

BIOSKOP

Zeitschrift zur Beobachtung der Biowissenschaften

23. Jg. | Nr.90 | Juni 2020

BIOSKOP Schwerpunkt Corona-Virus und Krisenmanagement

- 8 Todesfälle in Pflegeheimen
- 9 Viele Intensivbetten frei
- 9 Influenza 2017/2018 – schon vergessen?
- 10 Das Überleben der »Anderen«
- 11 Besuche wieder möglich machen
- 12 Weckruf für die Gesundheitspolitik
- 14 Triage-Diskurs in der Pandemie

PatientInnen im Datennetz

- 3 Unikliniken wünschen breite Zustimmung zur »Spende« von Daten und Körpersubstanzen
- 4 Wer hat die Datenhoheit?

Geplantes Lebensende

- 6 Niederländische Richter billigen Euthanasie bei fortgeschrittener Demenz
- 7 Auch für Kinder?

Außerdem

- 5 Globaler Appell
- 5 Mehr Vorsorge!
- 5 Keine Eile beim Verfassungsgericht zum Infektionsschutzgesetz
- 16 Veranstaltungstipps
- 16 Wunschzettel
- 2 Jetzt BioSkop unterstützen!
- 16 BIOSKOP im September

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:

Silke van Dyk, Stefanie Graefe, Tine Haubner,
Martina Keller, Kalle Kunkel, Karin Michel

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

Grenzgänger

Erika Feyerabend

Wer sich heute über Viren informieren will, findet Hinweise nicht allein für den Bereich Medizin/Krankheit, sondern auch der Informationstechnik. Fast jede/r hat auf seinem Computer ein Antivirusprogramm installiert. Einige erinnern sich vielleicht noch an I-love-you. Dieses digitale Virus verursachte Schäden in Milliardenhöhe. Viren sind auch in der Popkultur zu Hause. Beispielsweise in dem erfolgreichen Film »Outbreak« über ein gefährliches Virus; es geht um ÄrztInnen, die ein Gegenmittel suchen und um Militärs, die genau dies verhindern wollen. Viren sind Grenzgänger zwischen verschiedenen Welten: der Sphäre der Wissenschaften, der Alltagssprache, in Medien und Popkultur. Dort haben sie jeweils unterschiedliche Bedeutungen und zeichnen sich durch eine interpretationsoffene Vagheit oder Unschärfe aus.

Medizingeschichtlich tauchten »Viren« Ende des 19. Jahrhunderts mit dem Aufkommen der Laborwissenschaften und Bakteriologie auf. Damals wurde das Infektionsgeschehen in den Körpern der Menschen, beispielsweise von Robert Koch und Ilja Metschnikow, in den Begriffen von »Angriff« und »Verteidigung« entworfen. Der Körper wurde als eine Art Kriegsschauplatz imaginiert und in den zeitgenössischen Medien zur Sprache gebracht. »Solche primitiven Kampfbildungen durchtränken die ganze Immunitätswissenschaft [...] Es gibt jedoch keinen einzigen experimentellen Beweis« für diese Auffassung. Das schrieb der jüdisch-polnische Mikrobiologe und Wissenschaftshistoriker Ludwik Fleck in den 1930er Jahren. Die »wissenschaftlichen Tatsachen« selbst sind aufgefüllt mit gesellschaftlichen Praktiken, kulturellen Produktionen und politischen Eingriffen. Wissenschaft ist eine soziale Tätigkeit, in der es »gleichwie in der Kunst und im Leben keine andere Naturtreue als die Kulturtreue« gibt. Und umgekehrt: Die wissenschaftlichen Erkenntnisproduktionen gestalten das »populäre Wissen«, das jeden versorgt – auch den Fachmann. Oder Politiker – und zwar noch heute, demonstriert in den »primitiven Kampfbildungen«: Zu den Klängen der Marseillaise sprach der französische Präsident Emmanuel Macron gleich sechs Mal davon, dass Frankreich »im Krieg« gegen einen »unsichtbaren Feind« stünde. In einer gemeinsamen Pressekonferenz von US-Präsident Donald Trump und seinem Handelsberater Peter Navarro verkündete letzterer: »Wir haben einen Kriegspräsidenten, der einen unsichtbaren Feind bekämpft.«

Die Vorstellungen vom Infektionsgeschehen haben sich im Laufe der letzten Jahrzehnte verändert – sowohl die wissenschaftlichen als auch die populären. Die Architekten einer neuen Immun-Vorstellung wie Macfarlane Burnet (Virologe, Nobelpreis 1960) und Niels Jerne (Immunologe, Nobelpreis 1984) entwarfen den Körper nicht mehr als reines Schlachtfeld. Ihre Vorstellungen orientierten sich an der Unterscheidung zwischen »Selbst« und »Nicht-Selbst«.

