum einen die Personensorge, die sich mit allen persönlichen Angelegenheiten von Betreuten befasst, zum anderen die Vermögenssorge, die sich um die finanziellen Interessen des Betreuten kümmert (vgl. Reguvis).

Bei der Vermögenssorge werden teilweise hohe Summen von gerichtlich bestellten Betreuern verwaltet. Dies kann zu Missbrauch einladen. Zwar hat das Betreuungsgericht eine Kontrollfunktion, jedoch scheint diese ungenügend (Institut für Betreuungsrecht, 2019). Zudem sind die Schäden unter

Umständen sehr hoch. Der Missbrauch in der Vermögenssorge ist schwer aufzudecken, denn in der Regel arbeitet der Betreuer alleine und verwaltet alleine hohe Vermögenswerte. So wurde in einer Studie mit insgesamt 111 Geschädigten bei 10% der Personen ein Schaden von über 50.000 Euro nachgewiesen (Thomas, et al.). Bei eventuellen Unterschlagungen sind das Aufdeckungsrisiko und damit die strafrechtliche Verfolgung gering.

Am Beispiele des prominenten Betrugsopfers Rudi Aussauer wird das Problem aufgezeigt. Der bekannte Fussballmanager besaß 2010 noch ein Vermögen von rund 2,3 Millionen Euro. 2019 verstarb er beinahe vermögenslos. Seine Tochter war seine Betreuerin und pflegte ihn bis zu seinem Tod (Der Westen, 2012). Daneben hatte er zwei Generalbevollmächtigte, die ebenfalls über seine Konten verfügten.

Als das Betreuungsgericht von seiner Tochter und Betreuerin eine aktuelle Aufstellung des Vermögens verlangte, hielt sie das Gericht jahrelang hin. Kurz bevor die Amtsrichterin einen externen Betreuer für den demenzkranken Rudi Assauer vorschlug und einen persönlichen Besuch ankündigte, verstarb er.

Noch kurz vor seinem Tod wurden von seinen Konten 260.000 Euro in bar abgehoben. Weiterhin hatte seine Tochter während der Betreuung drei Immobilien verkauft. Der Verbleib der Erlöse ist weiterhin unklar. Auch ein Film über Rudi Assauer vor 25.000 zahlenden Zuschauern in der Schalcker Arena warf angeblich keinen Gewinn ab. Die Rudi-Assauer-Initiative „DEMENZ UND GESELLSCHAFT“ erhielt keine Erlöse (Fokus, 2020).

Wie kann Missbrauch in der Vermögenssorge erschwert werden? Zu Beginn einer Betreuung fertigt ein neu eingesetzter Betreuer entweder mit dem Betreuten zusammen oder sogar alleine eine Vermögensaufstellung an. Dabei sichtet er alle Unterlagen und Vermögensgegenstände der betreuten Personen und hält sie in einem Verzeichnis fest (Münch et. al § 1802 RZ 8). Schon hier wird für jeden ein großes Missbrauchspotenzial sichtbar. Es besteht die Gefahr der Falschangabe und Unterschlagung von Vermögenswerten. Es ist möglich, dass der Betreuer Vermögenswerte nicht in das Vermögensverzeichnis aufnimmt und Geld, Schmuck, Antiquitäten und ähnliche Vermögensgegenstände unterschlägt. Dabei ist das Vermögensverzeichnis die Grundlage für zukünftige Rechnungslegungen. Je nach Gesundheitszustand der betreuten Person und der Aufmerksamkeit seines Umfeldes kann der Betreuer diesen Missbrauch für lange Zeit durchführen, ohne entdeckt zu werden.

Im Fall von Rudi Aussauer konnte bis heute nicht geklärt werden, welche Person für welches Delikt strafrechtlich belangt wird. Der Fall Rudi Assauer ist bezeichneter Weise bis heute nicht aufgeklärt. Aufgrund des Prominentenstatus von Rudi Assauer erregte dieser Fall Aufmerksamkeit. Jedoch werden immer mehr Menschen betreut (Jahr 2019 = 1,3 Millionen Menschen) und es bestehen immer mehr Gelegenheiten für unehrliche Betreuer sich zu bereichern.

