

BIOSKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

24. Jg. | Nr. 96 | Dezember 2021

BIOSKOP Schwerpunkt Impfen und Pflichten

- 8 Erste Impfpflicht gegen Corona
- 8 Zahlen verstehen
- 9 Freiwilligkeit überflüssig?
- 10 Medizinethikerin: »Impfpflicht als letzte Möglichkeit ist gerechtfertigt«

Gesundheitspolitik

- 3 Fortschritte mit der Ampel?

Medizin & Ökonomie

- 4 Hilferuf von Mediziner*innen
- 5 Ärztetag fordert bessere Arbeitsbedingungen in Kliniken

Interessen und Transparenz

- 7 Online-Plattform für Hinweisgeber
- 7 »Interessenkonflikte vermeiden«

Pflege

- 12 Ungleich verteiltes Risiko

Euthanasie

- 13 Sterbeverfügungsgesetz in Österreich

Analyse

- 14 Biomacht, Biopolitik, Pandemie

Außerdem

- 6 »Wichtigste Antibiotika bewahren!«
- 6 Big Pharma & Pandemie
- 16 Veranstaltungstipps
- 16 Schon gelesen?
- 2 25 Jahre BIOSKOP
- 2 Jetzt BioSkop unterstützen!
- 16 Vorschau auf März 2022

Impressum

Herausgeber: BioSkop e.V. – Forum zur Beobachtung der Biowissenschaften und ihrer Technologien
Bochumer Landstr. 144 a · 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:

Martina Keller, Heike Knops

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

Die Generalprobe

Erika Feyerabend

»Als Gregor Samsa eines Morgens aus unruhigen Träumen erwachte, fand er sich in seinem Bett zu einem ungeheueren Ungeziefer verwandelt«. Mit dieser Beschreibung beginnt die bekannte Erzählung *Die Verwandlung*, geschrieben von Franz Kafka und erstmalig 1915 publiziert.

Vielleicht ist Gregor Samsa auf erstaunliche Weise heute wieder sehr aktuell. Fühlen wir uns nicht auch wie verwandelt? Wegen einer doch einschneidenden Veränderung im Lebensstil und wegen der Angst, dass Aerosole die Nachbarn töten könnten. Wann dürfen wir wieder aus diesem Albtraum aufwachen und uns, wie früher, frei, anständig und mobil fühlen? Mal anders gedacht: Lehrt uns Kafkas Erzählung nicht auch, dass es, um Bilanz zu ziehen, einer Verwandlung als Ausgangspunkt bedarf?

Während wir modernen Menschen hofften, in eine Ära des »Fortschritts« bei der Mobilität, Wissenschaft oder Ökonomie einzutreten, fühlen wir uns in Wohnungen, im Home-Office (Erwerbsarbeit in Privatwohnungen), in der Stadt eingesperrt und von neuen staatlichen Datenerfassungen umgeben (→ Seite 14). Es wäre an der Zeit, darüber nachzudenken, dass es noch andere Krisen oder veränderungsbedürftige Missstände gibt, die schon vor dem Coronavirus da waren, ohne wirklich bewältigt zu werden.

Die Covid-Zeit, die nun schon zwei Jahre andauert, hat sie aber noch verschärft und sichtbarer gemacht: Klimakrise; Krise der Ungleichheit und wachsenden Armut; Krise der Pflege (→ Seite 12) – in weiterem Sinne auch der schiefen Aufteilung zwischen sogenannter produktiver und reproduktiver Arbeit; oder die auch die im Gesundheitswesen platzgreifende Dominanz von Kommerzialisierung und Ökonomie (→ Seite 4). Statt wirkliches Umdenken und dazu passendes Handeln, sind wir in eine kritische Zone eingeschlossen – die längst tiefgreifender ist, als zu Hause zu arbeiten, Distanz zu Nachbarn zu halten und etwas in der Mobilität eingeschränkt zu sein. Es muss sich wirklich etwas ändern – verwandelt werden.

Der Zwang zu einer notwendigen Verwandlung schafft nicht das »Epos von der Emanzipation«, mit neu erfundener Politik, neuen Städten, neuer Mobilität, neuem Recht. Stattdessen gibt es superreiche »Tourismus-Unternehmen«, die neuerdings anpreisen, für ein paar Wenige, die unendlichen Weiten des Alls zugänglich zu machen. Stattdessen gibt es Viele, die darauf hoffen, dass alles wieder so werden möge wie früher, vor der Corona-Krise. Zurück zu alten Vorstellungen von »Freiheit« und »Wohlstand«, vor allem zu rein technisch verheißen und bestimmten Auswegen aus »Krisen«.

Bitte auf der nächsten Seite weiterlesen ▶

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

die neue Ampel-Regierung aus SPD, Grünen und FDP hat sich vorgenommen, Deutschland zu modernisieren. Welche Herausforderungen es im Gesundheitswesen gibt, zeigen auch mehrere Beiträge dieses Hefts – Stichwörter: Pflegenotstand, Kommerzialisierung, Interessenkonflikte, Transparenz. Zudem blicken wir in den Koalitionsvertrag, insbesondere auf biopolitische Ankündigungen.

Das Dauerthema dieser Tage ist weiterhin die Corona-Pandemie, ihre Gefahren und das politische Krisenmanagement. Im Schwerpunkt des Hefts geht es um die Debatte über eine »allgemeine Impfpflicht«, deren Einfüh-

rung Politiker*innen und wissenschaftliche Berater*innen zunehmend propagieren. Auf dem Spiel stehen so auch grundlegende ethische und rechtliche Prinzipien, zum Beispiel die freie Einwilligung in medizinische Eingriffe nach seriöser Aufklärung. Wir meinen: Das geht zu weit.

BIOSKOP startet 2022 in Jahrgang Nr. 25 (→ *Randbemerkung*). Ein Ansporn mehr, unsere unabhängige Arbeit wie gewohnt fortzusetzen – mit Veröffentlichungen auf Basis solider Recherchen. Bitte bleiben Sie uns gewogen und unterstützen Sie den gemeinnützigen BioSkop-Verein – gern auch mit einer kleinen oder großen Spende. Herzlichen Dank und alles Gute für das neue Jahr!

Erika Feyerabend, Klaus-Peter Görlitzer 

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

Fortsetzung von Seite 1 ▶

25 Jahre BIOSKOP

2022 erscheint BIOSKOP im 25. Jahrgang, und Heft Nr. 100 haben wir für den kommenden Dezember fest eingeplant. Dass unsere unabhängige Zeitschrift so lange würde bestehen können, hätten wir vor einem Vierteljahrhundert nicht wirklich gedacht – dank Ihres Interesses, Ihrer Abonnements und Ihrer Spenden, liebe Leser*innen, ist das aber möglich geworden! Das Pilotheft erschien im Dezember 1997. Damals war das Internet noch nicht allgegenwärtig. Mittlerweile sind reichlich BIOSKOP-Texte auch online zu lesen, surfen Sie immer mal wieder hin: www.bioskop-forum.de. Und Hefte, die älter sind als zwölf Monate, stehen dort komplett und gratis zum Download bereit. Allen Menschen, die Texte und Zeitschriften lieber gedruckt lesen und aufbewahren, bieten wir einen speziellen Archiv-Service: Sie können, solange der Vorrat reicht, noch Exemplare fast aller früheren BIOSKOP-Hefte bestellen, gern gegen Spende. Rufen Sie uns an, Ihre Ansprechpartnerin ist Erika Feyerabend, Telefon (0201) 5366706, E-Mail: info@bioskop-forum.de

Die Generalprobe

Freiheit wird vielfältig gedeutet, heutzutage auch als Freiheit zur professionell unterstützten Selbsttötung, insbesondere, wenn man pflege- und hilfebedürftig zu werden droht (→ Seite 13). Das hört sich selbstbestimmt und machbar an. Was es aber bräuchte, wären bessere sozialpolitische Rahmenbedingungen, ein anderes politisches Handeln sowie andere Vorstellungen von »Freiheit« und »Wohlstand« und »Fortschritt«.

In Kafkas Erzählung von der »Verwandlung« zeigt uns Gregor Samsa, der früher als lieber Sohn und fleißiger Angestellter Geschätzte und plötzlich in ein »Ungeziefer« Verwandelte, dass er aus dem Zwang befreit ist, einer Arbeit nur aus Pflichtgefühl zu folgen; ein Mann, der keinesfalls irgendeiner Hilfe bedarf. Es verlässt ihn der Mut, sich wieder zurück zu verwandeln, wenn er sich an die frühere, die moderne Zeit erinnert. Er denkt darüber nach, wie er sein Leben neu ordnen sollte. Er hofft vergeblich auf Hilfe, in seiner neuen Existenz wieder einbezogen zu werden in den »menschlichen Kreis«. Seine Familie aber will wieder durchatmen, sorglos werden, voranschreiten, weitermachen. Am Ende der Erzählung wird Samsa vom Vater verletzt und stirbt. Er vertrocknet auch, weil er selbst gar nichts mehr gegessen hat. Nach seinem Ableben macht seine Familie Pläne für die Zukunft – ganz übliche: neue Wohnung, wieder nach draußen gehen, Verheiratung der Tochter.


Die heutige Zeit mit Covid-19 könnte auch als Generalprobe gedeutet werden für weitere Gefahren, die nach Verwandlung rufen. Neben – wohl auch künftig kommenden – Epidemien oder Pandemien und steigenden Ängsten davor,

haben wir es mit Insektensterben, mit früheren Ernten und stetig steigenden Temperaturen zu tun. Und wo und wer sind die Akteur*innen, die das zu verantworten haben? Wie sind die Bienenvernichter zu erkennen, die Infizierten hinter der Maske? Die Profiteur*innen von Subventionen für die Erkundung neuer Rohstoffquellen? Aber nicht nur hier ist es schwierig mit der Zuschreibung von Verantwortung. Schließlich profitiere ich auch von den herrschenden Verhältnissen, zum Beispiel davon, dass Energie, seltene Erden, billige Arbeitskräfte ständig verfügbar zu sein scheinen im globalisierten, auf stetigem Wachstum ausgerichteten Konsum- und Wirtschaftssystem.

Gregor Samsa hat sich nach seinem alten

Dasein gesehnt. Aber er hat auch begriffen, dass dies der schnellste Weg wäre, seine Seele zu verlieren. Wir die unsrige auch. Wir müssen uns – mit hoffentlich besserem Ausgang als in Kafkas Erzählung – auf den Weg machen, andere Vorstellungen zu erdenken von unserem persönlichen Leben. Und wir sind herausgefordert, eine

andere, auf mehr Gerechtigkeit, mehr Solidarität orientierte Gesellschaft und Politik zu denken, einzufordern und praktisch zu leben.

Der Koalitionsvertrag der neuen Ampel-Regierung lässt davon wenig erkennen (→ Seite 3). Die phantasielose Orientierung vor allem an Ökonomie und Profit, die möglicherweise auch beim politischen Management der Corona-Pandemie (→ Seite 8) eine wichtige Rolle spielt, ist wohl nicht die Lösung. Es ist eine berechtigte und diskutierbare Frage, ob zum Beispiel derzeitige Patentregeln, Pharmastrategien (→ Seite 6) und Infektionsschutzgesetz aus der Pandemie führen können. Aus der Misere, die moderne Wachstumshoffnungen mit sich bringen, ist ebenfalls kein Weg erkennbar. 

Es bräuchte bessere sozialpolitische Rahmenbedingungen, anderes politisches Handeln und andere Vorstellungen von »Freiheit«, »Wohlstand« und »Fortschritt«.

Fortschritte mit der Ampel?

Ankündigungen im Koalitionsvertrag von SPD, Grünen und FDP

Die Parole klingt vielversprechend: »Mehr Fortschritt wagen« steht über dem Koalitionsvertrag, den SPD, Grüne und FDP im Dezember vereinbart haben. Das Papier zählt über 170 Seiten. Wir blicken auf einige der Ankündigungen in den Bereichen Gesundheit und Biopolitik.

Ganz vorn steht auch im Koalitionsvertrag die Corona-Pandemie: »Die notwendigen Schutzmaßnahmen umzusetzen und einen umfassenden Impfschutz voranzutreiben, ist eine gesamtstaatliche und gesamtgesellschaftliche Aufgabe.« Dass es bei der Impf-Strategie wohl nicht ausschließlich um Bewahrung der Gesundheit geht, wird allerdings auch angedeutet. »Deutschland hat die Chance, zum international führenden Biotechnologie-Standort zu werden«, erfährt man im Abschnitt über Innovationen und technologischen Transfer. »Durch den ersten mRNA-Impfstoff aus Mainz hat unser Land weltweite Sichtbarkeit erlangt. Damit ist eine Leitfunktion für die wissenschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung der Biotechnologie verbunden.«

Keine Rede ist im Koalitionsvertrag von einer »allgemeinen Impfpflicht«, deren Einführung ja mittlerweile ernsthaft ins Gespräch gebracht worden ist, auch von Neu-Bundeskanzler Olaf Scholz und dem von ihm ernannten Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach, beide Mitglieder der SPD.

Einen breiten Raum nimmt im Ampel-Papier das Thema »Digitalisierung« ein, sie betrifft selbstverständlich auch den Gesundheitsbereich. Angekündigt wird unter anderem: »Wir ermöglichen regelhaft telemedizinische Leistungen inklusive Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnungen sowie Videosprechstunden, Telekonsile, Telemonitoring und die telenotärztliche Versorgung.« Auch will die politische Ampel die Einführung der elektronischen Patientenakte (ePA) und des E-Rezeptes »beschleunigen« und außerdem ein »Gesundheitsdatennutzungsgesetz« auf den Weg bringen. Wobei auch die »Potenziale des Europäischen Gesundheitsdatenraumes« erschlossen werden sollen – alles, wie die Koalition*innen versprechen, »bei Wahrung von Datenschutz und Patientensouveränität«.

