



GESUNDHEIT GLOBAL – WAS HABEN KRANKENSCHWESTERN, ARZTHELFERINNEN UND PTAS MIT DER SITUATION VON ARMEN MENSCHEN IN LÄNDERN DES SÜDENS, TROPENKRANKHEITEN ODER PHARMA-KONZERNEN ZU TUN? WARUM SOLLEN SIE ZU DIESEN THEMEN ETWAS LERNEN?

IM ZEITALTER DER GLOBALISIERUNG SIND DIE MENSCHEN AUF DER GANZEN WELT VIELFÄLTIG MITEINANDER VERBUNDEN. DER UMGANG MIT MEDIKAMENTEN GEHÖRT ZUM ALLTAG IM GESUNDHEITSSYSTEM. AUCH IN DEUTSCHLAND KÖNNEN IMMER WENIGER MENSCHEN VOLLSTÄNDIG DURCH UNSER GESUNDHEITSSYSTEM VERSORGT WERDEN.

DIE MATERIALIEN SOLLEN VERSTÄNDNIS UND OFFENHEIT FÜR MENSCHEN AUS ANDEREN LEBENSSITUATIONEN WECKEN UND FÖRDERN.

Impressum

Autorinnen: Annette Berger, Kornelia Freier, Nicola Humpert, Simone Klein

Redaktion: Nicola Humpert

Herausgeber: Entwicklungspolitisches Bildungs- und Informationszentrum e.V.

Schillerstraße 59, 10 627 Berlin

Telefon: 030 / 692 64 18 Fax: 030 / 692 64 19 Email: epiz@epiz-berlin.de

Layout: Nayeli Zimmermann, www.nayelizimmermann.com

Druck: Oktoberdruck AG, gedruckt auf 100% Altpapier und mit Bio-Farben

Bildnachweis: Deckblatt vorn: Krankenhaus in Sansibar, Birgit Mitawi

Deckblatt hinten: Bangladesch, medico

Finanzierung: gefördert durch die Landesstelle für Entwicklungszusammenarbeit bei der

Senatsverwaltung für Wirtschaft, Technologie und Frauen Berlin und

InWent gGmbH aus Mitteln des Bundesministerium für wirtschaftliche

Zusammenarbeit und Entwicklung, BLK-Programm Transfer-21

Erschienen: Dezember 2007

INHALTSVERZEICHNIS

EINFÜHRUNG	3
MODUL 1: GESUNDHEIT UND KRANKHEIT IN DER EINEN WELT	5
A Gesundheit und Krankheit in der Welt	6
A1 Kranke Welt - Gesunde Welt ?	6
A2 Quiz - Wahr oder Falsch?	8
A3 AIDS - Die Krankheit des Jahrhunderts	9
MODUL 2: ARMUT UND GESUNDHEIT	15
B Armut und Gesundheit	16
B1 Einstiegsreflexion: „Was heißt hier arm?“	16
B2 „Vorwärts?“ Rollenspiel	18
B3 „Armut macht uns alle ärmer!“ Schweigediskussion	21
B4 „Ursachen und Folgen“ Puzzle	22
B5 „Armut macht krank“ Kausalitätennetz	23
MODUL 3: DIE ROLLE DER PHARMAINDUSTRIE	27
C Soziale Unternehmensverantwortung	28
C1 Geschäftspraktiken der Pharmaunternehmen	29
C2 Fallstudie Novartis	34
C3 Formen sozialer Unternehmensverantwortung	38
C4 Unternehmensmesse	41
C5 Film ab: Der ewige Gärtner	42
MODUL 4: KULTURSENSIBLE PFLEGE	43
D Kultursensible Pflege	44
D1 Konflikt im Krankenhaus - Rollenspiel	44
D2 Checkliste kultursensible Pflege	56
LÖSUNGSSCHLÜSSEL	60
LITERATURTIPPS UND INTERNETADRESSEN	63

DIESE ZEICHEN BEGLEITEN SIE DURCH DIE MATERIALIEN



Materialien



Übung / Arbeitsblatt



Hintergrundinformationen



Weitere Übungen auf der Lernplattform
im Internet unter: www.epiz-berlin.de/moodle



Literaturhinweise / Links / Quellen

EINFÜHRUNG

Warum soll medizinisches Personal sich mit Fragen zum Thema „Gesundheit Global“ beschäftigen? Haben sie nicht schon genug damit zu tun, die Patientinnen und Patienten zu versorgen, Termine zu machen, mit Angehörigen zu sprechen? Wieso sollen sie sich mit Malaria und AIDS, mit fehlenden Medikamenten in Entwicklungsländern und dem Zusammenhang von Armut und Gesundheit beschäftigen?

Wir glauben, dass eine Auseinandersetzung mit den Themen dieses Heftes eine Reihe von Vorteilen bietet – sowohl für den Umgang mit Patientinnen und Patienten aus Ländern des Südens als auch für die persönliche Horizonterweiterung und Eröffnung neuer Perspektiven. Die Globalisierung macht nicht vor Krankenhaustüren und Arztpraxen halt – tagtäglich werden die Auszubildenden hier mit Menschen aus anderen Ländern konfrontiert und müssen Wege finden, empathisch und aufgeschlossen mit ihnen umzugehen. In den Medien tauchen Kampagnen von Nichtregierungsorganisationen gegen verschiedene Pharmaunternehmen auf – die Medikamente eben dieser Firmen werden auch bei uns zur Versorgung der Patientinnen und Patienten eingesetzt. Was bedeutet es aber, wenn Menschen armutsbedingt weder bei uns noch in Ländern des Südens Zugang zu Medikamenten haben? Können durch den Klimawandel und die erhöhte Mobilität der Menschen auch bei uns Tropenkrankheiten wieder eine Rolle spielen? Es gibt also eine Vielzahl von Fragen, die für die Zukunft der Gesundheitsberufe relevant sind, aber noch kaum in der regulären Ausbildung behandelt werden. Diese Lücke möchten wir mit diesem Material schließen.

Vorrangiges Ziel ist neben der Wissensvermittlung die Empathie der Auszubildenden zu steigern und sie in die Lage zu versetzen, sich besser in Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund einzufühlen. Die Auseinandersetzung mit globalen Aspekten der Gesundheitsberufe soll die Auszubildenden außerdem dazu anregen, berufliche Perspektiven außerhalb Deutschlands kennenzulernen und vielleicht selbst für eine Zeit in einem Land des Südens zu arbeiten.

Alle und weitere Übungen sind zusätzlich in unserer Lernplattform für den interaktiven Gebrauch aufbereitet. Unter www.epiz-berlin.de/moodle finden Sie den Kurs „Gesundheit Global“. Neben der spielerischen Auseinandersetzung mit den einzelnen Modulen leistet das Material auch einen Beitrag zur Erhöhung der Medienkompetenz der Auszubildenden.

[illegible]

A GESUNDHEIT UND KRANKHEIT IN DER WELT

In diesem Modul werden drei didaktische Übungen angeboten, um sich dem Thema „Gesundheit und Krankheit in der Einen Welt zu nähern“. Im Weltspiel (A1) erfahren die Auszubildenden, wie bestimmte Infektionskrankheiten verteilt sind. Die in Deutschland weit verbreitete Diabetes wird diesen Zahlen gegenübergestellt. Verschieden Ursachen für Krankheiten weltweit werden so deutlich gemacht. Zur Ergebnissicherung kann das Quiz (A2) durchgeführt werden. Sollten Wissenslücken zu den einzelnen Krankheiten bestehen, finden Sie Hintergrundinformationen und Quellenangaben zur eigenen Recherche. Wer möchte, kann das Thema HIV / AIDS mit der Übung A3 vertiefen, auch hier gibt es ein Quiz zur Ergebnissicherung.

A 1 KRAKE WELT – GESUNDE WELT ?

Ziel: Angelehnt an das Weltspiel soll die Verteilung der am weitesten verbreiteten Infektionskrankheiten verdeutlicht werden. In einem zweiten Schritt wird auch die Verbreitung einiger westeuropäischer Krankheiten gegenübergestellt. Dadurch wird aufgezeigt, dass Krankheit nicht nur eine Folge von Armut ist.

Zielgruppe: beliebig

Zeitraumen: ca. 40 Minuten

Methode: Verteilung von Symbolen auf den Kontinenten

Material: große Weltkarte, **Symbole:** AIDS: AIDS-Schleife, TB: Spucknapf, Malaria: Mücke, Lepra: Bild mit Spätfolgen, (siehe Kopiervorlage), **Hintergrundmaterial:** Zahlenübersicht und Verteilung der Symbole

Einführung:

Die SchülerInnen / Auszubildenden sollen mithilfe von Symbolen die Anzahl der Neuinfektionen pro Jahr von denen am weitesten verbreiteten Infektionskrankheiten (HIV / AIDS, Malaria, Lepra und Tuberkulose) schätzen. Über die realen Zahlen werden sie danach aufgeklärt. Die Zahlen sollten durch Einschätzungen und Kommentare begreifbar gemacht werden (siehe Vergleichsdaten zu z. B. Einwohnerzahl, Fläche usw.).

Dem gegenüber wird in einem zweiten Schritt insbesondere die Verbreitung von Diabetes geschätzt. Dadurch soll gezeigt werden, dass in Industrieländern andere Krankheiten problematisch sind als in Ländern des Südens. Auch diese Zahlen sollen kommentiert werden. Die Zahlen für sich sagen wenig aus. Wenn sie jedoch analysiert werden, können daran bestimmte Phänomene klar werden. Zum Beispiel wird sehr deutlich, dass Krankheit nicht nur armutsbedingt ist, sondern von vielen Faktoren beeinflusst wird.

Ablauf:

Die SchülerInnen / Auszubildenden sollen die Verbreitung der aufgeführten Krankheiten auf der Weltkarte visualisieren, durch Symbole, die sie in der richtigen Anzahl auf die Karte legen. Für jede Krankheit steht ein Bild als Symbol. 100 Symbolkarten stehen für 100 % der Betroffenen. Wenn die SchülerInnen / Auszubildenden also der Meinung sind, dass 30 % der von Lepra betroffenen Bevölkerung in Europa lebt, legen sie 30 Symbolkarten auf den europäischen Kontinent. Kopieren Sie von den folgenden Symbolen jeweils 100 Stück und schneiden diese aus. Teilen Sie die Klasse in vier Gruppen auf – jede Gruppe legt eine Krankheit auf den Kontinenten aus.



Kopiervorlage



Photo: Centers for Disease Control and Prevention

Malaria



Photo: DMRW

Lepra



Photo: Dr. Andreas Kneblau

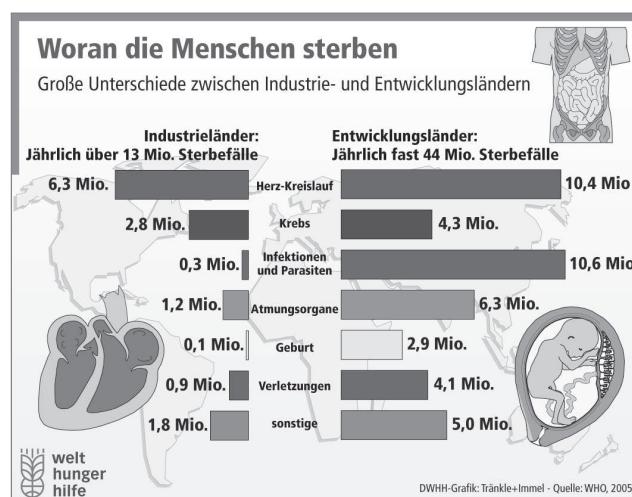
Tuberkulose



HIV / AIDS

Im auswertenden Gespräch können folgende Fragen helfen:

- Woran liegt die ungleiche Verteilung?
- Warum sind bestimmte Krankheiten bei uns ausgerottet und anderswo stark verbreitet?
- Was haben diese Krankheiten mit Armut zu tun?
- Welche Krankheiten bedrohen die Menschheit am meisten?



Zur Veranschaulichung hilft auch diese Grafik

In einem zweiten Schritt sollen die SchülerInnen / Auszubildenden auch die geschätzte Verteilung von Diabetes-Neuerkrankungen auf der Weltkarte vornehmen.
Nun wird reflektiert, warum diese Krankheit bei uns so gehäuft auftritt und ob diese Krankheiten auch etwas mit Armut zu tun hat.

Material:

Tabelle Zahlen zum Weltspiel Gesundheit



Zusatzmaterial zum Weltspiel und Weiterführung Diabetes



A 2 QUIZ: WAHR ODER FALSCH?

Arbeitsauftrag: Lesen Sie sich die 10 Sätze gründlich durch und diskutieren in der Gruppe, ob die Aussagen wahr oder falsch sind. Tragen Sie dann den entsprechenden Buchstaben (w für wahr, f für falsch) hinter dem Satz ein.

1. Diabetes ist keine tödliche Krankheit. [_]
2. Diabetes betrifft nur die reichen Länder. [_]
3. Diabetes ist allein Ergebnis eines ungesunden Lifestyles. [_]
4. Am schlimmsten von Lepra betroffen ist Lateinamerika. [_]
5. Am schlimmsten von Tuberkulose betroffen ist Asien. [_]
6. Es sterben jährlich mehr Menschen an den Folgen von Tuberkulose als an AIDS. [_]
7. Tuberkulose ist nicht ansteckend. [_]
8. Malaria ist auf dem europäischen Kontinent völlig unbekannt. [_]
9. Malaria verläuft immer tödlich. [_]
10. Über die Malaria-Mücke kann man sich auch mit dem HI-Virus infizieren. [_]



Quellen:

International Diabetes Foundation (2007) Diabetes-Atlas Backgrounder unter:

<http://www.eatlas.idf.org/media/>

Kehrt die Malaria nach Europa zurück? (2007): <http://www.innovations-report.de>

A3 AIDS – DIE „KRANKHEIT DES JAHRHUNDERTS“

Ziel: Die „Krankheit des Jahrhunderts“ mit Zahlen und Daten einschätzen lernen und die Bedeutung der Pandemie erfassen

Zielgruppe: Gruppen oder Einzelpersonen

Teilnehmerzahl: beliebig

Zeitraumen: ca. 10 min. (wenn Daten auf der Grundlage von Texten recherchiert oder nach geprüft werden sollen, entsprechend länger, dann bietet sich Gruppenarbeit an)

Methoden: Zuordnung der entsprechenden Daten und Fakten zu den Aussagesätzen (Satzanfänge vervollständigen, siehe Arbeitsblatt)

Material: Tabelle mit Satzanfängen kopieren oder auf großes Papier schreiben, Kärtchen mit einzelnen Daten und Fakten vorbereiten oder Tabelle in Einzelarbeit im Internet (www.epiz-berlin.de/moodle) vervollständigen lassen (Tabelle siehe unten). Weiterführende Recherche zu den Hintergründen der Fakten mit angebotenen Texten (siehe unten).

Einführung:

Seit dem Auftreten der ersten HIV-Fälle im Jahr 1981 haben sich mehr als 60 Mio. Menschen mit dem Virus infiziert. Circa 23 Mio. der HIV-Infizierten sind gestorben, 18 Mio. davon lebten auf dem afrikanischen Kontinent. Jeden Tag sterben in Südafrika 600–1000 HIV-Infizierte.

Zum Vergleich: In Deutschland sterben jährlich 600 Menschen infolge von AIDS.

Im Jahr 2007 gab es weltweit 333 Millionen HIV-Infizierte. Mehr als 90 % der HIV-infizierten Menschen leben in Entwicklungsländern. Dort mangelt es an medizinischer Versorgung und Behandlung sowie Informationen über HIV / AIDS. Regionen, in denen es viele Arme gibt, sind auch besonders von HIV / AIDS betroffen.

In allen Regionen ist die Zahl der HIV-Infizierten in den letzten 20 Jahren gestiegen. In den USA hat seit Ende 2003 die Zahl der HIV-Positiven die Millionengrenze überschritten. In Osteuropa, Zentral- und Ostasien hat es in den letzten Jahren den stärksten Zuwachs bei Neuinfektionen gegeben. Besonders betroffen sind die Ukraine, Russland und China. Hier breitet sich HIV vor allem im Zusammenhang mit Drogengebrauch aus.

Die Auseinandersetzung mit den realen Zahlen und Fakten soll die Jugendlichen nicht erschrecken, aber ihnen das Ausmaß der Pandemie wieder stärker ins Bewusstsein bringen. In Deutschland gehen die Kenntnisse über HIV / AIDS, die möglichen Übertragungswege und die Folgen der Erkrankung stark zurück. Das scheinbare Vertrauen in die Wirkung der antiretroviralen Medikamente (die Erkrankung scheint fast heilbar) schwächt die Sorge vor der Infektion und damit die notwendigen Vorsichtsmaßnahmen.

Übung:

Die Sätze sollen durch die jeweils richtigen Daten und Fakten vervollständigt werden. Dies kann in Präsenzarbeit durch kopierte Tabellen in der Klasse geschehen oder durch Einzelarbeit am PC.