Hier sollte der Gesetzgeber Abhilfe schaffen:

1. Erhöhung der Ressourcen der Kontrollmechanismen. Mehr Rechtspfleger zur Kontrolle der Betreuer oder eine häufigere Prüfung der Zwischenbilanzen, evtl. durch Steuerfachangestellte und nicht nur vom überlasteten Gericht.
2. Verschärfung des Untreuetatbestandes, so wie höhere Geldstrafen.

3. „Vier-Augen-Prinzip“ bei der Erstellung des Vermögensverzeichnisses. Also das Hinzuziehen einer weiteren unabhängigen Person (Görger, Meier, Megler, Peikert, & Wegmann, 2019).
4. Häufigeres Hinzuziehen eines Kontrollbetreuer nach dem Zufallsprinzip. Bislang werden sie nur zur Kontrolle von Vollmachten eingesetzt. So könnten Betreuer sich gegenseitig kontrollieren.
5. Einrichtung / Förderung einer Interessenvertretung für betreute Menschen.

Unter den erschwerten Bedingungen im Rahmen der Kontaktbeschränkungen im Zuge der Pandemie und der Reduktion der Prüfungen (siehe Kapitel Demenz), dürfte sich das Problem weiterhin verschärfen (ähnlich BKK Dachverband 2020 für Kontrollen im Krankenhaus). Nicht nur bei prominenten Opfern kann erheblicher Schaden und Leid entstehen.

7. Whistleblowing

Nach unseren persönlichen Erfahrungen in den Berufen als Gesundheits- und Kranken- bzw. Kinderkrankenpflegerin führen Personal- und damit Zeitmangel zu unzureichender Versorgung für unsere Patient*innen. Die Missachtung und Ignoranz der Wünsche und Anliegen hilfsbedürftiger Patient*innen ist besonders gravierend. Zudem kommt es sogar zu Pflegefehlern. Fehlende Meldesysteme, eine mangelnde Fehlermeldekultur, keine Supervision und keine Whistleblowingkultur verschärfen das Problem. So wurden wir auf den Fall der Altenpflegerin Brigitte Heinisch aufmerksam, die in der Öffentlichkeit äußerte, dass sie ihre Patient*innen aufgrund der Arbeitsbedingungen gefährden würde.

Warum dauert es so lange, bis Mitarbeiter*innen eklatante Missstände aufdecken? Die gesellschaftliche Erwartung ist anders. Aber würde man selbst solche Missstände aufzudecken, wenn ihre Offenlegung mit zahlreichen Risiken und vielleicht sogar dem Arbeitsplatzverlust verbunden wäre (Groneberg 2011, S. 34 ff.)? Diese Diskussion spiegelt die mangelnde Akzeptanz von Whistleblowing wider.

Whistleblowing bezeichnet das Bekanntmachen von Missständen in Organisationen, insbesondere in Unternehmen. Es wird oft im Zusammenhang mit schwerwiegendem Fehlverhalten verwendet. Die Bezeichnung Whistleblowing stammt aus den USA und wird auf den Pfiff eines Schiedsrichters bei einem Foul oder den Alarmpfiff eines Polizisten zurückgeführt. Sehr selten wird der Begriff des bzw. der Hinweisgeber*in verwendet (Groneberg 2011, S. 34 f.). Whistleblowing kann in zwei unterschiedlichen Formen geschehen. Durch internes Whistleblowing, welches innerbetrieblich geäußert wird oder durch externes Whistleblowing wobei der Missstand außerhalb der betroffenen Organisation bekannt gemacht wird (Groneberg 2011, S. 36 f.).

Trotz Fortschritten in vielen Staaten wird Whistleblowing in Deutschland immer noch negativ assoziiert und mit Denunziation gleichgesetzt. Wenig Beachtung fand Whistleblowing bisher in Unternehmenspraxis und Medien (Groneberg 2011, S. 42). Im Gegensatz dazu hat Whistleblowing in England und in den USA einen positiven Stellenwert.

Vor allem in den USA, dem Ursprungsland des Whistleblowings, ist es ein zentrales Element der Unternehmensethik und wird mit einer gewissenhaften und couragierten Arbeitsweise verbunden (ebd.). Es gibt Verbände die sich für Whistleblowing stark machen und Anwälte, die sich auf den Be-

reich spezialisiert haben. Auch in der Öffentlichkeit ist Whistleblowing ein Thema, so wurden im Jahre 2002 drei Whistleblower im "TIME Magazine" als „Persons of the year“ ernannt (ebd.).