Eine weitere Ankündigung besagt: »Wir stärken die Digitalkompetenz, Grundrechte, Selbstbestimmung und den gesellschaftlichen Zusammenhalt«. Von Bedeutung ist auch das »Recht auf selbstbestimmtes Sterben«, begründet im Februar 2020 vom Bundesverfassungsgericht (→ BIOSKOP Nr. 89). Absehbar ist, dass – wie in

diesen Wochen in Österreich geschehen (→ Seite 13) – das Thema »Hilfe zur Selbsttötung« auch im Deutschen Bundestag auf die Agenda kommen wird. Ein Gesetzentwurf mit Verfahrensvorschlägen, verfasst auch von Gesundheitsexperte Lauterbach, war vor der Wahl nicht mehr abgestimmt worden. Im Koalitionsvertrag steht nun: »Wir begrüßen, wenn durch zeitnahe fraktionsübergreifende Anträge das Thema Sterbehilfe einer Entscheidung zugeführt wird.« Details dazu liest man dort nicht, übrigens auch kein Wort zu Palliativmedizin und Hospizen.

Nicht ausdrücklich erwähnt wird auch das Thema Transplantation. Lebendorganspenden auszuweiten und zu erleichtern, hatte in der vergangenen Legislaturperiode vor allem die FDP gefordert, zuletzt hielt auch Lauterbachs Vorgänger im Ministeramt, Jens Spahn (CDU), Liberalisierungen für diskussionswürdig, und in diesem Juni veranstaltete das Bundesgesundheitsministerium dazu auch ein digitales Symposium zur Lebendorganspende (→ BIOSKOP Nr. 95). Im Koalitionsvertrag kommt »Organspende« aber überhaupt nicht vor.

Gesetz zur Fortpflanzungsmedizin?

Ein weiteres Anliegen der FDP, die Förderung der Reproduktionsmedizin, wird dagegen recht ausführlich berücksichtigt. Die Ampel erklärt unter anderem: »Wir setzen eine Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin ein, die Regulierungen für den Schwangerschaftsabbruch außerhalb des Strafgesetzbuches sowie Möglichkeiten zur Legalisierung der Eizellspende und der altruistischen Leihmutterchaft prüfen wird.« Ob am Ende ein Gesetz zur Fortpflanzungsmedizin entstehen und in den Bundestag eingebracht wird, bleibt abzuwarten – und zu beobachten.

Versprochen wird, wenn auch eher vage, Geldflüsse und Interessenkonflikte im Gesundheitswesen transparenter zu machen als bisher (→ Seite 7). Konkreter werden die Koalitionspartner in Sachen »Parteiensponsoring«, es soll demnächst »ab einer Bagatellgrenze veröffentlichungspflichtig« gemacht werden. Außerdem verheißt der Vertrag, dass die Pflicht zur »sofortigen Veröffentlichung von Zuwendungen an Parteien« auf 35.000 Euro herabgesetzt werden soll. Und außerdem: »Spenden und Mitgliedsbeiträge, die in der Summe 7.500 Euro pro Jahr überschreiten, werden im Rechenschaftsbericht veröffentlichungspflichtig.«

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

Neu im Amt

Nach knapp vier Jahren hat der umtriebige Jens Spahn (CDU) den Posten des Bundesministers für Gesundheit räumen müssen. Sein Nachfolger Karl Lauterbach (SPD) wurde am 8. Dezember in Berlin vereidigt. Dessen Gesicht ist seit der Corona-Pandemie allgegenwärtig – kaum eine TV-Talkshow meinte, mal ohne Lauterbachs epidemiologische Expertise und polarisierenden Statements auskommen zu können. Neben der Präsenz in den klassischen Medien fand Professor Lauterbach auch reichlich Zeit, sehr viele Kurznachrichten via Twitter zur pandemischen Lage zu verbreiten – mit außerordentlicher Resonanz, zurzeit hat er über 700.000 Follower, die ihn wohl ganz überwiegend gut finden. Geteilt sind die Meinungen darüber, ob und wie lange Mediziner Lauterbach in der Lage sein wird, das komplexe Bundesgesundheitsministerium souverän zu führen; Zweifel gibt es auch in seiner Partei SPD. Mal abwarten, was rauskommt. Sein biopolitisches Wirken hat BIOSKOP wiederholt kritisch beleuchtet, nur zwei Beispiele: Lauterbach gehörte zu jener Abgeordneten-Gruppe, die seit Anfang 2021 einen Gesetzentwurf mit Verfahrensregeln zur Suizidhilfe (BIOSKOP Nr. 93) propagierte. Abgestimmt wurde darüber im Bundestag aber nicht. Im Januar 2020 scheiterten Lauterbach und Spahn gemeinsam: Ihr Gesetzentwurf zwecks Einführung einer sogenannten Widerspruchslösung bei der »Organspende« (BIOSKOP Nr. 89) fand im Parlament keine Mehrheit.

Hilferuf von Mediziner*innen

Ärztetag fordert Gesetze gegen Kommerzialisierung

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

Die wachsende Kommerzialisierung im Gesundheitswesen und deren Nebenwirkungen beunruhigen und belasten auch viele Mediziner*innen. Mehrere Beschlüsse des Deutschen Ärztetages fordern den Gesetzgeber auf, endlich gegenzusteuern.

Der 125. Deutsche Ärztetag fand Anfang November in Berlin statt, gut fünf Wochen nach der Bundestagswahl. In seiner Eröffnungsrede sagte Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), dass von diesem Ärztetag »ein starkes Signal an die künftigen Koalitionäre« ausgehen müsse. »Mit Sonntagsreden zur sprechenden Medizin und zur Eindämmung der Kommerzialisierung der Patientenversorgung« werde sich die Ärzt*innenschaft »nicht zufriedengeben«.

Was die Delegiert*innen des Ärzteparlaments vom Gesetzgeber erwarten, dokumentierten sie mit den anschließenden Abstimmungen. Mit großer Mehrheit beschlossen wurde der Leitantrag des BÄK-Vorstands, der unter der Überschrift »Gesundheitsversorgung 2.0 – patientenorientiert statt renditeorientiert« die »ärztliche Grundhaltung« unterstreicht: »Ärztinnen und Ärzte wollen keine Entscheidungen treffen und auch keine medizinischen Maßnahmen vornehmen, welche aufgrund wirtschaftlicher Zielvorgaben erfolgen und dabei das Patientenwohl gefährden und den Patienten Schaden zufügen können«.

Im stationären Bereich kritisiert der Ärztetag »Fehlanreize« des umstrittenen deutschen DRG-Fallpauschalensystems (→ *BIOSKOP* Nr. 92); erforderlich sei eine »grundlegende Reform der bisherigen erlösorientierten Krankenhausbetriebsmittelfinanzierung«. Die Vergütungssystematik dürfe »nicht länger ausschließlich auf wirtschaftliche Effizienz eines Krankenhausbetriebes ausgerichtet sein«. Stattdessen müsse sie »vorrangig am Versorgungsbedarf und an angemessenen Vorhaltekosten für Personal, Infrastruktur und Technik ausgerichtet werden«. Die gewünschte Reform, so Reinhardt in seiner Rede, müsse »zwingend mit einer stärker an den regionalen Bedarf angepassten Neuorganisation der Krankenhausplanung einhergehen«, wobei die Verantwortung für die Klinikplanung bei den Bundesländern verbleiben müsse. Weitere Beschlüsse zur Kommerzialisierung im Krankenhaus zielen darauf, den Arbeitsalltag von Klinikärzt*innen zu verbessern (→ *Seite 5*).

Im ambulanten Bereich mit niedergelassenen Haus- und Fachärzt*innen sieht der Ärztetag mit Sorge, dass Arztpraxen und andere Gesundheitseinrichtungen zunehmend durch Fremdinvestoren übernommen werden, auch durch sogenannte Privat-Equity-Gesellschaften. Begehrt seien bei nichtärztlichen Investoren die medizinischen Versorgungszentren (MVZ) mit Fachbereichen wie Augenheilkunde, Kardiologie, Nephrologie, Radiologie, Labormedizin. Deren Geschäftsmodell wird in einem der Anträge wie folgt erläutert: »Durch den Kauf, die Restrukturierung und den Wiederverkauf von Einrichtungen der Patientenversorgung versuchen Private-Equity-Gesellschaften, kapitalmarktgerechte Gewinne zu erwirtschaften.«

»Aufgrund der vorwiegend renditeorientierten Motivation dieser Fremdinvestoren«, warnt der beschlossene Leitantrag, »besteht die Gefahr, dass medizinische Entscheidungen zugunsten einer kommerziell motivierten Leistungserbringung beeinflusst werden.« Zudem drohe eine »Konzentration von investorenbetrieblenen medizinischen Einrichtungen, vor

allem in Ballungsräumen – zulasten der Versorgung in ländlichen Gebieten«.

Die Politik müsse mit Gesetzen gegen diese Entwicklungen vorgehen, fordert das Ärzt*innenparlament mit mehreren Beschlüssen. Ziel müsse es sein, eine marktbeherrschende Stellung investorenbetriebener MVZ zu verhindern und den Zugang von vorrangig renditeorientierten Trägern zu MVZ zu stoppen.

Gewinnabführungsverträge mit externen Kapitalgebern seien »zu begrenzen, da die Gewinne aus Sozialversicherungsbeiträgen generiert werden«. Außerdem müsse der Gesetzgeber ein »verpflichtendes MVZ-Transparenzregister« einführen, in dem auch interessierte Patient*innen sehen können, welche Finanzinvestoren hinter den MVZ stehen.

Die Kommerzialisierung in der stationären und in der ambulanten Versorgung habe durchaus unterschiedliche Ausprägungen, stellte BÄK-Präsident Reinhardt fest. Die Effekte seien allerdings ähnlich: »Im Ergebnis führen sie dazu, dass Ärztinnen und Ärzte in einen für sie schwer lösbaren Konflikt mit ihren berufsrechtlichen Pflichten getrieben werden, wenn sie von Klinik- und Kostenträgern sowie zunehmend auch von kapitalgetriebenen Fremdinvestoren angehalten werden, in rein betriebswirtschaftlichen Dimensionen zu denken und zu handeln.«

»Ärztliche Grundhaltung«

»Gesundheitsversorgung 2.0 – Patientenzentriert statt renditeorientiert« steht über einem Grundsatzbeschluss, den der Deutsche Ärztetag am 2. November gefasst hat. Im ersten Absatz wird die »ärztliche Grundhaltung« auf den Punkt gebracht – verbunden mit einem Appell an Gesundheitspolitiker*innen in Bund und Ländern. Im Wortlaut: »Die Ärzteschaft lehnt alle Leistungs-, Finanz-, Ressourcen- und Verhaltensvorgaben ab, welche ärztlich verantwortungsvolles Handeln tangieren und die mit ihrem ärztlich-ethischen Selbstverständnis unvereinbar sind. Die politischen Verantwortlichen sind aufgefordert, diese ärztliche Grundhaltung auch im Sinne des Schutzes der Patientinnen und Patienten vor sachfremden Einflussnahmen mit konkreten gesetzgeberischen Maßnahmen zu unterstützen.«

Arztpraxen und andere Gesundheitseinrichtungen werden zunehmend durch Fremdinvestoren übernommen.

»Daseinsvorsorge«

»Notfallkapazitäten sind keine Effizienzreserven, sondern Daseinsvorsorge«, betont der Deutsche Ärztetag. Sein Beschluss, gerichtet an Gesundheitspolitik und Klinikleitungen, fordert, »dass die Krankenhäuser für ihren Versorgungsauftrag entsprechende Notfallkapazitäten vorzuhalten haben und diese entsprechend zu finanzieren sind«.

Die Begründung verweist auch auf die Corona-Pandemie. Diese zeige, »wie elementar wichtig die Vorhaltung von Notfallkapazitäten – insbesondere auf den Intensivstationen – im Rahmen der Daseinsvorsorge ist«. Allerdings sei die Lage nicht nur in Pandemiezeiten angespannt. Auch im Normalbetrieb würden Kran-

kenhäuser immer wieder regelmäßig an ihre Belastungsgrenzen und sogar darüber hinaus gelangen. Dies passiere, so die Erläuterung, »wenn auf der einen Seite ein erhöhtes Aufkommen von kritisch kranken Notfallpatienten auf die knappe Ressource der Intensivbetten angewiesen ist, auf der anderen Seite für die Krankenhäuser das wirtschaftliche Überleben davon abhängt, große elektive Eingriffe durchzuführen, die ebenfalls auf die Ressource Intensivbett angewiesen sind«.

Das Problem sei in der Pandemie »besonders deutlich« geworden. Erst durch die sogenannten Freihaltepauschalen seien die Krankenhäuser in die Lage versetzt worden, »angemessene Notfallkapazitäten zu schaffen und für die Notfallpatienten vorzuhalten, ohne das wirtschaftliche Überleben zu gefährden«.