Bitte auf der nächsten Seite weiterlesen »

Fortsetzung von Seite 1 ▶

Grenzgänger

So wurde das eher »alte« Muster vom »äußeren Feind« – in Zeiten der Globalisierung seit den 1980er zu Hochzeiten der HIV-Debatten aus fernen Ländern mit unbekanntem Gewohnheiten – überblendet vom Bild des »inneren Feindes«, der im individuellen wie im gesellschaftlichen Körper schlummert. Der vage Begriff des »Selbst« wird so Domäne der Biowissenschaften. Es geht bei diesem Konzept nicht nur darum, das »Nicht-Selbst« abzuwehren, sondern auch das »Selbst« zu stärken.

Anders als gemeinhin gedacht, sind die Laborwissenschaften kein zielgerichteter Prozess. Es gibt anfänglich eine Phase chaotischen Interpretierens und Kommunizierens zwischen verschiedenen Disziplinen; daraus wird ein

»Denkzwang« und schließlich eine wahrnehmbare Gestalt – in diesem Fall das kugelige Virus, das wir nun täglich in den Medien bewundern und fürchten. Heraus kommt nicht »nichts«, aber es gibt auch bei dieser »Ikone« der Virologie keine Trennung zwischen wissenschaftlichem Text/Bild und außerwissenschaftlichem Kontext. Und: Jede Epidemie/Pandemie ist ein soziales und mediales Ereignis. Die, laut Robert-Koch-Institut, rund 25.000 Toten infolge einer Virus-Grippe welle im Jahr 2017/2018 waren viel weniger präsent in der medialen Aufmerksamkeit als das Covid-19 Virus. Bemerkenswert: Die erhöhten Sicherheitserwartungen an (Natur)Wissenschaften konnten dieses Mal nicht erfüllt werden. Die »wissenschaftlichen Wahrheiten« im Sinne eines ausgehandelten Konsenses gibt es noch nicht. Widersprechende Auffassungen wurden öffentlich – besonders in Bezug auf Ursprung, spezifische Wirkungsweise sowie die nötigen präventiven Handlungen. Irritationen, Spekulationen und »Verschwörungstheorien« sind die Folge.

Welche gesellschaftlichen Praktiken und politischen Eingriffe sind im Gespräch? Innere Sicherheit und Selbst-Kontrolle gelten auch mit den modernen Vorstellungen vom Infektionsgeschehen im Zeitalter der Digitalisierung per Self-Tracking, Wearables und anderen digitalen Selbstbeobachtungen und Fremdüberwachungen als attraktiv. Google und Apple haben sich international angeboten für Tracking-Lösungen. Amazon, Microsoft und die Datenanalysefirma Palantir, die ansonsten mit CIA und US-amerikanischer Einwanderungsbehörden bei der Verfolgung von »illegalen« ImmigrantInnen zusammenarbeiten, wollen in Sachen Covid-19 nun auch dem britischen National Health Service behilflich sein. Rund ein Dutzend Länder

erproben derzeit ein Programm der israelischen Firma NSO. Sie verknüpft Telekommunikationsdaten und ordnet jeder Person einen »Infektiositäts-Score« zu. Das Unternehmen ist in Skandale um die Ausspähung von MenschenrechtsaktivistInnen und JournalistInnen verwickelt.

Um das Wirtschaftswachstum aktuell zu befördern, ist die Politik hierzulande bereit zu handeln. Gesundheitsdaten sind eine begehrte Ressource. Umstritten ist der Vorschlag für eine Datentransparenzverordnung, vorgelegt von Jens Spahn (→ Seite 4). Unterstützt wird der umtriebige Bundesgesundheitsminister von der CDU/CSU-Fraktion, ihr Anliegen ist es, »die wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Erträge aus der Wertschöpfung von Daten zu maximieren«. Dass es keinen sicheren, digitalen Speicher-Ort gibt, demonstrieren endlose Meldungen über

Datenlecks, Computer-Viren und -Würmer.

Triage ist in der Militärmedizin des 19. Jahrhunderts bedeutungsvoll geworden. Wer wird bei beschränkten Ressourcen noch medizinisch nach welchen Kriterien behandelt? Problematische Antworten bieten die Deutsche

»Viren« sind zur allgegenwärtigen Metapher geworden, nicht nur im medizinischen und digitalen Raum. Sie sind auch als Grenzgänger, als subversive Kraft philosophisch im Gespräch.

Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und international ähnliche Organisationen (→ Seite 14). Sie können gefährlich werden, wenn eine Pandemie über die Verwaltung von knappen Ressourcen bewältigt werden soll, insbesondere für die »Alten«, die gerade in der Corona-Krise als »Risikogruppe« konstruiert wurden. Werden sie nicht eher an gefährlichen Infektionsorten isoliert – zur Rettung der herrschenden »Wirtschaftsweise« statt zu ihrem eigenen Schutz? (→ Seite 10)

In den Niederlanden wurde eine 74jährige Frau mit fortgeschrittener Demenz euthanasiert – und dieses Vorgehen kürzlich vom Hohen Gericht für rechtmäßig erklärt (→ Seite 6). Seit den 1970er Jahren ist die Tötung von PatientInnen in den Niederlanden als »selbstgestaltetes« Lebensende akzeptabel geworden. Die fremdbestimmte, gesellschaftliche Entwertung von kranken und alten Menschen schreitet voran.

»Viren« sind zur allgegenwärtigen Metapher geworden, nicht nur im medizinischen und digitalen Raum. Sie sind auch als Grenzgänger, als subversive Kraft philosophisch im Gespräch. Derzeit zum Beispiel gegen die Zerstörung von Lebensräumen, die industrialisierte Landwirtschaft und die Beschleunigung der internationalen Waren- und Personenströme, die das Verbreiten von Krankheitserregern befördern. Oder als »Weckruf für eine Krankenhauspolitik« für eine gute öffentliche Daseinsvorsorge (→ Seite 12). Auf diese subversive Kraft ist zu hoffen.

Liebe Leserinnen,
liebe Leser!

Massive Einschränkungen der Grundrechte, Langzeitisolation von HeimbewohnerInnen, monatelang geschlossene Schulen, masenhafte Kurzarbeit, permanente Risikoansprache von Regierungen, Virologen und Medien – was in diesem Ausmaß hierzulande undenkbar schien, hat das politische Krisenmanagement rund um das Corona-Virus seit März verfügt oder in Gang gesetzt.

Die Ausnahme-Situation sprengt auch den üblichen BIOSKOP-Rahmen: Der Schwerpunkt dieses Hefts ist ausführlicher als gewohnt, auf den Seiten 8 - 15 beleuchten wir Aspekte, die uns in der Corona-Krise besonders bedenklich erscheinen. Aktuelle, relevante Infos finden Sie auf <https://twitter.com/newsBioskop>

Wir bleiben dran. Bitte sagen Sie es weiter!

Erika Feyerabend,

Klaus-Peter Görlitzer

BioSkop unterstützen!

Sie sind herzlich eingeladen, bei BioSkop mitzumachen und unsere Arbeit zu unterstützen! BioSkop ist unabhängig und gemeinnützig.

Wir freuen uns über jede Spende und hoffen, die Zahl der Abonnements spürbar zu steigern. Wollen Sie mithelfen? Fordern Sie einfach Probehefte für FreundInnen und KollegInnen an! Rufen Sie uns an, Ihre Ansprechpartnerin ist Erika Feyerabend, Telefon (0201) 5366706, info@bioskop-forum.de

BioSkop-Spendenkonto

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

Breite Zustimmung?

»Datenspende« soll in Universitätskliniken zur Routine werden

Wer in einem Universitätsklinikum behandelt wird, gilt hierzulande künftig als potenzieller Datenspender. Alle PatientInnen sollen nach ihrer Aufnahme routinemäßig gebeten werden, persönliche Daten und Körpersubstanzen pauschal für »medizinische Forschungszwecke« bereitzustellen und diese über Jahrzehnte speichern und lagern zu lassen. Für die verbindliche Erklärung der Einwilligung gibt es einen »Mustertext«. Das Papier besagt aber nicht, um welche Studienprojekte es sich jeweils handelt – und welche WissenschaftlerInnen, Unternehmen und Auftraggeber daran beteiligt sind.

Das Bundesforschungsministerium fördert, mit insgesamt 160 Millionen Euro und vorerst bis zum Jahr 2021, eine sogenannte Medizininformatik-Initiative (MII). Erklärtes Ziel ist es laut Selbstdarstellung der MII, »Forschungsmöglichkeiten und Patientenversorgung« zu verbessern – und zwar »durch den Austausch und die Nutzung von Daten aus Krankenversorgung sowie klinischer und biomedizinischer Forschung über die Grenzen von Institutionen und Standorten hinweg«. Die MII besteht aus vier »Konsortien«, die sich deutschlandweit digital vernetzen sollen; beteiligt sind Universitätskliniken und diverse Forschungseinrichtungen und das Robert Koch-Institut, außerdem einige Unternehmen wie Siemens Healthcare GmbH und Bayer AG.