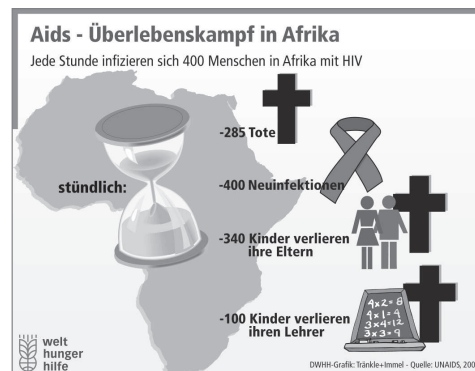
Arbeitsblatt A 3: Zuordnung

Bitte vervollständigen Sie die folgenden Sätze, wählen Sie dafür die richtige Antwort aus den Auswahlmöglichkeiten aus:

	Einzufügende Daten
Die höchste AIDS-Rate mit 37 % der Bevölkerung hat ...	
In Deutschland leben derzeit etwa ... Menschen mit einer HIV-Infektion	
Jede zweite Minute stirbt in ... ein Mensch an AIDS	
Die rote Schleife wurde ... von der Künstlergruppe Visual AIDS in New York entwickelt.	
Allein in Südafrika leben rund ... Menschen mit dem HI-Virus	
Für die nächsten 15 Jahre rechnet die UN-Bevölkerungsabteilung mit ... AIDS-Toten weltweit.	
Der erste deutsche AIDS-Fall wurde im Jahr ... diagnostiziert.	
Weltweit starben bisher an AIDS rund ... Menschen.	
Die Kombinationstherapie mit Antiretroviralen Medikamenten (ARV) gibt es seit ...	
Die niedrigsten Infektionsraten auf dem afrikanischen Kontinent mit 0,8 % der Bevölkerung weist ... auf.	
Bis zum Jahr 2010 wird nach Schätzungen die Zahl der weltweiten AIDS-Waisen ca. ... betragen.	
Die höchste Steigerungsrate von HIV - Neuinfizierten war im Jahr 2006 in ... zu verzeichnen.	

Einzufügende Daten:

15,5 Mio.	1991	Botswana	Senegal	5 Mio.
1996	18 Mio.	Russland	56.000	1982
3,1 Mio.	Südafrika			



Vertiefung / Erweiterung

Je nach Kenntnisstand können Recherchen zu den einzelnen Daten angeregt werden, um die Hintergründe zu erkennen und zu verstehen. Die Texte (diese finden Sie auf der Lernplattform) entstammen einer kritischen Analyse, die versucht, ein breites Spektrum an Umgangsformen mit der Krankheit darzustellen. Diese sollen nicht als Scharlatanerie verurteilt werden. Sie sollten vielmehr zum Nachdenken und einem breiteren Verständnis für den unterschiedlichen Zugang zur Krankheit anregen. Eine pro - und contra - Debatte bietet sich deshalb bei einigen Textanalysen an.

Folgende Fragen können zu weiteren Recherchearbeiten anregen:

1. Warum sind die Infektionsraten in den einzelnen afrikanischen Ländern so unterschiedlich? (siehe dazu auch *Tabelle der HIV-Infizierten in ausgewählten afrikanischen Ländern aus: Der Überblick 2/2005*)
2. Versuchen Sie zu verstehen und zu erläutern, wie in Uganda, einem Land mit sehr geringen Infektionsraten, mit der Krankheit umgegangen wird. Wie konnten die Präventionsmaßnahmen hier zu solch durchschlagenden Erfolgen führen? Was könnte die positive Bilanz des Landes gefährden? (siehe dazu Text: „Wer A sagt, muss auch C sagen“ aus: *Der Überblick 2/2005*)
3. Botswana hat eine der höchsten Infektionsraten weltweit. Versuchen Sie den Einzug der Krankheit in dem Land nachzuzeichnen. Welche Rolle spielt die Sprache für die Aufklärung über die Krankheit und deren Verständnis? Welchen Einfluss haben der Glaube und die traditionelle Medizin auf den Umgang mit der Krankheit? (siehe dazu Text „*Stückchen für Stückchen - Wie AIDS in Botswana Einzug hielt*“ aus: *Der Überblick 2/2005*)
4. Mit der Zunahme von AIDS in Südafrika suchen auch immer mehr Menschen nach unterschiedlichen Formen des Umgangs mit der Krankheit. Zwei verschiedene Texte sollen dies an sehr unterschiedlichen Beispielen aus Südafrika aufzeigen. Lesen Sie je einen der beiden Texte in 2 verschiedenen Gruppen und stellen Sie die unterschiedlichen Positionen dar. Es sollen jeweils die positiven und negativen Auswirkungen des jeweiligen Umgangs mit der Krankheit herausgearbeitet werden. Eine pro- und contra - Übersicht, erstellt durch die SchülerInnen, kann dies erleichtern. (siehe Text: „*Der Fluch einer Krankheit*“ und „*Im Zeichen der Jungfräulichkeit*“ aus: *Der Überblick 2/2005*)



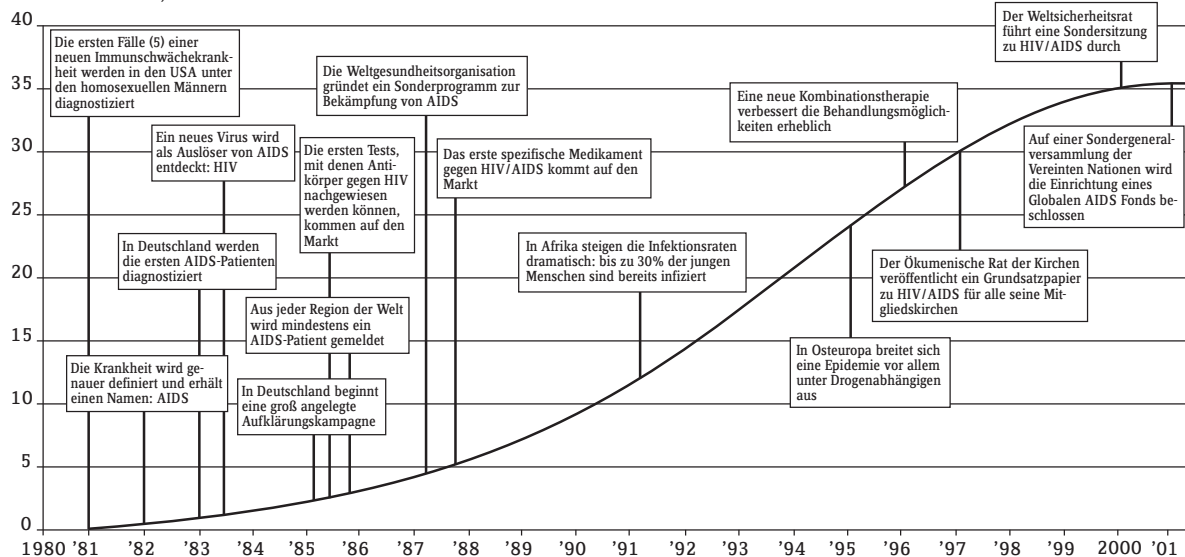
Alle Texte finden Sie auf der Lernplattform



Hintergrundmaterial

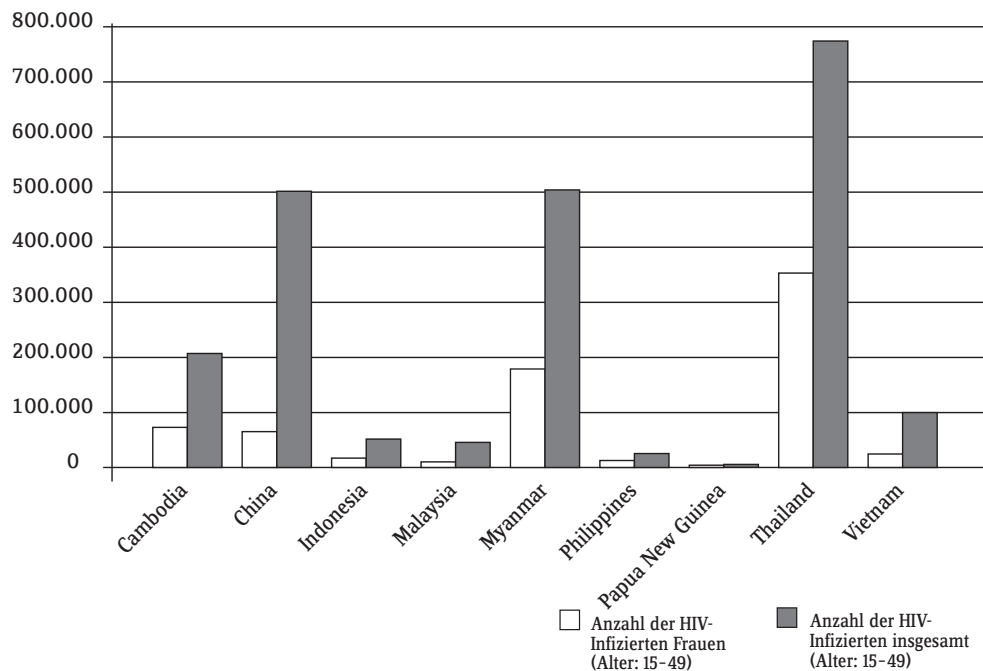
Entwicklung von HIV AIDS von 1981 bis 2001

Zahl der Menschen, die mit HIV/AIDS infiziert sind in Millionen



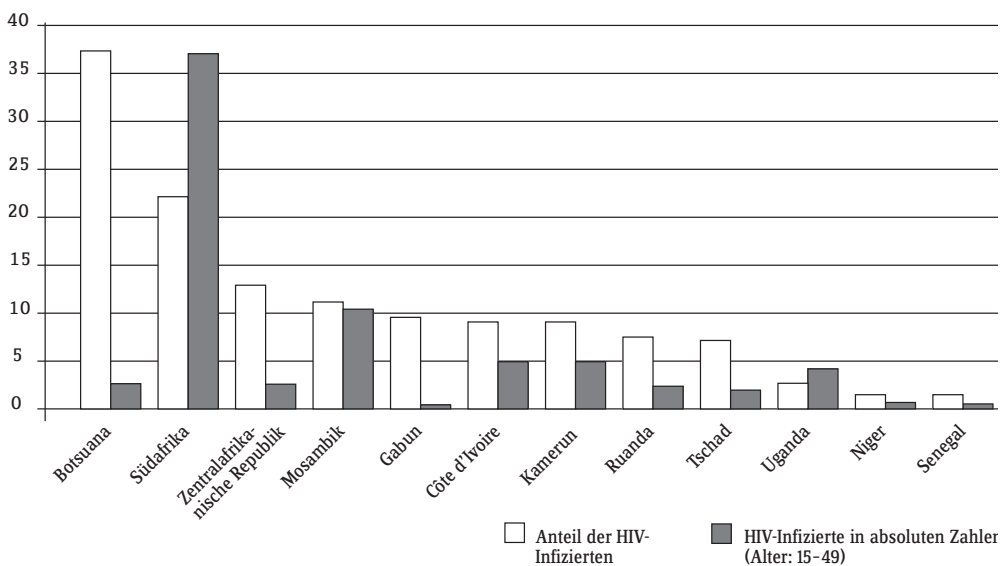
Quelle: Der Überblick 2/2005

AIDS in Asien



Aids in Subsahara Afrika

Erwachsene zwischen 15 und 49 Jahren (Schätzungen für Ende 2003)



Quelle: Der Überblick 2/2005

[illegible]

B ARMUT UND GESUNDHEIT

In diesem Modul geht es zunächst darum, sich dem Thema Armut und Gesundheit assoziativ zu nähern (B1). Die Übung B2 zeigt, dass durch Armut eine strukturelle Ausgrenzung aus der Gesellschaft erfolgt. Eine alternative Annäherung bietet die Übung B3: Hier dürfen die Auszubildenden ihre Gedanken aufschreiben und müssen sich nicht laut zu einem eventuell unangenehmen Thema äußern. Zur Vertiefung der Thematik eignet sich Übung B4 - durch die Zusammensetzung des Puzzles erfahren die Auszubildenden mehr über Ursachen und Wirkungen, die im Wechsel zwischen Armut und Gesundheitszustand hervortreten. Eine weitere Möglichkeit, das Thema zu vertiefen bietet das Kausalitätennetz (B5). Bei dieser Übung entwickeln die Auszubildenden Lösungsvorschläge für bestehende Probleme im Gesundheitssystem - sie werden angeregt, sich aktiv um Lösungen zu bemühen.

B 1 EINSTIEGSREFLEXION: „WAS HEISST HIER ARM?“

(angelehnt an eine Idee von Heidrun Siebeneicker)

Ziel: Annäherung an das Thema, eigenen Bezug dazu reflektieren, absolute und relative Armut unterscheiden lernen

Zielgruppe: Gruppen, die beginnen, sich mit dem Thema zu beschäftigen

Teilnehmerzahl: beliebig

Zeitraumen: unterschiedlich nach Anzahl der verwendeten Übungen, mindestens jedoch 30 min.

Methoden: Graffiti-Methode (Satzanfänge beenden), Aussagen Menschen verschiedener Länder mit den eigenen Aussagen zu Armut vergleichen, Begriffsklärung relativer und absoluter Armut

Material: 4 Flipcharts, Tafel / große Papierbögen, leere Karten, Filzstifte / Kreide, Kreppband / Magnete

Einführung:

Der Begriff Armut löst zahlreiche unterschiedliche Assoziationen bei jedem Menschen aus: Die einen haben die Nachrichtenbilder der letzten Katastrophe vor Augen, andere an die Verkäufer der Obdachlosenzeitung in der S- und U-Bahn oder das eigene leer gefegte Konto lange bevor der Monat abgelaufen ist.

Armut hat viele Gesichter. Bei dieser Einführung sind alle Assoziationen erlaubt, um in die ganze Breite des Themas „Armut“ einzuführen. Die persönliche Betroffenheit sollte dabei nicht außer Acht gelassen werden, um das „ferne“ Thema mehr in unsere Nähe zu rücken. Die Übungen sollen aber auch dazu beitragen, die verschiedenen Facetten der Armut deutlich zu machen. Es soll deutlich werden, dass Armut nicht nur eine materielle Seite hat, sondern Lebensperspektiven in vielerlei Hinsicht einschränkt.

Mit den Übungen soll die Hemmschwelle, sich mit dem Thema zu befassen, überwunden werden. Eigene Probleme, Fragen, Rat- und Hilflosigkeit dürfen ausgedrückt werden.



Übungen

1. Graffiti-Methode:

Satzanfänge vervollständigen: Folgende Satzanfänge stehen je auf einem Flipchart oder an der Tafel (Die Satzanfänge können beliebig variiert werden):

- Arm ist, wer ...
- Wenn ich ... nicht hätte, würde ich mich als arm bezeichnen.
- Wenn ich arm wäre, fände ich besonders schlimm, dass ...
- Wenn ich arme Menschen träfe, würde ich ...

Die TeilnehmerInnen erhalten für jeden Satzanfang eine Karte, auf der sie die Sätze vervollständigen können. Anschließend werden die Karten von jeder / m Auszubildenden / Schüler / in vorgelesen und aufgehängt, nach Aussagen sortiert und verglichen. Dabei soll keine Wertung vorgenommen werden. Jeder Satz hat seine Berechtigung.

2. Armut - was ist das? (Diese Übung baut auf Übung 1 auf)

Die Aussagen von Menschen aus verschiedenen Ländern werden als Kopien verteilt, am besten an kleinere Gruppen die Aussagen je einer Person. Sie stehen für die über 1,2 Milliarden Menschen weltweit, die unter der Armutsgrenze leben.²

Kopiervorlage

Jemen:

Wir sind arm. Ich weiß nicht, wie wir morgen durchkommen sollen. Wie soll ich da für übermorgen planen? Die Aussichtslosigkeit macht mich am meisten fertig. Ich habe die Hoffnung verloren, dass es unsere Kinder einmal besser haben werden.

Bolivien

Ich fühle mich so machtlos. Ich kann nichts verändern. Die da oben schieben sich alles Geld zu; wir haben zu tun, was die sagen. Das macht mir Angst, aber wir wehren uns.

Mosambik:

Arm sein heißt für uns Hunger haben. Wir haben unsere letzte Kuh verkauft, weil unsere Tochter krank ist. Wovon sollen wir morgen leben?

Vietnam:

Wir sind den Politikern doch nur lästig. Wenn sie über unser Dorf entscheiden, hört uns keiner zu. Wir bräuchten eine Schule und ärztliche Versorgung. Wir sind ausgegrenzt; uns sieht man gar nicht.

Deutschland:

Ich habe ein Schuldgefühl, dass ich Betteln muss. Aber es war doch eine Verkettung von vielen Umständen. Gibt es denn keinen, dem es so geht wie mir?

In der Gruppe werden die Aussagen besprochen. Die Aussagen der Auszubildenden werden mit den Zitaten aus den verschiedenen Ländern verglichen.

Folgende weiterführende Fragen können hilfreich sein:

- Ist Armut in Ländern des Südens (Beispiele aus den Karten der SchülerInnen zitieren) gleich zu setzen mit der Armut hier in Deutschland?
- Wenn Sie diese Aussagen sehen: Was ist für Sie wirklich arm, was nicht?
- Ist arm nur, wer die materiellen Grundbedürfnisse (Wasser, Nahrung, Kleidung, Wohnraum) nicht befriedigen kann oder gibt es auch andere Armut? Nennen Sie dafür Beispiele.

17

² Entnommen aus der DED Mappe „Was heißt hier arm?“ Übung: „Armut - was ist das?“, ausleihbar im EPIZ

B 2 VORWÄRTS?³

Ziel: Strukturelle Ausgrenzung, Macht und Ohnmacht des einzelnen in unserer Leistungsgesellschaft werden anhand ausgewählter Rollen verdeutlicht und in ihrem Bezug zu Gerechtigkeit reflektiert

Zielgruppe: Erwachsene und Jugendliche ab 14 Jahren

Teilnehmerzahl: 8 - 24

Zeitraumen: ca. 40 Minuten

Methoden: Rollenspiel, soziometrische Übung, gelenktes Gespräch

Material: Rollenkarten (auseinander schneiden und auf Karten kleben), Fragenkatalog, Arbeitsbögen für drei Gruppen (auseinander schneiden)

Einführung:

Diese Übung zielt darauf ab, Einsicht in soziale Strukturen, in denen wir leben, zu gewinnen und Konsequenzen zu reflektieren. Mit der sozialen Differenzierung in unserer Leistungsgesellschaft hängen individuelle Schicksale zusammen, die wir - sofern sie außerhalb unseres sozialen Horizonts sind - selten wahrnehmen. Hier ist die Chance gegeben sich in Empathie zu üben, über Gerechtigkeit nachzudenken und Voraussetzungen für Solidarität und Änderungen des Lebensstils anzudenken.