In England gab es seit dem Erlass des Public Interest Disclosure Act im Jahr 1998 ebenfalls einen Wandel. Das Gesetz schuf die rechtliche Grundlage für eine tiefere Auseinandersetzung mit dem Thema (Groneberg 2011, S. 43).

Auf europäischer Ebene wurde diese Problematik in den letzten Jahrzehnten leider nur oberflächlich behandelt. Dann stieg jedoch die Aufmerksamkeit gegenüber Whistleblower*innen in Gesellschaft und Politik (Groneberg 2011, S. 37 f.). Der Kampf gegen Korruption und der Wille zu einer guten Unternehmensführung (Corporate Governance) sollen auch Whistleblower*innen die Möglichkeit bieten, ihre Kenntnisse zu verbreiten um damit Missstände frühzeitig aufzudecken. Whistleblowing wird immer mehr als ein Teil der Risikokommunikation im Corporate Governance gesehen (ebd.). Im April 2018 wurde die EU-Whistleblower-Richtlinie erlassen. Sie soll den Schutz von Arbeitnehmer*innen sicherstellen.

Die Richtlinie schreibt Hinweisgeber*innen vor, ihre Arbeitgeber*innen zunächst über interne Kanäle über Missstände in ihrem Unternehmen zu informieren. In vielen Fällen kann man sich aber auch direkt an staatliche Stellen wenden. Die Mitgliedstaaten werden dazu verpflichtet, Repressalien von Arbeitgeber*innen auf Hinweisgeber*innen zu sanktionieren (RICHTLINIE (EU) 2019/1937 DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES).

Ein Anlass für die Richtlinie war der Fall Brigitte Heinisch. Die Altenpflegerin stellte Strafanzeige gegen ihren Arbeitgeber, da dieser eine menschenwürdige Versorgung seiner Heimbewohner*innen nicht gewährleistete. Er rechnete Leistungen ab die nicht erbracht wurden. Der Konzern, reagierte nicht bzw. nicht ausreichend auf die Überlastungsanzeigen und Anzeigen von Missständen im eigenen Unternehmen und kündigte ihr zweimal. Sie bemühte sich ihren Arbeitgeber zu einer Veränderung der Situation zu bewegen. Sie wandte sich an Verdi und einen Anwalt. Sie beriet sie sich über die Möglichkeit der Selbstanzeige. Ihr waren die möglichen Folgen bewusst, jedoch stellte Sie das Wohlergehen ihrer Patienten*innen an oberste Stelle (Heinisch, Hopmann 2012, S. 4 ff.).

Der Arbeitgeber kündigte Frau Heinisch Ende März 2005 unrechtmäßig krankheitsbedingt. Sie wandte sich an die Öffentlichkeit – man kündigte ihr wieder, dieses Mal fristlos. Sie klagte 2005 vor dem Arbeitsgericht Berlin gegen die fristlose Kündigung (Kniesburg, Welzel, Verdi, o.S.). Das Arbeitsgericht Berlin stellte fest, dass die fristlose Kündigung von 9. Februar 2005 unwirksam sei (Arbeitsgericht Berlin 39 Ca 4775/05). Zusätzlich stellte es die Unwirksamkeit der hilfsweise ausgesprochenen, fristgerechten Kündigung fest (Heinisch, Hopmann 2012, S. 15). Es folgte ein erbitterter Rechtsstreit, bei dem Brigitte Heinisch Unterstützung von Verdi bekam. Die nachfolgende Instanz, das Landesarbeitsgericht Berlin, hob das Urteil 2006 wieder auf (LAG Berlin 28.03.2006 7 Sa 1884/05). Das Bundesarbeitsgericht ließ die Revision nicht zu und auch eine Verfassungsbeschwerde wurde nicht angenommen (BVerfG v. 06.12.2007 Az.: 1 BvR 1905/07). Deshalb wandte sich Frau Heinisch mit einer Beschwerde an den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) in Straßburg. Der EGMR entschied 2011, dass die Kündigung von Brigitte Heinisch ihr Menschenrecht auf Meinungsfreiheit verletze und die Kündigungen somit rechtswidrig waren. Sie durfte ihren eigenen Arbeitgeber bei der Staatsanwaltschaft anzeigen. Am 24. Mai 2012 kam es zum Ende der Verhandlungen. Die wohl bekannteste Whistleblowerin Deutschlands hat nach sieben Jahren Rechtsstreit ein Schadensersatz in Höhe von 90.000 Euro und eine weitere ordentliche Kündigung erhalten (Kniesburg, Welzel, ver.di, o.S.).