Mitten in der Corona-Krise, am 27. April, gab die MII einen »Meilenstein für den Forschungsstandort Deutschland« bekannt, per Pressemitteilung kommunizierte sie, quasi in eigener Sache: »Medizininformatik-Initiative erhält grünes Licht für bundesweite Patienteneinwilligung«. Besagtes Signal habe ihr die Konferenz der Datenschutzbeauftragten aus Bund und Ländern gegeben – und zwar für einen bundesweit einheitlichen, von der MII entworfenen Mustertext.

Gleichwohl sollten alle, die betroffen sind, dieses Papier sorgfältig lesen und auch verstehen, bevor sie ihre persönliche Entscheidung treffen. Das von der MII ausgearbeitete Standard-Papier soll allen volljährigen und einwilligungsfähigen PatientInnen, die in eine Uniklinik aufgenommen werden, künftig »vor Behandlungsbeginn oder am Anfang des Behandlungsprozesses« routinemäßig vorgelegt werden. Sie können es unterschreiben, müssen das aber nicht tun; der 11-seitige Mustertext,

der neben der Einwilligungserklärung auch eine »Patienteninformation« enthält, ist keine einfache Lektüre, schon gar nicht für juristische Laien.

Gewünscht wird die freiwillige, pauschale »Einwilligung in die Nutzung von Patientendaten, Krankenkassendaten und Biomaterialien (Gewebe und Körperflüssigkeiten) für medizinische Forschungszwecke«. Wer dafür per Unterschrift sein grünes Licht gibt, kann aber nicht wirklich wissen, welche Studien er oder sie mit der Unterschrift im einzelnen billigt und befördert. Zwar wird im Mustertext erklärt, welche Informationen und Bioproben man zur Verfügung stellen soll, zum Beispiel: Daten aus Arztbriefen, Krankengeschichte, medizinische Befunde, Ergebnisse labortechnischer Untersuchungen, auch Auswertungen der Erbsubstanz, falls erhoben. Außerdem molekulargenetische analysierbare Biomaterialien wie Blut, Urin, Speichel, Hirnwasser oder Gewebe, auch von Tumoren. Erbeten wird im Mustertext zudem, dass PatientInnen ihre Krankenkasse dazu ermächtigen, Daten über ärztliche Leistungen sowie Heil- und Arzneimittel, die in den vergangenen fünf Jahren vor Aufnahme in die Uniklinik verschrieben wurden, für »wissenschaftliche Nutzung« zu übermitteln.

Kassendaten und Körpersubstanzen

Um persönliche Identifizierungen der DatenspenderInnen zu erschweren, würden deren Name, Geburtsdatum, Anschrift pseudonymisiert, also durch eine Zeichenkombination verschlüsselt, erläutert die MII. Welche Fragen mit den von ihnen zur Verfügung gestellten Daten und Körpersubstanzen genau und von welchem Wissenschaftler oder Unternehmen erforscht werden sollen, sagt die »Patienteninformation« aber bewusst nicht. Vielmehr sollten Daten und Proben »im Sinne eines breiten Nutzens für die Allgemeinheit für viele verschiedene medizinische Forschungszwecke verwendet werden«. Und weiter steht in der Patienteninformation zu dieser sogenannten »breiten« Einwilligung: »Zum jetzigen Zeitpunkt können dabei noch nicht alle zukünftigen medizinischen Forschungsinhalte beschrieben werden; diese können sich sowohl auf ganze Krankheitsgebiete (z.B. Krebsleiden, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Gehirns) als auch auf heute zum Teil noch unbekannt einzelne Krankheiten und Veränderungen in der Erbsubstanz beziehen. Es kann also sein, dass Ihre Patientendaten für Forschungsfragen verwendet