Steigender Bedarf

Das RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung mit Sitz in Essen hat auf seinen *Pflegeheim Rating Report 2022* hingewiesen. Die Studie zum »Pflegemarkt unter Druck« wurde gemeinsam mit der Essener Institute for Health Care Business GmbH (hcb) erstellt; sie ist 177 Seiten dick und interessiert wohl nicht nur die Zielgruppe wie Heimbetreiber, Banken, Investor*innen, Politiker*innen. Preiswert zu haben ist die Expertise allerdings nicht: Wer die gedruckte Version beim medhochzwei-Verlag kaufen will, muss 349 Euro dafür ausgeben. Das Rating basiert auf rund 430 Jahresabschlüssen von rund 2.100 Pflegeheimen. Zentrale Ergebnisse hat das RWI, das auch »evidenzbasierte Politikberatung« betreibt, am 29. November in einer 5-seitigen Pressemitteilung vorgestellt – Leseprobe: »Die wirtschaftliche Lage deutscher Pflegeheime hat sich seit dem Jahr 2016 stetig verschlechtert. Rund 20 Prozent lagen 2019 im »roten Bereich« mit erhöhter Insolvenzgefahr, gut 26 Prozent schrieben einen Jahresverlust. Die Trends zur Ambulantisierung und Privatisierung hielten an, die Personalknappheit ist gestiegen. Durch die Alterung der Gesellschaft ist bis 2030 in Deutschland mit 4,9 Millionen Pflegebedürftigen zu rechnen, das entspricht einer Steigerung von 20 Prozent gegenüber dem Jahr 2019. Damit verbunden steigt der Bedarf an Pflegepersonal und Kapital.«

»Verbindliche Personalbemessung«

Forderungen für bessere Arbeitsbedingungen in Kliniken

Der Deutsche Ärztetag fordert die Politik mit mehreren Beschlüssen auf, die Arbeitsbedingungen in deutschen Krankenhäusern zu verbessern. Die Begründungen klingen alarmierend.

Der Arbeitsalltag ist nicht gut für die Gesundheit vieler Klinikärzt*innen. Beeinträchtigt werde sie durch permanenten Zeitdruck und Überlastung, regelhafte Überschreitung der wöchentlichen Regelarbeitszeit, undokumentierte Überstunden, den Verzicht auf Ruhezeiten sowie die fehlende Planbarkeit des Privat- und Familienlebens. So steht es jedenfalls in der Begründung eines Beschlusses, den der Ärztetag Anfang November gefasst hat, das Anliegen der Delegiert*innen: »Verbesserung der Arbeitsbedingungen für mehr Behandlungssicherheit und gegen Personalmangel«. Der Ärztetag fordert die Politik auf, eine »bedarfsgerechte und verbindliche Personalbemessung« für Mediziner*innen einzuführen, notwendig sei zudem eine gesetzliche Regelung zur »manipulationsfreien Erfassung der ärztlichen Arbeitszeit in Kliniken«. Verstöße gegen das geltende Arbeitszeitgesetz müssten sanktioniert werden.

Solche Maßnahmen könnten auch im Interesse von Patient*innen sein, begründet wird dies so: »Die ärztliche Gesundheit bestimmt die Behandlungsqualität, sodass psychische und physische Einschränkungen des Klinikpersonals die Qualität der medizinischen Versorgung reduzieren.« Nur eine spürbare Verbesserung der Arbeitsbedingungen könne »verhindern, dass hochqualifizierte Ärztinnen und Ärzte den stationären Bereich verlassen und sich dadurch der bereits bestehende Personalmangel verschärft«.

Bemerkenswert ist auch ein Beschluss, der zur »Selbstbestimmung der Gesundheitsberufe in Krankenhausleitungen« beitragen soll. Hier wird die neue Bundesregierung aufgefordert, »sicherzustellen, dass alle Krankenhäuser durch interprofessionelle Leitungsgremien geführt werden, in denen Angehörige der Gesundheitsberufe die Mehrheit stellen«. Derzeit habe der kaufmännische Bereich nämlich in vielen Krankenhäusern »ein erhebliches Übergewicht und in allen operativen und strategischen Fragen die letzte Entscheidungsgewalt«.

Kaufmännisches Übergewicht

Die Konsequenzen solcher Verhältnisse bringt die Begründung des Beschlusses wie folgt auf den Punkt: »Unserer Überzeugung nach begünstigt der ungehemmte kaufmännische Kostendruck einen qualitativen Unterbietungswettbewerb, verschlechtert Arbeits- und Ausbildungsbedingungen der medizinischen Berufe im Krankenhaus und trägt zur Belastung des medizinischen Personals bei.« Diese Gemengelage sei »eine Ursache für die Flucht von Pflegekräften, Ärztinnen und Ärzten in die Teilzeitarbeit oder ganz aus der stationären Gesundheitsversorgung«.

Ein weiterer Beschluss betont, ärztliche Personalausstattung dürfe »kein Spielball betriebswirtschaftlicher Experimente« sein. Um dies auszuschließen, fordert der Ärztetag »eine vom Fallpauschalensystem unabhängige und für die Krankenhausträger zugleich verlässliche und nachhaltige Refinanzierung der ärztlichen Personalkosten durch die Kostenträger«.

Klaus-Peter Görlitzer

»Wichtigste Antibiotika bewahren!«

Fortschritt mit Ampel?

Im Koalitionsvertrag von SPD, Grünen und FDP steht auch ein Abschnitt zu »Zivilgesellschaft und Demokratie«.

Auf Seite 116 schreibt die neue Regierung, sie wolle »Menschen, die sich bürgerschaftlich engagieren, unterstützen«. Gemeinsam mit der Zivilgesellschaft werde man »eine neue nationale Engagementstrategie« erarbeiten. Und bis 2023 will die Koalition »nach breiter Beteiligung ein Demokratiefördergesetz einbringen«, erklärtes Ziel: »Damit stärken wir die zivilgesellschaftliche Beratungs-, Präventions- und Ausstiegsarbeit sowie das Empowerment von Betroffenenengruppen und werden sie vor Angriffen schützen.«

Mit finanziellen Risiken müssen mitunter gemeinnützige Organisationen rechnen, die sich politisch einmischen. Beispiel Attac: Das globalisierungskritische Netzwerk, engagiert auch gegen Steuerflucht, handelte teils nicht gemeinnützig und dürfe daher keine Spendenbescheinigungen ausstellen, urteilte 2019 der Bundesfinanzhof. Begründung: Laut BFH sind Vereine im Rahmen gemeinnütziger Bildungsarbeit »nicht berechtigt, Forderungen zur Tagespolitik bei »Kampagnen« zu verschiedenen Themen öffentlichkeitswirksam zu erheben« (→ BIOSKOP Nr. 85). Hier könnte sich in der neuen Legislaturperiode was bewegen. SPD, Grüne und FDP kündigen im Koalitionsvertrag an: »Wir modernisieren das Gemeinnützigkeitsrecht, um der entstandenen Unsicherheit nach der Gemeinnützigkeitsrechtsprechung des Bundesfinanzhofes entgegenzuwirken und konkretisieren und ergänzen gegebenenfalls hierzu auch die einzelnen Gemeinnützigkeitszwecke.« Außerdem schreibt die Ampel: »Wir verbinden dies mit Transparenzpflichten für größere Organisationen.«

Über zwanzig Organisationen aus Medizin, Umweltschutz und Landwirtschaft fordern die EU-Kommission mit einem gemeinsamen Appell auf, die wichtigsten Antibiotika vom Einsatz aus der industriellen Tierhaltung auszuschließen.

Antibiotika sind Arzneimittel, die zur Behandlung bakterieller Infektionskrankheiten eingesetzt werden; ihre Verfügbarkeit »rettet täglich unzählige Leben«, steht in dem Appell, den die Menschenrechtsorganisation Germanwatch und die BUKO Pharma-Kampagne initiiert haben. Durch »zunehmende Entstehung und Verbreitung antimikrobieller Resistenzen (AMR)« bestehe aktuell jedoch »Gefahr, wirksame Antibiotika zu verlieren«, auf dem Spiel stehe »nichts weniger als die globale Gesundheit«. Allein in den Staaten der Europäischen Union (EU) erkrankten jährlich 670.000 Menschen an Infektionen durch antibiotikaresistente Erreger, 33.000 Menschen starben an den Folgen. Vor diesem Hintergrund fordern die Organisationen: »Der hohe und regelmäßige, Resistenzen begünstigende Einsatz von Antibiotika in der Tierhaltung ist deshalb nicht mehr hinnehmbar.«

Liste der EU-Kommission

Eine neue Tierarzneimittelverordnung, die auch den Gebrauch von Antibiotika in der Tierhaltung strenger regeln soll, tritt am 28. Januar EU-weit in Kraft. Zudem ist die EU-Kommission dabei, eine Liste mit solchen Antibiotika zu erarbeiten, die ausschließlich in der Humanmedizin eingesetzt werden.

Das klingt erst mal gut, ist aber noch kein Grund zur Beruhigung, meint BUKO und erklärt: »Etliche Reserve-Antibiotika, die in der Humanmedizin eine entscheidende Rolle spielen, gelten auch in der Tiermedizin als unersetzlich.« Deshalb könne es passieren, dass sie letztlich nicht in die Liste aufgenommen werden. Die Politik müsse aber »alle Möglichkeiten nutzen, um die Wirksamkeit von Reserve-Antibiotika sicherzustellen und die Resistenzentwicklung zu bremsen«.

Der Appell »Wichtigste Antibiotika bewahren – stärkere Regulierung (in) der Tierhaltung!« und weitere Hintergrundinfos sind online zu lesen auf der Kampagnenseite: <https://germanwatch.org/de/antibiotika-appell>

Big Pharma & Pandemie

Die Organisation Public Eye mit Sitz in Zürich wird laut Selbstdarstellung »dort aktiv, wo Wirtschaft und Politik Menschenrechte in Gefahr bringen«. Dabei nimmt Public Eye auch »illegale und illegitime Wirtschaftspraktiken« in den Blick. Resultat ihrer Recherchen sind interessante Analysen und Veröffentlichungen, eine aktuelle heißt: »Big Pharma takes it all«. Mit dem englischsprachigen Report (Stand: März 2021) will Public Eye zeigen, »wie die Konzerne die Covid-19-Pandemie zu ihrem Vorteil ausnutzen« und veranschaulichen, »wie Big Pharma auch in dieser Krise ihre 10 wichtigsten Strategien nutzt«.

Vorweg stellt Public Eye fest: »Wohlhabendere Staaten haben sich fast den gesamten weltweiten Vorrat an Impfstoffen, Behandlungen und Diagnostika unter den Nagel gerissen. Dieser ungleiche Zugang zu lebensrettenden medizinischen Hilfsmitteln ist auf die künstliche Verknappung zurückzuführen, die das auf Patenten basierende Monopolsystem verursacht, welches Länder mit hohem Einkommen wie die Schweiz schützen.«

Zehn Strategien

Der Report zählt 52 Seiten. Einen schnellen Überblick gibt ein 8-seitiges »Faktenblatt«, das in deutscher Sprache »Die 10 Strategien für systematische Gewinnoptimierung« skizziert. Diese sind, laut Public Eye: »Forschung und Entwicklung nach den Gewinnaussichten ausrichten«, »Patente missbrauchen«, »Das Geschäft auf die Bedürfnisse der reichen Länder ausrichten«, »Transparenz und öffentliche Rechenschaft verweigern«, »Klinische Studien zum eigenen Vorteil designen«, »Risiken sozialisieren – Gewinne privatisieren«, »Steuer-gelder ohne Gegenleistung einstecken«, »Nicht zu rechtfertigende und unanfechtbare Preise vereinbaren«, »Riesige Summen an Aktionäre auszahlen statt in neue Medikamente zu investieren«, »Mit intensivem Lobbying die Rahmenbedingungen beeinflussen«.

Public Eye nennt auch diverse Forderungen. Die Schweizer Politik wird unter anderem gebeten, die Verträge mit Pharmaunternehmen für die Impfstoffe zu veröffentlichen. Von den Konzernen erwartet Public Eye, »die geistigen Eigentumsrechte während der Covid-Pandemie auszusetzen« und »alle Informationen zu klinischen Versuchen zugänglich zu machen, inklusive der Protokolle und der Rohdaten«.

Public Eye hat den Report plus Faktenblatt gratis zum Download bereitgestellt: <https://www.publiceye.ch/de/publikationen/detail/big-pharma-takes-it-all>

»Pilotprojekt« in Bayern

Der Freistaat Bayern will »gezielt« gegen »schwarze Schafe« in der Gesundheitsbranche vorgehen. Mithelfen soll eine neue »Hinweisgeber-Plattform«, die seit Oktober online ist. Unter der Adresse www.bkms-system.com/ZKG können Menschen Missstände anzeigen, anonym oder auch namentlich. Die Plattform gilt als »Pilotprojekt«, betrieben wird sie von der Zentralstelle zur Bekämpfung von Betrug und Korruption im Gesundheitswesen (ZKG) bei der Generalstaatsanwaltschaft Nürnberg.

