

BIOSKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

23. Jg. | Nr. 92 | Dezember 2020

BIOSKOP Schwerpunkt Corona-Pandemie

- 8 Verheißung Impfstoff
- 9 Aufruf zu Besonnenheit und Transparenz
- 10 »Noch immer im Blindflug« –
Anti-Corona-Maßnahmen unter der Lupe
- 12 Sterbebegleitung unter Pandemie-Regeln
- 13 Auffällige Todeszahlen, überlastete
Pflegekräfte

Ersatzteillager Mensch

- 3 Richtlinie zur »Spender-Erkennung«
- 3 Wunschliste von Transplanteuren

Euthanasie

- 4 Suizidhilfe, Gericht, Gesetzgeber, »Gott«

Notfallmanagement

- 5 »Standardisierte Ersteinschätzung«
in Klinikambulanzen geplant

Gesundheitspolitik

- 7 Gutachter empfiehlt radikalen System-
wechsel der Krankenhausfinanzierung

Analyse

- 14 Hilft »Resilienz« in der Krise?

Außerdem

- 6 Internationale Gesundheitsbewegung
- 6 Geheime Sponsoren?
- 16 Veranstaltungstipps
- 16 Wunschzettel
- 2 Jetzt BioSkop unterstützen!
- 16 BIOSKOP im März 2021

Impressum

Herausgeber: BioSkop e.V. – Forum zur Beobachtung
der Biowissenschaften und ihrer Technologien
Bochumer Landstr. 144a · 45276 Essen
Tel. (0201) 5366706 · **E-Mail:** info@bioskop-forum.de

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

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

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

E-Mail: redaktion@bioskop-forum.de

Beiträge in dieser Ausgabe:

Christiane Fischer, Stefanie Graefe, Martina Keller
Sämtliche Artikel in BIOSKOP sind urheberrechtlich
geschützt. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit
schriftlicher Genehmigung der Redaktion.

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

Druck: Zeit-Druck Thäns, Dorfstr. 22, 26759 Hinte
ISSN 1436-2368

Verstörende Unverfügbarkeiten

Erika Feyerabend

Angst und Unsicherheit bestimmen zurzeit den Alltag vieler. Kaum jemand mag noch drüber reden. Aber alle reden darüber, inklusive Fernsehen, Radio, Presse, Internetmedien: Wie wird die Zukunft mit Corona aussehen? Schaffen Politik und Virologie es, die Pandemie unter Kontrolle zu bringen? Ist der Spuk bald vorbei und kann das »normale« Leben dann endlich weitergehen?

Viel Hoffnung wird dabei auf neue Impfstoffe gesetzt, zu denen bisher aber nur wenige Daten öffentlich vorliegen, zum Beispiel über Wirkungsdauer, Infektiosität der Geimpften und unerwünschte Nebenwirkungen (→ Seite 8). Beherrschung wird ersehnt durch schwankende politische Maßnahmen, die wissenschaftlich teils fragwürdig sind (→ Seite 10). Klar ist: Sie sollen das Alltagsverhalten der BürgerInnen disziplinierend steuern, und sie schränken teils auch Grundrechte ein; das sinnliche Erleben von Kunst und Kultur ist derzeit gar nicht möglich. Besonders hart treffen die verordneten sozialen »Abstinenzgebote« jene, die besonders viel Zuspruch und direkter Berührung bedürfen: pflegebedürftige und sterbende Menschen (→ Seiten 12+13).

Die Ahnung davon, dass die Welt – auch das eigene Leben bis hin zum Körper – immer verfügbarer, sprich kontrollierbar, beherrschbar, optimierter werden wird, ist brüchig. Nicht erst seit Corona. Schon seit einigen Jahren wird dieser individuelle und kollektive Wille zur Steigerung nicht mehr durch das Fortschrittsversprechen erzeugt, sondern durch die Drohung, das bereits Erreichte verlieren zu können. Der Zwang, immer schneller und effizienter zu werden, hat eine offensichtliche Kehrseite: die Bedrohung, dass Arbeitsplätze in Gefahr geraten, Rentenniveaus sinken oder auch das Gesundheitswesen kollabieren könnte. Wir befinden uns in einer dauerhaften Vielfachkrise, sie betrifft die Umwelt, das Finanzwesen, aber auch Gerechtigkeit im gesellschaftlichen Zusammenleben.

Der Jenaer Soziologe Hartmut Rosa sieht das Versprechen auf Verfügbarmachen von allem und jedem als gescheitert an. Es führt paradoxerweise nicht ins immer höher, weiter, besser, sondern in so etwas wie den »Weltverlust als Grundangst der Moderne«. Schon andere Denker und Denkerinnen haben diese Kehrseite aufgezeigt. Karl Marx hat darauf aufmerksam gemacht, dass die Arbeitenden vom Prozess der Arbeit entfremdet sind. Die soziologischen Klassiker Max Weber und Georg Simmel haben an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert die alltägliche Lebensführung, die berechenbar, beherrschbar und erwartbar werden sollte, als »Entzauberung« der Welt bzw. als Gefahr der Beziehungslosigkeit oder der Vereinsamung ausgemacht. Die Philosophin Hannah Arendt sprach von einem »Weltverlust«, mit dem sich die ZeitgenossInnen konfrontiert sehen.

Bitte auf der nächsten Seite weiterlesen >

BioSkop unterstützen!

BioSkop-Spendenkonto
DE26 3601 0043 0555 9884 39
bei der Postbank Essen
(BIC: PBNKDEFF)

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Transplanteure fordern, Organentnahmen auch nach Herz-Kreislauf-Stillstand zu erwägen; das Bundesgesundheitsministerium will eine softwarebasierte »Ersteinschätzung« in klinischen Notfallaufnahmen etabliert sehen; ein Gutachten plädiert dafür, die Finanzierung von Kliniken radikal zu ändern. Drei durchaus brisante Themen, die bisher medial aber kaum beachtet werden. Wir schauen in diesem Heft hin.

Die Schlagzeilen werden weiter dominiert von der Corona-Krise; die Auswirkungen spüren alle täglich, am bedrückendsten wohl die Menschen in Pflegeheimen und Krankenhäusern. Für 2021 verheißen die politischen Krisenmanager – allen voran Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) und der SPD-Medizinexperte Karl Lauterbach –

zunächst verschärfte Einschränkungen des öffentlichen Lebens, mittelfristig aber Entspannung. Neue Impfstoffe sollen der Schlüssel dafür sein.

Wir beleuchten diese Strategie, fragen nach der wissenschaftlichen Fundierung der Maßnahmen, blicken in den Alltag von Hospizbegleiterinnen und analysieren, ob die viel beschworene »Resilienz« die Verhältnisse erträglicher machen kann.

Basis unserer unabhängigen Aktivitäten ist Ihre Unterstützung – mit Abonnements, Spenden, Empfehlungen. Dafür danken wir Ihnen herzlich! Bitte helfen Sie weiter mit. Absehbar ist: Das nächste Jahr wird finanziell nicht einfach, das gilt sicherlich auch für den gemeinnützigen BioSkop-Verein.

Alles Gute für 2021 wünschen Ihnen

Erika Feyrerabend, Klaus-Peter Görlitzer 

Fortsetzung von Seite 1 >

Verstörende Unverfügbarkeiten

Im 21. Jahrhundert lässt sich eine Radikalisierung dieses Weltverhältnisses ausmachen. Kinderkriegen und Geburt galten lange als unverfügbar. Heute gilt dies als planbar, bis hin zur biologischen Qualität des Ungeborenen. Das paradoxe Ergebnis: Angst und Ohnmacht wachsen, eigene Fähigkeiten, eigenes Spüren, gehen verloren – angesichts der vielen Experten und ihrer Apparate.

Nicht erst seit dem Auftreten von Corona werden die »Reichweitenvergrößerung« und auch die Krisenbewältigung über digitale Technik in Aussicht gestellt. Gefühlt ist die Welt nur noch zwei Klicks im Internet von uns entfernt. In Sekunden sind Informationen, Waren, Menschen oder Landschaften per Smartphone und Suchmaschine verfügbar – aber auch wir selbst, jedenfalls was relevante Daten über uns anbelangt.

Pflege wird statt zu einer Begegnung von Pflegekraft und Pflegenden zu einem dokumentierbaren, messbaren und optimierbaren Pflegevorgang, der schon lange im Minutentakt stattfindet und perspektivisch über Roboter noch mehr entfremdet werden kann. Noch umstritten ist eine weitere Errungenschaft der Digitalisierung: Kann eine standardisierte Software zur »Ersteinschätzung« von PatientInnen Notfallambulanzen in Kliniken entlasten, und


ist ein solches Vorgehen überhaupt geeignet und wünschenswert? (→ Seite 5).

Auch die – mittlerweile kritisierten – DRG-Fallpauschalen, die zwecks Abrechnung und Kostendeckelung in Krankenhäusern eingeführt wurden und medizinische Leistungen hauptsächlich in ihrer ökonomischen Dimension abbilden, basieren auf computerisierter Datenerfassung und einem auf Effizienz getrimmten Behandlungskonzept (→ Seite 7).

Statt auf »das Leben und die Lebendigkeit hörend und antwortend« (Hartmut Rosa) reagieren zu können, versucht man, das Sterben verfügbar zu machen, also kontrollierbar, mit Gestaltungsauftrag verbunden. Die Beihilfe zur Selbsttötung ist ein aktuelles Beispiel (→ Seite 4). Der aktuell lancierte Versuch, den

»kontrollierten Herztod« als neues Kriterium für die Zulässigkeit von Organentnahmen auch in Deutschland zu ermöglichen, ebenfalls (→ Seite 3).

In all diesen sich zuspitzenden ökologischen-politisch-sozial-ökonomischen Vielfachkrisen sollen wir uns ausschließlich individuell stärken. Wir sollen lernen, uns durch so genährte Fake News, Verschwörungsideologien, Irrationalität und Wutbürgertum vernünftig und allein zu navigieren. Mittels ExpertInnen und Ratgeberliteratur für »Resilienz« mögen wir uns den alternativlos geltenden gesellschaftlichen Bedingungen der Moderne fügen, auch wenn Corona irgendwann verschwinden sollte. »Resilienz« mit welcher Perspektive? (→ Seite 14).

Diesen radikalen Verlust an Selbstwirksamkeit – auch der kollektiven Antworten – zu verstehen statt sich zu beugen, ist der erste Schritt, der eine andere Welt möglich werden lässt. 

Nicht erst seit dem Auftreten von Corona werden die »Reichweitenvergrößerung« und auch die Krisenbewältigung über digitale Technik in Aussicht gestellt.

»Unverfügbarkeit«

heißt ein spannendes Buch des Soziologen Hartmut Rosa. Auf 136 Seiten plädiert der Jenaer Professor für eine »Gesellschaft, die der Verfügbarkeit der Welt Grenzen setzt«. Das Buch, das 2018 erstmals im Salzburger Residenz Verlag erschien, liegt inzwischen in 7. Auflage vor. Unbedingt lesenswert!

► *Schon angeklickt?*
Tweets von der BIOSKOP-Redaktion:
twitter.com/newsbioskop

Richtlinie zur »Spender-Erkennung«

Stiftung Organtransplantation rät auch zu Patientenverfügungen

Eine neue Richtlinie soll ÄrztInnen helfen, potenzielle OrganspenderInnen besser zu ermitteln – und die Zahl transplantiertbarer Körperstücke zu steigern.

Corona stellt viele VeranstalterInnen vor neue Herausforderungen, so auch die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO). Ihr Jahreskongress fand Anfang November erstmals digital statt. Im virtuellen Programm stand auch ein Thema, das der DSO sehr am Herzen liegt: die neue Richtlinie zur »Spendererkennung«, formuliert von der Bundesärztekammer (BÄK) und gebilligt vom Bundesgesundheitsministerium. Die Regeln gelten seit September für Transplantationsbeauftragte und ÄrztInnen in so genannten Entnahmekrankenhäusern.

Einer der Mitautoren ist der Greifswalder Intensivmediziner Klaus Hahnenkamp, er stellte die Richtlinie virtuell vor: »Bereits zum Zeitpunkt eines zu erwartenden oder vermuteten Hirnfunktionsausfalls« sei es Aufgabe der ÄrztInnen zu ermitteln, ob der Patient eine Organentnahme wünsche oder nicht, erläuterte Professor Hahnenkamp. Diese Frage sei im Gespräch

mit den Angehörigen zu »klären« – und zwar »bevor die Einleitung einer palliativen Behandlung eine spätere Organspende ausschließt«. In der juristisch ausgeklügelten Richtlinie steht dazu der lange Satz: »Bei nach ärztlicher Beurteilung unmittelbar bevorstehendem oder vermutetem irreversiblen Hirnfunktionsausfall ist die Aufrechterhaltung der Organfunktionen bis zur Feststellung des bekundeten oder mutmaßlichen Willens notwendig, um eine gewollte Organspende ermöglichen zu können.«

Was die Betroffenen wollen, ist meist aber nicht klar. Laut Zahlen der DSO hatten 2019 nur 15 Prozent der möglichen OrgangeberInnen, die ihr gemeldet wurden, die Bereitschaft zur Entnahme von Nieren, Leber, Herz für den Fall des »Hirntods« vorab schriftlich erklärt.