Ablauf:

1. Soziometrische Übung

Benötigt wird ein großer leerer Raum, in dem sich die Teilnehmenden an einer Seite nebeneinander aufstellen. Jede(r) zieht verdeckt eine Rollenkarte und findet sich in die Rolle ein. Nun werden Fragen gestellt (s. Fragenkatalog). Immer wenn die Rollenträger/innen meinen, dass sie die Frage mit „Ja“ beantworten können, gehen sie einen Schritt vor (ohne Vorgabe der Schrittgröße!). Bei „Nein“ bleiben sie stehen. Nacheinander werden alle Fragen vorgelesen.

2. Gruppendifferenzierung

Durch die schweigenden Schritt-Antworten entstehen etwa drei Gruppen: eine vordere Linie, ein Mittelfeld und die „Zurückgebliebenen“. Die Leistungsgesellschaft ist nachgebildet. Nun sollen sich die Teilnehmenden von ihrem Standort aus umschaun und die Gesamtsituation wahrnehmen. Es werden Gruppen aus den Zusammenstehenden gebildet; sie erhalten den betreffenden Arbeitsbogen, der zunächst individuell auszufüllen und dann - unter Bekanntgabe der Rolle - innerhalb der Gruppe vorzustellen und auszutauschen ist.

3. Auswertung

Bei der Auswertung im Plenum berichtet jeweils ein/e Gruppensprecher/in über das Gruppenergebnis und ihre Gemeinsamkeiten.

Als Zusammenfassung und Vergleich bietet sich an, empfundene Ungerechtigkeiten zu benennen und zu überlegen, wie Lebensgefühl und Lebenshaltung durch die Position bestimmt werden. Wie selbstverständlich ist uns das System, in dem wir aufgewachsen sind? Welche Möglichkeiten für Gerechtigkeit und Solidarität gibt es?

Bei der Auswertung ist es wichtig herauszuarbeiten, woher die Teilnehmenden ihr Wissen über ihre Rolle bezogen haben: Durch persönliche Erfahrung oder andere Informationen wie Nachrichten, Bücher etc? Sie können zur Diskussion stellen, welche Klischees und Vorurteile funktionieren.

**Kopiervorlage****Rollenkarten**

Ministerialrat, 44, verheiratet, zwei Kinder (16, 8)	Frau mit eigener Boutique, 35, geschieden, keine Kinder
Hausfrau, Witwe, Muslima, 59, ungelernt, keine Kinder, Mann war Bauarbeiter	Industriearbeiter, 38, verheiratet, keine Kinder,
Mann, 55 seit der Wende erwerbslos, Mieterhöhung: 350 € statt vorher 100,- €	Maschinenschlosser aus Senegal, 43, verheiratet, drei Kinder (19, 16, 12), arbeitslos
Soziologin, 31, verheiratet, keine Kinder, nach einem Verkehrsunfall schwer behindert und pflegebedürftig	Ärztin, 40, keine Kinder, Mann: Professor an der Universität
Sekretärin (halbtags), 32, alleinstehend, zwei Kinder (8, 4)	Ungelernter Gehilfe in einem Lagerhaus, Vietnamesin, 24, ohne Aufenthaltsberechtigung und Arbeitsgenehmigung
Flugkapitän, 48, verheiratet, keine Kinder	Friseurin, 23, berufsunfähig wegen Hauterkrankung, Umschulung zur Altenpflegerin
Krankenschwester aus Thailand, Buddhistin, 24, 1 Kind (15 Monate), verheiratet mit deutschem Mann: Erzieher, z.Zt. im Erziehungsurlaub	Immobilienmaklerin, 40, verheiratet, erfolgreich tätig in den neuen Bundesländern
Facharbeiter bei VW, Spanier, 48, verheiratet, zwei Kinder (12, 6)	Schlagerstar, 23, ledig, seit drei Jahren sehr erfolgreich im Showgeschäft, ein Kind (3)
Flüchtling aus der Türkei (Kurde), 38, drei Kinder (7, 5, 3), verheiratet, seit drei Monaten in der BRD, noch keine Asylentscheidung	Polnische Anwältin, 50, Partnerin in großer Kanzlei, verheiratet, zwei Kinder (10, 12)
Busfahrer, 30, geschieden, unterhaltspflichtig für ein Kind (6) und Ex-Ehefrau	Besitzerin eines Feinkostladens, Italienerin, 30, verheiratet, zwei Kinder (4, 2)
Diplom-Betriebswirt, 26, ledig, keine Kinder, hat gerade den gut geführten Druckereibetrieb seiner Eltern übernommen	Verkäuferin im Warenhaus, 19, ungelernt, ledig, keine Kinder, wohnt bei den Eltern
Tischler, 34, ledig, keine Kinder, erkrankt an Multipler Sklerose	Flüchtling aus Angola, 15, Schüler an einer Hauptschule, lebt seit 18 Monaten allein in der BRD

Fragenkatalog

Bitte lassen Sie beim Vorlesen genug Zeit zum überlegen, da nicht alle Fragen für alle Rollen eindeutig zu beantworten sind.

- Können Sie sich frei im Lande bewegen?
- Können Sie arbeiten?
- Könnten Sie Ihre Familie und Freunde treffen, wann immer Sie wollten?
- Können Sie in Urlaub fahren?
- Können Sie wohnen, wo Sie möchten?
- Könnten Sie, wenn Sie wollten, öfter mal ins Theater oder Kino gehen?
- Können Sie sich Ihren Arzt frei wählen?
- Können Sie bei Wahlen (kommunal, Land- und Bundestag) mitwählen?
- Können Sie - einigermaßen gesichert - Ihr Leben für die nächsten fünf Jahre planen?
- Könnten Sie sich mit ökologisch angebauten / hergestellten Produkten ernähren und kleiden?
- Können Sie ein Hobby pflegen?
- Werden Sie in fünf Jahren voraussichtlich noch eine Arbeit haben?
- Haben Sie ein Auto, bzw. könnten Sie sich eins kaufen, wenn Sie wollten?
- Können Sie sich nach Einbruch der Dunkelheit frei auf der Straße bewegen?
- Könnten Sie Ihren Kindern eine gute Ausbildung / ein Studium ermöglichen?
- Können Sie Bürge für einen Freund sein?
- Könnten Sie Sozialhilfe beantragen?
- Haben Sie eine ausreichende Altersversicherung?

Arbeitsbögen

Die Gruppe der „Zurückgebliebenen“

Bitte bleiben Sie noch eine kurze Zeit in Ihrer Rolle und beantworten Sie die folgenden Fragen zunächst individuell; dann tauschen Sie sich in Ihrer Gruppe untereinander aus. Was fällt Ihnen bei Ihren verschiedenen Rollen auf; gibt es Gemeinsamkeiten?

1. Wie haben Sie sich gefühlt, als die anderen an Ihnen vorbeizogen?
2. Was haben Sie nicht, was die anderen Gruppen haben?
3. Fühlen Sie sich ungerecht behandelt?
4. Was bedeutet für Sie Gerechtigkeit?

Die Gruppe „Mittelfeld“

Bitte bleiben Sie noch eine kurze Zeit in Ihrer Rolle und beantworten Sie die folgenden Fragen zunächst individuell; dann tauschen Sie sich in Ihrer Gruppe untereinander aus. Was fällt Ihnen bei Ihren verschiedenen Rollen auf; gibt es Gemeinsamkeiten?

1. Wie haben Sie sich gefühlt, als die anderen an Ihnen vorbeizogen / als Sie andere überholten?
2. Was haben Sie anderes, als die Gruppe der „Voranschreiter“ und der „Zurückgebliebenen“?
3. Fühlen Sie sich ungerecht behandelt?
4. Was bedeutet für Sie Gerechtigkeit?

Die Gruppe der „Voranschreiter“

Bitte bleiben Sie noch eine kurze Zeit in Ihrer Rolle und beantworten Sie die folgenden Fragen zunächst individuell; dann tauschen Sie sich in Ihrer Gruppe untereinander aus. Was fällt Ihnen bei Ihren verschiedenen Rollen auf; gibt es Gemeinsamkeiten?

1. Wie haben Sie sich gefühlt, als Sie andere überholten?
2. Was haben Sie, was die anderen Gruppen nicht haben?
3. Fühlen Sie sich ungerecht behandelt?
4. Was bedeutet für Sie Gerechtigkeit?

B 3 „ARMUT MACHT UNS ALLE ÄRMER!“ SCHWEIGEDISKUSSION

Ziel: Spontane Gedanken und Assoziationen zum Wirkungszusammenhang Armut und Krankheit herstellen, in nonverbaler, schriftlicher Art der Auseinandersetzung, anonyme Aussagen möglich, daher große Offenheit

Teilnehmerzahl: unbegrenzt

Zeitrahmen: 15 - 30 min., je nach Größe der Gruppe

Methoden: Interaktion durch schweigende schriftliche Assoziationen

Material: mehrere große Papierbögen mit provokativem Satz / Aussage, mehrere Stifte und Marker, Tische

Einführung:

Schweigende Diskussionen haben sich insbesondere bei Jugendlichen bewährt. Viele machen sich Gedanken, der Raum für Diskussionen ist aber nicht immer gegeben. Manche haben auch Hemmungen, ihre Gedanken zu äußern. Hier hat jeder Raum sich zu äußern und andere können dazu Stellung beziehen. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass flapsige Bemerkungen oder abfällige Aussagen bei der geschriebenen Antwort eher ausbleiben.

Ablauf:

1. Schweigediskussion

Die Auszubildenden werden in Kleingruppen aufgeteilt. Jede Gruppe begibt sich an einen Tisch. Dort liegt ein großer Bogen Papier, auf dem in der Mitte ein provokativer Satz oder ein Wort steht.

Beispiele für Sätze:

- Krankheit hat nichts mit Armut zu tun.
- Wer arm ist, ist selber schuld.
- Armut macht krank.
- Überbevölkerung macht die Armen noch ärmer.
- Armut macht uns alle ärmer.

Reihum schreiben die Auszubildenden nun ihre Gedanken zu den Sätzen auf.

Folgende Regeln sind dabei zu beachten:

- Es darf nicht geredet werden
- Mehrere Personen dürfen gleichzeitig schreiben
- Keiner darf unterbrochen werden
- Alle schriftlichen Assoziationen und Aussagen sind erlaubt
- Aussagen von anderen dürfen kommentiert, aber nicht durchgestrichen werden
- Von Zeit zu Zeit sollte das Blatt gedreht werden oder die Gruppe wandert um den Tisch, damit alle die Aussagen lesen können.

2. Ergebnisse sichern

Nach ca. 10-15 min. kann jedes Gruppenmitglied den für sich wichtigsten Satz hervorheben (durch farbige oder Leuchtstifte). Diese Unterstreichungen werden in der Gruppe erläutert.

3. Reflexion

Alle kommen wieder in die große Gruppe zusammen. Der Verlauf der stillen Gruppendiskussion wird kurz von jeder Gruppe dem Gesamtplenum vorgestellt. Anschließend wird gemeinsam reflektiert, ob und wie dieser Prozess das eigene Denken angeregt und gesteuert hat.

B 4 „URSACHEN UND FOLGEN“ – PUZZLE

Ziel: Zusammenhänge zwischen Ursachen der Armut und Folgen für die Gesundheit kennen lernen und reflektieren, folgerichtige Schritte zur Vermeidung von Krankheit erkennen

Teilnehmer: unbegrenzt

Zeitraumen: ca. 60 min.

Methode: Puzzle soll zusammen gesetzt werden, Gruppendiskussion über Ursache-Wirkungszusammenhang, Schritte zur Veränderung diskutieren

Material: Wäscheleine oder Strick, Wäscheklammern, Moderationskarten verschiedener Farben, Puzzle⁴ (vergrößern und ausschneiden)

Einführung:

Nicht immer ist für uns der direkte Zusammenhang zwischen den Ursachen der Armut und Folgen für die Gesundheit direkt erkennbar. Die SchülerInnen sollen mit diesem Puzzle auf spielerische Art und Weise diese Zusammenhänge besser verstehen und für die Arbeit mit ihren Patienten sensibilisiert werden. Der Ursache-Wirkungszusammenhang ist dabei nicht linear zu verstehen. Es geht eher um das Verständnis der zahlreichen Einflussfaktoren, die sich gegenseitig bedingen. Ein falsches Ergebnis einer Gruppe gibt es dabei nicht. Es sollte deutlich werden, dass eine rein lineare Wirkungskette nicht auszumachen ist und damit auch die Maßnahmen sehr unterschiedlich aussehen müssen. Diese sollten im gemeinsamen Gespräch reflektiert werden.

Ablauf:

1. Es werden Kleingruppen gebildet. In diesen Gruppen wird zunächst versucht, eine Auflistung der Ursachen von Armut und Folgen für die Gesundheitsversorgung zu erstellen. Die einzelnen Schritte werden auf einzelne Karten geschrieben und an eine Wäscheleine in der Reihenfolge aufgehängt, die die SchülerInnen erarbeiten. Diese werden kurz im Plenum vorgestellt, aber noch nicht kommentiert oder diskutiert.

2. Wieder zurück in den Kleingruppen werden die Puzzleteile auf der Erde oder dem Tisch (je nach Größe) verteilt. Das Puzzle soll in der Gruppe gemeinsam zusammengesetzt werden. Es kann aufgeklebt und im Raum ausgestellt werden.

3. In der Kleingruppe sollen die Ursachen der Armut und die Folgen für die Gesundheit nun anhand des Bildes, was sich im Puzzle darstellt, diskutiert werden. Die Gruppe soll versuchen, eine neue Ursache-Wirkungskette zu erstellen. Danach werden diese beiden Ketten untereinander gehängt verglichen. Dies kann in der Kleingruppe oder im Plenum gemeinsam geschehen.

B 5 „ARMUT MACHT KRANK“ KAUSALITÄTENNETZ

Ziel: Die Methode „Kausalitätenetz“ eignet sich hervorragend zur Ursachenklärung eines jeden Problems. Es wird gemeinsam eine fundierte Analyse des Problems vorgenommen. Zusammenhänge und Widersprüche können aufgedeckt werden.

Teilnehmerzahl: max. 8, bei größeren Gruppen sollte in Kleingruppen gearbeitet werden. Auch zu dritt kann man ein Problem so systematisch analysieren. Die Methode braucht eine / n gute / n Moderator / in.

Zeitraumen: ca. 1 Stunde

Methode: Problemanalyse in der Gruppe

Material: große Bögen Papier, Marker, Beispiel für Kausalitätenetz zur Erläuterung

Hintergrund zur Entstehung der Methode:

Ein chilenischer Ökonom entwickelte dieses Modell während seiner Inhaftierung nach dem Militärputsch. Er wollte verschiedene Faktoren, die die Wirtschaft beeinflussen, aufschlüsseln. Er begann nach den Ursachen für diese Faktoren zu suchen. Eine argentinische Psychologin bearbeitete diese Methode und machte sie zunächst für die Psychologie, später dann für jegliche Ursachenforschung nutzbar.

Ablauf:

1. Problemnennung

Die Gruppe benennt das gemeinschaftlich bestehende Problem, was es zu analysieren gilt. Wichtig ist, dass alle das Problem gleichermaßen als Problem erkennen.

2. Symptombenennung

Die wichtigsten Symptome des Problems werden diskutiert und benannt (Wie äußert sich das Problem ganz konkret?). Symptom und Problem werden in die Tabelle eingetragen.

3. Argumentationskette

Jedes einzelne Symptom wird mit der immer wieder kehrenden „WARUM“-Frage aufgeschlüsselt, bis die Gruppe ein weiteres Fragen nicht mehr für sinnvoll erachtet oder die Antworten zu allgemein oder global erscheinen.

4. Bau des Netzes

Es werden nun in den Ketten die Verbindungen untereinander aufgebaut, Pfeile für Beziehungen, Einflussnahmen und Widersprüche eingetragen.

5. Gegenprobe

Jede einzelne Argumentationskette wird von der letzten Antwort her rückläufig überprüft (Kontrollfrage: Beseitige ich jedes dieser Argumente, gelange ich dann wirklich zur Beseitigung des Symptoms?)

6. Kritische Knotenpunkte

In einer kritischen Auseinandersetzung mit dem aufgebauten Gesamtnetz sucht die Gruppe die entscheidenden Punkte heraus, die das Problem bzw. die Symptome stark beeinflussen oder die zur Beseitigung des Problems am meisten beitragen.

7. Planungsprozess

Mit den herausgenommenen Punkten beginnt nun die konkrete Planung zur Beseitigung des Problems.