Das digitale System, das zunächst vier Jahre laufen soll, verfüge über einen »geschützten Postkasten«. Die Technik ermögliche der ZKG

auch, »Rückfragen an den Hinweisgeber oder die Hinweisgeberin zu stellen, ohne die Identität zu enthüllen«, erläuterte Bayerns Justizminister Georg Eisenreich beim Projektstart. Zum Hintergrund sagte der CSU-Politiker: »Das Dunkelfeld bei Betrug und Korruption im Gesundheitswesen ist groß, weil Bestechende und Bestochene nur Vorteile aus der Straftat ziehen. Deshalb setzen wir künftig zusätzlich auf anonyme Hinweisgeber.« 2020 seien im deutschen Gesundheitssystem geschätzt 425 Milliarden Euro umgesetzt worden. »Betrug und Korruption im Gesundheitswesen können viel Schaden anrichten«, weiß Eisenreich, »von enormen finanziellen Schäden bei Krankenkassen und Versicherungen bis hin zu Gesundheitsschäden bei Patienten.«

Transparenz schaffen, Hinweisgeber schützen

Transparency international (TI) fordert, dass die Daten aller klinischen Studien »umfassend veröffentlicht« werden müssen. Außerdem mahnt die Antikorruptionsorganisation die »zeitnahe Einführung« eines gesetzlichen Schutzes für Whistleblower*innen an – gemeint sind Menschen, die Hinweise auf mögliche Unregelmäßigkeiten geben. Zur Begründung erklärte Rolf Blaga, Leiter der TI-Arbeitsgruppe Medizin und Gesundheit, am 9. November in Berlin: »Manipulationen werden nur aufgedeckt, wenn alle Daten unabhängig überprüft werden können. In der Vergangenheit haben Firmen immer wieder Ergebnisse von Studien zurechtgebogen oder schwerwiegende Arzneimittelwirkungen verschwiegen. Deshalb misstrauen Menschen der Pharmaindustrie, wie zum Beispiel die Impfgegner.« Louisa Schloussen, Leiterin der TI-Arbeitsgruppe Hinweisgeberschutz, fordert die neue Bundesregierung auf, die EU-Richtlinie zum Hinweisgeberschutz »möglichst schnell umzusetzen«. Auch die EU selbst müsse handeln und »ihre Behörden mit leicht erreichbaren anonymen Meldekanälen ausstatten«. Abschließend betonte Schloussen: »Wir brauchen endlich Rechtsicherheit für Hinweisgeberinnen und Hinweisgeber, die wichtige Beiträge zum Allgemeinwohl leisten und dafür oft harte persönliche Repressalien erleiden müssen.«

»Interessenkonflikte vermeiden«

Bemerkenswertes zur Transparenz im Koalitionsvertrag

Im Gesundheitswesen fließt viel Geld und Interessenkonflikte sind dort keine Seltenheit. Der Begriff steht auch im Koalitionsvertrag der politischen Ampel – insgesamt einmal. Was ist genau gemeint?

Die Kernbotschaft im Abschnitt zur Versorgung mit Arzneimitteln und Impfstoffen war zu erwarten, SPD, Grüne und FDP kündigen selbstbewusst an: »Wir ergreifen Maßnahmen, um die Herstellung von Arzneimitteln inklusive der Wirk- und Hilfsstoffproduktion nach Deutschland oder in die EU zurück zu verlagern.« Zu diesem Zweck will die neue Regierung »Bürokratie« abbauen und auch die Bezuschussung von Investitionen prüfen.

Eher überraschend kommt der letzte Satz in diesem Abschnitt daher: »Um Interessenkonflikte zu vermeiden, schaffen wir mehr Transparenz über finanzielle Zuwendungen an Leistungs- und Hilfsmittelerbringer.« Was genau verbindlich passieren soll, ob gesetzliche Regelungen geplant sind, das steht aber nicht im Koalitionsvertrag.

Interessenkonflikte können zum Beispiel entstehen, wenn Ärzt*innen und Wissenschaftler*innen mit Herstellern von Arzneimitteln und Medizinprodukten kooperieren, etwa im Rahmen von Fortbildungen und klinischen Studien. Oder auch Aktien bestimmter Unternehmen halten, deren Produkte sie wissenschaftlich bewerten oder verschreiben sollen. Oder wenn sie sogar selbst Patente für pharmazeutische und medizintechnische Erfindungen angemeldet haben.

Orientieren könnten sich Bundesregierung und Bundestag zum Beispiel an den Vorschlägen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ). Die fordert seit Jahren, eine »gesetzliche Transparenzverpflichtung«

einzuführen, um finanzielle Verbindungen von ÄrztInnen mit Pharma- und Medizinprodukt-Herstellern öffentlich zu machen. Die gezahlten Gelder müssten im Internet publiziert und »durch geeignete und unabhängige Hintergrundinformationen hinterlegt« werden. So steht es in einer Stellungnahme vom Februar 2019, zum praktischen Nutzen erläutert die AkdÄ: »Insbesondere Patientinnen und Patienten würden durch die Einführung einer gesetzlichen Transparenzverpflichtung Gelegenheit bekommen, sich schnell und zuverlässig zu Interessenkonflikten ihrer behandelnden Ärzte zu informieren.«

Solche Ideen fanden im Bundestag bisher kaum Rückhalt. Sie waren auch kein Thema im Wahlkampf 2021; nur im Programm der Linken standen dazu ein paar Sätze. Die waren allerdings konkreter formuliert als das Koalitionspapier der neuen Regierung. »Wir fordern eine transparente, gesetzliche Regelung über Zuwendungen der Pharmaindustrie an Mediziner*innen und Heilberufe«, schrieben die Linken und erklärten auch ihren Antrieb: »Wir wollen den Einfluss der Pharmakonzerne zurückdrängen. Das betrifft Werbung und Beeinflussung von Ärzt*innen, Wissenschaft und Patientenorganisationen.« Offengelegt werden müssten zudem »Sponsoring und sonstige Verträge, die öffentliche Bildungs- und Forschungseinrichtungen mit privaten Unternehmen oder Stiftungen abschließen«.

Die Sensibilität beim Blick auf Sponsoring und Interessenkonflikte scheint jedenfalls gewachsen zu sein. Also darf mensch gespannt sein, wer in den nächsten Jahren welche Initiativen in den Bundestag einbringt – etwas Druck, gern auch von Patientenvertreter*innen und Verbraucherschützer*innen, wäre da sicher hilfreich.

Klaus-Peter Görlitzer

Zahlen verstehen

Laut Wochenbericht des Robert Koch-Institut (RKI) vom 9. Dezember lagen im November (Meldewochen 44-48) insgesamt 1.800 Covid-Patienten auf Intensivstationen, darunter 585 vollständig Geimpfte. Die Ungeimpften sind dort also klar in der Mehrheit.

Um diese Zahlen zu verstehen, muss man sie zudem in Bezug zur Impfquote setzen. Besonders interessant ist die Gruppe der stärker gefährdeten über 60-Jährigen. Laut RKI-Bericht stellen sie mit 1.168 Personen den größten Anteil der Covid-Patienten auf Intensivstationen. Von diesen 1.168 waren 480 vollständig geimpft – das sind 41,1 %. Hier kommt nun die Impfquote ins Spiel: Laut Statistischem Bundesamt sind 86 % der Menschen über 60 vollständig geimpft. Das heißt: Aus 86 % speisen sich 41 % der Fälle, und aus nur 14 % resultieren die restlichen 59 %. Das Risiko, wegen Covid auf der Intensivstation zu landen, ist für ungeimpfte ältere Menschen somit deutlich höher als für geimpfte. Laut Gernot Marx, Präsident der Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, sind die geimpften Älteren zudem »entweder über 80, und deswegen funktioniert ihr Immunsystem nicht mehr so gut. Oder sie sind über 60 und haben zusätzlich eine schwere Erkrankung«. Bei vielen lägen auch die Impfungen schon länger zurück, sagte Marx der *ARD-Tagesschau*. Für sie sei eine Booster-Impfung besonders wichtig.

Ein hoher Anteil von Geimpften unter den Covid-Patienten im Krankenhaus bedeutet nicht etwa, dass die Impfung unwirksam ist. Bei einer Million Menschen und einer niedrigen Impfquote von 75 % ist laut einem Flyer des RKI eine hohe absolute Zahl von 182 Covid-Patienten im Krankenhaus zu erwarten, der relative Anteil von Geimpften wäre mit 43 aber niedrig – bei 23 %. Dagegen ist bei einer hohen Impfquote von 90 % eine niedrige absolute Zahl von 106 Covid-Patienten im Krankenhaus zu erwarten, der relative Anteil von Geimpften mit 50 wäre aber hoch – bei 47 %. Unterm Strich heißt das: Je mehr Personen geimpft sind, umso weniger müssen in die Klinik.

Impfdurchbrüche waren zu erwarten, weil die Impfstoffe gut, aber nicht zu 100 % schützen. Laut RKI waren unter rund 340.000 symptomatischen Covid-Patienten 168.000 vollständig geimpft. Wären theoretisch 100 % der Bevölkerung geimpft, würden sogar nur Geimpfte erkranken. Es ist wie bei der Gurtpflicht: Wenn 100 % sich anschnallen, können im Auto auch nur Angeschallte verunglücken. Dennoch rettet der Gurt viele Leben.

Martina Keller 

Erste Impfpflicht gegen Corona

Wer in Krankenhaus, Pflegeheim, Arztpraxis oder Rettungsdienst arbeitet, muss spätestens bis zum 15. März 2022 nachweisen, dass er oder sie gegen das Coronavirus geimpft ist. Diese auf Gesundheitseinrichtungen bezogene Impfpflicht hatten SPD, Grüne und FDP gemeinsam initiiert, ihr Gesetzentwurf wurde am 10. Dezember mit großer Mehrheit im Bundestag beschlossen. Das erklärte Ziel, besonders verletzte Menschen so besser gegen Infektionen zu schützen, befürworteten viele Verbände und Fachgremien auch außerhalb des Parlaments, darunter der Deutsche Ethikrat (*Siehe Seite 10*).

Dennoch wurde auch Kritik an der Regelung laut. Diese Impfpflicht berge »Sprengstoff«, warnte Eugen Brysch von der Stiftung Patientenschutz, es könne durchaus passieren, dass Pflegekräfte, die sich nicht impfen lassen wollen, ihren Job aufgeben. Brysch rechnete vor: »Schließlich versorgt eine Pflegekraft in der Altenpflege zwei Menschen. Verlassen nur zehn Prozent der schon heute hochbelasteten Beschäftigten ihren Beruf, dann werden 200.000 Pflegebedürftige keine professionelle Hilfe mehr erhalten können.« Vor diesem Hintergrund müsse endlich klar werden, »dass tägliches Testen und Impfen nicht gegeneinander stehen dürfen«, nur beides zusammen könne den Weg aus der Corona-Pandemie bahnen.

An Fahrt aufgenommen hat im Spätherbst auch die Diskussion zur heftig umstrittenen Frage, ob eine allgemeine Impfpflicht gegen das Coronavirus eingeführt werden soll, die fast alle Politiker*innen, voran Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU), lange Zeit kategorisch ausgeschlossen hatten. Ihr Nachfolger Olaf Scholz (SPD) kündigte mehrfach an, dass der Bundestag Anfang 2022 darüber beraten soll, er persönlich werde dafür stimmen. Verbindliche Beratungstermine gibt es noch nicht; klar scheint nur, dass der übliche Fraktionszwang aufgehoben werden soll, alle Abgeordnete also gemäß ihrem Gewissen werden abstimmen dürfen.

Für Nervosität sorgt zunehmend auch die sogenannte Omikron-Variante. Ob und wie effektiv die bisher zugelassenen Impfstoffe gegen diese Mutation wirken, ist ungewiss. Uğur Şahin, Chef des Impfstoffherstellers Biontech, hatte dem *SPIEGEL* gesagt, wenn sich Omikron weiter ausbreite, halte er es für »wissenschaftlich sinnvoll, bereits nach drei Monaten einen Booster anzubieten«. Şahin erklärte Anfang Dezember außerdem, dass im Sommer 2022 wohl eine vierte Impfung notwendig werde. Diese könnte womöglich auch mit einem an die Omikron-Variante angepassten Impfstoff angeboten werden.

Klaus-Peter Görlitzer 

»Sicherheitsbericht«

Für die Überwachung von Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit eingesetzter Impfstoffe ist hierzulande das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) zuständig. Regelmäßig veröffentlicht das PEI auch »Sicherheitsberichte« über »Verdachtsfälle von Nebenwirkungen und Impfkomplicationen nach Impfung zum Schutz vor COVID-19«. Der jüngste Bericht erschien am 26. Oktober; ausgewertet wurde der Zeitraum 27.12.2020 bis 30.09.2021. Die PEI-Zahlen zeigen, dass Impfungen für die Betroffenen nicht immer ohne Risiko sind. Im Berichtszeitraum gab es in Deutschland rund 107,9 Millionen Erst- und Zweitimpfungen mit den Präparaten der Hersteller BioNTech/Pfizer, Moderna, AstraZeneca und Janssen. In dieser Phase seien dem PEI insgesamt 172.188 »Verdachtsfälle von Nebenwirkungen oder Impfkomplicationen« bekannt worden. »Die Melderate betrug für alle Impfstoffe zusammen 1,6 Meldungen pro 1.000 Impfdosen«, bilanziert das PEI, »für schwerwiegende Reaktionen 0,2 Meldungen pro 1.000 Impfdosen gesamt.« In der Kategorie »schwerwiegend« lag AstraZeneca mit 0,45 Meldungen pro 1.000 Impfungen vorn, gefolgt von Janssen (0,18), BioNTech (0,16) und Moderna (0,15). Insgesamt waren bis zum 30. September 21.054 schwerwiegende Verdachtsfälle gemeldet worden. »In 1.802 Verdachtsfallmeldungen«, schreibt das PEI, »wurde über einen tödlichen Ausgang in unterschiedlichem zeitlichem Abstand zur Impfung berichtet.« Der 49-seitige »Sicherheitsbericht« nennt auch Details zur Art unerwünschter Wirkungen, alles im Zusammenhang zu lesen auf der Webseite des Instituts: <https://www.pei.de>

Freiwilligkeit überflüssig?

Wer eine allgemeine Pflicht zur Impfung gegen das Coronavirus durchsetzt, würde mit grundlegenden medizinethischen und juristischen Prinzipien brechen. So weit darf es nicht kommen.