Die Richtlinie zur Spendererkennung gibt vor, wie »Therapie-, Therapieziel- und Prognosegespräche« mit Angehörigen ablaufen sollen, um den Willen von Schwerkranken und daraus abzuleitende Maßnahmen zu ermitteln. Grundsätzlich müsse »zwischen einem Organspendewunsch und einem Willen zur Therapiebegrenzung

Fortsetzung auf Seite 4 >

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

»Nicht gefährlicher als sonst«

Am 13. März richtete Bundesgesundheitsminister Jens Spahn einen »eindringlichen Appell« an die Klinik-Chefs: Planbare Operationen sollten vorerst verschoben werden, um mehr Kapazitäten zur Behandlung von Covid-19-PatientInnen vorzuhalten. Wie viele Eingriffe abgesagt wurden und welche Folgen dies für PatientInnen hatte, ist nicht bekannt. Mitte Oktober publizierte die Deutsche Transplantationsgesellschaft (DTG) eine Erhebung, die ihr Generalsekretär Christian Hugo gemeinsam mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) gemacht hat. Es sei zu »keiner nennenswerten Abnahme der Transplantationszahlen in Deutschland gekommen«, bilanzierte die DTG, »auch nicht, als die SARS-CoV-2-Infektionszahlen von Mitte März bis Ende April auf einem Höchstniveau lagen«. Transplantationen gehörten nicht zu den »elektiven Eingriffen«, die man planen oder verschieben könne. Die Studie habe auch »ergeben, dass Transplantationen zu Zeiten der COVID-19-Pandemie insgesamt nicht gefährlicher oder deutlich risikoreicher waren als sonst«. OrganempfängerInnen seien für das Infektionsrisiko »sensibilisiert«. Professor Hugo drückte das laut DTG-Pressemitteilung vom 16. Oktober so aus: »Wer jahrelang auf ein Organ wartet, dann endlich eins erhält und so dem Tod von der Schippe springt, setzt seine Gesundheit nicht leichtfertig aufs Spiel und tanzt auf Großhochzeiten.«

Wunschliste von Transplantateuren

Die Deutsche Transplantationsgesellschaft (DTG) bringt Organentnahmen auch »nach Herztod« ins Gespräch. Außerdem wünscht sich die DTG »kreativere Konzepte im Bereich der Lebendspende«.

Bei ihrer Jahrestagung, veranstaltet vom 15. bis 17. Oktober in Köln, beklagte die DTG einmal mehr »eklatanten Organmangel«. Dieser liegt laut DTG »nicht allein an einer zu geringen Organspendebereitschaft, sondern auch daran, dass Unfallprävention und lebensrettende Maßnahmen immer besser werden«.

Die Fachgesellschaft der Transplantateure, die sich vehement für die Anfang des Jahres im Bundestag gescheiterte »Widerspruchslösung« (→ BIOSKOP Nr. 89) eingesetzt hatte, fordert den Gesetzgeber nun indirekt auf, das Transplantationsgesetz erneut zu ändern. Diskussionswürdig findet die DTG, was in Deutschland nicht legal ist: die Entnahme von Organen auch bei Menschen, die nicht als »Hirntote« gelten, sondern an einem Herzversagen versterben. Die »Spende nach Herztod«, so DTG-Präsident Christian Strassburg, werde »bereits in vielen

Ländern erfolgreich eingesetzt«; 2019 seien in den Niederlanden, Belgien und Österreich insgesamt 270 Organe von Herztoten transplantiert worden.

Neben einer »ergebnisoffenen Diskussion zu dieser Möglichkeit« wünscht sich die DTG auch »erweiterte Lebendspende-Modelle«. Zum Beispiel die »bundesweite Zulassung von Cross-Over-Spenden« unter Paaren, bei denen jeweils einer der beiden LebenspartnerInnen schwer krank ist. Was sie mit dem Begriff meint, erklärt die DTG so: »Ein Teil von Paar A spendet für Paar B und ein Teil von Paar B für Paar A.« Zu erwägen seien auch »Kettenspenden« unter mehr als zwei Paaren, außerdem ein »Spenderpool« wie in Kalifornien. Den Ablauf beschreibt die DTG so: »Man spendet eine Niere in einen »Pool«, sie wird einem anonymen Patienten transplantiert und erhält dafür die Garantie, dass der Partner, das Kind oder Enkelkind bei Bedarf ohne große Wartezeit ein Organ erhält.«

Derzeit sieht es nicht so aus, als wolle die Politik derartigen Forderungen folgen. Im Bundestag ist nur die FDP dafür, die Regeln zu Lebendorganspenden zu verändern (→ BIOSKOP Nr. 84). Ungewiss ist aber, ob nach der Bundestagswahl im September neue Vorstöße zur Änderung des Transplantationsgesetzes kommen. Man sollte die Wahlprogramme also genau lesen.

Klaus-Peter Görlitzer 

Suizidhilfe, Gericht, Gesetzgeber, »Gott«

Ärztinnen und Ärzte dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten. So steht es in der Musterberufsordnung (MBO). Das könnte sich bald ändern.

Klaus Reinhardt, Allgemeinmediziner und Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), meint: »Die Berufsordnung kann so nicht bleiben.« Dem Nachrichtenmagazin *Der Spiegel* sagte er Ende September, der Deutsche Ärztetag werde im Mai 2021 beraten, ob das kategorische Verbot ärztlicher Suizidhilfe in der MBO gestrichen werden soll; der amtierende BÄK-Vorstand sei jedenfalls dafür.

Hintergrund dieser Ankündigung ist das Grundsatzurteil vom 26. Februar 2020, womit das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) das strafrechtliche Verbot organisierter Suizidhilfe aufgehoben hat. Allerdings verpflichtet das BVerfG mit dieser Entscheidung keinen Mediziner dazu, künftig bei Selbsttötungen von PatientInnen mitzuwirken (→ *BIOSKOP* Nr. 89). Insofern gibt es auch keinen Zwang für die Interessenvertretung der ÄrztInnenenschaft, das bisher offiziell geltende Berufsethos zu korrigieren.

Das BVerfG hat dem Gesetzgeber freigestellt, Verfahrens- und Qualitätsregeln für Suizidhilfe vorzuschreiben. Ob und wann es so weit kommt, ist weiter ungewiss. Im Bundestag plädiert erkennbar nur die FDP dafür. Konkrete Regelungsvorschläge liegen dem Parlament bisher nicht zur Abstimmung vor, auch die Bundesregierung aus CDU, CSU und SPD hält sich bei diesem heiklen Thema derzeit zurück.

Nicht länger warten wollen offenbar manche MedienmacherInnen, auch solche im Fern-

sehen. Am 23. November wurde ein »ARD-Themenabend über Sterbehilfe« gesendet. Die Machart war denkwürdig: Erst wurde im Ersten der Spielfilm »Gott« gezeigt, die literarische Vorlage bot das gleichnamige Theaterstück des Schriftstellers und Juristen Ferdinand von Schirach. Hauptdarsteller der erfundenen Handlung war ein 78-Jähriger, der sein Leben mit Hilfe einer Hausärztin beenden möchte.

Am Ende des Films sprach der Vorsitzende eines fiktionalen »Ethikrates« direkt das reale Publikum vor den Fernsehgeräten an: Die ZuschauerInnen sollten bitte abstimmen, ob der im Film gezeigte Sterbewillige das gewünschte, tödliche Präparat bekommen soll oder nicht. Laut ARD gaben rund 546.000 Menschen ihr spontanes Votum telefonisch oder online ab, 70,8 Prozent hätten mit »Ja« gestimmt. Direkt nach der Ausstrahlung von »Gott« wurde in der Talkrunde »hart aber fair« weiter über »Sterbehilfe« diskutiert. Als Zugabe verlor DasErste.de zehn Exemplare des besagten Schirach-Buches.

Gut gelungen?

ARD-Programmdirektor Volker Herres war mit dem Verlauf des Abends offensichtlich zufrieden, er sagte: »Ich danke allen Beteiligten vor und hinter der Kamera, besonders aber dem Autor Ferdinand von Schirach, dass dieser Fernseh-Event im Ersten so gut gelungen ist.«

Klingt wie Marketing-Sprech. Bleibt zu hoffen, dass die ARD, gerade bei diesem sensiblen Thema, künftig wieder seriösen Journalismus in den Vordergrund stellt. Eine Frage für mögliche Recherchen: Wird mit solchen TV-Events womöglich emotionalisiert und die Vorstellung befördert, dass existenzielle Fragen wie Suizidhilfe einfach per Volksabstimmung entschieden werden könnten? *Klaus-Peter Görlitzer* ☉

► Fortsetzung von Seite 3

abgewogen« werden. Für das Vertrauensverhältnis »förderlich« sei es, »wenn diese Gespräche möglichst durch einen der behandelnden Ärzte oder den Transplantationsbeauftragten geführt werden«, besagt die BÄK-Richtlinie. Anzusprechen seien auch »Risiken«, die mit medizinischen Maßnahmen zwecks Aufrechterhaltung der Organfunktionen verbunden sein können. Dazu bemerkt die Richtlinie auch: »Im Rahmen dieser Gespräche soll auch darauf hingewiesen werden, dass sich möglicherweise statt eines irreversiblen Hirnfunktionsausfalls ein apallisches Syndrom entwickeln könnte.«

Professor Axel Rahmel, Medizinischer Vorstand der DSO, rät den BürgerInnen, ihre Haltung zur Organspende auch in einer Patientenverfügung zu dokumentieren. Wichtig ist dem DSO-Chef »eine eindeutige Formulierung«,

die – im Falle einer Zustimmung zur Organentnahme – die notwendigen organerhaltenden Maßnahmen erlaube.

Die BÄK-Richtlinie, an deren Ausarbeitung auch Rahmel beteiligt war, leiste einen »wichtigen Beitrag zu mehr Klarheit in den Abläufen«, so die DSO-Pressemitteilung vom 3. November. »Mit Sorge« blickt sie jedoch auf das geplante, im Januar vom Bundestag beschlossene Online-Register, das Vorabklärungen zu Organ- und Gewebespenden erfassen soll (→ *BIOSKOP* Nr. 89). Das Register selbst hat die DSO begrüßt. »Knackpunkt« sei aber, dass die gespeicherten Informationen »erst nach der Todesfeststellung für speziell berechnete Ärzte zugänglich sind«. Die DSO wünscht früheren Datenzugriff: Die Einsichtnahme ins Online-Register sollte bereits möglich sein, »wenn der Hirntod bevorsteht oder als bereits eingetreten vermutet werden kann.« ☉

Hilfreiche Patientenverfügung?

Mitten in der zweiten Corona-Welle schlug die Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin (SGI) öffentlich Alarm. Die 876 zertifizierten und anerkannten Intensivbetten, die in der Schweiz (ca. 8,6 Millionen EinwohnerInnen) »normalerweise« zwecks Behandlung erwachsener Menschen zur Verfügung stünden, seien »aktuell praktisch vollständig belegt«, erklärte die SGI am 17. November. Die berufsübergreifende Fachgesellschaft, die über 1.300 Mitglieder aus ÄrztInnenenschaft und Fachpflege zählt, schloss ihre knapp 2-seitige »Stellungnahme« mit einem denkwürdigen Appell: »Alle Personen – vor allem diejenigen, die durch das neue Coronavirus besonders gefährdet sind – werden gebeten, sich im Rahmen einer Patientenverfügung Gedanken dazu zu machen, ob sie im Falle einer schweren Erkrankung lebensverlängernde Massnahmen erhalten möchten oder nicht.« Warum und für wen sie derartige Erwägungen für hilfreich hält, erläuterte die SGI wie folgt: »Dadurch werden die eigenen Angehörigen aber auch die Teams der Intensivstationen in der Entscheidungsfindung unterstützt, damit die Behandlung bestmöglich und nach dem individuellen Patientenwillen stattfinden kann.«

Medizinischer Notfall oder nicht?

BMG will ›standardisierte Ersteinschätzung‹ in Klinikambulanzen

Ob, wie und wo Menschen behandelt werden sollen, die Hilfe in einer klinischen Notfallambulanz suchen, soll künftig eine softwaregestützte »standardisierte Ersteinschätzung« ermitteln. Der Plan aus dem Haus des Digitalisierungsfans Jens Spahn (CDU) ist umstritten

Das Vorhaben steht im Referenten-Entwurf eines »Gesetzes zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung« (GVWG), erarbeitet vom Bundesministerium für Gesundheit. Das BMG will in den Notfallambulanzen ein standardisiertes »Ersteinschätzungsverfahren« etabliert sehen – und die Vergütung ambulanter Notfallbehandlung in Krankenhäusern davon abhängig machen, dass besagtes Verfahren »die sofortige ambulante Behandlungsnotwendigkeit« ermittelt hat.

Grundlage der angestrebten Ersteinschätzung wird laut Gesetzesbegründung »ein qualifiziertes und standardisiertes, softwarebasiertes Abfragesystem«. Eingesetzt werden soll es »beim ersten Kontakt zwischen dem Hilfesuchenden, der die Notfallambulanz des Krankenhauses aufsucht, und dem Krankenhauspersonal«.