Kausalitätennetz Beispiel:

Gesundheitspromotoren aus Nuevo Gualcho / Chalatenango / El Salvador 1992

Problem: Der Alkoholismus in Nuevo Gualcho

Symptome des Problems	Kausalitätennetz: WARUM-Frage	
1. Männer liegen auf der Straße	Weil sie zu viel Schnaps trinken und betrunken sind	weil sie diese schlechte Angewohnheit haben
		weil sie Probleme haben
2. Familienprobleme: <i>a) die Männer schlagen die Frauen</i>	weil die Männer Schnaps kaufen	
	weil sie zu viel Schnaps trinken	
	weil sie eifersüchtig sind	
<i>b) schlechte Behandlung der Kinder</i>	weil sie ihre Wut an den Kindern auslassen	weil sie getrunken haben
<i>c) schlechtes Vorbild für die Kinder</i>		weil sie wütend sind auf die Frau und die Kinder
<i>d) ungenügende Kommunikation in der Familie</i>		
<i>e) zwischenmenschliche Probleme</i>	Weil sie Nachbarn schlecht behandeln, sie schnell wütend und unzurechenbar werden	Weil der Alkohol ihre Persönlichkeit verändert
3. Administration der Finanzen innerhalb der Familie ungenügend	weil die Männer das Geld verwalten und zu viel Alkohol kaufen	weil er sich als Chef des Hauses fühlt und seine Stellung als Mann ausnutzt

weil sie abhängig sind			
weil Mutter oder Kind gestorben sind	weil Krieg ist	weil die Reichen die Armen unterdrückt haben	weil die Reichen immer reicher werden wollen
weil es viele Krankheiten gibt	weil sie nicht sehr gesund leben	weil sie keine ausreichende Hygiene haben	weil sie sich nicht ausreichend waschen, das Essen nicht abdecken, keine Latrinen nutzen
			wegen unzureichender Bildung und fehlender Mittel
weil sie nicht reden	weil sie überfordert sind		
weil der Machismus traditionell stark verankert ist	weil die Gesellschaft dieses Männerbild stützt		



Übungen zum Thema Weltgesundheitsstrukturen finden Sie auf unserer Lernplattform

[illegible]

C SOZIALE UNTERNEHMENSVERANTWORTUNG

Wie Modul 1 und 2 gezeigt haben, sind Krankheiten auf der Welt extrem ungleich verteilt und Menschen sind aufgrund ihrer schlechten ökonomischen Situation von der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen.

Tagtäglich haben die Auszubildenden in ihrer Arbeit mit Medikamenten zu tun. Diese werden von wenigen großen Konzernen hergestellt und vermarktet. Doch gerade für Menschen in Ländern des Südens, die ohne Krankenversicherung leben, bleibt der Zugang zu Medikamenten oft verwehrt oder sie werden als Forschungsmasse von Pharmakonzernen missbraucht (C 5).

Internationale Pharmaunternehmen werden zunehmend auf Druck der Medien und zivilgesellschaftlicher Aktivitäten mit ihrer sozialen Verantwortung konfrontiert, sowohl bei ihrer nationalen Geschäftstätigkeit als auch bei ihren internationalen Aktivitäten. Nicht nur die Anteilseigner erheben Ansprüche an die Unternehmen, sondern auch andere Gruppen treten mit ihren Forderungen an internationale Unternehmen heran.

Insbesondere in Ländern des Südens werden internationale Pharmakonzerne für ihre oftmals unsozialen Geschäftspraktiken kritisiert. Im Modul sollen nicht nur themenspezifische Definitionen (z.B. Corporate Social Responsibility) und Kenntnisse über internationale Vereinbarungen vermittelt werden, sondern auch ein Blick hinter die gängige Unternehmenspraxis geworfen werden. Zur Erlangung eines ganzheitlichen Verständnisses werden die Perspektiven unterschiedlicher Akteure dargestellt, d.h. Forderungen von internationalen Organisationen ebenso wie Auszüge aus den Unternehmensberichten werden im Rahmen von Gruppenübungen diskutiert. Praxisbezogene Fallstudien dienen der Veranschaulichung der abstrakten Sachverhalte und bringen so den Auszubildenden und SchülerInnen die wichtige Rolle von Pharmaunternehmen in Entwicklungsländern näher. Die Möglichkeit der Übernahme von verschiedenen Rollen in den Übungen unterstützt die Auszubildenden bei der Erlangung einer eigenen Position (C1 - C4).



Übungen zum Thema Einflussnahme von und auf Unternehmen der Pharmaindustrie finden Sie auf unserer Lernplattform

C 1 GESCHÄFTSPRAKTIKEN DER PHARMAUNTERNEHMEN

Ziel: Die Schüler/innen sollen ein Bewusstsein dafür entwickeln, dass viele Menschen auf der Welt keinen Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten haben. Sie setzen sich außerdem mit der zunehmenden Bedeutung von Pharmakonzernen auseinander.

Zielgruppe: beliebig

Zeitraum: ca. 40 Minuten

Methode: Textarbeit und Diskussion

Material: Textausschnitte, Arbeitsblatt „wichtige Berufe“

Einführung

Viele Pharmaunternehmen sind in der Kritik von Nichtregierungsorganisationen, Patientenverbänden und zum Teil auch von Regierungen und Internationalen Organisationen, da sie zum einen lebensnotwendige Medikamente nicht entwickeln und zum anderen nicht zulassen, dass Generika ihrer Produkte in Ländern, die sich die Originalprodukte nicht leisten können, verkauft werden.

Ein sehr aktueller Fall ist der von Novartis, einem Schweizer Pharmakonzern. Der Konzern hat die indische Regierung verklagt, die ein Nachahmerprodukt von einem Leukämie-medikament nicht vom Markt nimmt. Es ist das erste Mal, dass ein Pharmakonzern eine Regierung verklagt.

Ablauf

Die Auszubildenden/SchülerInnen teilen sich in Kleingruppen auf und erhalten je einen Textausschnitt (Stellungnahmen zum Fall entweder von Novartis oder einer Nichtregierungsorganisation). Ihr Arbeitsauftrag ist, die wichtigsten Argumente aus dem jeweiligen Text herauszufinden. Jede Gruppe bestimmt eine/n Sprecher/in, die an einer (fiktiven) Podiumsdiskussion teilnimmt. Während der Diskussion sollen die Positionen und Argumente ausgetauscht werden. Der Lehrer/die Lehrerin übernimmt die Rolle der Moderation. Wichtige Begriffe werden auf Arbeitsblatt C1 erklärt.

Für die Auswertung können folgende Fragen hilfreich sein:

- Konnte ich „meine“ Position gut darstellen?
- Hat Novartis das Recht, die Regierung zu verklagen?
- Sollten Medikamente in armen Ländern frei zugänglich sein?
- Sind Patente auf Medikamente sinnvoll?
- Sollten Patente auch für Entwicklungsländer gelten?
- Wie sollten sich Pharmaunternehmen in Entwicklungsländer verhalten?
- Ist eine kostenlose Medikamentenabgabe sinnvoll?

Außerdem ist es wichtig zu betonen, dass nicht nur Novartis in der Kritik steht sondern viele Pharmakonzerne.



Textausschnitte

Position oxfam

Novartis-Klage bedroht Zugang zu bezahlbaren Medikamenten für Millionen Menschen. Novartis hat zwei Gerichtsverfahren gegen Indien angestrengt, nachdem das Land ein Patent auf das Krebsmittel Glivec abgelehnt hatte. Novartis ficht auch einen Absatz im indischen Patentgesetz an, der die Produktion von Nachahmermedikamenten (Generika) fördern soll. Solche Generika ermöglichen armen Menschen überhaupt erst eine medikamentöse Behandlung. Das Gesetz gestattet Indien, ein Patent auf geringfügige Weiterentwicklungen eines bereits bekannten Medikaments abzulehnen. In Ländern wie USA haben Unternehmen alte Medikamente leicht verändert und wieder patentiert, um ihr Monopol zu verlängern und so Generika vom Markt fernzuhalten. Indiens Gesetz stellt hingegen sicher, dass diese Praxis nicht den Zugang zu erschwinglichen Generika blockiert.

Oxfam ist der Auffassung, dass Indiens Patentgesetz ein wichtiges Schutzinstrument für die öffentliche Gesundheit darstellt und den Vereinbarungen im Rahmen der WTO entspricht. Indische Generika sind entscheidend für die Gesundheitsversorgung auch in anderen Entwicklungsländern. Indien ist der weltgrößte Produzent und Exporteur von Generika, insbesondere nach Afrika. Mehr als die Hälfte der Medikamente, die für die Behandlung von HIV und AIDS in Entwicklungsländern eingesetzt werden, kommen aus Indien. Das Markenmedikament Glivec kostet in Indien 27.000 Dollar pro Patient und Jahr, die generische Version hingegen nur 2.000 Dollar.

Sollte Novartis das Verfahren gewinnen, ist der Zugang zu lebenswichtigen, erschwinglichen Medikamenten gegen Aids und andere Krankheiten in Gefahr.

Daher muss Novartis seine Klage zurückziehen, fordert die internationale Entwicklungsorganisation Oxfam.

„Novartis behauptet, es wolle lediglich sein geistiges Eigentum auf sein einziges Medikament schützen. Aber in Wahrheit ist dies ein direkter Angriff auf Indiens souveränes Recht, die öffentliche Gesundheit zu schützen“, so Corinna Heineke, Koordinatorin der Medikamentenkampagne bei Oxfam Deutschland.

Novartis erklärt, dass es Glivec gratis an arme Patienten abgibt. Oxfam hält dies nicht für eine nachhaltige Form der Medikamentenversorgung. „Novartis kann nicht garantieren, dass den 24.000 Menschen in Indien, bei denen jedes Jahr neu Leukämie diagnostiziert wird, Glivec lebenslang umsonst zur Verfügung gestellt wird. Unternehmerische Wohltaten sind schön und gut, aber der Wettbewerb durch Generika ist erwiesenermaßen das wirksamste Mittel, um Medikamentenpreise bezahlbar zu halten“, führt Heineke aus.

Quelle: www.oxfam.de/a_611_presse.asp?id=243, Download vom 22.02.2007

Position „Ärzte ohne Grenzen“

„Novartis versucht, die Apotheke der Armen zu schließen“, sagte Unni Karunakara, medizinischer Direktor der Medikamenten-Kampagne von Ärzte ohne Grenzen am Montag auf einer Pressekonferenz in Neu Delhi. „Indische Generika sind das Rückgrat unserer HIV / Aids-Programme in 30 Ländern. Von den mehr als 80.000 Patienten, die wir behandeln, erhalten 80 Prozent indische Nachahmerprodukte. Wir können nicht zulassen, dass Novartis ihnen den Versorgungshahn zudreht.“

Gemäß dem Abkommen der Welthandelsorganisation zum Schutz des geistigen Eigentums (TRIPS-Abkommen) gewährt Indien seit 2005 Patente auf Medikamente. Gleichzeitig nutzt die indische Regierung jedoch, der ebenfalls durch die Welthandelsorganisation verabschiedeten Erklärung von Doha folgend, vorhandene Schutzmechanismen zur Sicherstellung des Medikamentenzugangs und der öffentlichen Gesundheit.

Quelle: www.aerzte-ohne-grenzen.de/Presse/Pressemitteilungen/2007/Pressemitteilung-2007-01-29.php, Download vom 22.02.2007

„Was wir brauchen, ist eine komplett neue Strategie des Medikamentenzugangs“, sagt Tido von Schön-Angerer, Direktor der Medikamentenkampagne von Ärzte ohne Grenzen. Die Aidsbehandlung in Entwicklungsländern ist heute nur durch kostengünstige Nachahmerpräparate, so genannte Generika, möglich. Wenn die Versorgung mit Generika auch von neueren Medikamenten nicht garantiert wird, werden die Kosten explodieren und die Programme weltweit zusammenbrechen. Regierungen, Pharmaindustrie und internationale Organisationen tun entschieden zu wenig, um diese Katastrophe aufzuhalten.“

Der Wettbewerb mit Generikaherstellern hat in den vergangenen Jahren dazu geführt, dass die Preise für einige Aidsmedikamente der ersten Therapielinie von rund 10.000 US-Dollar auf 130 US-Dollar pro Patient und Jahr gefallen sind. Da Schlüsselländer der Generikaproduktion wie Indien jedoch seit dem Jahr 2005 Patentschutz auf Medikamente gewähren müssen, wird sich diese Preisentwicklung für viele neuere Wirkstoffe nicht wiederholen lassen.

Quelle: www.aerzte-ohne-grenzen.de/Presse/Pressemitteilungen/2006/Pressemitteilung-2006-11-29.php, Download vom 22.02.2007

Stellungnahme Novartis

... Novartis betont, dass es dem Unternehmen im aktuellen Fall ausschließlich um dem Schutz geistigen Eigentums geht und keinesfalls um die Behinderung des Zugangs zu Medikamenten. Angesichts seines vielfältigen sozialen Engagements ist Novartis erstaunt, dass einige Personengruppen diese unterschiedlichen Sachverhalte miteinander verwechseln. In Indien erhalten derzeit 99 Prozent aller mit Glivec® behandelten Patienten das Medikament von Novartis kostenfrei.

Mit seiner Klage setzt sich Novartis für die Gewährung des Patents für Glivec® in Indien ein. Damit will das Unternehmen auch den Weg für Innovationen ebnen. Durch Patente können Leben gerettet werden, weil sie Innovationen und damit pharmazeutischen Fortschritt fördern. Nur ein funktionierendes Patentrecht schafft auch die nötigen Anreize für Unternehmen wie Novartis, Innovationen für den Patienten und die Gesellschaft zu entwickeln ...

... Der Abschnitt über den grundsätzlichen Zugang zu Medikamenten, wie er im indischen Patentrecht verankert ist, wird von Novartis nicht angefochten. Dem Unternehmen geht es allein um die Anfechtung jenes Teils des indischen Patentrechts, auf dessen Grundlage die Entscheidung zur Ablehnung des Patentschutzes für Glivec gefällt wurde...

... In Indien erhalten zur Zeit mehr als 6.600 Patienten Glivec® über das Patientenhilfsprogramm (GIPAP) kostenfrei. Dies unterstreicht das Engagement von Novartis für bedürftige Patienten in Indien. Weltweit unterstützt GIPAP mehr als 15.000 Patienten in 80 Ländern.

... Mit seiner Klage wendet sich Novartis gegen den Abschnitt des indischen Patentrechts, auf dessen Grundlage die Ablehnung des Patentschutzes für Glivec® in Indien erfolgte. Der Fall richtet sich indes nicht gegen die Bestimmungen, die den Zugang zu Medikamenten gemäß internationaler Handelsabkommen sicherstellen. Dies sind insbesondere das Abkommen der Welthandelsorganisation über handelsbezogene Aspekte der Rechte auf geistiges Eigentum (TRIPS: Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights) sowie die Doha Erklärung. Vielmehr unterstützt Novartis die Bestimmungen zur Gewährung des Zugangs zu Medikamenten in Entwicklungsländern. Dem Unternehmen geht es um die Anfechtung von Maßnahmen und Entscheidungen, die die Entwicklung und Einführung von Innovationen be- oder gar verhindern ...



Hintergrundinformation zur Auswertung

Der beschriebene Fall ist nicht fiktiv, sonder real. Diesmal konnte sich die indische Regierung gegen die Forderungen des Unternehmens durchsetzen.

„Novartis scheitert in Indien“ aus: Frankfurter Rundschau vom 8. August 2007:

„Der Schweizer Pharmakonzern Novartis ist mit seiner Klage gegen das indische Patentgesetz gescheitert. Novartis wollte eine Ausnahmeregelung kippen, die dem Land erlaubt, Patente für bestimmte Medikamente zu verweigern.“ Der Fall soll nun vor dem Schiedsgericht der WTO verhandelt werden.



Arbeitsblatt C 1: Wichtige Begriffe

WTO: Die Welthandelsorganisation (englisch: World Trade Organization) ist eine internationale Organisation, die sich seit 1995 mit der Regelung von Handels- und Wirtschaftsbeziehungen beschäftigt. Ziel der WTO ist der Abbau von Handelshemmnissen und somit die Liberalisierung des internationalen Handels mit dem weiterführenden Ziel des internationalen Freihandels. Zur Zeit sind 150 Länder Mitglieder der WTO. Für Entwicklungsländer gelten als Mitglieder teilweise gesonderte Vorschriften.

TRIPS: TRIPS (Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights) ist ein Abkommen über handelsbezogene Aspekte der Rechte am geistigen Eigentum. Das Abkommen regelt Gebiete wie Patente oder Urheberrechte auf internationaler Ebene.

Bedeutung von TRIPS für Entwicklungsländer: Das TRIPS-Abkommen fördert geistiges Eigentum und erzeugt dadurch oft Monopole für internationale Konzerne des Nordens. Internationale Pharmakonzerne nutzen häufig ihre Patente über Medikamente in Entwicklungsländern aus, versuchen durch minimale Veränderungen neue Patente anzumelden und verhindern so die Produktion preiswerter Generika.

Doha-Erklärung: Angesichts der Auswirkungen von TRIPS für die Medikamentenversorgung in Entwicklungsländern, wurde im November 2001 die Doha-Erklärung herausgegeben. Darin wird festgelegt, dass rechtliche Bestimmungen über geistiges Eigentum die Gesundheitsversorgung eines Landes nicht behindern dürfen, d.h. die öffentliche Gesundheit ist zu schützen und Entwicklungsländer dürfen dementsprechende Maßnahmen ergreifen, wie z.B. den Zugang für Generika erleichtern.

C 2 FALLSTUDIE NOVARTIS

Ziel: Kennenlernen des Global Compact, Überprüfung der Standards am Beispiel Novartis

Zielgruppe: beliebig

Zeitraum: ca. 40 Minuten

Methode: Lehrervortrag und Gruppenarbeit

Material: Hintergrundinformationen, Arbeitsblätter C 2/1 und C 2/2

Einführung

Nicht nur zivilgesellschaftliche Organisationen üben Druck auf Unternehmen aus, sich stärker sozial und ökologisch zu engagieren. Die Vereinten Nationen haben mit dem Global Compact („Globaler Pakt“) ein Instrument geschaffen, mit dem Unternehmen auf freiwilliger Basis ihr Engagement sichtbar und überprüfbar machen können. In der folgenden Übung lernen die Auszubildenden die Inhalte des Global Compact kennen und prüfen am Beispiel Novartis wie er sich in der Praxis darstellt.