Trotz der Richtlinie müssen Whistleblower*innen nach Berichten von Missständen oder Problemen in ihren Unternehmen oder in einer Behörde noch immer mit einer strafrechtlichen Verfolgung oder weitreichenden Konsequenzen ihres Arbeitgebers rechnen. Das können Maßnahmen wie Arbeitsplatzwechsel, Mobbing oder fristlose Kündigung sein. Denn die Richtlinie ist unklar formuliert. So sind Meldungen von leichtfertigen und unwahren Anschuldigungen vom Schutz ausgenommen, damit es nicht zur Förderung von Denunziationen kommt. Zudem ist die neue EU-Richtlinie bisher noch nicht vollständig ins deutsche Recht umgesetzt, da die Bundesregierung bei den Entscheidungen zur Umsetzung zögerlich vorgeht. Die Frist zur vollständigen Implementierung der Richtlinie für alle EU-Staaten endet im Dezember 2021, es bleibt also abzuwarten, wie die Bundesregierung in der Zwischenzeit mit Whistleblower*innen umgeht (Wefing 2020).

Wir würden es begrüßen, wenn die Richtlinie vollständig und für alle in Deutschland auftretende Fälle in deutsches Recht umgesetzt wird. Whistleblowing sollte gestärkt und gefördert werden damit insbesondere vulnerable Menschen geschützt werden.

8. Gewalt: Niels Högel

Als Gesundheits- und Krankenpflegerin auf einer kardiologischen Überwachungsstation werde ich oft, beinahe täglich, mit Gewaltthemen konfrontiert. Dabei werden Gewalttaten oft gar nicht erkannt, denn die Mehrheit würde wahrscheinlich Gewalt mit einem körperlichen Übergriff assoziieren.

Gewalt in der Pflege ist nach wie vor ein präsent-prekäres Themengebiet, mit dem sich viele Berufsgruppen beschäftigen. Missachtung der Privatsphäre, Nahrungsentzug, Medikamentenverabreichung zur Ruhigstellung, mechanische Fixierung, mangelhafte Pflege, Psychosoziale Vernachlässigung, Ignoranz - das sind nur einige von vielen Beispielen, die auf Gewalt in der Pflege deuten. Angst, Scham, Kolleg*innen nicht denunzieren wollen, fehlende Beweismittel, öffentliches Ansehen, wirtschaftliche Aspekte des Trägers, können Gründe für die Tabuisierung dieses Themas sein. Unabhängig davon ob von Missständen berichtet wird oder nicht, eines ist klar: Gewalt in der Pflege existiert.

Ein besonders eklatantes Beispiel für Gewalt in der Pflege und ihre Folgen soll hier vorgestellt werden.

Niels Högel (im Folgenden als N.H. abgekürzt) aus Wilhelmshaven wird wahrscheinlich als größter Krankenhausmörder der Nachkriegszeit in die deutsche Geschichte eingehen. Wie viele Tote er tatsächlich auf dem Gewissen hat, bleibt ungewiss. Das Verbrechen des Ex-Krankenpflegers, begann im Klinikum Oldenburg im Jahre 2000 und endete 2005 in der Städtischen Klinik in Delmenhorst. N.H. verabreichte Patienten*innen auf der Intensivstation überwiegend herzwirksame Medikamente, um sie anschließend zu reanimieren. N.H. wurde für mindestens 85 Morde verurteilt, er bekam eine lebenslange Haftstrafe. Viele weitere Tötungen konnten nicht vollständig bewiesen werden.