Detaillierte Vorgaben und Qualitätsanforderungen für die standardisierte Einschätzung soll die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) entwickeln, verlangt das BMG und fügt in seiner Begründung hinzu: »Hilfesuchende, die keiner sofortigen ambulanten Behandlung bedürfen, können aufgrund des durch die Software vorgegebenen Umfangs der Abklärung der Behandlungsnotwendigkeit schneller identifiziert und haftungsrechtliche Bedenken hinsichtlich der Abweisung ausgeräumt werden.« Auf diese Weise soll nach Darstellung des BMG »vermieden werden, dass Patientinnen und Patienten die Behandlungskapazitäten der Krankenhäuser binden, obwohl kein medizinischer Notfall vorliegt«; statt dessen könnten sie bei Bedarf »der Behandlung in der vertragsärztlichen Praxis zugewiesen werden«.

Der BMG-Entwurf hat mehrere Verbände aufgeschreckt. Zwei notfallmedizinische Fachgesellschaften schlugen am 13. November öffentlich Alarm: »DGINA und DIVI warnen vor geplantem Gesundheitsgesetz – Triage-Software gefährdet Patientensicherheit«. Martin Pin, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin

(DGINA), erklärte: »Eine ›Ersteinschätzungs-Software‹ der KV kann und darf nicht den ärztlichen Kontakt und die ärztliche Untersuchung ersetzen.« Sollten »Notfälle aufgrund dieser Ersteinschätzung weggeschickt werden, kann dies für die Betroffenen möglicherweise lebensbedrohliche Folgen haben«, so Pin. Ähnlich positionierte sich Professor Andreas Markewitz, Geschäftsführer der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI): »Wenn das Gesetz so kommt, wären die Leidtragenden die Patienten.«

Dass die KBV künftig befugt sein soll, Vorgaben zur Bewertung der Dringlichkeit für Behandlungen in Kliniken zu definieren, kritisieren nicht nur DIVI und DGINA, sondern auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG): »Damit wird der Organisation der niedergelassenen Ärzte die Kompetenz zugeordnet, den unter medizinisch fachlicher Leitung stehenden Notfallambulanzen der Krankenhäuser

Vorgaben zu machen«, erklärte DKG-Hauptgeschäftsführer Georg Baum; die entworfenen Regeln seien ein »Affront gegen Krankenhäuser«.

Gegen die BMG-Pläne ist auch der Marburger Bund, der die Interessen von rund

70 Prozent der KlinikärztInnen vertritt. »Die verpflichtende Einführung eines Ersteinschätzungsverfahrens zu Abrechnungszwecken nach Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung lehnen wir ab«, ein solches Verfahren widerspreche der geübten Praxis. »In der Regel«, erläutert der ÄrztInnenverband, »stellt sich erst am Ende eines Notaufnahmeprozesses heraus, ob ein Patient ambulant, stationär oder gar nicht behandlungsbedürftig ist.«

Anders die KBV, sie ist ganz zufrieden mit dem geplanten Gesetz. Die Interessenvertretung der VertragsärztInnen verweist auf »diverse Studien«, die gezeigt hätten, »dass ein erheblicher Teil der Patienten, die sich fußläufig in Notaufnahmen vorstellen, ambulant durch Vertragsärzte behandelt werden können«. Wohlwollend äußern sich bislang auch Krankenkassen, etwa die Barmer: Für sie ist die Einführung eines bundesweit standardisierten Einschätzungsverfahrens »ein wichtiger Schritt zur besseren Koordination ambulanter Behandlungsfälle«, der zur Entlastung der Krankenhäuser beitrage.

Unkar ist derzeit, wann der Gesetzentwurf des BMG reif für die Beratung im Bundestag sein wird.

Klaus-Peter Görlitzer

PatientInnen-Steuerung

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) ist eine Stiftung, getragen von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). »Seit Jahren«, schreibt das ZI auf seiner Website, »ist der Trend zu beobachten, dass Patienten bei Beschwerden direkt in ein Krankenhaus gehen.« Ursachen dafür gebe es viele: »Patienten schätzen die Dringlichkeit ihrer Beschwerden nicht richtig ein oder wissen nicht, an welchen Vertragsarzt sie sich stattdessen wenden können.« Seit Januar 2020 bieten die KV unter der Rufnummer 116117 des ärztlichen Bereitschaftsdienstes eine »telefonische Ersteinschätzung« für Versicherte an. Ablauf und Ziel erklärt das ZI so: »Mit dem softwaregestützten medizinischen Ersteinschätzungsverfahren SmED (Strukturierte medizinische Ersteinschätzung in Deutschland) werden Patienten von qualifiziertem Personal durch strukturierte Fragen in die richtige Versorgungsebene zur weiteren Abklärung ihrer Beschwerden gelenkt.« SmED basiert auf dem Verfahren SMASS, erprobt und eingeführt in der Schweiz. Die notfallmedizinischen Fachgesellschaften DIVI und DGINA vermuten, dass SmED künftig auch in Notaufnahmen deutscher Krankenhäuser etabliert werden soll. In der aktuellen Variante, die für die vertragsärztliche Notfallversorgung konzipiert wurde, sei SmED-Software aber »nicht ohne Weiteres« geeignet für den Einsatz auch in klinischen Notaufnahmen, meint DIVI. In ihrer Stellungnahme, gerichtet an das Bundesgesundheitsministerium, betont DIVI auch: »Weiter müssen ökonomische Interessen als Grundlage der Steuerung von Patienten ausgeschlossen sein.«

Internationale Bewegung

Christiane Fischer (Leimen), Ärztin, aktiv im Vorstand von PHM Deutschland

People's Health Movement (PHM) Deutschland ist Teil einer internationalen Bewegung, die in über 90 Staaten aktiv ist. Sie knüpft an die Tradition politischer Gesundheitsbewegungen an.

Ende 2000 kamen rund 1.600 Menschen aus aller Welt in Bangladesch zur ersten People's Health Assembly (PHA) zusammen. Diese Versammlung war der Start einer globalen Bewegung für das Menschenrecht auf den »höchstmöglichen Gesundheitszustand«, dem People's Health Movement. Seitdem wird alle vier Jahre auf mehreren Kontinenten eine PHA veranstaltet.

PHM verfolgt das Ziel, die »Erklärung von Alma-Ata« umzusetzen, mit der die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 1978 »Gesundheit für Alle« angestrebt hat – und zwar bis zum Jahr 2000. Soziales, psychisches und körperliches Wohlbefinden wird hier verknüpft mit politischen, sozioökonomischen und ökologischen Bedingungen. Der »höchstmögliche Gesundheitszustand« schließt demnach globale Gesundheit, den Zugang zu unentbehrlichen Medikamenten, Gesundheitsdiensten und Maßnahmen gegen die Klimakrise mit ein. Strukturelle Ursachen von Ungerechtigkeit und Ungleichheit sollen durch geeignete Strategien und Projekte – ausgehend von der Basis – beseitigt werden!

Universelle Menschenrechte sind die ethische Grundlage unseres Handelns. Sie haben Vorrang vor wirtschaftlichen Interessen und Verträgen. Das Menschenrecht auf den »höchstmöglichen Gesundheitszustand« steht in § 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte; außerdem in den Paragraphen 12 und 15 des Internationalen Pakts für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte und auch in weiteren internationalen Menschenrechtsverträgen.

Die »Gesundheitscharta der Menschen«, die People's Charter for Health (<https://phmovement.de/charta>), wurde auf der ersten PHA als grundlegendes Dokument verabschiedet. Geordert wird der gerechte Zugang zu Ressourcen und Wohlstand, ein Leben ohne Krieg und Gewalt, ohne Naturzerstörung und Diskriminierung kultureller, sozialer und ethnischer Minderheiten. Zudem appelliert die Charta an die Menschen, sich einzumischen und Verhältnisse dort zu ändern, wo sie ein gesundes Leben verhindern.

Im März 2020 wurde PHM Deutschland gegründet. Die Schwerpunkte und Ziele sind vielfältig und ehrgeizig: Einsatz für eine Selbsthilfe, die von der Pharmaindustrie unabhängig ist: Kampf gegen irrationale Medikamente

Selbsthilfe und Corona

Die Einschränkungen des Corona-Krisenmanagements beeinträchtigen auch Menschen, die sich in Selbsthilfegruppen zusammengeschlossen haben. »Ein generelles Verbot von Gruppentreffen über Wochen oder gar Monate schadet den Gruppenmitgliedern«, erklärt die Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS).

»Für Viele sind die Gruppentreffen lebensnotwendig. Wenn sie nicht stattfinden, nehmen psychische Beschwerden zu, Suchterkrankten drohen Rückfälle, Gruppenmitglieder sind von Einsamkeit und sozialer Isolation betroffen«, schreibt NAKOS in einer Pressemitteilung vom 5. November. Vor diesem Hintergrund appelliert NAKOS an Politik und Behörden, Gruppentreffen »nicht generell zu verbieten«.

Unter dem Eindruck der Pandemie haben sich einige neue Initiativen gegründet. »Einerseits sind das Covid-19-Erkrankte, die auch Monate nach der Infektion noch Beschwerden haben«, erläutert NAKOS. »Andererseits schließen sich auch Menschen mit anderen Problemen und Einschränkungen durch die Corona-Pandemie zusammen.« Eine Übersicht bisher bekannter Gruppen steht auf der Homepage der bundesweiten Kontaktstelle: www.nakos.de/aktuelles/corona

Geheime Sponsoren?

Das Internetportal *fragdenstaat.de* engagiert sich für Transparenz öffentlicher Einrichtungen. Das ist oft mühselig und nicht immer erfolgreich, wie das Beispiel der Universität Hamburg zeigt.

Vor fast fünf Jahren, am 5. Februar 2015, bat FragDenStaat-Aktivist Arne Semsrott die Uni Hamburg, ihm detaillierte Angaben über finanzielle Zuwendungen zu schicken: »eine Übersicht aller in den Jahren 2012, 2013 und 2014 erhaltenen Sponsoringleistungen, Spenden, Schenkungen und Werbezuschüsse an die Hochschule mit Name des Geldgebers, Höhe der finanziellen Zuwendung, Art und Wert der materiellen Zuwendung, Empfänger der Zuwendung sowie gefördertem Projekt bzw. Veranstaltung, sofern der Zuwendungsbetrag 1.000 Euro überschreitet«.

Die Uni wies den Fragesteller auf eine Sponsoring-Übersicht hin, online auf www.hamburg.de/sponsoring. Diese Auskunft reichte Semsrott nicht, da in den veröffentlichten Listen viele der Sponsorennamen nicht genannt wurden; laut Uni, weil die Geldgeber nicht zugestimmt hatten, dass ihr Name veröffentlicht wird.

Semsrott gab sich damit nicht zufrieden und klagte – zunächst mit Erfolg: Am 21. März 2018 entschied das Hamburger Verwaltungsgericht, dass die Uni die erbetenen Informationen zur Verfügung stellen müsse. Die Uni ging in Berufung – und bekam in zweiter Instanz Recht: Das Obergericht Hamburg urteilte am 25. November 2020 und verwies dabei auf eine Ausnahmenvorschrift des Hamburgischen Transparenzgesetzes. Demnach sei die Uni nicht verpflichtet, Informationen über Drittmittel zu Forschungszwecken zu veröffentlichen.

Mit der gerichtlich gebilligten Geheimhaltung will sich FragDenStaat aber nicht abfinden. Man werde den Urteilstext prüfen und dann »weitere Anfragen an die Hochschulen« senden – Begründung unter anderem: »Um eine Kontrolle und einen demokratischen Diskurs zu ermöglichen, muss öffentlich sein, wie Forschung und Lehre finanziert sind.«

Klaus-Peter Görlitzer ☺

und Patente auf Arzneien und Arzneimittelhöchstpreise; medizinische Behandlung Nicht-Versicherter; Beseitigung der Klimakrise. PHM Europa konzentriert sich vor allem auf Probleme, die mit Privatisierung von Gesundheit und Gesundheitsleistungen verbunden sind. ☺

PHM will hierzulande wachsen und stärker werden. Beitreten können Verbände und Einzelpersonen. Mehr Infos online: <https://phmovement.de> Kontakt: fischer@phmovement.de

»Fallpauschalen abschaffen«

Gesundheitssystemforscher Simon analysiert Finanzierung von Krankenhäusern und plädiert für radikalen Systemwechsel

Deutschlands Krankenhäuser müssen seit rund 15 Jahren nach »diagnosebezogenen Fallpauschalen« (DRG) abrechnen. Eine alarmierende Bilanz zieht der Hannoveraner Gesundheitssystemforscher Michael Simon in seiner neuen Studie: Das DRG-Vergütungssystem erzeuge Kostendruck und führe zu Pflegeengpässen und Privatisierungen – mit negativen Konsequenzen für PatientInnen und Beschäftigte in den Kliniken. Simon fordert, die Fallpauschalen abzuschaffen.

Die DRG-Einnahmen machen laut Professor Simon gegenwärtig 70 bis 90 Prozent der Klinikbudgets aus. Im DRG-Katalog gelistet sind rund 1.300 abrechenbare Fallpauschalen, denen jeweils Erkrankungen, Untersuchungen oder Therapien zugeordnet sind. »Die Höhe der Pauschalen wird jährlich neu kalkuliert auf Basis der durchschnittlichen Behandlungskosten, die in 250 bis 300 Kliniken erhoben werden«, erläutert die gewerkschaftsnahe Hans-Böckler-Stiftung (HBS), die Simons Studie gefördert und am 12. November veröffentlicht hat.