Ablauf

Der Lehrer / die Lehrerin gibt eine kurze Einführung zur Entstehung und den Prinzipien des Global Compact. Die Prinzipien des Global Compact werden an die Wand projiziert. Anschließend erhalten die Schüler / innen zwei Arbeitsblätter. Arbeitsblatt C 2/1 enthält Auszüge aus dem Unternehmensbericht von Novartis.

Auf Blatt C 2/2 sollen die SchülerInnen ankreuzen, ob die Prinzipien des Global Compact erfüllt werden oder nicht. Im Anschluss präsentieren die SchülerInnen ihre Ergebnisse vor der Klasse.



Hintergrundinformationen zum Global Compact

Was ist der Global Compact?

Der „globale Pakt“ ist eine Vereinbarung zwischen den Vereinten Nationen, Unternehmen, Nichtregierungsorganisationen und Wissenschaftseinrichtungen. Ziel des Global Compact ist, die soziale und ökologische Verantwortung von Unternehmen zu stärken. Da nicht alle Länder auf dieser Welt die Menschenrechte achten und die Umwelt schützen, sollen die Unternehmen sich freiwillig zu mehr Verantwortung verpflichten. Um dem Global Compact beizutreten, muss sich ein Unternehmen verpflichten, die zehn Prinzipien des Global Compact einzuhalten. Viele der Prinzipien beruhen auf internationalen Vereinbarungen (z.B. der allgemeinen Erklärung der Menschenrechte oder über die Kernarbeitsnormen der Internationalen Arbeitsorganisation ILO). Doch weil sich nicht alle Regierungen an diese Regelungen halten und als Gesetze für ihre Länder verabschiedet haben, wählten die Vereinten Nationen den Weg über die Unternehmen - die häufig auch in Ländern aktiv sind, in denen gesetzliche Regelungen entweder nicht existieren oder nur ungenügend gehandhabt werden. Durch den Global Compact sollen bestimmte Standards wenigstens für die Menschen gelten, die für diese Unternehmen arbeiten.

Der Global Compact wurde vom damaligen UN-Generalsekretär Kofi Annan im Jahr 2000 initiiert. Inzwischen sind weit über 1000 Unternehmen dem Global Compact beigetreten - davon knapp 80 deutsche. Unternehmen möchten durch ihren Beitritt zur Initiative ihren KundInnen zeigen, dass sie sich verantwortungsvoll verhalten.

Mehr Informationen unter www.unglobalcompact.org

Die zehn Prinzipien des Global Compact

Menschenrechte

- Prinzip 1 Unterstützung und Achtung der internationalen Menschenrechte innerhalb ihres Einflussbereiches
- Prinzip 2 Unternehmen sollen sicherstellen, dass sie sich nicht an Menschenrechtsverletzungen mitschuldig machen

Arbeitsnormen

- Prinzip 3 Anerkennung der Vereinigungsfreiheit und das Recht auf Kollektivverhandlungen
- Prinzip 4 Beseitigung von Zwangsarbeit
- Prinzip 5 Abschaffung von Kinderarbeit
- Prinzip 6 Beseitigung von Diskriminierung

Umweltschutz

- Prinzip 7 Unterstützung des Vorsorgeprinzips bei Umweltproblemen
- Prinzip 8 Initiierung von größerer Umweltverantwortung
- Prinzip 9 Entwicklung und Verbreitung umweltfreundlicher Technologien

Korruptionsbekämpfung

- Prinzip 10 Eintreten gegen Korruption, einschließlich Erpressung und Bestechung



Arbeitsblatt C2/1 Unternehmensbericht Novartis

Arbeitsauftrag: Setzen Sie sich in Gruppen zusammen und lesen Sie den nachfolgenden Auszug aus den Richtlinien von Novartis und die Erklärung zu den 10 Prinzipien des Global Compact. Bearbeiten Sie folgende Frage: Welche Prinzipien des Global Compact will Novartis berücksichtigen? Nach der 20min. Bearbeitung stellt jede Gruppe ihre Ergebnisse der Klasse vor.

Auszüge aus dem Unternehmensbericht von Novartis.

Novartis hat sich zum Ziel gesetzt, hochwertige und qualitativ hoch stehende Produkte zu vermarkten. Forschung und Entwicklung, klinische Studien und Marketingmethoden unterliegen strengen Richtlinien, deren Einhaltung sorgfältig kontrolliert wird.

Eine weitere Priorität ist der sichere Betrieb der Produktionsanlagen. Novartis ist ständig bemüht, Emissionen und Abfallmengen zu reduzieren, um die Sicherheit und Gesundheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie der Nachbarn der Werke zu gewährleisten.

Novartis betrachtet ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Schlüssel zu ihrem Unternehmenserfolg. Ihre Personalpolitik orientiert sich an den Grundsätzen der Fairness, Offenheit und gegenseitigem Vertrauen. Novartis hat sich zum Ziel gesetzt, die Menschenrechte aller Angestellten sorgsam zu wahren, angemessene Löhne zur Deckung der Lebenshaltungskosten zu zahlen, für ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Berufs- und Privatleben einzutreten und das Grundrecht der Versammlungsfreiheit zu respektieren.

Novartis setzt sich für die Gemeinden ein, in denen sie Werke und Niederlassungen betreibt. Wie im Verhaltenskodex festgeschrieben, duldet Novartis weder Korruption noch Insider-Handel oder Behinderung des freien Wettbewerbs.

In einem weiter gefassten Verständnis ihrer gesellschaftlichen Verantwortung nutzt Novartis ihr Wissen, um zur Lösung von Gesundheitsproblemen künftiger Generationen beizutragen und weitere Erkenntnisse über die Auswirkungen von Gesundheit und Krankheit auf die Gesellschaft zu sammeln sowie sich dafür einzusetzen, dass Kranke in aller Welt Zugang zu medizinischer Behandlung erhalten.

**Arbeitsblatt C2 / 2 Novartis und der Global Compact**

Bitte kreuzen Sie an, ob Novartis den Anspruch hat, die Prinzipien des Global Compact zu erfüllen.

Menschenrechte

Prinzip 1 JA [☐] NEIN [☐]

Prinzip 2 JA [☐] NEIN [☐]

Arbeitsnormen

Prinzip 3 JA [☐] NEIN [☐]

Prinzip 4 JA [☐] NEIN [☐]

Prinzip 5 JA [☐] NEIN [☐]

Prinzip 6 JA [☐] NEIN [☐]

Umweltschutz

Prinzip 7 JA [☐] NEIN [☐]

Prinzip 8 JA [☐] NEIN [☐]

Prinzip 9 JA [☐] NEIN [☐]

Korruptionsbekämpfung

Prinzip 10 JA [☐] NEIN [☐]

C 3 FORMEN SOZIALER UNTERNEHMENSVERANTWORTUNG

Ziel: Verschiedene Formen von sozialer Unternehmensverantwortung sollen kennen gelernt werden.

Zielgruppe: beliebig

Zeitraumen: ca. 40 Minuten

Methode: Lehrervortrag, Quiz und Diskussion (um das Quiz lösen zu können, muss vorher die Einheit C1 durchgeführt worden sein)

Material: Hintergrundinformationen zu CSR, Quiz (Arbeitsblatt C 3 /1)

Einführung:

Es gibt verschiedene Wege für Unternehmen, sich über ihr Kerngeschäft hinaus zu engagieren und sich für weitreichendere soziale und / oder ökologische Ziele einzusetzen. Dieses Verhalten wird als soziale Unternehmensverantwortung oder englisch als „Corporate Social Responsibility“ (CSR) bezeichnet. Dieses Engagement ist aber rein freiwilliger Natur - es gibt keine Regeln oder Gesetze, die dieses Engagement über die bestehenden Gesetze (z.B. zum Arbeits- und Umweltschutz) hinaus verpflichtend machen. In welchem Rahmen die Unternehmen dieser Form der Verantwortung nachkommen, bleibt allein ihrer Strategie überlassen.

Dem Global Compact beizutreten, ist eine Möglichkeit für Unternehmen, nach außen sichtbar zu machen, dass sie sich für die Einhaltung internationaler Standards einsetzen.

Ablauf:

In einem kurzen Vortrag wird erläutert, welche weiteren Formen es für Unternehmen neben dem Global Compact gibt, sichtbar zu machen, dass sie sich an internationalen Standards orientieren.

Im Anschluss wird die Klasse in fünf Gruppen eingeteilt. Jede Gruppe bekommt ein Quiz zu den verschiedenen Formen sozialer Unternehmensverantwortung und füllt es gemeinsam aus (10 min.). Danach werden die Ergebnisse in der Klasse verglichen. Für jede richtige Antwort erhält die Gruppe einen Punkt - die Gruppe mit den meisten Punkten hat gewonnen. In der abschließenden Diskussion überlegen Sie gemeinsam, das Für und Wider von sozialer Unternehmensverantwortung. Warum beteiligen sich Unternehmen überhaupt an CSR-Projekten?

Einige Stichworte dazu:

hohe Kosten, Imagegewinn, Imageverlust, weniger Kunden, mehr Kunden, zufriedene PatientInnen, billigere Therapiekosten, Schaden für die Umwelt, Umweltschutz, bessere Versorgung in Entwicklungsländern, weniger Gewinn, unzufriedene Aktionäre, zufriedene Stakeholder ...



Hintergrundinformationen zu CSR

Was bedeutet soziale Unternehmensverantwortung (CSR)?

Corporate Social Responsibility (CSR) bezeichnet ein Konzept, das den Unternehmen als Grundlage dient, auf freiwilliger Basis soziale Belange und Umweltbelange in ihre Unternehmenstätigkeit zu integrieren (vgl. Grünbuch der Europäischen Kommission 2001). Unternehmen können und sollen durch ihre soziale Verantwortung einen Beitrag zur Erreichung sozialer und ökologischer Ziele leisten.

CSR bezieht sich unternehmensintern auf die MitarbeiterInnen und unternehmensextern beispielsweise auf Lieferanten, Kunden und die Umwelt. Die Unternehmen sollen zum einen entlang ihrer Wertschöpfungskette bestimmte Werte und Normen einhalten und zum anderen gesellschaftliche Belange wie Umweltschutz unterstützen. Die soziale Verantwortung der Unternehmen ist nicht auf deren Heimatland begrenzt, sondern gilt ebenso für deren internationale Aktivitäten und Partner.

Es gibt viele Möglichkeiten für Unternehmen, ihr Verantwortungsbewusstsein nach außen zu demonstrieren. Die drei wichtigsten sind:

- Verhaltenskodizes
- Teilnahme am Global Compact
- Anerkennung der OECD-Leitsätze

Verhaltenskodizes (codes of conduct):

freiwillige Verhaltensrichtlinien eines einzelnen Unternehmens

Teilnahme am *Global Compact* (unternehmensübergreifend):

siehe Hintergrundinformationen Global Compact auf S. 35

Anerkennung der *OECD-Leitsätze* für multinationale Unternehmen

Die Leitsätze sind Empfehlungen an multinationale Unternehmen (Unternehmen, die in vielen Ländern Geschäftsstellen haben und dort z.B. Medikamente herstellen lassen).

Die Beachtung der Leitsätze ist freiwillig. Die Leitsätze sollen überall dort gelten, wo die Unternehmen ihre Geschäftstätigkeit ausüben. Die vereinbarten Prinzipien beziehen sich auf folgende Bereiche:

Arbeit und Beschäftigung sowie die Beziehungen zwischen den Sozialpartnern, Menschenrechte, Umwelt, Offenlegung von Informationen, Bekämpfung von Korruption, Wettbewerb, Verbraucherinteressen, Wissenschaft und Technologie, Besteuerung.

**Arbeitsblatt C3/1 Quiz: Wahr oder falsch?**

Arbeitsauftrag: Lesen Sie sich die 10 Sätze gründlich durch und diskutieren in der Gruppe, ob die Aussagen wahr (w) oder falsch (f) sind. Tragen Sie dann den entsprechenden Buchstaben hinter dem Satz ein.

1. Das Unternehmen ist nur für Aktivitäten im Heimatland verantwortlich [_]
2. Unternehmen sollen sich im Rahmen des Global Compact gegen Korruption einsetzen [_]
3. Die Entwicklungsländer sind abhängig von Medikamenten aus den Industriestaaten [_]
4. Missachtung der OECD-Leitsätze führen für Unternehmen zu gerichtlichen Konsequenzen [_]
5. Internationale Pharmaunternehmen sollen möglichst viele Kinder in den Entwicklungsländern beschäftigen [_]
6. Freiwillige Verhaltensrichtlinien sollen Unternehmen dabei helfen, keine Medikamente mehr in Entwicklungsländer zu verkaufen [_]
7. Generika sind für Menschen in der Einen Welt unerschwinglich [_]
8. Mitglied der WTO können Entwicklungs- und Industrieländer werden [_]
9. Die Doha-Erklärung dient dem Schutz der öffentlichen Gesundheit [_]
10. Pharmaunternehmen müssen sich nur um Menschen, aber nicht um die Umwelt kümmern [_]

C 4 UNTERNEHMENSMESSSE

Ziel: Überprüfung des Engagements von Pharmaunternehmen in Entwicklungsländern.

Zeitraumen: 4 Stunden

Methode: Internetrecherche, Dokumentenanalyse, Postererstellung

Materialien: Internetadressen

Einführung

Sie haben nun schon viel über soziale Unternehmensverantwortung gehört. Jetzt wollen wir wissen: Was machen Unternehmen wirklich? Was tun sie alles für Entwicklungsländer? Als wichtigste Informationsquelle dient der Geschäftsbericht oder Nachhaltigkeitsbericht der Unternehmen. Dieser Bericht enthält alle Zahlen und Fakten, die sich auf das vergangene Geschäftsjahr beziehen.

Ablauf:

Teilen Sie sich in verschiedene Kleingruppen auf und suchen Sie einen Geschäftsbericht eines Pharma-Unternehmens Ihrer Wahl im Internet (z.B. Novartis, Böhlinger-Ingelheim, Bayer).

Dann durchsuchen Sie den Bericht nach Aktivitäten des Unternehmens in Entwicklungsländern. Was tun die Unternehmen zur Verbesserung der Situation der Entwicklungsländer? Erstellen Sie dazu ein großes Plakat mit allen wichtigen Informationen. Alle Plakate werden an Stellwände oder an die Wand gehängt. Die Klasse besucht dann die „Messe“ und liest sich alle Plakate durch.

Am Ende des Tages können Sie einem Unternehmen den „Preis für Soziale Unternehmensverantwortung in Entwicklungsländern“ verleihen.

Unternehmensberichte:

Bayer

Geschäftsbericht 2006: S. 71 - 75

Nachhaltigkeitsbericht 2005: S.6+7, 19, 36, 49+50, 56, 86+87

www.bayer.de

Novartis:

Geschäftsbericht 2006: S. 61 - 69

www.novartis.ch

Böhringer-Ingelheim:

Geschäftsbericht 2006: S. 10, 12, 59, 78, 101, 111, 113

www.boeringer-ingelheim.de

Pfizer:

http://www.pfizer.de/unternehmen/thema_11_3.htm

http://www.pfizer.de/unternehmen/thema_11_1.htm

Sanofi-Aventis:

http://www.aventis-foundation.org/_de/foundation/geschaeftsberichte/download/

S. 4: <http://www.sanofi-aventis.de/live/de/de/>

C 5 FILM AB: DER EWIGE GÄRTNER

Ziel: Auszubildende werden mit Aktivitäten von Pharmaunternehmen konfrontiert und lernen, wie sie sich gegen unsoziale Praktiken wehren können.

Zielgruppe: ab 16 Jahre

Zeitraumen: 2,5 Stunden

Methode: Film

Material: Der Film ist innerhalb Berlins kostenfrei im EPIZ ausleihbar.

Basierend auf einer wahren Geschichte zeigt der Film, wie ein Medikament an afrikanischen Menschen getestet wird und großen Schaden anrichtet.

Ablauf:

Als Vorbereitung für die anschließende Gruppendiskussion erhalten die Schüler/innen / Auszubildenden folgende Fragen:

- Um welche Krankheit geht es in dem Film?
- Um welches Unternehmen geht es?
- Welche Nichtregierungsorganisation setzt sich für die Bevölkerung Afrikas ein?
- Welche Missstände / Praktiken der Pharmaunternehmen werden aufgedeckt?

Anregungen für die Gruppendiskussion:

- Ist dies übertriebenes Hollywoodkino oder kann dies möglich sein?
- Wer kann der Bevölkerung helfen?

[illegible]

D KULTURSENSIBLE PFLEGE

In diesem Modul geht es darum, den Blick zu öffnen für die Begegnung mit Menschen aus anderen Kulturkreisen. In einem Planspiel können die Auszubildenden einen vermeintlich interkulturellen Konflikt in einem Krankenhaus nachspielen. Dabei geht es zum einen darum, den Perspektivwechsel anzuregen und das Verständnis für die komplexen Strukturen im Krankenhaus zu erhöhen. Lernziel ist darüber hinaus, stärker auf Gemeinsamkeiten als auf Unterschiede zu achten und neue Erklärungsmuster für „Kulturkonflikte“ zuzulassen.