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

Keine Voraussetzung für medizinische Behandlung

Die Medizininformatik-Initiative (MII) hat auch eine 11-seitige »Handreichung zur Anwendung der national harmonisierten Patienteninformations- und Einwilligungsdokumente« vorgelegt. Das Papier (Stand: 16. April 2020) richtet sich vornehmlich an ForscherInnen, Ethikkommissionen und Datenschutzbeauftragte in Universitätskliniken. Zudem könne es »Fragen von interessierten Patienten und Angehörigen beantworten«. Wichtige Hinweise zum Thema »Einwilligung« stehen auf den Seiten 8+9, vor allem dieser: »Um die Freiwilligkeit und Informiertheit der Patienten zu gewährleisten, sind zunächst die Volljährigkeit und Einwilligungsfähigkeit der jeweils betroffenen Patienten festzustellen. Eine direkte Koppelung des Einwilligungsprozesses an für die Behandlung der Patienten zwingende verwaltungs- und abrechnungsrelevante Prozesse wie z.B. die vertraglichen Vereinbarungen zur stationären Behandlung (»Aufnahmevertrag«) ist nicht zulässig. Insbesondere dürfen die Einwilligungsdokumente nicht als Teil des Aufnahmevertrages präsentiert oder dem Patienten in irgendeiner Weise suggeriert werden, dass die Unterzeichnung Voraussetzung für die Behandlung wäre.«

Fortsetzung auf Seite 4 >

Fortsetzung von Seite 3 >

»Welt der Zukunft« der CDU/CSU-Fraktion

»Datenstrategie der Bundesregierung« steht über einem Positionspapier, das die CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag am 26. Mai 2020 beschlossen hat. »Unser Anliegen ist es, die wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Erträge aus der Wertschöpfung von Daten zu maximieren, z.B. mit neuen Geschäftsmodellen«, erklären die StrategInnen der beiden Unionsparteien. Notwendig sei es, die »Datenverfügbarkeit für Wirtschaft, Wissenschaft und Gesellschaft« zu verbessern. Dabei soll diese Ausrichtung gelten: »Wir wollen einen gewissenhaften Umgang mit Daten anstelle von Minimierung der Datenerhebung und Datensparsamkeit.« Zu den datenverarbeitenden Bereichen, auf die CDU und CSU besonderen Wert legen, gehören Forschung und medizinische Versorgung: Der »Schlüssel zu einer individualisierten und auf neuesten Forschungserkenntnissen beruhenden Patientenbehandlung liegt im Austausch pseudonymisierter Daten«, verheißt das 16-seitige Papier. Und auch das noch: »In der »Welt der Zukunft« wird es immer mehr um die »Unendlichkeit« gehen – im Sinne einer unendlichen Wiederverwendbarkeit, Optimierung und Nutzung von Daten, die dann auch intelligente Rückschlüsse ermöglichen. Hier liegt der besondere Wert der Daten.«

werden, die wir heute noch gar nicht absehen können.«

Ausdrücklich erwähnt wird aber, dass Daten und Biomaterialien »ab dem Zeitpunkt Ihrer Einwilligung« für 30 Jahre gelagert und gespeichert werden; und auch, dass das Eigentum an den gespendeten Körpersubstanzen auf die jeweiligen Träger der Biobanken übertragen werde, die ihrerseits berechtigt seien, künftigen Nutzern aus Wissenschaft und forschenden Unternehmen für deren Projekte im In- und Ausland »eine angemessene Aufwandsentschädigung« in Rechnung zu stellen. Klargestellt wird in der »Patienteninformation«, mit Blick auf den persönlichen Nutzen, auch dies: »Auf Ihre aktuelle medizinische Behandlung wird Ihre Einwilligung somit keine Auswirkung haben. Sollte aus der Forschung ein kommerzieller Nutzen, z.B. durch Entwicklung neuer Arzneimittel oder Diagnoseverfahren, erzielt werden, werden Sie daran nicht beteiligt.«

Jederzeit zu widerrufen

Zugesichert wird immerhin, dass man auf der Internetseite www.medizininformatik-initiative.de/datennutzung jederzeit erfahren kann, welche Studien im MII-Rahmen aktuell mit Hilfe der gespendeten Daten und Materialien laufen – und dass die in einem Uniklinikum freiwillig erteilte Einwilligung jederzeit widerrufbar ist, vollständig oder auch in Teilen. Alles ohne Angabe von Gründen; allerdings gilt das nur für die »künftige« Verwendung gespeicherte Patientendaten und gelagerter Biomaterialien. »Daten

aus bereits durchgeführten Analysen können nachträglich nicht mehr entfernt werden«, steht im zu unterschreibenden MII-Mustertext. Und: Falls eine Datenlöschung »nicht oder nicht mit zumutbarem technischem Aufwand möglich ist, werden Ihre Patientendaten anonymisiert«. Dazu gibt es einen wichtigen Hinweis, den man zur Kenntnis nehmen sollte: »Die Anonymisierung Ihrer Patientendaten kann allerdings eine spätere Zuordnung von – insbesondere genetischen – Informationen zu Ihrer Person über andere Quellen niemals völlig ausschließen.«