Der Grundsatz gilt für medizinische Eingriffe ebenso wie für klinische Forschung mit Menschen: Wer betroffen ist, muss wissen können, worauf er sich einlässt und was mit seinem Körper geschehen soll. Eine verständliche Aufklärung über Zweck, Wirkung, Nutzen, Risiken ist zwingend. Wer anschließend als Patient oder Proband oder aus Gründen der Vorbeugung zustimmt, muss dies aus freien Stücken tun können – und auch die Freiheit haben, sich gegen ein medizinisches Angebot zu entscheiden. Nur so ist in der Praxis lebbar, was Jurist*innen »informierte Einwilligung« nennen.

In Pandemie-Zeiten wird dieses Prinzip fundamental in Frage gestellt, durch Politiker*innen und Fachleute, die das staatliche Angebot, sich impfen lassen zu können, nun in eine Pflicht für alle Bürger*innen verwandeln wollen. Begründet wird das mittels einer Kommunikationsstrategie, die Menschen allein deshalb zum »Risiko« für ihre Mitmenschen erklärt, weil sie nicht vollständig geimpft sind. Und auch mit dem Argument, dass intensivmedizinische Ressourcen bald durch Ungeimpfte überlastet werden könnten.

Das Risiko, in Folge einer Coronainfektion schwer zu erkranken oder gar zu sterben, ist laut diverser wissenschaftlicher Studien und auch ausweislich der Zahlen des Robert Koch-Instituts (RKI) für nicht geimpfte Menschen tatsächlich um ein Vielfaches höher als für geimpfte (→ Seite 8). Aber es gibt auch sogenannte Impfdurchbrüche, die im Krankenhaus behandelt werden müssen und schlimm ausgehen können. Laut RKI-Statistik waren unter den 1.447 Menschen, die während der Meldewochen 44 - 48 an oder mit Corona verstarben, 660 vollständig geimpft.

Für Risikoabschätzung und die Frage, ob eine Impfpflicht überhaupt legitim sein kann, sollte entscheidend sein: Schützt eine Impfung verlässlich auch davor, das Virus im Fall einer Infektion weitergeben und andere Menschen anstecken zu können? Das ist, Stand Ende 2021, mit den verfügbaren Impfstoffen leider nicht so. Nach zwei, drei Monaten beginne der Ver-

breitungsschutz der Impfung zu sinken, sagte kürzlich auch der Berliner Virologe Christian Drosten der Wochenzeitung *ZEIT* in einem langem Interview. Professor Drosten rät – und das ist zu unterstreichen – dringend zur Impfung und deren Auffrischung; in besagtem *ZEIT*-Interview, veröffentlicht am 11. November, sagte er aber auch: »Wir haben eine Pandemie, zu der alle beitragen – auch die Geimpften, wenn auch etwas weniger.« Drosten sagte außerdem voraus, das Virus werde endemisch werden: »Wir können es auf keinen Fall wegpimpfen, weil wir nicht die ganze Weltbevölkerung impfen können.«

Angesichts dieser Gemengelage: Soll die deutsche Politik tatsächlich ein Gesetz beschließen, das die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben vom Impfstatus abhängig macht? Ein Gesetz, das Menschen gegen ihren Willen zu einer Impfung zwingt, die hierzulande 80 Prozent der Erwachsenen mittlerweile freiwillig in Anspruch genommen haben? Ein Status, der womöglich in regelmäßigen Abständen durch Auffrischungsimpfungen neu erreicht und nachgewiesen werden muss?

Das sind komplexe Fragen, deren Beantwortung auch in Pandemie-Zeiten wohl überlegt und gesellschaftlich diskutiert werden sollten. Ein gesetzgeberisches Schnellverfahren, zu dem es Anfang 2022 wohl kommen wird (→ Seite 8), kann den Risiken, die mit einer Pflicht und womöglich auch Einrichtung eines zentralen, digitalen Impfreisters einher gehen

können, jedenfalls nicht wirklich gerecht werden. Und: Ist ein solches Register erst einmal etabliert, könnte es perspektivisch auch auf das Erfassen anderer verbreiteter Infektionskrankheiten erweitert werden, Influenza beispielsweise.

Bedenkenswert ist auch, dass der biopolitische Ansatz, die ausdrückliche Zustimmung von Menschen nicht mehr unbedingt voraussetzen, schleichend um sich zu greifen droht. Ein Beispiel für eine in diesem Sinn veränderte Normalität ist das »Widerspruchslösung« genannte Konzept, jeden Menschen im Fall des »Hirntods« automatisch als potenziellen Organspender anzusehen, auch wenn er oder sie sich zu dieser existenziellen Frage gar nicht erklärt hat. Ein Gesetzentwurf, der dies so regeln sollte, scheiterte im Januar 2020 im Bundestag noch (→ *BIOSKOP* Nr. 89). Ein ähnlich konstruiertes Modell der ungefragten »Spende« von medizinischer Daten und Biomaterialien für unbestimmte Forschungszwecke wurde 2020 in einem Gutachten präsentiert, beauftragt vom Bundesgesundheitsministerium (→ *BIOSOP* Nr. 91). Gut möglich, dass man davon demnächst wieder hören wird.

Klaus-Peter Görlitzer

»Nicht bekannt«

Das Robert Koch-Institut (RKI) veröffentlicht auf seiner Webseite auch prägnante »Antworten auf häufig gestellte Fragen«. Eine wichtige lautet: »Sollte vor der Auffrisch-Impfung gegen COVID-19 eine Antikörperbestimmung durchgeführt werden?«

Dazu gibt das RKI, mit Verweis auf Wissensstand 10. November 2021, die folgende Auskunft: »Fälschlicherweise nehmen viele Menschen an, dass bei hohem Antikörperspiegel nach der Grundimmunisierung gegen COVID-19 oder einer SARS-CoV-2-Infektion keine (Auffrisch-)Impfung verabreicht werden sollte. Das ist jedoch nicht korrekt. Es ist nicht bekannt, ab welchem Wert von einem ausreichenden Schutz vor der Erkrankung ausgegangen werden kann. Es ist daher auch nicht empfohlen, vor der Verabreichung der (Auffrisch-)Impfung mittels serologischer Antikörpertestung zu prüfen, ob weiterhin ein Schutz vor COVID-19 besteht. Sicherheitsbedenken für eine (Auffrisch-)Impfung bei noch bestehender Immunität gibt es nicht.«

»Die Impfpflicht als letzte Möglichkeit ist gerechtfertigt«

BIOSKOP-Interview

Die Philosophin und Biologin Sigrid Graumann leitet im Deutschen Ethikrat die Arbeitsgruppe Pandemie. Im Interview mit BIOSKOP-Autorin Martina Keller spricht sie über politische Versäumnisse und nötige nächste Schritte.

»Flucht aus dem Beruf«

Intensivbetten drohen während der Corona-Pandemie mancherorts knapp zu werden. Ob und wie weitere Intensivkapazitäten geschaffen werden können, hat das Science Media Center (SMC) drei Fachleute gefragt. Ihre »Statements« stehen seit Anfang Dezember auf www.sciencecenter.de. Einer der Befragten ist Manuel Wenk, Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin des Florence-Nightingale-Krankenhauses Düsseldorf. »Es wird schlichtweg nicht möglich sein, die Intensivkapazitäten durch Schaffung neuer Betten bei gleicher Versorgungsqualität zu erhöhen«, erklärt Wenk, »das dafür notwendige Personal existiert nicht«. Sein Statement benennt auch strukturelle Ursachen der prekären Situation, dazu führt Professor Wenk unter anderem aus: »Die Gesundheitspolitik der letzten Jahre hat durch ihren Ruf nach Ökonomisierung und Druck auf die Krankenhäuser dazu geführt, dass Kliniken gezwungen worden sind, sich betriebswirtschaftlich so aufzustellen, dass sie es oft nur durch massive Sparpolitik und Leistungsverdichtung gerade schaffen, ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen. Aufgrund der Fehler des Vergütungssystems war dies in den letzten Jahren eigentlich nur durch eine Sparpolitik im Bereich des Personals möglich. Das hat zu einer erheblichen Erhöhung der Last auf den Schultern des verbliebenen Personals geführt und letztlich – gerade im Bereich der Pflege – zu einer Flucht aus dem Beruf.«

MARTINA KELLER: Noch bis vor kurzem hatten viele Politiker eine allgemeine Impfpflicht ausgeschlossen. Nun hat Olaf Scholz angekündigt, dass sie spätestens ab März 2022 kommen könnte. Was ist davon zu halten?

SIGRID GRAUMANN: Die Impfpflicht als letzte Möglichkeit ist gerechtfertigt, weil wir eine Impfquote von 85 bis 90 Prozent brauchen, um nicht immer wieder in neue Pandemie-Wellen zu geraten. Es ist richtig und auch ehrlich, jetzt darüber zu sprechen. Aber bevor die Impfpflicht kommt, sehe ich noch erheblichen Handlungsbedarf für die Politik.

KELLER: Es gibt also die Chance, der allgemeinen Impfpflicht noch zu entgehen?

GRAUMANN: Ich hoffe sehr, dass es nicht so weit kommt. Man sollte alles dafür tun, um Menschen auf andere Weise zu erreichen und mit Argumenten zu überzeugen. Es gab zum Beispiel in Deutschland bislang keine gute Impfkampagne. Man hat vorwiegend an das individuelle Interesse appelliert: Bitte lassen Sie sich impfen, damit sie sich nicht infizieren und nicht krank werden. Viele jüngere Menschen oder auch Ältere, die sich für gesund halten und keine Angst vor einer Infektion haben, fühlten sich davon nicht angesprochen. Was ganz klar kommuniziert werden müsste: Impfen dient nicht nur dem Schutz der eigenen Gesundheit, sondern wir müssen uns impfen lassen aus Solidarität mit anderen, insbesondere mit den hoch verletzlichen Menschen, aber auch aus Solidarität mit dem Personal, das in den Kliniken arbeitet und im Grunde ausbaden muss, wenn sich dann die Betten mit ungeimpften, schwer erkrankten Personen füllen.

KELLER: Impfskeptiker halten entgegen, dass sich auch Geimpfte infizieren können und auf Intensivstationen liegen.

GRAUMANN: Auf den Intensivstationen liegen weitaus mehr Ungeimpfte als Geimpfte, obwohl die Ungeimpften nur etwa ein Drittel der Bevölkerung ausmachen. In der Regel verlaufen die Infektionen bei einem Impfdurchbruch eher mild. Das Risiko einer wirklich schweren Erkrankung trifft vorwiegend Personen, die vorerkrankt und stark gesundheitlich belastet sind. Aber klar: Impfdurchbrüche gibt es, und die Impfung schützt vor einem schweren Krankheitsverlauf, bietet aber keinen 100-prozentigen

Schutz vor einer Infektion. Deshalb ist es so wichtig, nicht nur auf den Einzelnen zu schauen.

KELLER: Kritiker werten die allgemeine Impfpflicht als massiven Eingriff in die Freiheitsrechte der Bürgerinnen und Bürger.

GRAUMANN: Das ist sie auch, aber sie ist ein gerechtfertigter Eingriff in die persönliche Freiheit, darauf müssen wir immer wieder hinweisen: Wenn ich mich nicht impfen lasse, dann gefährde ich andere, dann greife ich in die Freiheitsrechte anderer ein, weil Schulen geschlossen werden müssen, weil Sportstätten geschlossen werden müssen, weil Restaurants nicht mehr frei zugänglich sind, weil Menschen dann auch nicht arbeiten können. Das sind Freiheits Einschränkungen, die von denjenigen ausgehen, die sich nicht impfen lassen. Freiheitsrechte gelten niemals absolut, sondern sie enden dort, wo die Freiheit anderer ungebührlich beeinträchtigt wird. Das sind Abwägungen, die da getroffen werden müssen, und es kann passieren, dass wir in eine Situation kommen, in der eine allgemeine Impfpflicht zu rechtfertigen ist.

KELLER: Vorerst hat der Deutsche Ethikrat Anfang November empfohlen, eine berufsbezogene Impfpflicht zu prüfen. Was ist damit gemeint?

GRAUMANN: Eine allgemeine Impfpflicht hat der Ethikrat bisher nicht diskutiert. Es geht um eine Impfpflicht in Bereichen, in denen besonders vulnerable Gruppen betreut werden, etwa alte, kranke oder pflegebedürftige Menschen. Das betrifft die Krankenversorgung, aber auch die Langzeitpflege, den Sozialdienst, die Alltagsbegleitung oder die Hauswirtschaft. Wir begründen unseren Vorschlag mit dem Schutz der hoch vulnerablen Gruppen, mit denen die Menschen in diesen Tätigkeitsbereichen arbeiten.

KELLER: Mancherorts gibt es Pflegeheime, in denen nur etwa ein Drittel des Personals geimpft ist. Bislang waren den Leitungen aber die Hände gebunden, sie durften nicht einmal den Impfstatus der Beschäftigten erfragen.

GRAUMANN: Die Möglichkeit haben wir jetzt. Durch die 3-G-Regelung am Arbeitsplatz erfahren die Arbeitgeber, wer geimpft ist und wer nicht und können ihrer Verpflichtung nachkommen. Es geht dabei nicht nur um den Schutz der vulnerablen Gruppen in den genannten Bereichen, sondern um die Fürsorgepflicht gegenüber allen Beschäftigten. Wenn in einem Betrieb eine

► einzelne Person ungeimpft ist, bedeutet das oft ein Riesendrama, weil alle anderen zu Recht Angst bekommen, sich anzustecken. Da ist die Geschäftsführung verpflichtet, Menschen zu schützen, indem solche Kolleginnen oder Kollegen im Home-Office arbeiten oder – sollte das nicht möglich sein – in letzter Konsequenz ohne Bezüge freigestellt werden. Das halte ich für einen extrem wichtigen Schritt.