Dabei erfolge die Definition der Fallpauschalen oft intransparent und inhaltlich fragwürdig. Simon bewertet das System als »in hohem Maße medizinisch inhomogen«, weil es PatientInnen mit teils sehr unterschiedlichen Diagnosen und Behandlungsarten zu gleichen Fallgruppen zusammenfasse. Die ökonomische Folge seien »Kostenunterschiede, die es für Krankenhäuser lukrativ machen, selektiv nur wenig kosten- aufwändige Patientengruppen zu behandeln und die anderen entweder abzuweisen oder an andere Krankenhäuser weiterzuleiten.«

»Erhebliche Unterbesetzung«

Gesundheitssystemforscher Simon kritisiert, dass bei der Kalkulation der Pauschalen keine Daten zur »Strukturqualität« berücksichtigt würden, etwa die Personalausstattung auf den Klinikstationen. So sei auch nach 15 Jahren DRG-System »vollkommen unbekannt, welche Qualität hinter den ermittelten Durchschnittskosten steht«. Nach Simons Einschätzung »bestraft das DRG-Fallpauschalensystem eine überdurchschnittlich gute Personalbesetzung mit Verlusten und belohnt Unterbesetzung mit Gewinnen«.

Zwar sei der ärztliche Dienst aufgestockt worden, zwischen 2002 und 2017 um 46.000

Vollzeitstellen. Gespart wurde dagegen beim Servicepersonal der Krankenhäuser – und vor allem bei den Pflegekräften. Allein zwischen 2002 und 2006, als die Fallpauschalen etabliert wurden, fielen laut der Studie an deutschen Akutkrankenhäusern 33.000 Vollzeitstellen in der Pflege weg. Gegenwärtig fehlten rund 100.000 PflegerInnen, schätzt Simon und ahnt: »Angesichts dieser erheblichen Unterbesetzung im Pflegedienst muss davon ausgegangen werden, dass dies Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung hat.«

Wachsende Unzufriedenheit

Der Systemforscher fordert, die Orientierung an Qualitätskriterien zu stärken und empfiehlt nicht weniger als einen Systemwechsel: Abschaffung der Fallpauschalen und Rückkehr zum »Selbstkostendeckungsprinzip«, das hierzulande bis Anfang der 1990er Jahre galt. »Es beruhte darauf«, erläutert die HBS, »dass Kliniken, die im öffentlichen Krankenhausplan als notwendig anerkannt waren, im Rahmen von Wirtschaftlichkeits-Vorgaben das nötige Geld bekamen, um ihren Betrieb sicherzustellen.«

Dass sein über 300 Seiten starkes Gutachten was bewegen kann, hält Simon für möglich, zumal die Unzufriedenheit mit dem Fallpauschalen-System in den letzten Monaten gewachsen sei. »Erstmals seit Einführung wird auch von Politikern der Regierungskoalition und einigen Landesregierungen eine grundlegende Reform gefordert«, stellt Simon fest.

Schnell reagiert hat die Gewerkschaft Ver.di. Noch am 12. November, am Tag der Veröffentlichung der Studie, forderte sie, das DRG-System zumindest »während der Corona-Pandemie« auszusetzen und »dauerhaft durch eine bedarfsorientierte Finanzierung zu ersetzen«. Das DRG-System habe zu »eklatanten Fehlsteuerungen und massivem Personalabbau geführt«, erklärte Sylvia Bühler, im Ver.di-Bundesvorstand zuständig für das Gesundheitswesen. »In der Corona-Pandemie wird für alle sichtbar, welche Folgen das hat.«

Klaus-Peter Görlitzer 

Die 305 Seiten dicke Studie von Prof. Michael Simon erschien im November unter dem Titel *Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser. Kritische Bestandsaufnahme für eine Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems*. Sie steht auf der Homepage der Hans-Böckler-Stiftung und kann dort gratis heruntergeladen werden: www.boeckler.de

Ruf nach Konsequenzen

»Die Corona-Krise muss Konsequenzen haben« steht über einer Resolution, die eine »kostendeckende Finanzierung« der Krankenhäuser sowie ein »Ende der Profitmöglichkeiten« fordert. Zahlreiche Organisationen und Initiativen haben den Aufruf seit Ende September unterzeichnet, darunter die Gewerkschaft ver.di, der Interessenverband kommunaler Krankenhäuser, der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte, Attac, lokale Bürger*innenbündnisse sowie Jusos in der SPD und die Linke. Eine zentrale Forderung der UnterzeichnerInnen ist die Abschaffung des DRG-Systems; die gegenwärtige Abrechnung nach Fallpauschalen müsse ersetzt werden durch ein »einfaches und bürokratiearmes« Verfahren. Klinikbetten dürften nicht weiter abgebaut werden, notwendig sei eine »Bedarfsplanung der Länder unter demokratischer Beteiligung der Bürger*innen und Beschäftigten im Gesundheitswesen und deren Gewerkschaften«. »Deutlich verbessert werden« müssten zudem Vergütung und Arbeitsbedingungen der Beschäftigten. »Für alle Berufsgruppen im Krankenhaus«, so der Aufruf, »müssen verbindliche (gesetzlich festgelegte) bedarfsgerechte Personalbedarfszahlen wissenschaftlich ermittelt, umgesetzt und finanziert werden.«

Die Resolution ist online: <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/53194>

Verheißung Impfstoff

Positive und unerwünschte Wirkungen schwer abschätzbar

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

Weltweit laufen über 200 Projekte, die Impfstoffe gegen das Coronavirus Sars-Cov-2 hervorbringen sollen. Anfang Dezember erhielten die Pharmafirmen BioNTech und Pfizer in Großbritannien eine »Notzulassung« für ihr Präparat, die Europäische Union könnte noch in 2020 folgen. Wirkungen, positive wie unerwünschte, sind zurzeit schwer abschätzbar – das gilt auch für die politisch-gesellschaftlichen.

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) verbreitete einmal mehr Zuversicht. Er rechne damit, dass es »mit dem Jahreswechsel erste Impfungen in Deutschland« werde geben können, vorausgesetzt, ein Präparat sei bis dahin auch in der Europäischen Union zugelassen.

Favorit im weltweiten Rennen ist derzeit der mRNA-basierte Impfstoff BNT162b2, den das Mainzer Unternehmen BioNTech und der US-amerikanische Pharmariese Pfizer gemeinsam vermarkten wollen. Die Wirksamkeit des Präparats sei durch klinische Studien belegt, erklärten die Unternehmen am 2. Dezember, der Impfschutz bei erwachsenen ProbandInnen über 65 Jahren »lag bei über 94 %«.

Viele Fragen an die verheißenen Impfstoffe sind indes noch nicht verlässlich beantwortet: Wie lange wird die schützende Wirkung anhalten? Ist ein Geimpfter, der das Coronavirus aufnimmt, für andere Menschen noch ansteckend oder nicht? BioNTech und Pfizer haben während der klinischen Prüfung »keine schwerwiegenden Nebenwirkungen« ihres Produkts festgestellt. Ob das so bleibt, wird sich zeigen, wenn der neuartige Impfstoff massenhaft eingesetzt wird.

Nicht nur medizinische, auch politische Wirkungen sollte man dabei im Blick behalten. Eine allgemeine Impfpflicht gegen das Coronavirus, die skeptische Geister befürchten, haben Spahn und Bundesjustizministerin Christine Lambrecht (SPD) zwar wiederholt ausgeschlossen. Ob die absolute Freiwilligkeit tatsächlich für alle gelten wird, dürfte sich aber erst im kommenden Jahr zeigen.

Mit welchen politischen Diskussionen 2021 zu rechnen ist, hat der Gießener Juraprofessor Steffen Augsburg bereits angedeutet. Augsburg, der auch Mitglied des Deutschen Ethikrates ist, sagte der TV-Sendung *Hessenschau* am

5. Dezember: »Es kann aber durchaus sein, dass eine Impfpflicht in Teilbereichen sinnvoll und geboten sein kann, zum Beispiel für bestimmte Berufsgruppen und Tätigkeitsbereiche. Ob man die aber tatsächlich braucht, zum Beispiel auf den Intensivstationen, das hängt von der freiwilligen Befolgung ab.«

Rechtlich nicht klar verboten sind bisher Praktiken, die eine Art »Impfpflicht durch die Hintertür« etablieren könnten. Gemeint ist, dass Menschen, die nicht gegen das Coronavirus geimpft sind, perspektivisch von bestimmten Aktivitäten ausgeschlossen werden könnten, etwa vom Besuch kultureller Veranstaltungen oder gastronomischer Betriebe.

Wohin die politische Reise gehen könnte, zeigt ein – fragwürdiges – Beispiel, gemeldet Ende November aus Australien. Dort erwägt die Fluglinie Qantas, ihre Geschäftsbedingungen so zu ändern, dass Reisende nur noch mitfliegen

dürfen, wenn sie zuvor eine Corona-Impfung nachweisen können. Helfen könne womöglich ein elektronischer Impfpass.

In Deutschland steht derzeit die Frage im Fokus, welche Menschen zuerst

gegen Sars-CoV-2 geimpft werden sollen. Die Ständige Impfkommission schlägt vor, dass BewohnerInnen von Pflegeheimen, über 80-Jährige sowie besonders gefährdete Beschäftigte im Gesundheitswesen zunächst an der Reihe sein sollten. Spahn kündigte eine Coronavirus-Impfverordnung an, außerdem eine »sehr harte Priorisierung«. Zu rechnen sei mit »emotionalen Diskussionen« in Bundestag und Öffentlichkeit darüber, wie der anfangs wohl eher knappe Impfstoff genau verteilt werden soll.

Unklar ist, wie verbreitet Bedürfnis und Bereitschaft zur Impfung hierzulande überhaupt sind. 66 Prozent von 2.000 befragten BürgerInnen würden sich impfen lassen, erklärte die Krankenkasse Barmer mit Verweis auf eine »repräsentative Umfrage«, die sie Anfang Dezember veröffentlicht hat. Wie die Mehrheit der Befragten, so ist auch die Krankenkasse gegen eine Impfpflicht. Frank Liedtke, Landesgeschäftsführer der Barmer in Hamburg erklärte: »Aufklärung ist das beste Mittel für eine hohe Akzeptanz und Impfbereitschaft in der Bevölkerung.«

Im nächsten Jahr wird man erleben, wie seriös und ergebnisoffen die Aufklärung in der Praxis erfolgt.



»Sehr gründlich abwägen«

Bundesjustizministerin Christine Lambrecht (SPD) hat wiederholt versichert, in Deutschland werde es keine Pflicht zur Impfung gegen das Coronavirus Sars-CoV-2 geben. Allerdings wird mitunter gemutmaßt, dass Menschen, die keine Impfung nachweisen können, künftig womöglich von bestimmten Aktivitäten ausgeschlossen werden könnten. Auf diese Befürchtung angesprochen, sagte Lambrecht der Zeitung *Augsburger Allgemeine*: »Ich halte eine breite öffentliche Diskussion darüber für sehr wichtig. Das ist am Ende nicht nur eine rechtliche, sondern vor allem auch eine ethische Frage, die wir sehr gründlich abwägen müssen.« In besagtem Interview, veröffentlicht am 2. Dezember und dokumentiert auf der Homepage des Bundesjustizministeriums, erklärte Lambrecht auch: »Bisher gibt es nach meiner Kenntnis allerdings noch keine fundierten Erkenntnisse darüber, ob und in welchem Maße eine Impfung nicht nur die geimpfte Person vor einem Ausbruch der Krankheit schützt, sondern auch andere Personen vor einer Ansteckung. Dies ist aber Voraussetzung für alle weiteren Überlegungen.«

2021 wird man erleben, wie seriös und ergebnisoffen über Impfungen aufgeklärt wird.