»International sichtbare Marke«

Sorgfältige, nachdenkliche Lektüre sowie eine gesunde Portion Skepsis können hier also nicht schaden. Die eingangs erwähnte MII-Pressemitteilung zitiert hingegen nur solche Professoren, die das Muster für die »bundesweite Patienteneinwilligung« offenbar richtig gut finden und auch in den vom Forschungsministerium geförderten Konsortien mitwirken. Zum Beispiel Roland Eils, Gründungsdirektor des 2018 am Berliner Universitätsklinikum Charité etablierten Zentrums für »Digitale Gesundheit«. Prof. Eils, ausgewiesen als Experte für biomedizinische Informatik, Genomik und personalisierte Medizin, erklärt: »Es ist nicht weniger als eine kleine Revolution, dass wir klinische Daten nun in großem Umfang für die Gesundheitsforschung verwenden dürfen. Ein wichtiger Meilenstein auf dem Wege, Digitale Gesundheit Made in Germany als international sichtbare Marke zu entwickeln.«

Wer hat die Datenhoheit?

Die Auseinandersetzung um das »Digitale-Versorgung-Gesetz« (DVG), in Kraft seit Januar (→ BIOSKOP Nr. 88), geht weiter. Im Mai präsentierte das Bundesgesundheitsministerium (BMG) einen Referenten-Entwurf für eine Datentransparenzverordnung (DaTraV), die Vorgaben zur Umsetzung des DVG enthält.

Geplant ist, persönliche Daten aller gesetzlich Krankenversicherten an eine zentrale Sammelstelle beim Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu übermitteln. Von dort sollen die Daten dann pseudonymisiert an ein – noch einzurichtendes – Forschungsdatenzentrum weitergeleitet werden. WissenschaftlerInnen können, auf Antrag, Datensätze vom Zentrum erhalten, etwa für Studien zu medizinischen Fragen oder zwecks Planung, Analyse und Evaluation der Gesundheitsversorgung.

Kritik am BMG-Entwurf übt der »Präsidiumsarbeitskreis Datenschutz und IT-Sicherheit« der Gesellschaft für Informatik (GI): »Versicherte

müssen auf Grundlage dieser Verordnung die Hoheit über ihre Daten vollständig aufgeben.« Weder dürfen sie der Sammlung und Nutzung ihrer Daten widersprechen. Noch sei ihre Privatsphäre gut geschützt. Die Computerfachleute erklären: »Mit den erhobenen Daten wie Geburtsjahr, Postleitzahl, Geschlecht, Betriebsnummer der Krankenkasse sowie Kosten- und Leistungsdaten aus ambulanter und stationärer Versorgung, Versorgung mit Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln und vielen weiteren Daten kann auf die Identität der Versicherten geschlossen werden.«

Zwar findet die GI es »grundsätzlich begrüßenswert«, Daten für Forschung bereitzustellen. Die vorgesehene Regelung der DaTraV gehe aber viel zu weit: »Der Zugriff auf die Datenbestände ohne jegliche Beschränkung und Kontrolle stellt daher eine enorme Bedrohung für alle persönlichen und personenbezogenen Gesundheitsdaten dar.« Klaus-Peter Görlitzer

Globaler Appell

Milliarden werden weltweit fließen, um die ökonomischen Folgen der Covid-19-Pandemie zu mildern. Die Investitionen müssten Schutz und Förderung der Gesundheit in den Mittelpunkt stellen, fordert ein internationaler Appell.

Adressiert ist der Offene Brief an die Regierungschefs der G-20-Staaten, unterzeichnet haben ihn über 350 Gesundheitsorganisationen aus 90 Ländern, darunter auch mehrere deutsche ÄrztInnenverbände, der Pflegerat und die Allianz Klimawandel und Gesundheit. Die in Aussicht gestellten, massiven Fördermaßnahmen für die Wirtschaft müssten stets auch davon abhängig gemacht werden, ob sie geeignet seien, die menschliche Gesundheit zu verbessern oder zu schützen. Dies gelte insbesondere für Investitionen in Schlüsselbereiche wie Gesundheit, Verkehr, Energie und Landwirtschaft.