KELLER: Kritiker sehen das als Einschränkung der informationellen Selbstbestimmung.

GRAUMANN: Das ist eine Güterabwägung. Wären wir nicht in einer Pandemie, würde ich auch sagen: Gesundheitsdaten müssen für die Arbeitgeber absolut tabu bleiben, aber in der Situation sind wir jetzt nicht mehr. Gerade in Kliniken und Heimen muss die informationelle Selbstbestimmung zurückstehen hinter dem Gesundheitsschutz für die vulnerablen Menschen. Und wenn eine Pflegekraft oder eine Ärztin in einer Klinik sich nicht impfen will, dann bedeutet das, dass

die Person eben nicht in den Bereichen eingesetzt werden kann, wo sie mit besonders vulnerablen Personen zu tun hat. Wenn es letztlich zu einer Kündigung oder einer Freistellung ohne Bezüge kommt, sind das schwierige arbeitsrechtliche Fragen, aber die Konsequenz können wir nicht vermeiden, und ich halte sie an dem Punkt auch für gerechtfertigt.

KELLER: Der Ton der Auseinandersetzung wird schärfer. Weltärztebund-Präsident Montgomery sprach kürzlich von einer »Tyrannei der Ungeimpften« ...

GRAUMANN: Solche Polemik hilft nicht weiter. Von einer Pandemie der Ungeimpften zu sprechen, ist im Kern aber durchaus richtig. Ich hätte mir von der Ärzteschaft einen entgegenkommenden, freundlicheren Diskurs gewünscht. Zusätzungen helfen vermutlich ebenso wenig wie die Stigmatisierung Einzelner durch die Medien wie kürzlich bei dem ungeimpften Fußballnationalspieler Joshua Kimmich. Mit Sicherheit gibt es andere junge Männer, die ebenfalls impfskeptisch sind und die sich jetzt mit Kimmich solidarisieren, weil sie sich mitstigmatisiert fühlen. Es wäre besser, klarzumachen, dass wir es hier mit irrationalen Ängsten zu tun haben. Viele Millionen Menschen weltweit sind mittlerweile geimpft, und die Impfstoffe haben sich als sehr sicher und risikoarm herausgestellt.

KELLER: Ungeimpfte sehen das anders. Viele inszenieren sich als Opfer und gehen teils aggressiv gegen Maskenträger oder Fernsehteams vor.

GRAUMANN: Wir sind tatsächlich mit der gesellschaftlichen Spaltung konfrontiert, vor der ich bereits zu Jahresbeginn gewarnt hatte, als die Medien diese unsägliche Debatte über Impfpri-

vilegien führten – zu einem Zeitpunkt, als nur ein ganz kleiner Teil der Bevölkerung überhaupt schon ein Impfangebot hatte. Da fühlten sich viele unter Druck gesetzt und ungerecht behandelt. Ich habe andererseits aber auch großes Verständnis für diejenigen, die jetzt wütend sind, weil sie als Geimpfte ihren Beitrag geleistet haben, um die Pandemie beherrschbar zu machen, und die nun miterleben müssen, wie sich die Intensivstationen füllen, Pflegekräfte Überstunden schieben und Operationen verschoben werden, weil das Gesundheitssystem mit – überwiegend ungeimpften – Covid-Patienten ausgelastet ist.

KELLER: In Spanien, Portugal oder auch Italien ist die Impfquote höher als bei uns. Was machen die anderen besser?

GRAUMANN: In Italien beispielsweise ist es so, dass alle Krankenversicherten einen Brief bekommen haben mit einem Termin, wann sie sich bitte zur Impfung einzufinden haben. Das heißt: Das Gesundheitssystem ist auf die Menschen zugegan-

gen und hat sie zur Impfung eingeladen. Das hat es bei uns nur in einigen Großstädten und auch nur für ältere Personen gegeben. Ansonsten war es in Deutschland so, dass man sich den Impftermin selbst organisieren musste, zum Beispiel beim

Impfzentrum, was schwierig war, weil man ständig nur den Anrufbeantworter dran hatte. Für viele Menschen war es auch eine Überforderung, sich digital einen Termin zu beschaffen, und dann waren auch noch die Hausärzte überlastet. Das alles sind Hürden, die es nicht braucht.

KELLER: Leider kommt es derzeit schon wieder zu Engpässen, viele wollen jetzt die erste, zweite oder dritte Impfung und stehen stundenlang in der Schlange. Manche müssen sogar unverrichteter Dinge wieder nach Hause ...

GRAUMANN: Es war ein großer Fehler, die Impfzentren zu schließen, da ist Infrastruktur abgebaut worden, die wir heute dringend brauchen. Wir haben derzeit zwar genug Impfstoffe, aber nicht genügend Impfkapazitäten. Das hätte nicht passieren dürfen, und dafür ist die Politik verantwortlich, dafür sind nicht die einzelnen Menschen verantwortlich. Dass wir nach eineinhalb Jahren Pandemie in einer solchen Situation sind, ist ein Ausdruck von politischem Versagen. Wir müssen jetzt unbedingt die nötige Infrastruktur aufbauen. Erst wenn es nicht mehr schwer ist, einen Impftermin zu erhalten, ist eine allgemeine Impfpflicht sinnvoll. Allerdings muss man sie dann auch durchsetzen. Zwar muss niemand fürchten, dass dann Impfteams anrücken und zwangsweise Spritzen setzen. Aber Strafzahlungen und der Ausschluss aus Bereichen des öffentlichen Lebens sind denkbar.

»Wir haben derzeit zwar genug Impfstoffe, aber nicht genügend Impfkapazitäten. Das hätte nicht passieren dürfen.«

Empfehlung in Arbeit

Der Deutsche Ethikrat wird laut Medienberichten bis Ende 2021 eine Empfehlung zur Frage einer allgemeinen Impfpflicht erarbeiten. Die Vorsitzende Alena Buyx schließt diese inzwischen nicht mehr grundsätzlich aus. Bislang sei der Ethikrat in diesem Punkt sehr zurückhaltend gewesen, so Medizinethikerin Buyx im *ZDF-Morgenmagazin*. Aber man dürfe nicht so tun, als hätte sich die Situation nicht geändert. 2019 hatte der Ethikrat in seiner Veröffentlichung *Impfen als Pflicht?* festgestellt, es sei keine reine Privatangelegenheit, sondern eine moralische Pflicht, sich selbst und die eigenen Kinder gegen hoch ansteckende Infektionskrankheiten impfen zu lassen. Aus dem Bestehen dieser moralischen Pflicht folge allerdings nicht unmittelbar, dass auch die Einführung einer gesetzlichen Impfpflicht gerechtfertigt wäre. Inzwischen schließen mehrere Ethikrat-Mitglieder eine allgemeine Impfpflicht nicht mehr aus. So sagte der katholische Theologe Andreas Lob-Hüdepohl in der *rbb-Sendung »Brandenburg aktuell«*, mit reiner Aufklärung und moralischen Impfaufrufen komme man bedauerlicherweise nicht weiter. Für die Rechtswissenschaftlerin Frauke Rostalski lässt sich allerdings eine Impfpflicht für diejenigen, die kein erhöhtes Risiko aufweisen, mit Covid-19 auf der Intensivstation zu landen, generell nicht rechtfertigen. Es stelle sich zudem die Frage, ob der deutsche Staat wirklich schon alle Instrumente in die Hand genommen habe, bevor er zur Impfpflicht greife, so Rostalski im *Kölnner Stadt-Anzeiger*. Auch der Verfassungsrechtler Steffen Augsberg forderte im *WDR 5-Morgenecho*, andere Maßnahmen genau zu prüfen. Bei einer Impfpflicht und dem damit verbundenen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit müsse die Verhältnismäßigkeit gewahrt werden.

Neue Studie zum Pflegerisiko

Ungleiche Verteilung

Wer mit wenig Geld auskommen muss, wird häufiger und früher pflegebedürftig. Das belegt eine neue Studie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung (DIW). Die Wissenschaftler empfehlen sozialpolitische Reformen gegen die Ungleichheit.

Peter Haan, Leiter der »Abteilung Staat« beim DIW, weiß seit Jahren: »Personen mit höheren Einkommen leben länger. Das haben viele Studien in mehreren Ländern deutlich gezeigt.« Anfang November haben Haan und drei weitere DIW-Forscher in Berlin eine eigene Untersuchung vorgestellt. Sie zeigt, dass in Deutschland auch das Pflegerisiko »sozial ungleich verteilt« ist.

Ende 2020 waren hierzulande fast 3,5 Millionen Menschen auf ambulante Pflege angewiesen. Die DIW-Wissenschaftler werteten Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) aus, ihre Studie kommt zu dem Ergebnis: »Männer, die direkt vor dem Renteneintritt weniger als 60 Prozent des mittleren Einkommens verdient haben, sind in Deutschland etwa sechs Jahre früher auf die häusliche Pflege angewiesen als Männer mit mehr als 150 Prozent des mittleren Einkommens. Bei Frauen beträgt die Differenz rund dreieinhalb Jahre.«

Das DIW-Team, neben Professor Haan auch Johannes Geyer, Hannes Kröger und Maximilian Schaller, nahm zudem die Arbeitsbedingungen unter die Lupe – und stellte dabei deutliche Unterschiede fest: »Arbeiterinnen und Arbeiter werden durchschnittlich etwa vier Jahre früher pflegebedürftig als Beamtinnen und Beamte.«

Sozialpolitische Forderungen

Die Ungleichheit, die angesichts solcher Ergebnisse deutlich werde, müsse mittels sozialpolitischer Maßnahmen bekämpft werden, fordert Haan. Am effektivsten findet der DIW-Experte, »dass Menschen, die eine hohe Berufsbelastung haben, besser betreut werden und dass die Situation an den Arbeitsplätzen verbessert wird«. Das aber sei der »langwierigste Ansatz«.

»Kurzfristig« müsse mehr Geld aus der Pflegeversicherung ins System fließen, meint Haan und empfiehlt, auch über eine »Umverteilung innerhalb des Systems« nachzudenken. »Zum Beispiel könnten die Beiträge aus der Pflegeversicherung zur Unterstützung der Haushalte einkommensabhängig gemacht werden«, erklärt Haan. Dies bedeute, »dass ärmere Haushalte einen höheren Beitrag aus der Pflegeversicherung

Neuer Pflegereport

Die Krankenkasse Barmer hat ihren neuen *Pflegereport* veröffentlicht. Die Botschaft, mitgeteilt am 1. Dezember in Berlin, ist bedenklich: »Bis zum Jahr 2030«, schreibt die Barmer mit Verweis auf Hochrechnungen, »sollen bei konservativen Annahmen mehr als 180.000 Pflegekräfte fehlen, auch weil es mit dann insgesamt rund sechs Millionen Pflegebedürftigen über eine Million Betroffene mehr geben wird als bisher angenommen«.

Um zu vermeiden, dass Pflegebedürftige finanziell überfordert werden, müsse die Politik nun »zügig gegensteuern«, meint die Barmer. So sollten »die Bundesländer endlich ihrer Pflicht nachkommen, die Investitionskosten für stationäre Pflegeeinrichtungen zu übernehmen«. Allein dadurch, so die Krankenkasse, »würde bereits eine Entlastung bei den Eigenanteilen der Pflegebedürftigen erreicht werden. Denn bisher stellen die Pflegeheime dies in der Regel den Bewohnerinnen und Bewohnern in Rechnung«.

Autor des *Pflegereports* ist Professor Heinz Rothgang vom Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik an der Universität Bremen. Bei der Vorstellung seines 234 Seiten dicken Werks betonte Rothgang: »Neben den Herausforderungen bei der Finanzierung muss der Blick auch auf die Frage gerichtet werden, wer künftig die Pflegebedürftigen betreuen soll.« Den im Report erneut belegten Mangel an Pflegekräften zu bekämpfen, müsse ein »zentrales Anliegen werden«. Vor diesem Hintergrund rät Rothgang, den Pflegeberuf »deutlich attraktiver« zu machen. Richtig sei es zum Beispiel, geteilte Dienste abzuschaffen und den Anspruch auf familienfreundliche Arbeitszeiten einzuführen.

Barmer-Chef Christoph Straub warnte, Deutschland sei »auf dem besten Wege, in einen dramatischen Pflegenotstand zu geraten«. Um diesen abzuwenden, müsse »mehr Nachwuchs für die Pflege gewonnen werden«. Daher müsse die neue Bundesregierung »vor allem die Ausbildung attraktiver machen«.

Der *Pflegereport* ist im Internet gratis zu lesen: www.barmer.de



bekommen als reichere Haushalte«. Menschen in der gesetzlichen Pflegeversicherung haben laut Studie ein deutlich höheres Pflegerisiko als Menschen, die privat pflegeversichert sind. Vor diesem Hintergrund rät Ökonom Haan, auch über die Einführung einer »Bürgerversicherung« nachzudenken, in der »die private und gesetzliche Versicherung zusammengebracht werden«.