D 1 KONFLIKT IM KRANKENHAUS? ROLLENSPIEL

Ziel: Sensibilisierung für interkulturelle Konflikte, Anregung Perspektivwechsel

Zielgruppe: Auszubildende der Krankenpflege

Teilnehmerzahl: Mindestens 15, max. 25

Zeitraumen: ca. 6 Stunden

Methode: Rollenspiel

Material: Rollenkarten, Requisiten (Arzt Kittel, Stethoskop, Schlafanzüge ...),
Stifte und Zettel

Ablauf

Spieleinführung (30 - 45 Minuten)

Spiel (ca. 3 Stunden)

Auswertung (ca. 2,5 Stunden)

Einführung

Ziel des Spiels ist, Konflikte, die durch interkulturelle Begegnungen entstehen können, zu erkennen und Lösungsmöglichkeiten gemeinsam zu suchen. Dabei ist es wichtig, dass alle Interessengruppen vertreten sind und sich die einzelnen SpielerInnen in die Rollen hinein versetzen, um so Perspektivwechsel und ein Nachdenken über die eigene Handlungslogik anzuregen. Wichtig ist dabei auch, dass in der Auswertung weitere Ursachen für den dargestellten Konflikt im Krankenhaus gesucht werden, um die Wahrnehmung von Patientinnen und Patienten nicht auf das Merkmal „MigrantIn“ zu reduzieren.

Vorbereitung

Vor Beginn des Spiels sollten 4 Räume als Zimmer im Krankenhaus andeutungsweise eingerichtet werden - je echter die Räume aussehen, desto leichter wird es den TeilnehmerInnen fallen, sich auf das Spiel einzulassen.

Sie brauchen:

- Patientenzimmer
- Arztzimmer
- Schwesternzimmer
- Pflegedienstleitung
- Für die Spielleitung sollte an einem zentralen Ort ein Tisch aufgestellt werden.
- Schwarzes Brett (zentral)

Legen Sie die Beschreibung der Ausgangssituation, die entsprechenden Rollenkarten und Requisiten in den Räumen aus. Es bietet sich ebenfalls an, Namensschilder der zu spielenden

Personen vorzubereiten. Das Anstecken des Namensschildes erleichtert die Identifikation mit der eigenen Rolle und der „Akzeptanz“ des Gegenüber mit seiner/ihrer Rolle. Bauen Sie eine kleine „Bibliothek“ auf – das ist ein Ordner mit Hintergrundtexten und Zahlen, Daten, Fakten, die für das Spiel hilfreich sein können. Die Bibliothek verbleibt bei der Spielleitung und ist dort einsehbar.

Spieleinführung

Je nachdem, wie erfahren die Auszubildenden mit Rollenspielen sind, bietet es sich vor Beginn des Spiels an, ein bis zwei aktivierende Übungen¹ durchzuführen. Dadurch können sich die Auszubildenden besser darauf einlassen, in eine andere Rolle zu schlüpfen, und ihre Kreativität und Spontaneität werden angeregt. Die Spielleitung (LehrerIn) sollte aus ein bis zwei Personen bestehen – sie sorgt während des Spiels für die Kommunikation zwischen den Gruppen und kann mit Interventionen ins Spiel eingreifen. Die Spielleitung verteilt die Gruppenkarten per Los an die Auszubildenden.

Anschließend führt sie die Auszubildenden in das Setting des Spiels ein, in dem sie das Krankenhaus Sommergrün, das dort arbeitende Personal, die Stationen etc. beschreibt, bzw. durch eine Präsentation bildlich darstellt.

Die Spielleitung schildert zu Beginn den Konflikt, der das beherrschende Thema im Krankenhaus Sommergrün ist.

Bitten Sie nun die Auszubildenden in das ihrer Rolle entsprechende Zimmer zu gehen, sich die Rollenkarten und die Spielanleitung durchzulesen. Teilen Sie allen klar und deutlich mit, wo die Spielleitung sitzt und dass Sie für Fragen zur Verfügung stehen. Verweisen Sie außerdem auf die Möglichkeit, die Bibliothek zu nutzen. Im Spiel gibt es keine Pausen. Achten Sie darauf, dass alle TeilnehmerInnen die ganze Zeit in ihrer Rolle bleiben.

Ausgangssituation

Es ist März 2007, wir befinden uns im Berliner Krankenhaus Sommergrün. Es ist Teil der privatwirtschaftlich organisierten Krankenhaus-Kette „Health Saver“. Das Krankenhaus hat 600 Betten für die vollstationäre Behandlung. Neben einer großen orthopädischen Station hat das Krankenhaus noch Stationen in den Bereichen Innere Medizin, Radiologie und Gynäkologie. An die orthopädische Station ist eine Rehabilitations-Klinik angeschlossen, für die PatientInnen aus dem ganzen Bundesgebiet anreisen.

Das Krankenhaus Sommergrün ist für seine vielfältige Küche, die auf unterschiedliche Bedürfnisse ausgerichtet ist, sehr gelobt worden und hat dafür letztes Jahr den Preis „Essen pro Gesundheit“ gewonnen. Die Krankenhausleitung legt viel Wert auf eine offene und freundliche Atmosphäre, alle Räume sind hell eingerichtet und die PatientInnen blicken ins Grüne. Aufgrund des Kostendrucks wurde viel Personal entlassen – Überstunden sind die Regel und den Pflegenden und ÄrztInnen bleibt nur wenig Zeit, sich um die PatientInnen zu kümmern.

Vor kurzem kam es zum Eklat: Ein türkischer Patient wurde von einer Krankenschwester als „Kanake“ beschimpft. Sie wurde sofort versetzt, doch der Cousin des Patienten, ein Abgeordneter der Linkspartei, hat den Vorfall publik gemacht und in der Presse eine Diskussion um die Kultursensibilität öffentlicher Einrichtungen entfacht.

¹ Es gibt zahlreiche Handbücher mit Übungsanregungen. Besonders empfehlen möchten wir das Buch „Seminar-Spiele“ von Gert Schilling

Eklat im Krankenhaus

„Ich wurde als nichtsnutziger Kanake“ beschimpft, erregt sich Yilmaz K. – ein 48-jähriger Mann, der seit über zwei Wochen im Krankenhaus Sommergrün mit einer komplizierten Fraktur des Oberschenkels liegt. Die Krankenhausleitung reagierte empört und versetzte die pöbelnde Pflegerin Monika S. umgehend auf eine andere Station und distanzierte sich von solchen Äußerungen: „Alle Menschen werden bei uns empathisch und professionell versorgt“, so Bernd Wortkarg von der Krankenhausleitung.

Doch die Familie K. ist verärgert. Wer garantiert ihnen, dass sie in Zukunft nicht mehr beschimpft werden? „Hier ist sicherlich Vertrauensaufbau notwendig“, so Herr Wortkarg. Die Pflegerin hingegen sieht sich im Recht: Ständig war Besuch da, immer drei auf einmal und dann dieser Gestank: Wir sind auch so schon vollkommen überlastet – Extrawürste können wir uns nicht erlauben“. Dennoch ist sie froh über die Versetzung – in die Pathologie. Leichen kriegen gewöhnlich keinen Besuch ...

Aus der „Neuen Berliner Zeitung“ vom 23. März 2007

Auch wenn die Krankenpflegerin versetzt wurde, schwelt der Konflikt weiter.

Die PflegerInnen aus Team 2 der orthopädischen Station haben sich bei der Pflegedienstleitung darüber beschwert, dass die Angehörigen des Patienten Yilmaz K. deutlich über die Besuchszeiten hinaus im Krankenhaus bleiben. Darüber haben sich auch der Bettnachbar Schulze und seine Frau beschwert. Sie haben sich bereits an die Patientenführsprecher gewandt, um zu erreichen, dass immer nur eine Person zu Besuch ist und auch mitgebrachtes Essen im Zimmer nicht gegessen werden darf.

Die zuständigen ÄrztInnen sind unterschiedlicher Meinung, und auch Team 1 der PflegerInnen sieht das Problem als nicht so gravierend an. Um den Konflikt nicht zu verschärfen, hat die Krankenhausleitung für den späten Nachmittag eine Besprechung angekündigt bei der eine gemeinsame Lösung gefunden werden soll.

Aufgabenbeschreibung

Wählen Sie aus der Gruppenkarte, die Sie erhalten haben, die Person aus, die Sie gerne spielen möchten. Denken Sie sich in Ihre Rolle ein.

Stimmen Sie sich innerhalb der Gruppe ab, wie Sie vorgehen wollen. Dazu gehört, dass Sie sich Ihre Position zum Konflikt bewusst machen und Argumente sammeln, um die Position durchzusetzen.

Nach 30 Minuten können Sie Kontakt zu anderen Gruppen aufnehmen, z.B. um Verbündete zu suchen, oder erste lösungsorientierte Gespräche zu führen.

Wählen Sie eine Person aus, die die wichtigsten Spielschritte mit Uhrzeit auf dem Spielprotokoll notiert (z.B. wen sie kontaktiert haben, Inhalte des Gesprächs etc.)!

Wenn Sie Hintergrundinformationen benötigen, können Sie die Bibliothek nutzen.

Zeitlicher Rahmen / Ablauf

Die Visite (in Begleitung einer Schwester / eines Pflegers) findet ca. eine halbe Stunde nach Spielbeginn statt.

Die Besprechung zur Klärung des Konflikts findet 45 Minuten vor Spielende im Raum der Krankenhausleitung statt. Sie werden durch die Spielleitung über den genauen Zeitpunkt informiert.

Folgende Gruppen sind im Spiel vertreten

- Patient Yilmaz Kilisli mit Angehörigen
- Patient Karl-Heinz Schulze mit Angehörigen
- Krankenschwestern / -pfleger (Team 1)
- Krankenschwestern / -pfleger (Team 2)
- Ärzte / Ärztinnen Team 1
- Ärzte / Ärztinnen Team 2
- Krankenhausleitung

Wie Sie mit anderen Gruppen / Personen in Kontakt treten können

Wenn Sie mit einer anderen Gruppe in Kontakt treten wollen, schreiben Sie bitte einen Brief, der durch die Hauspost (Spielleitung) übermittelt wird.

Ausnahmen: Schwestern und ÄrztInnen können ohne Ankündigung das Patientenzimmer aufsuchen. Schwestern und ÄrztInnen können direkt miteinander kommunizieren. Die Patienten können permanent miteinander kommunizieren. Öffentliche Bekanntmachungen können Sie an das Schwarze Brett hängen.



Rollenbeschreibungen

Yilmaz Kilisli mit Angehörigen

Sie sind die Familie des Patienten und machen sich Sorgen um ihn. Sie sind sehr aufgebracht, weil er beschimpft wurde. Sie sind daran gewöhnt, sehr viel zusammen zu sein und der Meinung, dass ein Kranker am besten gesund wird, wenn er seine Familie um sich hat. Da Sie viel Zeit im Krankenhaus verbringen, haben Sie auch immer etwas Gutes zu essen dabei. Mit Herrn Schulze vom Nachbarbett sprechen Sie nicht, da er immer genervt grummelt wenn Sie kommen und demonstrativ den Fernseher lauter dreht oder seiner Frau viel sagende Blicke zuwirft. Sie haben Herrn Schulze und seiner Frau oft Essen angeboten, aber sie haben stets abgelehnt.

Bei der Besprechung bei der Krankenhausleitung können Sie zwar dabei sein, um Ihre Perspektive zu schildern, haben aber kein Stimmrecht.

Patient

Yilmaz Kilisli, 48

Sie liegen wegen eines komplizierten Beinbruchs bereits seit 2,5 Wochen im Krankenhaus. Sie betreiben einen kleinen Internet- / Telefon-Laden in Neukölln, in den ausschließlich türkische und arabische Kunden kommen.

Ihre Versicherung deckt den Aufenthalt in einem Einzelzimmer nicht ab – die Zuzahlungen können Sie sich nicht leisten.

Sie sind bereits seit 20 Jahren in Deutschland und fühlen sich hier wie zu Hause. Sie sprechen nur ungern mit weiblichen ÄrztInnen und Pflegepersonal. Sie bevorzugen aus religiösen Gründen die Betreuung durch männliches Personal, wissen aber, dass in einem Krankenhaus viele Frauen arbeiten.

Ehefrau des Patienten

Fatima Kilisli, 45

Sie sind vor 11 Jahren aus der Türkei nach Deutschland gekommen, um Ihren Mann zu heiraten. Er und ein paar entfernte Verwandte sind Ihre Bezugspersonen. Sie haben einen Deutschkurs absolviert und sprechen die Sprache recht gut. Sie würden gerne öfter Deutsch sprechen, hatten dazu aber bisher wenig Gelegenheit. Sie sind nicht überzeugt, dass Ihr Mann die bestmögliche Behandlung bekommt, außerdem kann er nicht lange seinen Laden geschlossen halten, da sonst die Kundschaft weiterzieht. Sie bringen immer etwas zu essen mit. Am liebsten würden Sie im Krankenhaus übernachten.

Cousin des Patienten

Cem Sab, 35

Sie sind Abgeordneter der Linkspartei. Sie haben die Beschimpfung publik gemacht und sich an die Presse gewandt. Sie engagieren sich schon sehr lange gegen Rechtsextremismus. Sie sprechen sehr gut deutsch und drohen gerne damit, die Presse zu informieren. Sie sind befreundet mit Schwester Silke, die auf dieser Station arbeitet und Sie auf dem laufenden hält.

Karl-Heinz Schulze mit Angehörigen

Sie sind sehr genervt von der Familie Kilisli, der viele Besuch – tagtäglich und stundenlang – stört Sie, und der penetrante Knoblauchgeruch des mitgebrachten Essens ist für Sie unerträglich. Sie möchten das Essen auch nicht probieren. Nie können Sie in Ruhe für sich sein. Ihre gemeinsame Tochter hat gegen Ihren Willen einen Türken geheiratet, deshalb hat sie nur sehr selten Kontakt mit Ihnen.

Bei der Besprechung bei der Krankenhausleitung können Sie zwar dabei sein, um Ihre Perspektive zu schildern, haben aber kein Stimmrecht.

Patient

Karl-Heinz Schulze, 57

Sie liegen wegen einer komplizierten Knieverletzung nach einem Sturz von der Leiter im Krankenhaus Sommergrün. Sie arbeiten als selbständiger Maler und sind frustriert, weil Sie nun einen großen Verdienstausschlag haben. Außerdem sind Sie verängstigt, weil Sie nicht wissen, ob Sie wieder auf der Leiter arbeiten können. Sie haben außer der Störung durch Familie Kilisli kaum Gesprächsthemen mit Ihrer Ehefrau Marianne. Ihre Versicherung deckt den Aufenthalt in einem Einzelzimmer nicht ab – die Zuzahlungen können Sie sich nicht leisten.

Ehefrau

Marianne Schulze, 55

Sie sind Hausfrau und arbeiten halbtags als Sachbearbeiterin im Grundbuchamt. Sie kommen täglich nach der Arbeit zu Besuch. Sie fühlen sich manchmal einsam und vermissen Ihre Tochter.

KrankenpflegerInnen Team 1

Sie sind die PflegerInnen von Team 1 der orthopädischen Station und können die ganze Aufregung nicht verstehen. In Ihrem Team hat es nie rassistische Bemerkungen gegeben, und mit der Versetzung der auffälligen Schwester ist die Sache für Sie erledigt. Sie hatten sowie so ständig Streit mit ihr und sind froh, dass sie nicht mehr auf Ihrer Station arbeitet. Sie sind daran interessiert, dass sich die Patient / innen auf der Station so wohl wie möglich fühlen und dazu gehört auch der Familienbesuch.

Visite -

Bitte bestimmen Sie eine Person aus der Gruppe, die den Arzt begleitet.

Sprechen Sie mit dem Arzt ab, wie er zum Konflikt steht.

Die PflegerInnen, die nicht mit zur Visite gehen, schreiben eine Gegendarstellung, in der sie zeigen, was alles im Krankenhaus gut läuft.

Die Dienstbesprechung findet zusammen mit der anderen Schwesterngruppe statt. Teilen Sie bitte auf, welche Gruppe sich um welchen der beiden Patienten kümmert!

Bei der Besprechung mit der Krankenhausleitung haben Sie eine Stimme.

Krankenschwester

Silke, 40

Sie sind eine gestandene, ruhige Frau und immer für eine sachliche Auseinandersetzung. Sie sind Mitglied der Linkspartei und eine gute Freundin von Cem (Cousin des Patienten Yilmaz Kilisli).

Schwesternschülerin

Sonja, genannt Sonni, 17

Sie machen einen Türkisch-Sprachkurs, um sich besser mit den türkischen Patient / innen verständigen zu können. Sie sind sehr aufgeschlossen und waren in den letzten Sommerferien als Rucksacktouristin in der gesamten Türkei unterwegs und begeistert über die Gastfreundschaft und Offenheit Ihnen gegenüber.

Sie finden den Trubel, der durch den türkischen Patienten und seine Familie entsteht gut und genießen ihre lebendige Art. Sie haben eher ein Problem mit Herrn Schulze, den sie schrullig und unsympathisch finden.

Krankenpfleger

Mario, 35

Sie haben Schwierigkeiten, sich für etwas zu entscheiden. Sie sind immer sehr kompromissorientiert und möchten Konflikte vermeiden. Überlegen Sie sich, wie sich der Konflikt zwischen Herrn Kilisli und Herrn Schulze am besten lösen ließe, und stellen Sie Ihre Idee bei der Teambesprechung vor.

KrankenpflegerInnen Team 2

Sie gehören zum Pfllegeteam 2 und sind genervt von den ausufernden Besuchen, dem Essen und den ständigen Klagen des Patienten. Sie fühlen sich in Ihrem täglichen Ablauf stark gestört und haben sich deshalb bei der Pflegedienstleitung beschwert. Erst gestern war es wieder unmöglich, die Ehefrau des Patienten dazu zu bewegen, nicht im Krankenhaus zu übernachten – das ist nur für die Intensivstation erlaubt. Auch möchten Sie nicht, dass die Angehörigen im Zimmer des Patienten ihr mitgebrachtes Essen verzehren. Sie sind der Meinung, dass sich die Familie des Patienten unverantwortlich verhält, da alle PatientInnen während eines Krankenhausaufenthalts viel Ruhe und Erholung benötigen. Sie können auch Herrn Schulze gut verstehen, der durch die ständigen Besuche sehr ungehalten ist.