Ungefähr »sieben Millionen vorzeitige Todesfälle pro Jahr« seien auf Luftverschmutzung zurückzuführen, heißt es in dem Brief – verursacht durch Schadstoffe aus Autoverkehr, Kohlekraftwerken, Müllverbrennung und Landwirtschaft. Die Gesundheitsberufenden fordern, nachhaltige regenerative Energiesysteme zu fördern und aus der Nutzung fossiler Brennstoffe auszusteigen.

Zu den Unterstützern des Appells zur »Healthy Recovery« gehört die IPPNW, Katja Goebels vom Vorstand der Ärztevereinigung erklärt: »Eine Gesundung nach der Covid-19 Pandemie kann nur gelingen, wenn wir die anderen Krisen mit »behandeln«, die Klimakrise, die weltweite Ungleichheit und Kriege um Ressourcen. Wir dürfen nicht weiter zulassen, dass die Luft, die wir atmen, verschmutzt wird und Millionen Menschen keinen Zugang zu sauberem Wasser haben. Wir brauchen Zugang zum Gesundheitssystem für alle Menschen weltweit.«

Der Offene Brief und weitere Infos sind online: healthyrecovery.net/letter/dt



Mehr Vorsorge!

Die Freisetzung gentechnisch veränderter Organismen muss strikt reguliert werden. Das fordert das Münchner Institut Testbiotech – auch mit Verweis auf die Erfahrungen der aktuellen Pandemie.

Gentechnische Möglichkeiten bei Diagnostik und Entwicklung von Impfstoffen oder Therapien würden in der Corona-Krise »betont«, beobachtet Testbiotech. Der weltweite Ausbruch des Sars-Cov-2-Virus demonstrierte aber auch, »wie schwer sich biologische Risiken einschätzen oder gar kontrollieren lassen«.

Wiederholt gewarnt

Testbiotech hat wiederholt davor gewarnt, dass auch unkontrollierte, massenhafte Freisetzungen gentechnisch veränderter Organismen riskant seien und »zu einer zunehmenden Destabilisierung der Ökosysteme« führen könnten. Erläutert wird das zum Beispiel im 30-seitigen Bericht »Gentechnik gefährdet den Artenschutz«, den das unabhängige Institut 2019 im Auftrag des Deutschen Naturschutzrings erstellt hat. Der Bericht thematisiert Experimente mit gentechnisch veränderten Fliegen, Bienen, Bäumen und Korallen.

Testbiotech fordert »mehr Vorsorge«: Wechselwirkungen mit Mensch und Umwelt müssten »viel sorgfältiger geprüft werden als bisher«. Und: Solche Freisetzungen von Gentechnik-Organismen, deren Ausbreitung nicht kontrollierbar sei, »sollten untersagt werden«. Diverse Versuche seien derzeit in Vorbereitung: »Unter anderem sollen gentechnisch veränderte Insekten oder auch Mikroorganismen zur Bekämpfung von Malaria freigesetzt werden.«

Der Bericht »Gentechnik gefährdet den Artenschutz« und weitere Infos zu Freisetzungen stehen auf der Homepage des Instituts: <https://www.testbiotech.org>



Weltweites Problem

Resistente Erreger. Gefahr für Mensch, Tier und Umwelt heißt eine neue Broschüre der BUKO Pharma-Kampagne. Im Fokus steht die weltweite Ausbreitung von Bakterien, die gegen antibiotische Wirkstoffe resistent sind. »Schon heute sterben nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) jährlich weltweit mindestens 700.000 Menschen an resistenten Keimen«, schreibt BUKO auf Seite 1 der 64-seitigen Publikation und fügt hinzu: »Die Erreger kennen keine Grenzen«; wenn nicht zügig und koordiniert gehandelt werde, steuere die Welt laut WHO auf ein »post-antibiotisches Zeitalter« zu. Ursachen und Folgen der zunehmenden Resistenzentwicklung hat BUKO gemeinsam mit Partner-Organisationen in Indien, Tansania, Südafrika und Deutschland untersucht. »Lokale Probleme und Handlungsansätze« werden ebenso beleuchtet wie »internationale Wechselwirkungen oder die Verantwortung von MedizinerInnen, LandwirtInnen und VerbraucherInnen«.

Die Broschüre gibt es direkt bei der BUKO Pharma-Kampagne in Bielefeld, Telefon (0521) 60550, www.bukopharma.de

Keine Eile

Kinder, die hierzulande eine Kita besuchen, müssen seit März 2020 nachweislich gegen Masern geimpft oder immun sein. Gegen die neue Pflicht wehren sich zwei Familien per Verfassungsbeschwerde – vorerst ohne Erfolg. Am 11. Mai lehnte das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) ihre Eilanträge auf vorläufige Außerkraftsetzung der Regelung ab.