»Besonders gravierend«

»Die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf den Arbeitsmarkt sind für Menschen mit Behinderung besonders gravierend.« Erklärte die Aktion Mensch, als sie Anfang Dezember ihr neues »Inklusionsbarometer Arbeit« vorstellte. Im Oktober 2020 habe hierzulande die Anzahl der erwerbslosen Menschen mit Schwerbehinderung um rund 13 Prozent höher gelegen als im Vorjahresmonat. »Damit sind derzeit 173.709 Menschen mit Behinderung ohne Arbeit – der höchste Wert seit 2016«,

bilanzierte die Aktion Mensch. Die Studie ist vom Handelsblatt Research Institut (HRI) im Auftrag der Aktion Mensch erstellt worden. Professor Bert Rürup, Präsident des HRI, zog eine alarmierende Bilanz: »Die rasant negative Entwicklung in diesem Jahr macht in kürzester Zeit die Erfolge der letzten vier Jahre zunichte. Allein von März bis April erhöhte sich die Zahl arbeitsloser Menschen mit Schwerbehinderung um mehr als 10.000.«

Die Inklusionsbarometer-Studie (35 Seiten) steht im Internet: www.aktion-mensch.de/inklusion/arbeit/zahlen-daten-fakten.html

Verschärfte Ungleichheit

»Corona-Krise verschärft Ungleichheit zwischen hohen und niedrigen Einkommen, auch Mitte droht zurückzufallen«. Das ist die zentrale Aussage des »Verteilungsbericht 2020«, den das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut (WSI) der gewerkschaftsnahen Hans-Böckler-Stiftung veröffentlicht hat. In einer Pressemitteilung vom 19. November erläutert das WSI: »Erwerbspersonen mit schon vorher niedrigen Einkommen sind im bisherigen Verlauf der Corona-Krise fast doppelt so häufig von Einbußen betroffen wie Menschen mit hohen Einkommen – und sie haben zudem relativ am stärksten an Einkommen verloren. Damit verschärft sich ein Trend, der auch die wirtschaftlich starken 2010er-Jahre gekennzeichnet hat: Die 20 Prozent der Haushalte mit den geringsten Einkünften blieben von einer insgesamt recht positiven Einkommensentwicklung weitgehend abgekoppelt.« Die ungleiche Entwicklung könne »die Identifikation erheblicher Teile der Bevölkerung mit der Demokratie in Deutschland schädigen«, warnt Bettina Kohlrausch, Soziologin, wissenschaftliche Direktorin des WSI und Mitverfasserin des Verteilungsberichtes. Ihr Ko-Autor, der Soziologe Andreas Hövermann ergänzt: »Wir sehen in unserer Forschung deutlich: Menschen, die durch Einkommensverluste belastet sind, beurteilen die politische und soziale Situation im Land deutlich kritischer. Und sie zeigen sich im Durchschnitt sogar empfänglicher für Verschwörungsmythen zur Pandemie.« Der WSI-Verteilungsbericht (24 Seiten), an dem auch die Ökonomin Aline Zucco mitgeschrieben hat, ist online: https://www.boeckler.de/pdf/p_wsi_report_62_2020.pdf

Aufruf zu Besonnenheit und Transparenz

Die Ärzte-Initiative MEZIS beleuchtet seit Jahren Einflussnahmen und Interessenkonflikte in der Medizin. Am 10. Dezember veröffentlichte sie einen Aufruf, der »Besonnenheit, Sorgfalt und Transparenz auch in Pandemiezeiten« anmahnt. Wir dokumentieren den Appell, adressiert vor allem an ÄrztInnen sowie EntscheidungsträgerInnen in Politik und Behörden:

»MEZIS mahnt die Bundesregierung zu einer kontinuierlichen, sorgfältigen Beurteilung und Abwägung des Nutzens, der Risiken und Kosten über den gesamten Prozess der geplanten massenhaften Impfung mit einem neuartigen Impfstoff. Die Skandale um die Pandemrix-Impfung und Tamiflu gegen Schweinegrippe, die alle unter Pandemie-Druck breit eingesetzt wurden und letztlich entweder unwirksam waren (Tamiflu) oder schwerwiegende Nebenwirkungen verursachten (Pandemrix), sollten Anlass geben, aus den Fehlern der Vergangenheit zu lernen. Wir fordern die Verantwortlichen dazu auf, für ein Klima zu sorgen, in dem jeder und jedem Einzelnen eine fundierte und objektive Entscheidung für oder gegen eine Impfung ermöglicht wird – unter Abwägung der Interessen der und des Einzelnen und der Gesellschaft. Eine »Impfpflicht durch die Hintertür« (z.B. bei Reisenden oder medizinischem Personal) muss durch die Bundesregierung ausgeschlossen werden.

MEZIS erwartet, dass die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) und das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) trotz des immensen politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Drucks, der bezüglich der Impfung herrscht, ihrer großen Verantwortung als Zulassungsbehörden gerecht werden und der Arzneimittelsicherheit auch bei der Eindämmung der COVID-19-Pandemie oberste Priorität einräumen.

Wir begrüßen die geforderte kontinuierliche und sehr kritische Überwachung der Impfstoffanwendung, die unter den gegebenen Umständen einen wichtigen Bestandteil des sonst langwierigen und umfassenden Studienverlaufs vor Zulassung ersetzen muss und wird. Diese Aufgabe sollte nach unserer Auffassung das für diesen

Zweck geschaffene, neutrale Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) übernehmen, das auch den Bürgerinnen und Bürgern evidenzbasierte, ausgewogene und industrie-unabhängige Informationen zur Impfung bereitstellen kann.

Wir fordern, wie das IQWiG in seiner Stellungnahme vom 14.5.2020, die mit der Impfstoffentwicklung beauftragte pharmazeutische Industrie zur uneingeschränkten Transparenz auf und erwarten, dass allen zuständigen Behörden und Gremien umfassende und unverzügliche Einsicht in alle Studiendaten gewährt wird, damit eine fundierte Empfehlung zum Einsatz des Impfstoffs, zu Risiken und Kontraindikationen erarbeitet werden kann. Fehler durch mangelnde Transparenz in den Zulassungsstudien, wie bereits aus Brasilien publiziert, dürfen sich nicht wiederholen!

Unsere ärztlichen Kolleginnen und Kollegen und das medizinische Fachpersonal in den Kliniken, Praxen und Impfzentren, die mit den Impfungen beauftragt werden, fordern wir dazu auf, ihre Patientinnen und Patienten angesichts der noch vielen offenen Fragen sorgfältig aufzuklären und gewissenhaft Nebenwirkungen zu erfassen und den zuständigen Stellen zu melden. Hierzu müssen sowohl ausreichend Zeit als auch evidenzbasiertes, industrie-unabhängiges Informationsmaterial vorhanden sein.

Das Vertrauen der Bevölkerung in das an sich wirkungsvolle Mittel der Impfung darf nicht leichtfertig durch Intransparenz und Profitstreben verspielt werden. Der Grundsatz ärztlichen Handelns »Primum non nocere – erstens nicht schaden« muss insbesondere bei dieser in vielen Teilaspekten noch nicht abschätzbaren Impfung beachtet werden.«

»Noch immer im Blindflug«

Anti-Corona-Maßnahmen und Evidenz unter der Lupe

BIOSKOP-Interview

Professor Gerd Antes aus Freiburg ist Mathematiker und ein renommierter Medizinstatistiker. Im Interview mit BIOSKOP-Autorin Martina Keller spricht Antes über fehlende Evidenz bei Tests, Studien und Maßnahmen gegen die Corona-Pandemie.

BIOSKOP: Wir sind in einem kleinen Lockdown bis Weihnachten. Was halten Sie davon?

GERD ANTES: Vieles ist leider unvermeidlich, anderes übertrieben. Uns fällt auf die Füße, was wir im letzten dreiviertel Jahr versäumt haben, wir sind noch immer im Blindflug. Übrigens gelten die Maßnahmen nach Weihnachten weiter bis zum 10. Januar, Verlängerung sehr wahrscheinlich.

BIOSKOP: Welche Wissenslücken müssten wir am dringendsten schließen?

ANTES: Wir brauchen vor allem einen groben Überblick, wo die meisten Infektionen geschehen. Auf der Webseite des Robert Koch-Instituts (RKI) gibt es vorwiegend Angaben, wie sich Infektionen regional entwickeln. Wir könnten da schon längst klarer sehen. Die Gesundheitsämter könnten ja nicht nur erfassen, wer sich infiziert hat, sondern stets auch, welchen Beruf jemand ausübt. Es wäre ein Leichtes, diese Daten dann ebenfalls an das RKI zu übermitteln.

BIOSKOP: Das Infektionsschutzgesetz sieht lediglich vor, eine Auswahl von Berufsdaten zu übermitteln, etwa aus Pflegeheimen und Krankenhäusern. Womöglich gibt es da Probleme mit dem Datenschutz ...

ANTES: Wenn es sie gibt, sollte man sie schnell lösen. Es geht ja nicht um personenbezogene Daten, sondern um Zählungen und Prozentzahlen. Wir brauchen ein grobes Raster – wer erkrankt an Schulen, in der Industrie, in der Verwaltung. Für die Datenerfasser bedeutet das ein Kreuzchen, und fertig. Dann wüsste man auch, ob an der Dauerklage der Lehrer, sie seien eine besonders gefährdete Berufsgruppe, etwas dran ist.

BIOSKOP: Warum ist es so wichtig zu verstehen, wo sich die Infektionen hauptsächlich ereignen?

ANTES: Wir können nicht noch Monate lang mit dem Holzhammer zuschlagen, um die Pandemie einzudämmen. Wir müssen differenzierter vorgehen. Wir ruinieren ja ganze Branchen, Existenzen gehen zugrunde, zumal die Unterstützung durch die Regierung eingeschränkt werden soll. Warum müssen zum Beispiel Restaurants und Museen schließen, auch wenn sie gute Hygienekonzepte entwickelt haben? Die größte Massenveranstaltung ist doch der Nah- und Fernverkehr. Aber Bahnfahren ist weiterhin

fast ohne Einschränkung möglich. Warum hat die Deutsche Bahn nicht längst eine Reservierungspflicht eingeführt? Abstandsregeln werden systematisch ignoriert.

BIOSKOP: Die Menschen sollen noch spontan in den Zug steigen können, sagt die Bahn. Zudem seien nur noch 60 Prozent aller Fahrplätze reservierbar.

ANTES: Das reicht nicht aus. Es fehlt zudem ein Hygieneplan für liegendebliebene Züge – der Folgezug ist in der Regel chaotisch überfüllt. Aber der Verkehrsminister hält Zugreisen ja für unbedenklich. Belege kann er nicht vorweisen. Man hätte längst untersuchen können, ob eine Reservierungspflicht etwas bringt, indem man Züge auf zwei Weisen fahren lässt, mit Reservierungspflicht und ohne. Dazu hätte es eine strenge Einlasskontrolle und Nachverfolgung der Fahrgäste gebraucht, aber so etwas lässt sich organisieren. Stattdessen wurde im Sommer untersucht, wie häufig sich das Begleitpersonal infiziert, da waren die Züge aber nur zu 30 bis 40 Prozent ausgelastet.

BIOSKOP: In S- und U-Bahnen sitzen die Menschen auch eng an eng ...

ANTES: Da herrscht auf manchen Strecken völliges Chaos. In Berlin sagt man: Wenn du infiziert werden willst, fahr U-Bahn in Neukölln. Das ist ein Stadtteil mit einem hohen Anteil von Migrant*innen, viele sprechen kein Deutsch. Aber diese Gruppe muss man auch mitnehmen, wenn dafür geworben wird, Anti-Corona-Maßnahmen einzuhalten.

BIOSKOP: Immerhin bietet das Bezirksamt Neukölln auf der Berlin-Webseite Flyer in Englisch, Türkisch, Farsi, Rumänisch, Bulgarisch, Hebräisch an ...

ANTES: Ein erster Schritt, aber da müsste viel mehr gemacht werden, auch auf Bundesebene. Wir haben eine Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit 300 Mitarbeitern, aber die taucht öffentlich praktisch gar nicht auf.

BIOSKOP: Was kann man denn noch tun, um die einfachen AHA-Regeln durchzusetzen – Abstand halten, Hygiene beachten, Alltagsmaske tragen?

ANTES: Man könnte zum Beispiel die untauglichen Alternativen zu einer gut filternden Maske verbieten ...

Video-Podcast der Bundeskanzlerin

Angela Merkel wendet sich regelmäßig mit persönlichen Video-Podcasts an die Bürgerinnen und Bürger. Am 28. November teilte das Presse- und Informationsamt der Bundesregierung mit, was die Kanzlerin in ihrer jüngsten Botschaft gesagt hat, Überschrift: »Zeigen wir Menschen weiter, was in uns steckt.« Merkel betonte nicht nur »die tägliche Anstrengung aller Bürgerinnen und Bürger«, sondern auch »die herausragenden Forschungsleistungen«. Außerdem erklärte sie: »Wir hatten es mit einem völlig unbekanntem Virus zu tun. Heute wissen wir so viel mehr über die Wege der Infektion, über die Möglichkeiten, sich zu schützen, über Symptome und Behandlungswege.« Zudem kündigte die Regierungschefin an, nach einer Entwicklung in Rekordzeit seien nun erste Impfstoffe gegen das neuartige Corona-Virus in Sicht. »Und warum ist das so?«, fragte die Bundeskanzlerin. Eher rhetorisch. Denn die Antwort gab sie im Video-Podcast gleich selbst: »Weil weltweit die besten der besten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler zeigen, was in uns Menschen steckt.«

► **BIOSKOP:** Das sind zum Beispiel Tücher, Schals, Plastikspuckschutz ...

ANTES: Was soll ein grobmaschiger Schal abhalten? Ein Plastikspuckschutz schützt vielleicht vor direkter Tröpfcheninfektion, aber er hat keine Absorptionswirkung gegen Aerosole. Der Gesetzgeber hätte längst FFP2-Masken verbindlich vorschreiben lassen sollen. Das kostet Geld, klar. Aber wer die Lufthansa mit neun Milliarden Euro unterstützt, sollte dieses Geld in einer Krise solchen Ausmaßes übrig haben.

BIOSKOP: Sie kritisieren seit langem die Teststrategie in Bund und Ländern. Warum?

ANTES: Keiner weiß, wie hoch die Dunkelziffer bei Corona ist. Die ist aber extrem wichtig, denn wir müssen wissen, mit welchem Gegner wir es zu tun haben. Für die bisherigen Tests werden die Personen unsystematisch nach immer neuen Kriterien ausgewählt. Das führt mit hoher Wahrscheinlichkeit zu verzerrten Ergebnissen. Ein Beispiel: Wenn ich zu einem freiwilligen Test aufrufe, melden sich vermutlich viele Menschen, die fürchten, sie seien infiziert. Vermutlich fürchten sie das mit gutem Grund, weil es zum Beispiel in ihrem Umfeld eine erkrankte Person gibt. Dann habe ich eine Gruppe mit erhöhtem Risiko und bekomme dementsprechend viel zu hohe Infektionszahlen.

BIOSKOP: Was wäre denn eine bessere Teststrategie?