Durch die Versetzung der Schwester fehlt Ihnen außerdem eine erfahrene Pflegekraft – durch den starken Stellenabbau in den letzten Jahren können Sie nur das Nötigste machen, für tröstende Worte fehlt Ihnen oftmals einfach die Zeit.

Visite

Bitte bestimmen Sie eine Person aus der Gruppe, die den Arzt begleitet.

Sprechen Sie mit dem Arzt ab, wie er zum Konflikt steht.

Die PflegerInnen, die nicht mit zur Visite gehen, schreiben eine Gegendarstellung, in der sie zeigen, was alles im Krankenhaus gut läuft.

Die *Dienstbesprechung* findet zusammen mit der anderen Schwesterngruppe statt. Teilen

Sie bitte auf, welche Gruppe sich um welchen der beiden Patienten kümmert!

Bei der Besprechung mit der Krankenhausleitung haben Sie *eine Stimme*.

Krankenschwester

Barbara, 37

Sie haben starke Vorurteile gegen Ausländer und sind der Meinung, dass diese sich an die Abläufe im Krankenhaus anzupassen haben.

Sie finden, dass Ruhe und Ordnung im Krankenhaus zum Wohle der Patienten unbedingt eingehalten werden müssen.

Krankenschwester

Anna, 22

Sie leben in der Nähe der neu gebauten Moschee in Berlin-Heinersdorf. Eigentlich interessieren Sie sich nicht für Politik, sind aber genervt davon, dass Sie immer durch die Muezzin-Rufe geweckt werden obwohl sie sich dringend erholen müssen.. Sie möchten nicht, dass im Zimmer gegessen wird und sind der Meinung, dass max. zwei Besuchspersonen sich insgesamt im Zimmer aufhalten sollten.

Sie haben eine heimliche Affäre mit dem Assistenz-Arzt Frank Sandholm und möchte nicht, dass das bekannt wird.

Krankenschwester

Brunhild, 53

Sie sind mit einem Libanesen verheiratet, doch die Ehe steht kurz vorm Scheitern. Sie sind genervt von ständigen Verständigungsschwierigkeiten und Missverständnissen.

Gruppe ÄrztInnen Team 1

Sie bekommen die Konflikte eher am Rande mit, Sie sind für einen kultursensiblen Umgang mit Patient / innen und sind froh, wenn die Patient / innen Besuch bekommen. Entscheiden Sie sich, wer von Ihnen *zur Visite* in das Patientenzimmer geht. Bei der Besprechung mit der Krankenhausleitung haben Sie *eine Stimme* bei der Entscheidung.

Assistenzärztin

Dr. Ruhdja Zhirasi, 35

Sie sind persischer Herkunft, haben in Deutschland studiert und sind geblieben.

Sie haben viel Verständnis für Herrn Kilisli's Bedürfnis, viel Familie zu Besuch zu haben, und finden es normal, dass Essen mitgebracht wird. Sie sind kompromissorientiert und versuchen, eine gute Lösung für beide Patienten zu finden.

Arzt in Ausbildung

Frederik Landro, 31

Sie haben einen sehr offenen Charakter. Sie haben Teile des Studiums und des Praktischen Jahres im Ausland verbracht.

Sie finden es wichtig, dass kulturelle Traditionen ausgeübt werden können.

Sie sind für ein Übernachtungsrecht der Ehefrau.

Gruppe ÄrztInnen Team 2

Sie sind der Meinung, der viele Besuch muss drastisch eingeschränkt werden. Im Mittelpunkt steht für Sie die Ruhe, die alle Patienten brauchen und Sie finden das Verhalten der Angehörigen unverantwortlich – auch gegenüber dem türkischen Patienten. Sie sind große Verfechter der Schulmedizin und halten nichts von psychologischen Erklärungen oder alternativen Heilmethoden. Ihr Interesse ist, die Symptome wirksam zu bekämpfen und die Patienten schnell zu entlassen.

Entscheiden Sie sich, wer von Ihnen *zur Visite* in das Patientenzimmer geht.

Bei der Besprechung mit der Krankenhausleitung haben Sie *eine Stimme* bei der Entscheidung.

Assistenzarzt

Dr. Frank Sandholm, 34

Sie sind karriereorientiert und wollen schnell zum Chefarzt aufsteigen. Sie sind verheiratet, haben aber eine heimliche Affäre mit Krankenschwester Anna. Sie unterstützen ihre Position, dass im Zimmer nicht gegessen werden soll und insgesamt maximal zwei Besuchspersonen im Zimmer sein dürfen.

Sie möchten Ruhe und schnelle Entscheidungen.

Oberärztin

Dr. Regine Bruchhaus, 48

Sie fühlen sich von dem türkischen Patienten nicht ernst genommen und Ihre Autorität als Oberärztin untergraben. Sie möchten, dass das Pflegepersonal professionell und effizient mit den Patienten umgeht und sich nicht in lange Diskussionen verstricken lässt.

Krankenhausleitung

Sie sind ein gemischtes Team und sehr am guten Ruf des Krankenhauses orientiert – schlechte Presse darf es nicht noch einmal geben. Außerdem müssen die Bilanzen stimmen und Sie möchten Konflikte im Team vermeiden. Sie arbeiten schon seit drei Jahren gut als Krankenhausleitung zusammen. Nun droht der Konflikt auch Ihr Team zu erschüttern. Sie sind zudem von drastischen Sparmaßnahmen betroffen: Sie mussten in den letzten Jahren immer mehr Betten abbauen, so dass alle Betten inzwischen sehr stark ausgelastet sind, zurzeit ist das Haus sogar überbelegt. Ausweichmöglichkeiten, den Patienten in ein anderes Zimmer zu legen, gibt es also nicht.

Sie berufen 45 Minuten vor Spielende eine *Sitzung* in Ihrem Zimmer ein, bei der das Problem geklärt und eine Kompromisslösung gefunden werden soll.

Wählen Sie aus Ihrer Gruppe eine Person, die die Sitzung moderiert.

Zur Abstimmung haben Sie eine Stimme. Außer Ihnen hat jede der beiden Schwestern- und Ärztgruppen eine Stimme.

Die Patienten haben keine Stimme, werden aber zur Sitzung eingeladen, um ihre Perspektive vorzutragen.

Pflegedirektorin

Verena Moog, 45

Sie sind gelernte Krankenpflegerin und haben auf dem zweiten Bildungsweg das Studium zur Diplom-Sozialwirtin (FH) erfolgreich abgeschlossen.

Sie sind am reibungslosen Ablauf im Haus und am Wohl der Patienten interessiert.

Sie setzen auf Toleranz und versuchen zwischen den verschiedenen Parteien zu vermitteln.

Sie haben engen Kontakt zu den beiden Schwestern-Teams und können die Teamzusammensetzung verändern.

Ärztlicher Direktor

Bernd Wortkarg, 47

Sie sind Facharzt für Orthopädie. Sie möchten den Ruf des Krankenhauses stärken, um möglichst in die Geschäftsführung von Health Saver einzusteigen.

Sie sprechen gerne mit der Presse und lieben öffentliche Auftritte.

Sie haben Verständnis für die Position des türkischen Patienten.

Sie haben engen Kontakt zu den Ärztekollegen.

Verwaltungsdirektorin

Gisela Zimmer, 42

Sie sind gelernte Verwaltungswirtin (FH). Sie haben wenig Verständnis für emotionale Bedürfnisse der Patienten und Angestellten. Sie legen viel Wert auf die Einhaltung der Hausordnung und der Besuchszeiten.

Spielauswertung

Geben Sie den Auszubildenden zunächst Gelegenheit, für 15–20 Minuten Abstand vom Spiel zu gewinnen und sich etwas auszuruhen.

Interaktionen und Rollenentlastung

Die Auswertung sollte in drei Phasen erfolgen:

Phase 1:

In dieser Phase geht es darum zurück zu verfolgen, wie die TeilnehmerInnen ihre Rolle erlebt haben.

Für die erste Phase der Auswertung können folgende Fragen hilfreich sein:

Welches Ziel / Welche Ziele habe ich verfolgt?

Was habe ich gemacht, um die Ziele zu erreichen?

Wie habe ich mich in meiner Rolle gefühlt?

Von wem habe ich mich (nicht) unterstützt / verraten gefühlt?

Wie war die Interaktion zwischen den Gruppen?

Hier kann ein Interaktionsprotokoll erstellt werden: Wer hat mit wem (nicht) gesprochen?

Warum war das so?

Phase 2:

Rollenentlastung

Es ist wichtig, dass die TeilnehmerInnen Gelegenheit haben, gut aus ihrer Rolle auszusteigen. Dazu bietet sich beispielsweise an, allen Beteiligten einen Gegenstand zu geben, der ein Symbol für Ihre Rolle darstellt. Reihum legen die TeilnehmerInnen ihren Gegenstand in einen Korb und geben damit auch ihre Rolle ab. Es bietet sich auch an, laut auszusprechen, dass man die Rolle nun verlässt und auch die damit verbundene Charaktereigenschaften ablegt.

Zum Beispiel: Ich bin nicht mehr Herr Schulze und ich bin jetzt auch nicht mehr so griesgrämig.

Es ist für die weitere Spielauswertung sehr wichtig, dass die TeilnehmerInnen nicht mehr aus der Logik ihrer Rolle argumentieren sondern abstrakt darüber diskutieren können.

Interkulturalität und Transkulturalität im Krankenhaus

Phase 3:

Realitätsbezug

Diese Phase kann zeitversetzt, einige Stunden oder sogar Tage später stattfinden. In dieser Phase gilt es nun abzuklären, inwieweit das Spiel Bezüge zur Realität aufweist.

Haben die TeilnehmerInnen ähnliche Konflikte bereits selbst erlebt? Könnten sie sich vorstellen, dass Ähnliches in ihrem (professionellen) Umfeld stattfindet?

Wir möchten an dieser Stelle auf das Konzept der Transkulturalität von Wolfgang Welsch verweisen. Dieses Konzept ist sehr viel durchlässiger als das der Interkulturalität. Das Konzept der Transkulturalität löst den Kulturbegriff auf, man ist durch vielfältige kulturelle Einflüsse / Prozesse geprägt nicht durch Kulturen im Sinne eines fest umrissenen gedachten Ganzen.

Die Befürworter dieses Konzepts legen großen Wert darauf zu zeigen, dass Gemeinsamkeiten zwischen Menschen und nicht ihre Unterschiede im Vordergrund stehen sollten.

Eine mögliche friedliche Beilegung des Konflikts oder eine Gemeinsamkeit könnte im Fall des Rollenspiels eine Einigung von Herrn Kilisli und Herrn Schulze auf ein gemeinsames Fernsehprogramm sein.

War es also ein „interkultureller Konflikt“, der sich im Krankenhaus Sommergrün abspielte? Überlegen Sie gemeinsam, welche anderen Ursachen für den Konflikt eine Rolle gespielt haben könnten:

- Die Einsamkeit Herrn Schulzes?
- Die finanziellen Sorgen beider Patienten?
- Die schlechte Kommunikation im Krankenhaus?
- Hierarchien, gegen die die PflegerInnen nicht ankamen?
- Netz der Gemeinsamkeiten zwischen Schulze / Kilisli entwickeln (Überlegen, welche Gemeinsamkeiten sie haben)

In der Beschäftigung mit Inter- oder Transkulturalität geht es darum, sich mit der eigenen Wahrnehmung auseinander zusetzen, Kommunikationsstrukturen zu hinterfragen und den Blick zu öffnen für Erklärungsansätze, die stärker an der Person orientiert sind als an ihrem kulturellen Hintergrund.

D 2 CHECKLISTE KULTURSENSIBLE PFLEGE

Ziel: Entwicklung einer Checkliste für das eigene Arbeitsumfeld

Zielgruppe: Auszubildende der Gesundheitsberufe

Zeitraum: ca. 1 Stunde

Methode: Partnerarbeit und Gruppendiskussion

Einführung

Auch wenn wir gerade gezeigt haben, dass der kulturelle Hintergrund der Patientinnen und Patienten nicht im Vordergrund stehen sollte, ist es nichtsdestotrotz wichtig, dass sich Einrichtungen im Gesundheitsbereich mit der Vielfalt der in der Stadt lebenden Menschen auseinandersetzen und sich diese Vielfalt auch in ihrer Einrichtung wiederfindet.

Ablauf

Legen Sie gemeinsam mit der Klasse Kategorien fest, von denen Sie meinen, sie zeigen die interkulturelle Öffnung einer Praxis oder eines Krankenhauses.

In Partnerarbeit entwickeln die Auszubildenden eine eigene Checkliste und stellen sie der Klasse vor. Vergleichen Sie die Vorschläge mit der angehängten Checkliste.

Diskutieren Sie im Anschluss mit Ihrer Klasse, welche Punkte an ihrem Arbeitsplatz erfüllt sind und welche nicht.



Checkliste für ein kultursensibles Pflegeprofil von stationären Pflegeeinrichtungen erstellt vom Arbeitskreis Kultursensible Pflege

Präambel (Auszug)

[...] In diesem Zusammenhang wurde, auf der Grundlage einer vom Caritas-Projekt „Altwerden in der Fremde“ erstellten Checkliste für Krankenhäuser, die vorliegende „Checkliste für ein kultursensibles Pflegeprofil von stationären Pflegeeinrichtungen“ erarbeitet. Diese Checkliste ist vorwiegend als Anregung und Leitfaden für Pflegeeinrichtungen gedacht, die sich dem Personenkreis der älteren MigrantInnen öffnen wollen. Durch den Zuzug von ca. 9 Millionen Menschen hat sich die deutsche Gesellschaft in den vergangenen fünf Jahrzehnten tiefgehend verändert. Immer mehr alte Menschen haben ihre Kindheit und Jugend nicht in Deutschland verbracht und bringen andere Werte, Normen, kulturelle Prägungen, Sprachen und Bedürfnisse mit. Wenn auch zur Zeit nur in Einzelfällen MigrantInnen in stationären Einrichtungen gepflegt werden, wird sich dies in naher Zukunft sprunghaft ändern. Der Großteil der angeworbenen ArbeitnehmerInnen wird demnächst in ein Alter eintreten, in dem eine Pflegebedürftigkeit wahrscheinlich wird. Anliegen der Checkliste ist es, stationäre Pflegeeinrichtungen unter Berücksichtigung bisheriger Erfahrungen für die zum Teil spezifischen Bedürfnisse und Lebensgewohnheiten älterer MigrantInnen zu sensibilisieren. Gleichzeitig soll die Checkliste bei auftretenden Verunsicherungen im Pflegealltag Unterstützung leisten, damit zur Kompetenzerweiterung und Entlastung der MitarbeiterInnen beitragen und als Anregung für die Ausgestaltung von Qualitätsstandards dienen.

Darüber hinaus bietet sie eine Orientierung für alle, die einen Platz in einer stationären Einrichtung suchen oder in der Beratung und Vermittlung tätig sind.

Grundlage der Pflege muss immer sein, die Individualität des Einzelnen zu berücksichtigen und - vom biographischen Ansatz ausgehend - den Besonderheiten des zu Pflegenden Rechnung zu tragen. Somit stellt die Umsetzung der Checkliste eine Bereicherung für alle BewohnerInnen, egal ob Einheimische oder MigrantInnen, dar.



Checkliste für ein kultursensibles Pflegeprofil von stationären Pflegeeinrichtungen

Information	<ul style="list-style-type: none"> · Liegen Informationen vor, die Ihre interkulturellen Qualitäten sichtbar machen? (Herkunft der BewohnerInnen, Sprachkompetenzen der MitarbeiterInnen, spezielle Angebote ...) Werden diese Informationen in anderen Sprachen verbreitet?
Aufnahme	<ul style="list-style-type: none"> · Werden biographische Daten und daraus resultierende individuelle Bedürfnisse der BewohnerInnen bei der Aufnahme erfragt? (Anregungen für mögliche Bedürfnisse siehe weitere Punkte) · Werden die BewohnerInnen befragt, ob sie eine Zusammenlegung mit Landsleuten wünschen (oder auch nicht)? · Werden die BewohnerInnen bzw. deren Angehörige befragt, welche Vorsorgemaßnahmen für den Todesfall geregelt oder erforderlich sind (Sterberituale, Bestattung, Rückführung u.a.)?
Personal	<ul style="list-style-type: none"> · Sind in Ihrer Einrichtung qualifizierte MitarbeiterInnen ausländischer Herkunft eingestellt? · Welche Sprachkompetenzen und Migrationserfahrungen bringen Ihre MitarbeiterInnen mit? · Gibt es Fortbildungsangebote für die MitarbeiterInnen, um Kenntnisse und Fähigkeiten der kultursensiblen Pflege zu erwerben und wenn ja, ist die Teilnahme daran verbindlich? · Stehen in Ihrer Einrichtung für Dolmetscherdienste ausgewiesene, geschulte und freigestellte MitarbeiterInnen zur Verfügung? · Gibt es männliches Pflegepersonal in Ihrer Einrichtung?
Verpflegung	<ul style="list-style-type: none"> · Werden in Ihrer Einrichtung verschiedene Essgewohnheiten und Speisevorschriften anderer Religionen (auch die Zubereitung) berücksichtigt und gibt es die Möglichkeit der Auswahl unter verschiedenen Gerichten? · Gibt es eine sog. Teeküche und darf diese von BewohnerInnen und Angehörigen zum Zubereiten und Aufwärmen von mitgebrachten Speisen genutzt werden?
Pflege	<ul style="list-style-type: none"> · Ist ein interkulturelles Pflegekonzept unter Berücksichtigung des Standortes (demographische Struktur des Umfelds) vorhanden? · Können besondere Erfordernisse und Wünsche in der Pflege berücksichtigt werden (z.B. religiöse Reinlichkeitsbedürfnisse; mit fließendem Wasser gewaschen werden)?
Räumliche Gestaltung	<ul style="list-style-type: none"> · Dürfen eigene Einrichtungsgegenstände mitgebracht werden und wenn ja, welche? · Verwenden Sie Piktogramme, landestypische Symbole oder fremdsprachige Hinweise und Orientierungshilfen aus den Herkunftsländern Ihrer BewohnerInnen (auch zur Orientierung der Besucher)? · Sind Räumlichkeiten (Flure, Gemeinschaftsräume) mit Symbolen und Gegenständen gestaltet, mit denen sich MigrantInnen identifizieren können? · Gibt es besondere Räumlichkeiten, die bei einer größeren Anzahl von Besuchern und / oder Familienangehörigen genutzt werden können?