Klaus-Peter Görlitzer

»Pflegeprotokolle«

Der Buchautor Frédéric Valin, Jahrgang 1982, hat Erfahrungen in verschiedenen Berufswelten gesammelt. Er studierte Deutsche Literatur und Romanistik, »bevor er begann, als Plegekraft, Autor und Kulturveranstalter seinen Unterhalt zu verdienen«. Das erfährt, wer sein neues Buch namens *Pflegeprotokolle* liest, veröffentlicht im Berliner Verbrecher Verlag, Preis: 18 Euro. Ausgangspunkt sind wichtige Fragen, die nicht nur den Autor bewegen: »Wie geht es der Pflege, wie den Care-Berufen? Wie ging es den Menschen vor der Pandemie, wie währenddessen?« Valin hat mit vielen Menschen gesprochen, »die sich kümmern« – zum Beispiel Altenpfleger*innen, Erzieher*innen, Sozialarbeiter*innen, Hospizmitarbeiter*innen, Geflüchtetenhelfer*innen. Ihre Motivationen, Erfahrungen, Belastungen hat der Berliner Autor einfühlsam auf 238 Seiten protokolliert. Im Vorwort schrieb Frédéric Valin im August 2021 auch dies: »Meine Hoffnung ist, dass dieses Buch viele andere Geschichten anstößt, dass viele Menschen aus der Care Arbeit beginnen zu erzählen. Aus den Geschichten dieser Alltagsexpert*innen lassen sich Lösungsvorschläge ableiten.« Wir fügen an dieser Stelle hinzu: bitte weitersagen!

»Sterbeverfügungsgesetz«

In Österreich gilt bald ein geregeltes Verfahren für Suizidhilfe

2022 wird in Österreich ein sogenanntes Sterbeverfügungsgesetz in Kraft treten. Es regelt, wie und unter welchen Voraussetzungen Selbsttötungen legal unterstützt werden dürfen.

Ausgelöst wurde das Gesetzgebungsverfahren durch eine Entscheidung des Verfassungsgerichtshofes (VfGH) in Wien. Das höchste österreichische Gericht hatte im Dezember 2020 das ausnahmslose Verbot von Hilfe zum Suizid für verfassungswidrig erklärt – und zwar mit Wirkung ab 2022. Das Urteil des VfGH fordert den Gesetzgeber auf, sicherzustellen, dass Menschen ihre Entscheidung zur Selbsttötung tatsächlich freiwillig treffen können.

Im November 2021 legte die Regierung aus ÖVP und Grünen dann ihren Entwurf eines Sterbeverfügungsgesetzes vor, der am 16. Dezember im österreichischen Parlament endgültig beschlossen werden soll. Zwar hatten nicht nur diverse Verbände, sondern auch Politiker*innen das ungewöhnlich schnelle Verfahren kritisiert, das eine breite gesellschaftliche Diskussion des heiklen Vorhabens praktisch unmöglich macht. Aber auch die oppositionellen Parteien SPÖ und NEOS stellten sich bisher hinter den Gesetzentwurf von ÖVP und Grünen, dagegen stimmen will am 16. Dezember wohl nur die FPÖ.

Somit ist sehr wahrscheinlich, dass das Sterbeverfügungsgesetz im Januar 2022 in Kraft treten wird. Der Regierungsentwurf regelt ein detailliertes Verfahren zum Nachweis eines »dauerhaften, freien und selbstbestimmten Entschlusses zur Selbsttötung«. Zentrale Voraussetzung ist, dass die suizidwillige Person unheilbar oder schwer krank ist, sie muss volljährig und entscheidungsfähig sein. »In einer Sterbeverfügung«, so das geplante Gesetz, »ist der Entschluss der sterbewilligen Person festzuhalten, ihr Leben zu beenden.«

Bevor ein Patient eine gültige Sterbeverfügung schreibt, muss er oder sie sich durch zwei Ärzt*innen aufklären lassen, sowohl über das gewünschte, tödlich wirkende Präparat, als auch über mögliche Behandlungsalternativen, inklusive hospizlicher oder palliativmedizinischer Versorgung.

Wirksam wird eine solche Sterbeverfügung »frühestens zwölf Wochen« nach der ersten ärztlichen Aufklärung; bei Schwerkranken, die voraussichtlich nicht mehr lange leben werden, ist eine Verkürzung dieser Frist auf zwei Wochen zulässig. Erstellt wird die Sterbeverfügung mit Hilfe eines Notars oder eines rechtskundigen Patientenvertreters. Unmittelbar nach der

Errichtung einer Sterbeverfügung ist diese an ein elektronisches Sterbeverfügungsregister zu melden.

Anschließend kann der oder die Suizidwillige das Suizidmittel in bestimmten Apotheken abholen. Diese dürfen das gewünschte tödliche Präparat in der laut Sterbeverfügung angegebenen Dosierung an den Lebensmüden abgeben. Apotheken, die dies tun, müssen die Abgabe des Präparats an das Sterbeverfügungsregister melden.

Werbung für Suizidhilfe bleibt in Österreich weiterhin untersagt, im Gesetzentwurf steht: »Das Werbeverbot umfasst Werbung, die eigene oder fremde Hilfeleistung oder Mittel, Gegenstände oder Verfahren, die zur Selbsttötung

»Folgenabschätzung«

Das österreichische Bundesministerium für Justiz hat im November eine »vereinfachte wirkungsorientierte Folgenabschätzung« zum Sterbeverfügungsgesetz vorgelegt. In diesem Dokument steht auch, mit wie vielen Selbsttötungen das Ministerium in Zukunft pro Jahr in Österreich rechnet: »Im Ergebnis wird geschätzt, dass die Suizidrate von etwa 1.000 Fällen auf 1.250 Fälle ansteigen wird, wobei die Zahl »gewaltsamer Suizide« – wie es sich in der Schweiz beobachten lässt – merkbar zurückgehen wird.«

Die Folgenabschätzung geht davon aus, dass »etwa 400 Sterbeverfügungen errichtet« werden. Diese Fälle, prognostiziert das Justizministerium, »werden allerdings nicht 1:1 zu einer Erhöhung der tatsächlichen Suizidzahlen führen« – Begründung: »weil einerseits einige von der Umsetzung ihres Sterbewunsches Abstand nehmen werden, und andererseits Personen eine Sterbeverfügung errichten werden, die sich auch ohne die gesetzlichen Begleitregeln zur Selbsttötung entschlossen hätten.«

geeignet sind, unter Hinweis auf diese Eignung anbietet, ankündigt oder anpreist.« Wer gegen dieses Werbeverbot verstößt, muss mit einer Geldstrafe von bis zu 30.000 Euro rechnen, im Wiederholungsfall mit bis zu 60.000 Euro.

Österreichs Justizministerin Alma Zadić (Grüne), deren Haus das Sterbeverfügungsgesetz entworfen hat, findet es gelungen: »Das Gesetz«, erklärte sie Mitte November, »zeichnet einen klaren Weg, mit dem es für alle Rechtssicherheit gibt, das den freien Willen schützt und der den notwendigen Schutz vor Missbrauch sicherstellt.«

Klaus-Peter Görlitzer

»Nicht wirklich durchdachter Entwurf«

Das in Österreich geplante »Sterbeverfügungsgesetz« ist umstritten. Heftige Kritik am »nicht wirklich durchdachten« Gesetzentwurf der Regierung äußerte der Dachverband der Selbstbestimmt Leben Initiativen Österreich (SLIÖ), in denen Menschen mit Behinderung ihre Interessen vertreten. In einer Stellungnahme, veröffentlicht am 5. November, warnt SLIÖ vor dem »Anfang einer bedenklichen Entwicklung«. Monika Schmerold, stellvertretende Vorsitzende von SLIÖ, erklärte: »Es wird davon ausgegangen, dass hier unabwendbare Leidenszustände vorliegen, denen nicht anders als mit dem Tod begegnet werden könne. Es geht nicht darum, behinderten oder kranken Menschen ein würdiges, selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.« Bernadette Feuerstein, Vorsitzende von SLIÖ, ergänzte: »Eigentlich möchte ich unsere Energien dafür verwenden, endlich ein selbstbestimmtes Leben mit der nötigen Unterstützung durchzusetzen. Die aktuelle Debatte lenkt davon ab, dass Menschen mit Behinderungen noch lange nicht ihre Rechte, die auch in der UN-Konvention festgehalten sind, wahrnehmen können. Selbstbestimmt Leben vor selbstbestimmt Sterben wird auch in Zukunft unser Ziel und Motto sein!« SLIÖ verweist zudem auf »den gesellschaftlichen und früher oder später auch ökonomischen Druck, anderen nicht zur Last zu fallen«. Dadurch werde die im Sterbeverfügungsgesetz benutzte »Formulierung »selbstbestimmter Entschluss zur Selbsttötung« ad absurdum geführt«.

Biomacht, Biopolitik, Pandemie

Nachdenken über das Corona-Management und seine Akzeptanz

**Heike Knops (Moers),
Philosophin und
Theologin**

Die politischen Maßnahmen zur Eindämmung des Corona-Virus prägen den Alltag, beschränken teils Grundrechte und benachteiligen gezielt Menschen, die das Angebot der freiwilligen Impfung gegen Covid-19 nicht in Anspruch nehmen. Die Bevölkerung scheint das problemlos zu akzeptieren. Wie kommt das?

Der französische Denker Michel Foucault prägte den Begriff der Biopolitik. In einem seiner Bücher analysiert er, wie im Zuge der Industrialisierung der »menschliche Körper im wesentlichen zur Produktivkraft« geworden ist. Gleichzeitig sind »sämtliche Formen der Verschwendung« von Lebensenergie (er meint hier Sexualität und Wahnsinn) sowie alle Lebensweisen, die nicht der Produktivität dienen, und »daher in ihrer Nutzlosigkeit in Erscheinung« treten, »verbannt, ausgeschlossen und unterdrückt worden«, schreibt Foucault in *Dispositive der Macht*.

Wir blicken heute auf einen Großteil dieser Entwicklung bereits zurück. Sie ist verbunden mit dem Aufstieg und der Einflussnahme der Mediziner während des 19. Jahrhunderts.

Bereits seit dem Ende des 18. Jahrhunderts nehmen Publikationen zur Hygiene, zur Kunst der Lebensverlängerung und zu Verfahren zur Verbesserung der menschlichen Nachkommen stetig zu. Darin spiegelt sich eine Aufwertung des menschlichen Körpers, die innerhalb des Bürgertums zu beobachten ist. Nachdem die Frage des reinen Überlebens in den Hintergrund getreten ist, stehen nun Gesundheit und ihre Funktionsbedingungen im Fokus. Jetzt stellt sich die Frage nach den Existenzbedingungen, der Lebenserwartung, dem Erhalt und der Förderung bester Gesundheit.

Der Körper, seine Stärke und Fitness, die Langlebigkeit des Menschen, Zeugungskraft und Nachkommenschaft rücken ins Zentrum des Interesses und werden zu Ansatzpunkten wissenschaftlicher Untersuchungen. Neue Techniken zur Maximalisierung des Lebens entstehen: von Hygiene- und Ernährungsvorschriften bis hin zur Eugenik. Gleichzeitig werden die biologischen Prozesse wie Fortpflanzung, Geburt, Sterben, Gesundheit und Lebensdauer aber auch zum Gegenstand eingreifender Maßnahmen und regulierender Kontrollen. Eine sorgfältige

Verwaltung der Körper und rechnerische Planung des Lebens beginnt unter der Vorbedingung der Verantwortung für das Leben und der Regie der Wissenschaftszweige Demographie und Medizin.

Mit dieser wissenschaftlich begleiteten Wertsteigerung des Körpers konstituiert sich eine politische Disposition des Lebens – wahrnehmbar als Selbstbestätigung der herrschenden Klasse des Bürgertums. Mit dieser wachsenden Bedeutung von Wissenschaftlichkeit verbindet sich ein Deutungswandel: Was bisher gestützt durch die Kirche in den Kategorien des Moralischen oder Dämonischen gesellschaftlich geächtet wurde (bestimmtes Verhalten von Frauen, Perversion und Behinderung), findet jetzt seine Beherrschung durch neue Technologien: die Medizinisierung der Sexualität der Frau, die Psychiatrisierung der sogenannten Perversionen und die Programme der Eugenik.

Die theologischen Begründungen für Aussonderung und Stigmatisierung werden spätestens seit dem 19. Jahrhundert von therapeutischen abgelöst. Eine Biopolitik der Bevölkerung etabliert sich. Über die Denkfigur der »Verantwortung für das Leben«

verschafft sich diese Bio-Macht den Zugang zum Körper, schreibt Foucault in seinem Werk *Der Wille zum Wissen*.

Die Anpassung menschlichen Lebens an eine vorgegebene Norm ist die Grundlage der Entwicklung der sogenannten Bio-Macht. Sie basiert auf Freiwilligkeit, auf der Einsicht der Bürger*innen in die wissenschaftlich fundierten Zusammenhänge der Maximalisierung des Lebens. Durch ein System von Qualifizieren, Messen, Abschätzen und Abstufen, das inzwischen schon vorgeburtlich einsetzt, werden die Menschen auf eine Norm hin ausgerichtet. Diese Norm wiederum orientiert sich an den gesellschaftlichen Bedingungen, in erster Linie an den ökonomischen Notwendigkeiten. »Eine Normalisierungsgesellschaft«, erklärt Foucault, »ist der historische Effekt einer auf das Leben gerichteten Machttechnologie.«

Diese neuen Technologien charakterisieren eine Macht, die alle Lebensphasen der Bevölkerung der Kontrolle vom Staat und seinen Funktionären unterstellt.

Über die Dominanz der Wissenschaft, vor allem der Medizin, hat in unserer Gesellschaft

Die Anpassung menschlichen Lebens an eine vorgegebene Norm ist die Grundlage der Entwicklung der sogenannten Bio-Macht.