ANTES: Die Münchener Antikörperstudie hat es vorgemacht. Das Tropeninstitut an der Universitätsklinik München hatte im Frühsommer 5.300 Münchner untersucht – die Probanden waren repräsentativ ausgewählt. Ergebnis: In München waren viermal mehr Menschen infiziert als bekannt. Die Studie gab einen Hinweis darauf, wie sich das Virus seinerzeit in Großstädten verbreitete. Solche Untersuchungen hätten wir längst bundesweit aufsetzen müssen. Die Vorarbeit ist ja geleistet, es gibt die nationale Gesundheitsstudie, eine öffentlich finanzierte Untersuchung, die Volkskrankheiten detailliert erforschen soll. Für diese Studie hat man eine sogenannte Kohorte gebildet, wie Wissenschaftler sagen: Man hat 200.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer im gesamten Bundesgebiet repräsentativ ausgewählt. Aus dieser Kohorte ließe sich leicht durch Zufallsauswahl eine Untergruppe bilden, in der die Verbreitung des Coronavirus verfolgt werden könnte. Warum tut man das nicht?

BIOSKOP: Gesundheitsminister Jens Spahn will durch Schnelltests mehr Sicherheit schaffen, in

Pflegeheimen und Krankenhäusern, neuerdings auch in Kitas und Schulen. Eine gute Idee?

ANTES: Eine gefährliche Idee. Schnelltests führen, wie alle Tests, zu falsch-positiven und falsch-negativen Ergebnissen. Das heißt: Sie melden fälschlich zu viele und fälschlich zu wenige Infizierte. Die Größenordnung dieser Fehler ist bei jedem der Tests unterschiedlich. Besonders riskant ist es, wenn fälschlich zu oft Entwarnung gegeben wird. Die Menschen denken dann, sie seien gesund, und laufen tatsächlich mit einer Infektion rum. Es wurde ja bereits diskutiert, ob man Skigebiete nach vorherigen Schnelltests wieder öffnen oder Zuschauer wieder in die Fußballstadien lassen sollte – Test morgens ab 10 Uhr, Spiel um 15.30 Uhr. Das wäre katastrophal bei einer hohen Rate an falsch-negativen Ergebnissen. Ich habe ja auch eine Dauerkarte beim SC Freiburg, aber so etwas lehne ich entschieden ab.

BIOSKOP: Vielleicht noch im Dezember könnte in Deutschland erstmals gegen Covid-19 geimpft werden. Freut Sie die Geschwindigkeit der Impfstoffentwicklung oder macht sie Ihnen Sorge?

ANTES: Hier gilt der Satz: Falsch und schnell ist auch nur falsch. Noch

sind die Studien zu den Impfstoffen nicht publiziert. Wir müssen erst die Sicherheitsdaten sehen, und alle Daten müssen unabhängig bewertet werden. Hinzu kommt ein grundsätzliches Problem: Ich kann alles Mögliche beschleunigen, die bürokratischen Hürden der Zulassung minimieren, aber ich kann nicht die Biologie beschleunigen. Das heißt: Nebenwirkungen, die womöglich erst nach einem halben Jahr auftreten, werde ich innerhalb von drei Monaten nicht beobachten können. Eine längere Nachbeobachtung würde da mehr Sicherheit bedeuten. Der Faktor Zeit spielt auch in einem anderen Punkt eine Rolle: Wir wissen noch nicht, wie lange eine Impfung überhaupt wirksam schützen wird.

BIOSKOP: Dürfen wir denn trotzdem auf ein entspannteres Jahr 2021 hoffen?

ANTES: Ich kann nur spekulieren, wie es weitergeht. Mit Sicherheit werden uns Einschränkungen auch im neuen Jahr begleiten, Rückkehr zur Normalität wird es nicht geben. Was extrem wichtig ist: Wir müssen Unsicherheiten sehr transparent kommunizieren. Mit Impfschäden ist zu rechnen. Man darf das nicht dramatisieren, aber man muss darauf vorbereiten. Sonst könnte die große Hoffnung auf Impfung in Impfskepsis umschlagen.

Fragen und Diskussion unerwünscht?

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat den gesetzlichen Auftrag, medizinische Leistungen unabhängig und evidenzbasiert zu begutachten; beispielsweise, welche Vor- und Nachteile bestimmte Arzneimittel, Operationen oder Diagnoseverfahren haben. Während der Corona-Pandemie hat man von dem wissenschaftlichen Institut wenig gehört. In einem Gespräch mit der Journalistin Edda Grabar, publiziert am 3. Dezember in der Wochenzeitung *Die Zeit*, erklärte IQWiG-Leiter Jürgen Windeler: »Das IQWiG kann nur tätig werden, wenn es einen Auftrag bekommt, vom Gemeinsamen Bundesausschuss oder vom Bundesgesundheitsministerium. Wir haben aber keine Anfrage zu Covid-19 erhalten. Dabei interessiert auch uns die Frage, ob Maßnahmen wie etwa Schul- oder Restaurant-schließungen tatsächlich wirksam sind.« Im selben *Zeit*-Interview beklagte Professor Windeler eine »zu dünne Datenbasis« für politische Entscheidungen und stellte auch fest: »Derzeit sind Diskussionen und wissenschaftlicher Streit unerwünscht.« Der IQWiG-Chef hat die »Diskussionskultur« während der Pandemie bereits vor Wochen kritisch beleuchtet. In einem Gastbeitrag für die *Süddeutsche Zeitung*, gedruckt am 30. Oktober (Überschrift: »Zuhören lernen«), schrieb Windeler unter anderem: »Auch Qualitätsmedien gelang es zuweilen nicht mehr, zwischen Fragen und Verschwörung zu unterscheiden. Das hat Wirkung gezeigt: Ich kenne eine Reihe von Kolleginnen und Kollegen, die sich sehr sorgfältig überlegen, ihre Fragen noch zu äußern – aus Sorge, mit den »Aluhüten« in einen Topf geworfen zu werden.«

»Mit Sicherheit werden uns Einschränkungen auch im neuen Jahr begleiten. Wir müssen Unsicherheiten sehr transparent kommunizieren.«



»Wir lassen Sterbende nicht allein«

Wie Hospizbegleiterinnen während der Pandemie arbeiten

BIOSKOP-Interview

Inge Kunz hat die bundesweit aktive Hospizorganisation Omega – Mit dem Sterben leben Mitte der 1980er Jahre mitgegründet. Sie engagiert sich in Bocholt und Umgebung in der ambulanten Sterbebegleitung in Privathaushalten, Alten- und Behindertenheimen und stationären Hospizen. Wie das während der Corona-Pandemie läuft, schildert sie im Gespräch mit BioSkoplerin Erika Feyerabend.

Appell an die Politik

Rund 120.000 Menschen engagieren sich hierzulande ehren- und hauptamtlich in der Hospizbewegung, es gibt über 1.250 Dienste und Einrichtungen im Hospiz- und Palliativbereich. Als bundesweite Interessenvertretung fungiert der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV). Am 30. Oktober, kurz vor Beginn des sogenannten »Lockdown light«, appellierte der DHPV-Vorsitzende Winfried Hardinghaus an die politischen Verantwortlichen: »Die Beschränkungen, die im Moment erneut in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen zur Anwendung kommen, dürfen nicht dazu führen, dass Menschen wieder isoliert und einsam sterben.« Hardinghaus äußerte sich via DHPV-Pressemitteilung auch zur Coronatest-Strategie: »Die Möglichkeit der regelmäßigen Schnelltestung für Pflegendе, Bewohner und Angehörige in Pflegeeinrichtungen gibt hier – in Kombination mit entsprechenden Hygienekonzepten – ein großes Maß an Sicherheit.« Kritisch bewertete der DHPV-Vorsitzende aber, dass die Coronavirus-Testverordnung des Bundesgesundheitsministeriums für Mitarbeitende von ambulanten Hospizdiensten nicht gelte. Dazu erklärte Hardinghaus: »Die meisten Menschen wollen zu Hause sterben, und unsere gut qualifizierten ehrenamtlichen Mitarbeitenden tragen dafür Sorge, dass dies auch gelingen kann. Es ist daher wünschenswert, dass auch für diese die regelmäßige Schnelltestung ermöglicht wird.«

BIOSKOP: Wird für Hospizbegleiterinnen die Betreuung in Altenheimen schwieriger?

INGE KUNZ: In der ersten Corona-Welle im Frühjahr sind wir gar nicht mehr in die Einrichtungen gekommen. Jetzt wird das von den Häusern, je nach Träger, unterschiedlich gehandhabt. In manche Heime kommen wir immer noch nicht rein. Aber für die Hospizbewegung ist klar: Wir lassen schwer kranke, sterbende Menschen und ihre Angehörigen nicht allein. Wir sprechen mit den Einrichtungen die Bedingungen ab und begleiten weiterhin – auch wenn einiges nicht mehr persönlich, sondern über Telefon, beispielsweise Beratung, läuft.

BIOSKOP: Ein großes Tätigkeitsfeld ist die Entlastung der Angehörigen – und nicht am Bett des Sterbenden. Gibt es Einschränkungen?

KUNZ: In der ambulanten Begleitung, da hatten wir immer mit einer begrenzten Zahl von Menschen zu tun. Im privaten Bereich sind viele irritiert, welche Regeln denn nun gelten; dazu kommt die Angst vor

Corona. Bei der Aufnahme in ein stationäres Hospiz sieht es anders aus. Ein Träger meinte: Sterbenskranke dürfen ins Hospiz, Angehörige und Besucher müssen draußen bleiben. Das war zum Teil sehr problematisch. Eine schwerkranke Ehefrau ist nicht ins Hospiz gekommen, weil ihr Mann sie dort nicht hätte besuchen können. In einem anderen Fall durften wir nur bis zur Tür des Hospizes kommen. Beides fanden wir unzumutbar für die Sterbenden. Oder gerade heute Morgen passiert: ein neuer Corona-Fall in der Einrichtung. Nun dürfen wir niemanden mehr im Hospiz begleiten. Das geht gar nicht.

BIOSKOP: Ist das der Politik des Trägers geschuldet oder allgemein vorgeschrieben?

KUNZ: Der Träger kann so entscheiden, muss es aber nicht. Das Gesundheitsamt hat gesagt: In Absprache mit dem Hospiz ist eine Einzelfall-Entscheidung möglich. Was ich allgemein er-

lebe: Es geht nur noch um Vorschriften, nicht mehr um den Menschen, der ja Anspruch darauf hat, einmal am Tag Besuch zu bekommen, von Angehörigen oder von BegleiterInnen. Aber der Träger hat das Hausrecht.

BIOSKOP: Gibt es Corona-bedingte Unterschiede zwischen Begleitung im Altenheim und im Hospiz?

KUNZ: Wir begleiten in acht Einrichtungen der Altenhilfe und einer der Behindertenhilfe. In den Heimen sterben die meisten Menschen, nicht im Hospiz. Die Träger verhalten sich unterschiedlich. Manche lassen Ehrenamtliche ins Haus, manche nicht, sondern nur Angehörige.

BIOSKOP: Viele Begleiterinnen gehören zur sogenannten Risikogruppe. Wie gehen sie mit der Situation um?

KUNZ: Unterschiedlich! Manche sagen, wenn alles gut vorbereitet ist, dann begleite ich weiter. Andere sagen, länger als eine Stunde mache ich das nicht, und manchen ist

das Begleiten zu riskant. Es kommt auch darauf an, was genau an Unterstützung nötig ist. Im ambulanten Bereich begleiten wir auch Kinder und Jugendliche, deren Eltern oder Geschwister gestorben sind oder bald sterben. Die Ehrenamtlichen tragen Maske, aber Abstand halten, das geht bei Kindern nicht.

BIOSKOP: Was wäre denn gut und angemessen für die hospizliche Arbeit?

KUNZ: Ein verlässlicher äußerer Rahmen und die innere Freiheit, mit den Betroffenen, der Koordinatorin und den Ehrenamtlichen Absprachen zu treffen. Beispielsweise ist es für Kinder, die verwaist sind, schön, etwas mit anderen zu tun. Das ist momentan sehr schwierig.

BIOSKOP: Im Prinzip gibt es noch Gestaltung, trotz institutioneller Vorgaben? ▶

»Was möglich ist, hängt von den Trägern der Hospize oder Heime ab und von den Verbänden.«

Auffällige Todeszahlen, überlastete Pflegekräfte

Der Anteil der Menschen, die an oder mit dem Coronavirus sterben, ist in Pflegeheimen auffällig hoch. Pflegekräfte sind oft überlastet – und fordern, endlich die Arbeitsbedingungen zu verbessern.

Lothar Wieler, Präsident des Robert Koch-Instituts (RKI), zog am 3. Dezember eine erschreckende Bilanz: Etwa jede/r fünfte PflegeheimbewohnerIn, bei der oder dem das Coronavirus per Test nachgewiesen wurde, sei inzwischen gestorben, insgesamt 5.292 Menschen. Fünf Tage später war die offizielle Zahl der vom RKI registrierten Toten in Heimen auf 5.914 gestiegen, das sind rund 30 Prozent der insgesamt 19.342 Menschen, die hierzulande, Stand 8. Dezember, an oder mit dem Virus Sars-Cov-2 gestorben seien. »Von allen Todesfällen«, schreibt das RKI, »waren 16.851 (87 %) Personen 70 Jahre und älter«, der Altersdurchschnitt »lag bei 83 Jahren«.