Räumliche Gestaltung (Fortsetzung)	<ul style="list-style-type: none"> · Können die BewohnerInnen den Vorschriften ihres religiösen Alltags in den Räumen Ihrer Einrichtung nachgehen oder gibt es spezielle Räume dafür (Gebetsräume, Aufbahrungsraum, Räume für Feste)?
Besondere Angebote	<ul style="list-style-type: none"> · Können die BewohnerInnen Fernseh- und Radiosender ihres Herkunftslandes empfangen? · Stehen den BewohnerInnen Bücher, Kassetten, Zeitungen in ihrer Sprache zur Verfügung? · Werden in Ihrer Einrichtung Feiertage verschiedener Kulturen und Religionen gewürdigt und / oder gefeiert (Zuckerfest, Ramadan u.a.)? · Können Angehörige (bei Krankheit oder in der Sterbephase) in den Zimmern der BewohnerInnen übernachten? · Gibt es in Ihrer Einrichtung Gästezimmer für Angehörige oder können Sie kostengünstige Alternativen vermitteln? · Gibt es in Ihrer Einrichtung offene Besuchszeiten? · Ist ein Probewohnen in Ihrer Einrichtung möglich?
Seelsorge	<ul style="list-style-type: none"> Arbeiten Sie mit anderen Religionsgemeinschaften / Gemeinden zusammen? · Sind die Sterberituale und diesbezügliche Wünsche der BewohnerInnen bekannt und können diese berücksichtigt werden?
Dienstleistungen	<ul style="list-style-type: none"> Arbeitet Ihre Einrichtung bei Bedarf mit ÄrztInnen und TherapeutInnen den Nationalitäten Ihrer BewohnerInnen entsprechend zusammen? · Kommen externe Dienstleistungen (z.B. Maniküre, Pediküre, Enthaarung, Friseur) nach Wunsch der BewohnerInnen in Ihre Einrichtung? Sind ehrenamtliche Besuchsdienste und Projekte (Begleitsdienste mit verschiedenen Sprachkompetenzen) in Ihre Einrichtung eingebunden?
Vernetzung	<ul style="list-style-type: none"> Arbeiten Sie mit speziellen, für Ihre BewohnerInnen wichtigen Migrantenorganisationen und mit lokalen Alteinrichtungen zusammen? · Werben Sie für Ihr Heim in migrantenspezifischen Einrichtungen oder fremdsprachigen Medien? · Wieweit wird das Umfeld Ihrer Einrichtung bei Festen und Veranstaltungen miteinbezogen? · Veranstellen Sie einen Tag der offenen Tür?
Angehörigenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> Ist die Einbindung von Angehörigen bis hin zur Übernahme von Pflege durch die Angehörigen erwünscht? · Ist die ehrenamtliche Mitarbeit von Angehörigen verstorbener BewohnerInnen erwünscht? · Wird die Teilnahme an einer (nach Bedarf muttersprachlichen) Angehörigengruppe gefördert? · Setzen sich die MitarbeiterInnen Ihrer Einrichtung mit der spezifischen Lebens- und Familiensituation der BewohnerInnen anderer Nationalitäten auseinander?
Qualitätssicherung	<ul style="list-style-type: none"> Findet ein Erfahrungsaustausch mit anderen Einrichtungen in In- und Ausland statt? · Sind für den nächsten Zeitraum Zielsetzungen in Hinblick auf die Öffnung Ihrer Einrichtung für MigrantInnen vorgegeben? · Sind Qualitätsstandards definiert und werden diese überprüft und dem Bedarf von MigrantInnen angepasst?

LÖSUNGSSCHLÜSSEL

A 1 Verteilung der Symbole

Kontinente	Einwohner in Mio	Einwohner in %	HIV/Aids Infizierte in %	AIDS Schleifen auf den Kontinenten in %	Tuberkulose Neuinfizierte in %	Spucknapfe auf den Kontinenten in %	Lepra Infizierte in %	Verbandsstück auf den Kontinenten in %	Malaria Neuinfizierte in %	Mücke auf den Kontinenten in %
Europa, Russland, Zentralasien	910,4	11,9	6,17	6	5	5	0	0	0	0
Amerika	826,3	13,4	28	8	4	4	6	6	1,99	2
Asien		60,1	30	22	55	55	80	80	7,12	7
Nordafrika und Mittlerer Osten	512,4		1,16	1	7	7		1	2,36	2
Sub-Sahara-Afrika	690,8	13,1	62,53	63	29	29	10	10	88,53	89
Australien und Ozeanien	29,1	0,05	0,2	0	0	0	0	0	0	0
Summe	6.650,6		100	100	100	100	100	100	100	100

A 2 Quiz Wahr oder falsch? „Krankheiten in der Einen Welt“

1. Diabetes ist keine tödliche Krankheit.

falsch! Jedes Jahr sterben fast genauso viele Menschen an Diabetes wie an AIDS.

2. Diabetes betrifft nur die reichen Länder.

falsch! Prognosen gehen sogar davon aus, dass im Jahr 2025 80% der Diabetes-Erkrankten in Ländern mittleren oder niedrigen Einkommens leben.

3. Diabetes ist Ergebnis eines ungesunden Lifestyles.

falsch! Wer sich nicht genug bewegt, zu fett und zu zuckerreich isst, setzt sich einem erhöhten Risiko aus. Nichtsdestotrotz haben viele armen Menschen nicht die Möglichkeiten, sich ihre Lebensbedingungen, Bildungschancen und Ernährung auszusuchen. Außerdem kann durch Erbanlagen, das Risiko einer Diabetes-Erkrankung erhöht werden.

4. Am schlimmsten von Lepra betroffen ist Lateinamerika.

falsch! Brasilien ist zwar eines der Länder, in denen es viele Lepraerkrankungen gibt, am schlimmsten betroffen ist aber Asien und hier ganz besonders Indien.

5. Am schlimmsten von Tuberkulose betroffen ist Asien.

Richtig.

6. Es sterben jährlich mehr Menschen an den Folgen von Tuberkulose als an AIDS.

Richtig

7. Tuberkulose ist nicht ansteckend.

Falsch. Tuberkulose wird über die Tröpfcheninfektion übertragen. Wichtig zu wissen ist, dass nicht jede/r Infizierte auch an Tuberkulose erkrankt, das hängt von der Stärke des Immunsystems ab.

8. Malaria ist auf dem europäischen Kontinent völlig unbekannt..

Falsch. Auch hier kann es zu Malariaerkrankungen kommen - etwa durch eingeschleppte Mücken aus den Tropen.

10. Über die Malaria-Mücke kann man sich auch mit dem HI-Virus infizieren.

Falsch.

Arbeitsblatt A3: Zuordnung

	Einzufügende Daten
Die höchste AIDS-Rate mit 37 % der Bevölkerung hat ...	<i>Botswana</i>
In Deutschland leben derzeit etwa ... Menschen mit einer HIV-Infektion	<i>56.000</i>
Jede zweite Minute stirbt in ... ein Mensch an AIDS	<i>Südafrika</i>
Die rote Schleife wurde ... von der Künstlergruppe Visual AIDS in New York entwickelt.	<i>1991</i>
Allein in Südafrika leben rund ... Menschen mit dem HI-Virus	<i>5 Millionen</i>
Für die nächsten 15 Jahre rechnet die UN-Bevölkerungsabteilung mit ... AIDS-Toten weltweit.	<i>15,5 Millionen</i>
Der erste deutsche AIDS-Fall wurde im Jahr ...diagnostiziert.	<i>1982</i>
Weltweit starben bisher an AIDS rund ... Menschen.	<i>3,1 Millionen</i>
Die Kombinationstherapie mit Antiretroviralen Medikamenten (ARV) gibt es seit ...	<i>1996</i>
Die niedrigsten Infektionsraten auf dem afrikanischen Kontinent mit 0,8 % der Bevölkerung weist ... auf.	<i>Senegal</i>
Bis zum Jahr 2010 wird nach Schätzungen die Zahl der weltweiten AIDS-Waisen ca. ... betragen.	<i>18 Millionen</i>
Die höchste Steigerungsrate von HIV - Neuinfizierten war im Jahr 2006 in ... zu verzeichnen.	<i>Russland</i>

Arbeitsblatt C2/2 Novartis und der Global Compact

Menschenrechte

Prinzip 1 JA ☒ NEIN ☐
Prinzip 2 JA ☒ NEIN ☐

Arbeitsnormen

Prinzip 3 JA ☒ NEIN ☐
Prinzip 4 JA ☒ NEIN ☐
Prinzip 5 JA ☒ NEIN ☐
Prinzip 6 JA ☒ NEIN ☐

Umweltschutz

Prinzip 7 JA ☐ NEIN ☒
Prinzip 8 JA ☐ NEIN ☒
Prinzip 9 JA ☐ NEIN ☒

Korruptionsbekämpfung

Prinzip 10 JA ☒ NEIN ☐

Arbeitsblatt C3/1 Quiz

1. Das Unternehmen ist nur für Aktivitäten im Heimatland verantwortlich [F]
2. Unternehmen sollen sich im Rahmen des Global Compact gegen Korruption einsetzen [W]
3. Die Entwicklungsländer sind abhängig von Medikamenten aus den Industriestaaten [W]
4. Missachtung der OECD-Leitsätze führen für Unternehmen zu gerichtlichen Konsequenzen [F]
5. Internationale Pharmaunternehmen sollen möglichst viele Kinder in den Entwicklungsländern beschäftigen [F]
6. Freiwillige Verhaltensrichtlinien sollen Unternehmen dabei helfen, keine Medikamente mehr in Entwicklungsländer zu verkaufen [F]
7. Generika sind für Menschen in der Einen Welt unerschwinglich [F]
8. Mitglied der WTO können Entwicklungs- und Industrieländer werden [W]
9. Die Doha-Erklärung dient dem Schutz der öffentlichen Gesundheit [F]
10. Pharmaunternehmen müssen sich nur um Menschen, aber nicht um die Umwelt kümmern [F]



LITERATURTIPPS UND INTERNETADRESSEN

zum Thema HIV / AIDS

- Fachstelle „Filme für eine Welt“ (Hg.): **Steps for the future; Alltag im südlichen Afrika im Zeichen von HIV / AIDS**; 8 Filme und Begleitmaterial für Unterricht und Bildung (in der EPIZ Mediothek ausleihbar Signatur DVD 2 / 1 - 2 / 8).
Die Kurzfilme geben sehr unterschiedliche Bereiche der HIV / AIDS Problematik wieder und lassen sich damit vielfältig einsetzen (z.B. Jugend und AIDS, Prävention, AIDS-Waisen, AIDS-Infizierte klären auf, Frauen und AIDS, Homosexuelle und AIDS, Arbeitsmigration und AIDS, Liebe, Sex und Tabus). Die Länge der Filme variiert von 5 min bis zu 52 min. Zu allen Themen steht umfassendes Hintergrundmaterial zur Verfügung, Arbeitsblätter und Kopiervorlagen erleichtern die Unterrichtsplanung und Vorbereitung, weiterführende Links ergänzen das Angebot. Das Material ist sehr empfehlenswert, klar und einfach strukturiert, die Filme direkt aus dem Leben gegriffen.
- Wissenschaftliche Vereinigung für Entwicklungstheorie und Entwicklungspolitik e.V. (Hg.): **AIDS und Politik**, Peripherie Nr. 93 / 94, Zeitschrift für Politik und Ökonomie in der Dritten Welt, Verlag Westfälisches Dampfboot, Münster 2004
Ethnologen und Soziologen analysieren in dieser Ausgabe der „Peripherie“ das Wechselspiel zwischen politischen Debatten, gesellschaftlichen Gepflogenheiten und der Ausbreitung von HIV / AIDS in Afrika: die sechs Studien beschreiben den Wandel von sozialen und politischen Strukturen in Botswana, Namibia, Sambia, Südafrika und Uganda und bieten Empfehlungen für eine wirksamere AIDS-Aufklärungsarbeit. Ausführliche Literaturlisten im Anhang jeder Studie regen zur weiteren Beschäftigung mit den behandelten Problemen an.
- **Der Überblick:** Schwerpunktthema: „AIDS mitten im Leben“; Heft Nr. 2 / 2005 (Juni 2005), 41. Jahrgang; Quartalszeitschrift des kirchlichen Entwicklungsdienstes; Zeitschrift für ökumenische Begegnungen und internationale Zusammenarbeit; Verlag Dienste in Übersee (www.der-ueberblick.de)

Links

www.aidsalliance.org, www.aids-kampagne.de, www.ilo.org/aids, www.unaids.org
www.undp.org/hiv, www.who.int/topics/hiv_infections/, www.bukopharma.de
www.difaem.de/aids-Dateien/aids.htm, www.brot-fuer-die-welt.de

zum Thema Lepra

- Dr. med. Romana Drabik: **Die Lepra in der Gegenwart**, Würzburg März 2000
Das Heft präsentiert in klarer Übersicht Grundwissen über die Lepra: das Vorkommen, den Erreger, das Infektionsrisiko, die Klassifikationen, das klinische Bild, die Histopathologie, Komplikationen, Diagnose und Therapie. Durch Bilder, übersichtlichen Daten und eine verständliche Sprache entstand eine sehr gute Zusammenfassung, nicht nur für Mediziner.
- **Guidelines for the social and economic rehabilitation of people affected by leprosy**, ILEP (International Federation of Anti-Leprosy Association), London 1999
In Deutschland herausgegeben vom DAHW, nur in englischer Sprache erhältlich. Das Heft versucht, soziale und ökonomische Strukturen als Ursache für die Verbreitung der Lepra zu analysieren und schlägt für die Rehabilitation der Infizierten konkrete Maßnahmen vor.

- Dethlefs, G. u. Q.: **Pest und Lepra in Münster** Ausstellungsführer des Stadtmuseums Münster 1985
Auch in Deutschland war die Lepra im Mittelalter ein schwerwiegendes med. Problem. Zahlreiche Abbildungen, Leprosorien und Straßennamen zeugen davon. In Münster wurde eine gelungene Ausstellung zusammengestellt, die die leidvolle Geschichte des „Aussatzes“ dokumentiert.
- **Der Überblick** Zeitschrift für ökumenische Begegnung und internationale Zusammenarbeit, Quartalszeitschrift des kirchlichen Entwicklungsdienstes
Schwerpunkt Migration: Ärzte für den Norden, 41. Jahrgang, September 2005
- **An Action Plan to Prevent Brain Drain: Building Equitable Health Systems in Africa**
A Report by Physicians for Human Rights Bulletin of the World Health Organization, August 2004
- **Clinical Medicine** Journal of the Royal College of Physicians
Mai-Juni 2005, Vol. 5, Nr. 3, New Internationalist 379, Juni 2005

Links

www.who.int/globalatlas, www.migrationinformation.org, www.phrusa.org
www.savethechildren.org.uk, www.dahw.de, www.who/lep/

zum Thema kultursensible Pflege

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2005):
Handbuch für eine kultursensible Altenpflege
Das Handbuch enthält zahlreiche Übungen zum Umgang und Verhalten in einem interkulturellen Umfeld.
- Domenig, Dagmar (2001): **Professionelle Transkulturelle Pflege, In drei großen Themenkomplexen**
 1. Hintergründe zu Kultur, Integration und Migration
 2. Grundlagen der transkulturellen Pflege
 3. Anhand spezifischer Themen aus transkultureller Perspektive zeigen die AutorInnen wie Pflegenden, Hebammen und andere Gesundheitsberufe auf die gesundheitsbezogenen Bedürfnisse und Lebenswelten von Migrantinnen und Migranten eingehen können.
- Wolfgang Welsch (1999): **Auf dem Weg zu transkulturellen Gesellschaften**
in: Die Zukunft des Menschen - Philosophische Ausblicke, hrsg. v. Günter Seubold (Bonn: Bouvier 1999), 119-144

1 Lepra kommt nur in Südamerika vor, besonders betroffen ist Brasilien

Die Reihe G+ bietet Unterrichtsmaterialien für die berufliche Bildung, die motivieren sollen, sich mit Globalisierung konstruktiv auseinander zu setzen, komplexe Prozesse wie Wertschöpfungsketten und Migration zu verstehen, und diese im Berufsleben positiv zu gestalten.

Den eigenen Beruf aus einer neuen Perspektive sehen. Globale Bezüge herstellen. Zusammenhänge erkennen. Verantwortungs- und Vorurteilsbewusst handeln. Die Umwelt schonen. Sozialstandards einhalten. Die eigene Zukunftsfähigkeit sichern.

Die Hefte der Reihe orientieren sich an Rahmenlehrplänen und Ausbildungsverordnungen. Sie sind berufsrelevant und für den schnellen Einsatz didaktisch aufbereitet. Alle Materialien sind erfolgreich getestet und gemeinsam mit ExpertInnen aus der Branche erarbeitet.

Unter www.epiz-berlin.de finden Sie einen Link zu unserer Lernplattform mit weiteren Materialien und didaktisch aufbereiteten E-Learning Modulen.