Die Geschichte von N.H. begann im Jahr 1999 während der Einarbeitungszeit auf einer kardiologischen Intensivstation. Bereits hier gab es diverse Manipulationen, die wahrscheinlich nicht tödlich endeten. Bei seinem vermutlich ersten Mord im Februar 2000 spritzte er Xylocain, um anschließend reanimieren zu können. Seinen letzten Mord, bei dem er überführt wurde, verübte er im Juni 2006

im Klinikum Delmenhorst. Für seine Morde im Klinikum Oldenburg nutzte er Wirkstoffe wie Ajmalin, Sotalol (β -Blocker), Lidocain, Amiodaron und Kalium.

2001 fielen die erhöhten Todeszahlen auf. Der Chefarzt ließ daraufhin eine Statistik erstellen, wer Dienst hatte, wenn Patienten*innen starben. 58% der Todesfälle fielen auf die Dienstzeiten von N.H.

Als N.H. fürchtete aufzufliegen, meldete er sich krank. In der Zeit starben nur zwei Patient*innen. Nach seiner Wiederkehr stiegen die Reanimations- und Todeszahlen drastisch an. Der Chefarzt diskutierte eine Kündigung von N.H. mit der Pflegedienstleitung. Jedoch fehlten konkrete Beweise. Zudem fürchtete man einen Reputationsschaden für das Krankenhaus.

Deshalb wurde N.H. innerhalb des Hauses in die Anästhesie versetzt. Dort hatten Ärzt*innen und Pfleger*innen „ein komisches Gefühl“, so dass N.H. der Kontakt zu Patient*innen am 23.9.2002 untersagt wurde. Zudem stellte man ihn vor die Wahl in den Hol- und Bringendienst zu wechseln oder das Haus mit einem guten Zeugnis und drei monatiger Freistellung bei vollen Bezügen zu verlassen. Letzteres akzeptierte N.H.

In seinem Arbeitszeugnis hieß es, Högel arbeite „umsichtig, gewissenhaft und selbstständig“. Sein Umgang mit Patienten und Angehörigen wäre „einfühlsam und fürsorglich“, bei Kolleg*innen sei er „ein geschätzter Mitarbeiter“, seine Aufgaben erledigte er „zur vollsten Zufriedenheit“. Mit diesem Zeugnis wechselte er im Dezember 2002 in die Städtische Klinik Delmenhorst, wo er aufgrund seiner hohen Qualifikation und der Erfahrung geschätzt wurde. Wenige Tage später unternahm er den ersten Tötungsversuch. Es starben viele weitere Patient*innen. So versuchte N.H. im Dez. 2004 einer schlafenden Patientin Ajmalin zu verabreichen. Die Patientin erwachte, erkannte Högels „Blumenkohlohr“ und fiel danach in eine Krise. Am nächsten Tag erzählte sie dem Oberarzt von dem Vorfall. Er glaubte ihr jedoch nicht, sagte, dass sie sich täuschen müsse. Obwohl jeder wusste, dass mit N.H. „etwas nicht stimmt“, handelte niemand. Er erhielt stattdessen Spitznamen wie „Rea-Rambo“ oder „Sense-Högel“.

2005 wurde N.H. von einer Kollegin auf frischer Tat ertappt. Die Stationsleitung besprach sich mit dem diensthabenden Oberarzt und ließ N.H. noch zwei Tage im Spätdienst. In dieser Zeit tötete N.H. weitere zwei Patient*innen, in deren Blut das selten verwendete Medikament Ajmalin nachgewiesen wurde. Eine Kollegin fand nach einer Reanimation leere Ajmalin Ampullen im Mülleimer, das Medikament war gar nicht angeordnet. Erst jetzt wurde die Staatsanwaltschaft eingeschaltet.

Wie hätte man die wohl größte Mordserie der Bundesrepublik verhindern können?

1. Es können Patientenfürsprecher*innen eingesetzt werden, die die Patienten*innen unangemeldet zur Versorgung und Befindlichkeiten befragen. Oftmals bleibt den Pflegekräften im Arbeitsalltag nur wenig bzw. keine Zeit für den Patienten, wichtige Informationen gehen verloren. Dem könnte mit Patientenfürsprecher*innen entgegengewirkt werden.

2. Arzneimittelsicherheitsvorkehrungen können zur Patientensicherheit beitragen, wie eine akribische Dokumentation des Arzneimittelverbrauches. Denkbar wäre auch eine „doppelte“ Kontrolle. Beispiel: Station bestellt Arzneimittel und die Apotheke kontrolliert anhand der ärztlich angeordneten Medikamente, ob das Medikament benötigt wird. Selbstverständlich müssen diese Vorkehrungen auch strikt eingehalten werden.