Über die Ursachen und Strukturen, die hinter solchen Zahlen stehen, weiß das RKI offenbar wenig, jedenfalls sind weder Details der Krankheitsverläufe der Betroffenen bekannt noch gibt es systematische Forschungen dazu. Ungewiss ist meist auch, wie es jeweils zu den Infektionen in den Heimen gekommen ist.

Täglich erfahrbar ist hingegen, was Diakonie-Präsident Ulrich Lilie am 2. Dezember in einer Pressemitteilung feststellte: »Die ohnehin angespannte Personallage in der Pflege wird durch Corona drastisch verschärft. Wenn in erheblichem Maße Personal durch Erkrankung oder

Quarantänemaßnahmen ausfällt, wird es mehr als eng.« Lilies Statement stützt sich auf eine im Oktober ausgeführte repräsentative Umfrage der Diakonie, geantwortet hatten 1.735 MitarbeiterInnen, vor allem aus Altenheimen, aber auch von ambulanten Diensten und Hospizen.

69 % der befragten Diakonie-Beschäftigten berichteten, dass sich ihre Arbeit im Vergleich zu Vor-Corona-Zeiten noch weiter verdichtet habe, zusätzlichen Personalmangel erlebten 53 % der Pflegekräfte in der stationären Altenhilfe der Diakonie. Mehr als die Hälfte der MitarbeiterInnen hatte im Frühjahr nicht mal einen einfachen Mund-Nasenschutz zur Verfügung, bei zwei Dritteln mangelte es an FFP2- oder FFP3-Masken, die ja als ansteckungssicher gelten. Dabei hatten viele die Sorge, sie könnten die ihnen anvertrauten alten Menschen ungewollt anstecken.

»Pflegende wirklich fair behandeln«

Zwei Drittel der Befragten forderten laut Diakonie-Mitteilung von der Politik »endlich strukturelle Verbesserungen der Arbeitsbedingungen und Bezahlung«. Dieses Anliegen unterstützt auch Diakonie-Präsident Lilie, er erklärte: »Wir brauchen ein Pflegesystem, das die Pflegenden wirklich fair behandelt. Es führt kein Weg vorbei an einer umfassenden Pflege-reform, die zu mehr Personal in den Pflegeeinrichtungen und -diensten führt und die pflegebedürftige Menschen zugleich finanziell nicht überfordert.« Klaus-Peter Görlitzer

► **KUNZ:** Das hat damit zu tun, ob wir uns die Freiheiten nehmen. Für die Hospizdienste ist klar: Wir lassen Sterbende nicht allein. Was möglich ist, hängt von den Trägern der Hospize oder Heime ab und von den Verbänden. Das ist auch Vertrauenssache. Alle haben die Vorgaben der Landesgesundheitsämter, der regionalen Gesundheitsämter und der Kassenärztlichen Vereinigung. Wir sprechen mit allen Einrichtungen, in denen wir begleiten und auch mit den Ämtern. Das ist mühselig, funktioniert oft nicht gut.

BIOSKOP: Wie ist der Umgang mit den Tests?

KUNZ: Wir müssen jene, die stationär ins Hospiz aufgenommen werden, testen. Zu klären ist: Wer macht das? Der behandelnde Arzt oder derjenige, der den Anspruch auf einen Hospizplatz feststellt? Oder der Hausarzt? Derzeit ist es so, dass wir die Tests zur Auswertung ins Krankenhauslabor bringen. Fällt ein Test positiv aus, dürfen wir nicht in die Einrichtung und

müssen den zweiten Test abwarten. Wir würden mit Schutzvorkehrungen den Menschen weiter besuchen. In der ersten Corona-Welle musste ein junger Mann ins Hospiz, weil die ambulante Versorgung nicht mehr möglich war. Es gab einen Corona-Fall, aber in einem anderen Wohnbereich. Dann kam das negative Testergebnis für ihn. Vorher haben wir tagelang akzeptiert, dort keinen Besuchsdienst zu leisten. Auch die Familie und die Kinder besuchten ihn nicht – bis zum Testergebnis. Die Strukturen sind schwerfällig und das geht immer zum Nachteil der Menschen. Alle haben Angst, irgendeiner Regel nicht genüge zu tun.

BIOSKOP: Wie läuft das Testen der Begleiterinnen?

KUNZ: Wir haben inzwischen selbst Tests für unsere Ehrenamtlichen eingekauft, die wir als zusätzliche Sachkosten abrechnen können. Es ist uns wichtig, dass die Ehrenamtlichen nicht auch noch selbst dafür bezahlen müssen.

Verfassungswidrige Beschränkungen

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) fordert die Politik auf, die Grundrechte von Menschen in Pflegeeinrichtungen auch während der Pandemie zu wahren – und »Ermessens- und Beurteilungsspielräume für Behörden, Heimträger und Heimleitungen deutlich stärker zu beschränken, als dies bislang der Fall ist«. Die BAGSO, die rund 120 Mitgliedsorganisationen zählt, verweist dabei auf ein Rechtsgutachten, das der Mainzer Juraprofessor Friedhelm Hufen in ihrem Auftrag erstellt hat. Kernergebnisse der am 11. November publizierten verfassungsrechtlichen Expertise fasst die BAGSO wie folgt zusammen: »Die Besuchs- und Ausgangsbeschränkungen in Pflegeheimen im Rahmen der Corona-Pandemie verstoßen in weiten Teilen gegen das Grundgesetz. Dem Gutachten zufolge müssen die negativen Auswirkungen der Maßnahmen auf die Gesundheit der Bewohnerinnen und Bewohner bei der Verhältnismäßigkeitsprüfung viel stärker in den Blick genommen werden. Das Leiden von Demenzzkranken unter einer für sie nicht begreifbaren Isolation sei dabei besonders zu berücksichtigen. Eine niemals zu rechtfertigende Verletzung der Menschenwürde liege in jedem Fall vor, wo Menschen aufgrund von Besuchsverboten einsam sterben müssen.« Hufens 40-seitiges Gutachten, das zur »Rechtssicherheit für alle Beteiligten« beitragen soll, steht auf der Internetseite www.bagso.de und kann auch bei der BAGSO in Bonn kostenlos bestellt werden: (0228) 24 99 93-0.

Akzeptanz des Unvermeidlichen?

»Resilienz« soll in der Krise helfen – eine kritische Analyse

Stefanie Graefe, Soziologin, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Jena

Lesetipps

Der nebenstehende Text von Stefanie Graefe ist eine gekürzte Version ihres Artikels »Corona: Schlägt die Stunde der Resilienz?«. Die Langfassung unter diesem Titel erschien im August 2020 in der Zeitschrift *Luxemburg*, die vom Vorstand der Rosa-Luxemburg-Stiftung herausgegeben wird. Soziologin Graefe forscht und publiziert schon seit Jahren zum Thema. Ihr spannendes Buch *Resilienz im Krisenkapitalismus. Wider das Lob der Anpassungsfähigkeit* wurde im September 2019 vom transcript-Verlag veröffentlicht. Auf 234 Seiten nimmt Graefe die »Konjunktur der Resilienz« kritisch unter die Lupe und fragt auch nach dem »Preis, den wir für das Lob der Krisenfestigkeit zahlen müssen«.

In der Pandemie verspricht das Konzept der »Resilienz« einmal mehr die erfolgreiche Bewältigung von Krisen. Das psychologische und politische Programm zielt nicht auf Emanzipation, sondern auf die Akzeptanz des Unvermeidlichen – nicht auf Fortschritt, sondern auf Systemerhalt.

Der Begriff »Corona« ist zu einer Art Kurzformel für die globale ökologisch-sozialpolitische Vielfachkrise geworden. Im Zeichen von Corona entlarven sich die scheinbare Unverwundbarkeit und Alternativlosigkeit des flexiblen Kapitalismus und der konsumbasierten »imperialen Lebensweise« des globalen Nordens als gefährlicher Mythos: Das System funktioniert nur so lange, wie die von ihm systematisch produzierten ökologischen, ökonomischen und sozialen Verletzlichkeiten in andere Sphären und Regionen ausgelagert und der unmittelbaren Sichtbarkeit entzogen werden können.

»Corona« meint zugleich eine Zeit der sich ausbreitenden Verunsicherung und Angst, ob vor Krankheit und Tod oder vor Arbeitslosigkeit und Armut – oder schlicht davor, dass niemand weiß, wie die Zeit »nach Corona« aussehen wird und wann sie anfängt. »Corona« steht aber auch für Verbreitung politischen Irrsinns, für das Wuchern von Fake News, Verschwörungsideologien und Irrationalität. Demgegenüber gewinnen diejenigen Politikstile Vertrauen, die das »Fahren auf Sicht« zum handlungsleitenden Prinzip erheben.

Die vergleichsweise vorsichtige Rhetorik der Bundeskanzlerin erscheint auch manchen Linken als die bessere Alternative – nicht zuletzt, weil sie offen einräumt, dass der Verlauf der Pandemie unkalkulierbar, ihr Ausgang ungewiss ist. Wenn man so will, dann gehorcht das Merkelsche Erfolgsrezept – die Sicherung von Souveränität durch das Eingeständnis eines prinzipiellen *Mangels* an Souveränität – dem Grundprinzip der *Resilienz*. Dieses Konzept wurde nicht erst im Kontext der Corona-Pandemie erfunden (→ *Randbemerkung rechts*). Im sich multiplizierenden Krisengeschehen steht Resilienz einerseits für Pragmatismus und Vernunft, andererseits für die Hoffnung auf gutes Durchkommen durch die Krise.

»Are you prepared?« fragt etwa die Weltgesundheitsorganisation in einem Papier, das die »Coronavirus Resilience« von Organisationen stärken soll. Die OECD wiederum diagnostiziert im globalen politischen Umgang mit der Pandemie einen gefährlichen Mangel an Resilienz, der letztlich aus einer unzureichenden Vorbereitung

auf Katastrophen dieser Art resultiere. Parallel klären therapeutische Expert*innen seit Beginn der Pandemie das ratsuchende Publikum in Netz, Funk und Fernsehen darüber auf, wie sich die ganz persönliche Resilienz trotz Lockdown, Home-Schooling und Zukunftssorgen steigern lässt – etwa indem man sich auf »eigene Stärken und frühere Erfolgserlebnisse« besinnt.

Kurz: In Zeiten von Corona schlägt die Stunde der Resilienz, also eine Zeit, in der die *Krisenfestigkeit* von Mensch und Gesellschaft diskutiert, bemessen, beschworen und bezweifelt wird. Die Einschätzungen sind dabei einerseits recht skeptisch, sie reichen von der nüchternen Feststellung, dass Resilienz gerade in dem Moment versagt, wenn sie am dringendsten gebraucht wird, bis zu einem unverdrossenem Optimismus, der die Pandemie nicht nur als willkommene Gelegenheit zum Ausbau der individuellen wie kollektiven Resilienz feiert, sondern sogar als Ausweis für die Überlegenheit der Demokratie als Regierungsmodell. Demokratien als »lernende Systeme, die ihr Verhalten anpassen, korrigieren und dadurch verbessern können« scheinen, diesem Argument zufolge, ihre Resilienz unter Corona-Bedingungen sogar noch erweitern und stärken zu können.

Skeptischen wie optimistischen Deutungen gemeinsam ist die Annahme, dass Resilienz eine ebenso vernünftige wie unvermeidliche Handlungsorientierung in Krisenzeiten bietet.

Um zu verstehen, warum das im Vergleich zu Irrationalismus und Verschwörungstheorien so offenkundig *Vernünftige* der Resilienz zugleich ein *Problem* darstellt, muss der Blick zunächst jenseits von Corona auf das Konzept selbst gerichtet werden. Mit Resilienz ist üblicherweise eine flexible Widerstandsfähigkeit gemeint, die Menschen, aber auch Ökosysteme, Finanzmärkte oder Küstenstädte in die Lage versetzt, mit chronischem Stress, Krisen und Schocks so umzugehen, dass es zu keiner nachhaltigen Beeinträchtigung kommt. Wer resilient ist, so der Tenor der auch schon lange vor Corona wuchern den Forschungs- und Ratgeberliteratur zu diesem Thema, der*die ist zwar keineswegs unverletzlich, kann aber mit seiner*ihrer Verletzlichkeit so umgehen, dass Krisen, Schocks und Katastrophen weitgehend unbeschadet überstanden werden. Resilienz ist ein Krisenkonzept, genauer gesagt: eine Handlungsanleitung für das (Über-)Leben in der sich zuspitzenden ökologisch-politisch-sozial-ökonomischen Vielfachkrise.

Wo von Resilienz die Rede ist, liegt zugleich die Verheißung in der Luft, dass sich auch in unsicheren Arbeits- und Lebensverhältnissen

► ein günstigenfalls »gutes« und »erfolgreiches«, mindestens aber halbwegs handhabbares Leben führen lässt. Inmitten der Pandemie gewinnt ein solches Versprechen erheblich an Attraktivität.

Resilienz ist trotz aller Betonung der Notwendigkeit von Wandel, Transformation und Flexibilität ein grundsätzlich *konservatives* Konzept: es zielt auf die radikale Akzeptanz von unsicheren Umweltbedingungen. Dabei werden als »Umwelt« durchaus auch gesellschaftliche Rahmenbedingungen gefasst; auch Machtverhältnisse, Interessengegensätze, Ausbeutung und Ungleichheit erscheinen wie Naturphänomene, die sich ebenso wenig willentlich ändern lassen wie der Ablauf der Jahreszeiten. Ändern oder verbessern lässt sich aber der Umgang mit und in diesen Verhältnissen – nämlich qua flexibler Anpassung.