Bedeutender Denker

Der französische Philosoph, Psychologe und Historiker Michel Foucault hat den Begriff der »Biopolitik« in den 1970er Jahren geprägt. Professor Foucault gilt als einer der bedeutendsten Denker des 20. Jahrhunderts; er starb 1984, im Alter von nur 57 Jahren. Ob und inwieweit seine Forschungen, Erkenntnisse und Konzepte helfen können, das politische Pandemie-Management der Gegenwart zu analysieren und zu erklären, wird unter Geisteswissenschaftler*innen kontrovers diskutiert. Wer sich selbst ein Bild verschaffen und Foucaults umfangreiches Werk in deutscher Sprache lesen will, wird bei Suhrkamp fündig. Der renommierte Verlag hat viele Schriften von und über Michel Foucault publiziert, darunter seine Bücher: *Der Wille zum Wissen; Überwachen und Strafen; Die Geburt der Biopolitik*.

► eine allgemeine Anpassung an vorgegebene Normen außerhalb von Recht und Gesetz stattgefunden. Lebenserhaltung, Gesundheit und Lebensverlängerung gehören zum gesellschaftlichen Konsens und stehen unter der Regie der Medizin, die wiederum den gesellschaftlich anerkannten Systemen Ökonomie und Wissenschaft verbunden ist.

In diesem Dreigestirn dominiert die Wissenschaft und bestimmt in beispielloser Weise alle Aspekte unseres Daseins. So kann aller Widerspruch gegen wissenschaftlich begründete Maßnahmen verteuft werden. Denn nur die Dummheit wendet sich gegen die Erkenntnis, die die Wissenschaft für sich reklamiert.

Aufgrund dieser Vorgeschichte ist es verständlich, dass die Maßnahmen der Regierungen in Bund und Ländern zur Eindämmung des Corona-Virus in der Bevölkerung problemlos akzeptiert wurden. Denn die absolut gesetzte Erhaltung des biologischen Lebens ist längst Konsens und wird auch als Rechtfertigung für massive politische Eingriffe in Grundrechte angeführt.

Die durch Covid-19 geschürte Furcht vor dem eigenen Tod motiviert die meisten Bürger*innen zu jeder Art von konformem Verhalten oder Verzicht. Und dies, obwohl die Flut der täglich publizierten Statistiken überhaupt keine greifbare Vorstellung von der individuellen Bedrohung liefert. Das Gros der Bevölkerung folgt »der Wissenschaft«, die mit der Affirmation vom Schutz vor dem Virus alle gesellschaftlichen Räume durchdringt.

So konnte in einem ersten Schritt des Pandemie-Managements die direkte Kommunikation und menschliche Begegnung durch elektronische Interaktionen ersetzt werden. Maskierte Gesichter, Abstand in den Straßen und Geschäften dokumentieren die Angst voneinander. Ausgangssperren und das Verbot, sich mit mehreren zu treffen, geschweige denn sich zu versammeln, dockt an der ohnehin schon vorhandenen Vereinzelung vieler Menschen an und lässt sie als Garant persönlicher Gesundheit erscheinen.

Gesundheit erhalte ich nun nicht mehr nur durch bestimmte Ernährung, Fitness und die alltäglichen Hygienemaßnahmen. Meine Gesundheit erhalte ich durch die Distanz zu anderen. Folgsam wird auf Bewegungsfreiheit, Arbeitskollegen*innen und Freundschaften sowie die Ausübung religiöser und politischer Praxis verzichtet. Selbstbeherrschung wird zum Machtinstrument des Staates.

Selbstbeherrschung wird zum Machtinstrument des Staates.

An diese Form von Selbstbeherrschung konnte die Impfkampagne gegen Covid-19 nahtlos anschließen. Die Impfung erschien als Rettung aus einer ansonsten ausweglosen Pandemie. Darauf wurde zügig zugegriffen, wobei die zur Verfügung stehenden Impfstoffe nur eine bedingte Marktzulassung haben. Bis zum 10. Dezember waren laut Robert Koch-Institut in der Bundesrepublik 80 Prozent der Erwachsenen (55,6 Millionen Menschen) vollständig gegen Covid-19 geimpft. Zu den Ungeimpften zählen neben Kindern unter zwölf Jahren, für die es noch keinen zugelassenen Covid-19-Impfstoff in Deutschland gibt, auch Jugendliche sowie 13,8 Millionen Erwachsene. Diese Form der Verweigerung eines kleinen Teils der Erwachsenen wird politisch genutzt, um zu erklären, weshalb die Pandemie trotz hoher Impfquoten in der Bevölkerung nicht aufzuhalten sei.

Auf die soziale Distanz folgen die soziale Ächtung der Ungeimpften und »Impfzwang« durch die Hintertür, indem staatlicherseits 2G-Regeln (Zugang nur für Geimpfte und Genesene) in Bereichen des öffentlichen und gesellschaftlichen Lebens in Kraft gesetzt werden.

Mit diesem Ausschluss Ungeimpfter erleben wir eine neue Dimension politischer Machtausübung. Unser demokratisches System bricht mit dem im Grundgesetz verankerten ethischen Prinzip der Gleichheit und Gleichberechtigung aller Bürger*innen (Art. 3 GG) und stellt das Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2.2 GG) durch die Maßnahmen gegen ungeimpfte Erwachsene in Frage.

Dieser Bruch ist in seiner Tiefe und Radikalität beispiellos. Dennoch bleibt die »Bürgerpflicht zur Gesundheit« selbst im Angesicht von Krankenhausschließungen während der Pandemie weitgehend unhinterfragt und unwidersprochen. Die in der Bevölkerung inzwischen gut verankerte Selbstbeherrschung am Punkt Gesundheit ist verlässlicher Partner der Regierenden geworden.

So wird auch das System von Profiteuren und Verlierern der Pandemie nicht skandalisiert, obwohl die Spaltungen zwischen oben und unten, Nord und Süd in dieser Krise weltweit zugenommen haben und sich Geld- und Machtkonzentrationen verschärfen.

Corona hat gezeigt, wie zerbrechlich unser westlicher Lebensstil ist und wie schnell unsere westlichen Werte auf dem von langer Hand vorbereiteten Altar von individueller Gesundheit und Wohlbefinden geopfert werden können.

»Grundrechte unter Pandemievorbehalt«?

Staatliche Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen greifen massiv in Grundrechte der Bürger*innen ein. Zwecks Eindämmung einer Pandemie können solche Maßnahmen aber zulässig sein, hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) entschieden. Am 30. November gaben die höchsten deutschen Richter*innen in Karlsruhe bekannt, dass sie mehrere Verfassungsbeschwerden gegen das »Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite« zurückgewiesen haben. Heribert Prantl, Jurist und langjähriger Autor der *Süddeutschen Zeitung (SZ)*, hat das Urteil in einer lesenswerten Kurzanalyse scharf kritisiert. Unter der Überschrift »Mutlose Richter« kommentierte Prantl in der *SZ* vom 4. Dezember: »Das Verfassungsgericht hat das Grundgesetz unter einen Pandemievorbehalt gestellt; und es zieht sich selbst mit dem Hinweis auf die Ermessensspielräume der Politik aus der Affäre.« Das BVerfG habe, schreibt Prantl, »das Wort Grundsatzentscheidung ganz neu und ganz eigenwillig definiert: Grundsätzlich darf der Staat, sagt Karlsruhe, in hochgefährlichen Zeiten sehr, sehr viel – fast alles. So ein Grundsatz findet sich aber nicht im Grundgesetz.« Prantl problematisiert auch die Tatsache, dass sich BVerfG-Richter*innen auf Einladung von Angela Merkel mit der Kanzlerin und weiteren Mitgliedern der Bundesregierung am 30. Juni in Berlin getroffen hatten, um bei einem Abendessen über »Entscheidungen unter Unsicherheiten« zu reden. »Das«, so Prantl, »war schon deswegen töricht, weil der Eindruck aufkommen konnte, da werde eine gerichtliche Entscheidung vorab besprochen.«

Aktuelle Infos von der BIOSKOP-Redaktion zu vielen biopolitischen Themen lesen Sie kontinuierlich auch via Twitter: [@newsBioskop](#) – Surfen Sie mal hin!

Vorschau

Themen im März 2022

- **Schwerpunkt**
Medizinische Register

- **Digitalisierung**
Wem nützt die elektronische Patientenakte?
- **Suizidhilfe**
Neues Gesetz?

Veranstaltungstipps

Di. 18. Januar, 18 – 22 Uhr
Erlangen (Aula im Schloss)

- **Mediziner der FAU als Namensgeber Erlanger Straßen**
Vortrag

An der Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) gibt es eine wissenschaftliche Arbeitsgruppe zur Erinnerungskultur. Unter der Überschrift »Umstrittenes Gedenken« veranstaltet sie eine öffentliche Ringvorlesung, die Namen von Straßen und akademischen Einrichtungen unter die Lupe nimmt. Am 18. Januar spricht der Medizinhistoriker Karl-Heinz Leven über »Mediziner der FAU als Namensgeber Erlanger Straßen«. Die Vorlesung läuft unter 2G-Bedingungen, anschließend soll sie im Video-Portal der FAU zu sehen sein: www.fau.de

Di. 8. Februar, 13 – 14.30 Uhr

Göttingen (Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Humboldtallee 36, Seminarraum EGM)

- **Parlament und Pandemie**
Vortrag

Das Kolloquium des Göttinger Ethik Instituts beleuchtet und diskutiert, wie Politiker*innen in Pandemien agieren. Referent ist Tobias Kaiser, Privatdozent für Neuere Geschichte an der Universität Jena. Kaiser wird nicht nur über das aktuelle Corona-Management sprechen. Laut Ankündigung blickt er auch auf »Ignoranz und Diskussion angesichts pandemischer Lagen in den deutschen Parlamenten des 19. und 20. Jahrhunderts«. Der Vortrag soll hybrid und online stattfinden.

Di. 15. Februar, 20 – 21.30 Uhr

Bocholt (Familienbildungsstätte, Ostwall 39)

- **Selbstbestimmtes Leben bis zum Tod**
Vortrag und Diskussion

In Patientenverfügungen können Menschen vorsorglich aufschreiben, ob und wie sie medizinisch behandelt werden wollen, wenn sie ihren Willen später aufgrund von Krankheit nicht mehr selbst ausdrücken können. Halten derartige Papiere all das, was sie versprechen? Was bedeuten Begriffe wie »indirekte Lebensverkürzung«, »unerträgliches Leid«, »sterbeverlängernde Maßnahmen«? Was ist überhaupt »würdiges Sterben«, was gehört zum »würdigen Leben«? Fragen, die bei der Veranstaltung in Kooperation mit der Hospizvereinigung Omega erläutert und erörtert werden. Referentin ist Inge Kunz, Vorsitzende von Omega in Bocholt.
Bitte anmelden in der FaBi, Telefon (02871) 23948-0

Di. 22. März, 19 – 20.30 Uhr

Bocholt (Familienbildungsstätte, Ostwall 39)

- **Unverfügbarkeiten**
Gedankenaustausch

Unverfügbarkeit heißt ein anregendes Buch des Jenaer Soziologieprofessors Hartmut Rosa. Seine Gedanken laden ein, darüber nachzudenken, ob wirklich alles planbar ist und in der individuellen Verfügbarkeit und damit auch Verantwortlichkeit liegt. Dabei sind gerade existentielle Situationen wie Geburt und Tod auf das soziale Miteinander angewiesen. Die Veranstaltung, geleitet von BioSkoplerin Erika Feyerabend, bietet Raum für einen gemeinsamen Austausch von Gedanken und Erfahrungen.
Bitte anmelden in der FaBi, Telefon (02871) 23948-0

Schon gelesen?

Silke van Dyk/Tine Haubner: *Community-Kapitalismus*. Hamburg 2021 (Hamburger Edition), 176 Seiten, 15 €

Reimer Gronemeyer/Andreas Heller: *Suizidasistenz? Warum wir eine solidarische Gesellschaft brauchen!* Esslingen 2021 (der hospiz verlag), 144 Seiten, 19,90 €

Nicole Mayer-Ahuja/Oliver Nachtwey (Hrsg.): *Verkannte Leistungsträger:innen – Berichte aus der Klassengesellschaft*. Berlin 2021 (Suhrkamp Verlag), 567 Seiten, 22 €

Hans-Jürgen Papier: *Freiheit in Gefahr. Warum unsere Freiheitsrechte bedroht sind und wie wir sie schützen können*. München 2021 (Wilhelm Heyne Verlag), 288 Seiten, 22 €

Hendrik Schneider: *Korruption im Krankenhaus – effektiv vermeiden, gegensteuern und aufklären*. Stuttgart 2021 (Verlag W. Kohlhammer) 192 Seiten, 49 €

Michael Simon: *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*. Bern 2021 (Hogrefe Verlag), 7. Auflage, 352 Seiten, 36,95 €

Malte Thießen: *Auf Abstand. Eine Gesellschaftsgeschichte der Coronapandemie*. Frankfurt/New York 2021 (Campus Verlag), 222 Seiten, 24,95 €

Anke Wehling: *Männer im Schwangerschaftskonflikt. Erfahrungen nach einem beunruhigenden pränatalen Befund*. Bielefeld 2021 (transcript Verlag), 328 Seiten, 45 €

Ja!

ich abonniere **BIOSKOP** für zwölf Monate. Den Abo-Betrag in Höhe von 25 € für Einzelpersonen/50 € für Institutionen habe ich auf das BioSkop e.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