3. Eine offene Kommunikations- und Fehlerkultur muss wirklich gelebt werden. Wird ein Fehler gesehen, sollte dieser umgehend angesprochen und gemeldet werden. Whistleblowing ist ein gutes Beispiel, dennoch sind Whistleblower von der Gesetzgebung nicht ausreichend geschützt (s.o.). Ein ethisch moralisches Problem, welches weitreichende Folgen hat.

4. Jede Institution die kranke Menschen versorgt sollte eine Anlaufstelle besitzen, bei der sich überlastete und depressiv erkrankte Mitarbeiter*innen melden können. Außerdem sollten regelmäßig (einmal im Quartal) Mitarbeiter*innengespräche geführt werden. Das setzt voraus, dass Führungskräfte, die diese Gespräche führen, für dieses Thema sensibilisiert sind und die nötige Fachkompetenz vorweisen. Andernfalls könnte man im Zuge dessen, über Fachweiterbildungen in diesem Bereich nachdenken.

5. Institutionen benötigen ein Fehlermeldesystem, welches für jeden Mitarbeitenden zugänglich ist. Zum einen für und wegen der Patientensicherheit zum anderen für die Messbarkeit der Pflege- und Versorgungsqualität. Fehlermeldesysteme wie z.B. CIRS sind bereits in vielen Gesundheitseinrichtungen etabliert, dennoch scheint die Nutzung defizitär. Welche Gründe es für die mangelnde Nutzung gibt, könnte Gegenstand einer wissenschaftlichen Untersuchung sein.

6 Bei Fallbesprechungen nach Krisen könnten Handlungen und deren Abläufe, Verbesserungsvorschläge und Befindlichkeiten diskutiert werden. Oftmals wird im Affekt fehlerhaft gehandelt, es werden viele Dinge ausgeblendet. Wie haben mich meine Kollegen empfunden, wie habe ich mich gefühlt, wie haben sich meine Kollegen gefühlt, was hat diesen Zustand ausgelöst, ist jemand zu Schaden gekommen? Muss der/die Vorgesetzte über den Vorfall informiert werden? Muss ein Protokoll geschrieben werden? Besteht Redebedarf auf höheren Instanzen? Nachbesprechungen sollten in jeder Gesundheitsinstitution ein etabliertes Verfahren werden.

7 Außerdem hätten viele Morde verhindert werden können, wenn die damals verantwortlichen Personen nicht gezögert hätten, staatliche Stellen wie z.B. Polizei, Staatsanwaltschaft usw. einzuschalten.

Fehlverhalten und Überforderung gibt es insbesondere während der Coronapandemie. Daher erscheinen diese Punkte heute besonders wichtig. Die zusätzlichen Belastungen für das Pflegepersonal können zu schwerwiegenden Gefahren für Pflegekräfte und Patient*innen werden.

Ausblick

Die Themenfindung der Arbeiten erfolgte zu Beginn der Pandemie. Unsere praktische Erfahrung hat gezeigt, wie die Bedeutung der Themen durch Corona gesteigert wurde und unseren Alltag belastet. Corona wird uns in den nächsten Jahren weiter beschäftigen und begleiten. Die dichte Besiedlung der Welt, der Warenverkehr und die Globalisierung lassen weitere Pandemien erwarten. Die wahrscheinlich notwendigen Einschränkungen von Freiheitsrechten erhöhen die Gefahr der Zunahme von Gewalt insbesondere gegenüber und in vulnerablen Gruppen. Dies wird beim Umgang mit Demenzkranken besonders eindrucksvoll, aber auch Kinder sind stark betroffen. Daher wird es notwendig, Coping Strategien zu entwickeln, wie wir mit dieser und zukünftigen Pandemien umgehen, ohne dass die Menschenrechte unnötig eingeschränkt werden. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf mit praktischen Bezügen. Ethisch-moralische Gesichtspunkte erscheinen gegenüber statistischen

Größen unterrepräsentiert. Das Entwickeln dieser Strategien ist auch nach einem Jahr Corona bisher nicht im Fokus und auf wenige Einzelfälle wie z.B. Tübingen und Rostock beschränkt.