Resilienz als psychologisches *und* politisches Programm zielt nicht auf Gleichheit, Freiheit oder Emanzipation, sondern auf die Akzeptanz des Unvermeidlichen. Statt Widerstand und Kritik empfiehlt Resilienz die pragmatische Einpassung in die jeweils vorherrschende Normalität. Die Logik der Resilienz regiert, wo strukturell produzierte Krisenerscheinungen durch Verhaltensveränderungen so aufgefangen oder zumindest abgemildert werden sollen, dass eine grundlegende Systemtransformation vermieden werden kann. Sie gilt schließlich auch dort, wo Corona-Risikogruppen dazu aufgefordert werden, sich freiwillig selbst zu isolieren. Resilienz zielt auf das *Überleben* des Systems – und nicht auf seine Überwindung.

Auch der schöne Begriff der »Systemrelevanz« fügt sich geschmeidig in das Denken der Resilienz ein, weil er »das System« selbst unhinterfragt lässt. Resilienz kann in diesem Zusammenhang zum Beispiel bedeuten, Care-Berufe wie Pflegearbeit symbolisch und materiell genau so weit aufzuwerten, wie es notwendig ist, um die Care-Arbeiter*innen noch einigermaßen bei Laune und damit funktional zu halten, Stichwort Balkonklatschen und Bonuszahlung. Zugleich bleibt völlig unklar, welches »System« eigentlich durch die Zuschreibung von Relevanz geschützt werden soll: das Gesundheits- und Pflegesystem, das psychische System der Beteiligten und der Bevölkerung – oder nicht doch eher das flexibel-kapitalistische Reproduktionssystem?

Dass es weniger um Ersteres und vor allem um Letzteres geht, dafür spricht, dass nach der ersten Welle Wirtschaft und Konsum wieder hochgefahren wurden und damit auch der mögliche Kollaps des Gesundheitssystems in Kauf genommen wird. Und wo Luftfahrtkonzerne mit Milliarden von Steuergeldern gerettet werden, da dürften sich die auch von vielen Linken zu Beginn

der Pandemie geäußerte Hoffnung zerschlagen, dass Corona eine echte sozialökologische Transformation wahrscheinlicher werden lässt. Kurz: Die ständige Beschwörung der »Systemrelevanz« scheint es zugleich zu erschweren, die »Systemfrage« zu stellen. Systemerhalt heißt unter Coronabedingungen ganz offensichtlich: Sicherung (und gerade nicht: Transformation) der imperialen Lebensweise und des Überlebens der Großkonzerne.

Zur Denkfigur der Resilienz gehört, dass »Systemrelevanzen« zwar thematisiert werden, zugleich aber nicht nach den eigentlichen Ursachen für systemische Krisenerscheinungen gefragt wird. Diese erscheinen vielmehr als unvermeidliche Nebenfolgen von Wachstum und Entwicklung. So bleibt die Frage nach den *Ursachen* der Pandemie – Stichwort Agrobusiness, Finanzmarktkapitalismus, Verstädterung – in öffentlichen Debatten meist radikal ausgeblendet; die Pandemie erscheint wie eine Naturkatastrophe. Auf diese Weise wird eine Zukunft wahrscheinlicher, in der der pandemische Ausnahmezustand auf Dauer gestellt und die

Bevölkerung darin trainiert wird, resilient zu bleiben und zu werden, das heißt: sich flexibel den wechselnden Befundlagen anzupassen – etwa dem flexiblen zeiträumlichen Wechsel von Shutdown und Wiederhochfahren des wirtschaftlichen und sozialen Lebens.

Könnte es aber nicht trotzdem auch so etwas wie eine emanzipatorische Fassung von Resilienz geben? Die Chancen auf eine emanzipatorische Aneignung des Konzepts der Resilienz stehen schlecht. Resilienz ist mit Kernkategorien emanzipatorischer Bewegungen wie Autonomie, Kritik und letztlich auch Demokratie nur schwer vereinbar. Resilienz empfiehlt das Sich-fügen in das (kurzfristig) Notwendige und deklariert die Vorstellung einer willentlich und kollektiv herbeigeführten gesellschaftlichen Transformation nicht nur als naiv, sondern als gefährlich.

Ganz klar: Niemand möchte schlecht durch eine Krise kommen, niemand will krank, arm oder traumatisiert werden. Das Problem der Resilienz liegt woanders: in der Hochrechnung dieser alltagsweltlichen Selbstverständlichkeit in eine gesellschaftliche und politische Handlungsnorm – und in der damit verbundenen Botschaft, dass gesellschaftliche Bedingungen, also »das System« selbst grundsätzlich nicht (mehr) verhandelbar und veränderbar sind.

Wo von Resilienz die Rede ist, sollten wir deshalb aufmerksam bleiben. Es könnte sein, dass man uns damit eine Form der Anpassung abverlangt, die die Formen der Disziplinierung, gegen die sich die Kämpfe von 1968 richteten, irgendwann blass und harmlos erscheinen lässt. ☺

Auch der schöne Begriff der »Systemrelevanz« fügt sich geschmeidig in das Denken der Resilienz ein, weil er »das System« selbst unhinterfragt lässt.

Anpassung als Konzept

Das Konzept der Resilienz wurde bereits im 19. Jahrhundert entwickelt, wird aber erst um die Mitte des 20. Jahrhunderts einem größeren Publikum bekannt. Und dies in zwei parallelen und radikal unterschiedlichen Zuschnitten: einerseits als psychologisches Konzept, das versucht zu ergründen, warum manche Menschen besser mit schwierigen Lebensumständen klarkommen als andere. Und andererseits als revolutionäres Paradigma der Ökosystemtheorie, das den Abschied von dem bis dahin dominierenden Gleichgewichtsmodell einleitet. Resilienz verweist in diesem Zusammenhang auf die Fähigkeit von Wäldern, Flüssen und schließlich auch Sozialsystemen, selbst radikale Erschütterungen langfristig gut zu überstehen, wenn Interventionen von außen weitgehend vermieden werden. Die Schnittstelle beider Perspektiven, der psychologischen wie der ökologischen, liegt im Begriff der *Adaption*: Resilient ist – egal ob Regenwald, Finanzmarkt oder vom Burnout Betroffener – wer sich auf unvorhergesehene, belastende oder sogar existenzbedrohende Umstände so einstellen kann, dass es zu keiner nachhaltigen Beeinträchtigung kommt.

Vorschau

Themen im März 2021

► Schwerpunkt

»Künstliche Intelligenz«
in der Medizin

► Euthanasie

Suizidhilfe im Bundestag?

► Pharmasponsoring

Interessen, Konflikte,
Einflussnahmen

Veranstaltungstipps

Das politische Corona-Krisenmanagement

hat Kulturevents, Tagungen und Kongresse hierzulande seit Anfang November erneut weitgehend zum Erliegen gebracht.

Als »Ersatz« wurde VeranstalterInnen empfohlen, doch bitte digitale Formate wie Webinare, Videokonferenzen, Internetübertragungen anzubieten – was manche tun, aber diejenigen Menschen von vorneherein von der Teilnahme ausschließt, die derartige Techniken nicht nutzen können oder wollen. Verbindlich zu planen, ist derzeit allerdings schwierig: Die Organisation größerer Veranstaltungen, mit Einladung von ReferentInnen und Buchung von Tagungsstätten, setzt Verlässlichkeit voraus und beginnt in der Regel viele Monate vor dem eigentlichen Ereignis.

Wann es im Kultur- und Veranstaltungsbereich wieder los gehen darf, ist derzeit völlig offen. Die Ungewissheit spiegelt sich auch in unserem Kalender: Gerade mal vier interessante Präsenz-Termine, der früheste Ende Februar, waren bei Redaktionsschluss vorgesehen. Wer leibhaftig teilnehmen möchte, sollte vorsichtshalber bei den VeranstalterInnen nachfragen, ob es bleibt wie angekündigt. Wer sich – nicht nur in Corona-Zeiten – auf dem Laufenden halten will, sollte außerdem die Veranstaltungstipps auf der BioSkop-Homepage anschauen, online zu lesen auf:

www.bioskop-forum.de

Do. 25. Februar 2021, 19.30 - 21.45 Uhr

Bocholt (Familienbildungsstätte, Ostwall 39)

► Selbstbestimmt Leben bis zum Tod

Vortrag mit Diskussion

Was ist »würdiges Sterben«, was »würdiges Leben«? Was verstehen MedizinerInnen unter »lebensverlängernden« Maßnahmen? Halten Patientenverfügungen und Vollmachten, was sie versprechen? Ist eine Vorentscheidung aus gesunden Tagen auch dieselbe wie in kranken Tagen? Themen, über die Inge Kunz von der Hospizvereinigung Omega (→ Seite 12) informieren wird – vorausgesetzt, die Corona-Regeln erlauben dies am geplanten Termin.

Bitte anmelden, Telefon (02871) 23948-0

Mi. 24. März, 19 - 21.15 Uhr

Bocholt (Familienbildungsstätte, Ostwall 39)

► Wunschkinder um jeden Preis?

Vortrag mit Diskussion

Die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina plädiert in einer Stellungnahme dafür, die bislang hierzulande verbotene »Eizellspende« und »Leihmutterchaft« zu erlauben. Auch aus dem Bundestag gibt es einige Stimmen, die dies fordern, vor allem in der FDP-Fraktion. Können derartige reproduktionsmedizinische Angebote als zulässige Hilfe für unfruchtbare Paare gelten? Oder handelt es sich eher um Angebote, die auf Kommerzialisierung und Ausnutzung sozialer Ungleichheit basieren? Solche Fragen und die internationale Praxis beleuchtet BioSkoplerin Erika Feyerabend in ihrem Vortrag. Bitte anmelden, Telefon (02871) 23948-0

Sa. 12. Juni, 9 - 18 Uhr

Dresden (Deutsches Hygiene-Museum, Lingnerplatz 1)

► FemHealth2021

Fachtag

Wie beeinflusst Digitalisierung den Umgang von Frauen mit Gesundheit und Krankheit? Welche Chancen bringt Digitalisierung in der Medizin, wo liegen Risiken und Nachteile? Welche Geschlechterstereotype finden sich in Algorithmen und frauenspezifischen Apps? Fragen, die der Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF) auf dem Fachtag diskutiert. Unter den Referentinnen ist auch Erika Feyerabend, ihr Thema: »Gesundheitliche und genetische Daten – ein Mehr an Sicherheit oder an Überwachung mit Diskriminierungspotential?«
Infos beim AKF, Telefon (030) 86393316

Fr. 18. Juni, 20 Uhr - So. 20. Juni, 12 Uhr

Landsberg am Lech (Historischer Rathaussaal, Rathaus)

► 40 Jahre IPPNW

Kongress

IPPNW steht für Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges/Ärzte in sozialer Verantwortung. Der Verein, 1985 mit dem Friedensnobelpreis ausgezeichnet, feiert sein 40-jähriges Bestehen mit einem Kongress. Unter der Überschrift »Ärztliche Verantwortung für eine Welt in Frieden« geht es in Vorträgen und Workshops um Themen wie Klimawandel, Atomenergie, Rüstungswettlauf.
Anmeldung unter Telefon (030) 6980740

Ja!

Ich abonniere **BIOSKOP** für zwölf Monate. Den Abo-Betrag in Höhe von 25 € für Einzelpersonen/50 € für Institutionen habe ich auf das BioSkope.V.-Konto DE26 3601 0043 0555 9884 39 bei der Postbank Essen (BIC: PBNKDEFF) überwiesen. Dafür erhalte ich vier **BIOSKOP**-Ausgaben. Mein **BIOSKOP**-Abonnement verlängert sich automatisch um ein weiteres Jahr, wenn ich das Abo nicht nach Erhalt des dritten Hefts schriftlich bei BioSkop e.V. gekündigt habe. Zur Verlängerung des Abonnements überweise ich nach Ablauf des Bezugszeitraumes – also nach Zusendung des vierten Hefts – meinen Abo-Betrag im Voraus auf das oben genannte Konto von BioSkop e.V.

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

Ich möchte BioSkop e.V. mit einer regelmäßigen Spende fördern.

Bitte rufen Sie mich mal an. Meine Telefonnummer:

Name

Straße

PLZ+ Wohnort

Nur für Abonnentinnen und Abonnenten: Ich kann meine Abo-Bestellung innerhalb von zehn Tagen widerrufen.

Dazu genügt eine schriftliche Mitteilung an BioSkop e.V., Bochumer Landstr. 144a, 45276 Essen.

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

Bitte ausschneiden oder kopieren und einsenden an:

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

Ich unterstütze **BIOSKOP** mit einem zwölf Monate laufenden Förderabonnement. Deshalb habe ich heute einen höheren als den regulären Abo-Preis von 25 bzw. 50 € auf das o.g. Konto von BioSkop e.V., überwiesen. Mein persönlicher Abo-Preis beträgt €. Dafür erhalte ich vier **BIOSKOP**-Ausgaben. Rechtzeitig vor Ablauf des Bezugszeitraumes werden Sie mich daran erinnern, dass ich erneut mindestens 25 bzw. 50 € im Voraus überweisen muss, wenn ich **BIOSKOP** weiter beziehen will.

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

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

Telefon

E-Mail

Datum Unterschrift