Die KlägerInnen wollten erreichen, dass ihre Kinder auch ohne Impfnachweis betreut werden dürfen – mindestens so lange, bis endgültig über die Verfassungsbeschwerden entschieden

sei. Per »Folgenabwägung« kam das BVerfG zu dem Ergebnis, dass das Interesse der KlägerInnen »gegenüber dem Interesse an der Abwehr infektionsbedingter Risiken für Leib und Leben einer Vielzahl von Personen zurücktreten« müsse. Das BVerfG stellte aber auch fest, dass die Verfassungsbeschwerde einer »eingehenden Prüfung« bedürfe – die im Rahmen des Eilverfahrens aber nicht möglich ist.

Die KlägerInnen hoffen, dass die Entscheidung in der Hauptsache anders ausfallen wird. Zudem sind sechs weitere Verfassungsbeschwerden gegen den Zwang zur Masernimpfung beim BVerfG anhängig (→ BIOSKOP Nr. 88+89).

Nicht auf ihren Wunsch

Niederlande: Richter billigen Euthanasie bei schwerer Demenz

Martina Keller
(Hamburg), Journalistin

Das Höchste Gericht der Niederlande erklärt Euthanasie bei einer Frau mit fortgeschrittener Demenz für rechens. Die Richter betonen den Wert von Patientenverfügungen, die im Zustand der Entscheidungsfähigkeit verfasst werden. Sie bestätigen das Urteil der Vorinstanz, die eine wegen Mordes angeklagte Pflegeheimärztin von allen Vorwürfen freigesprochen hat.

Es ist eine Premiere. Seit die Niederlande 2002 als erster Staat der Welt die »Lebensbeendigung auf Wunsch« legalisierten, war es noch nie zu einem Strafverfahren gekommen. Diesmal jedoch hatte die Staatsanwaltschaft eine Pflegeheimärztin angeklagt, unter anderem wegen Mordes. Die Geriaterin hatte einer 74-jährigen Frau mit fortgeschrittener Demenz Euthanasie gewährt – der in Deutschland historisch belastete Begriff ist in den Niederlanden gebräuchlich.

Nach dem Freispruch der Vorinstanz hatte der Generalstaatsanwalt den Fall vor das Höchste Gericht gebracht, damit Ärzte in Zukunft mehr Klarheit hätten, wie in solchen Fällen vorzugehen sei. Die Entscheidung der Richter im April 2020: Ärzte dürfen grundsätzlich auch einem Menschen mit schwerer Demenz Euthanasie gewähren, falls eine entsprechende Willenserklärung vorliegt und die gesetzlich festgelegten Sorgfaltskriterien erfüllt sind.

Die Lebensbeendigung auf Verlangen ist in den Niederlanden gesellschaftlich akzeptiert, doch dieser Fall hatte für Schlagzeilen gesorgt. Die später getötete Frau hatte 2012, als sie schon unter Vergesslichkeit litt und die Diagnose Demenz erhielt, aber noch entscheidungsfähig war, eine Patientenverfügung verfasst. Nie wolle sie wie ihre Mutter in einem Heim für Menschen mit Demenz enden. Wenn sie noch ein bisschen willensfähig sei, wolle sie Hilfe zum Sterben in Anspruch nehmen.

Ein Jahr vor ihrem Tod hatte sie diese Erklärung erneuert, mit Formulierungen wie »wenn ich selbst die Zeit für gekommen halte« und »auf meinen Wunsch«. Dies, so die Euthanasiekommision, die den Fall nach der Tötung überprüfte, könne man so verstehen, dass die Patientin davon ausging, »zu gegebener Zeit noch selbst um Sterbehilfe bitten zu können«. Die Frau äußerte sich allerdings selbst im Pflegeheim noch widersprüchlich. Deshalb habe die Geriaterin nicht davon ausgehen können, dass die Bitte um Beendigung des Lebens freiwillig und wohlüberlegt war, wie es das Euthanasiegesetz verlangt.

Auch in den Umständen der Lebensbeendigung erkannte die Kommission einen möglichen Gesetzesverstoß. Die Ärztin führte die Euthanasie am 22. April 2016 im Beisein von Ehemann und Tochter der Frau durch. Weil die Ärztin annahm, die Patientin könnte sich während der Prozedur aufregen, mischte sie ihr zunächst 15 Milligramm Dormicum in den Kaffee. Das Schlafmittel wirkte nicht richtig, so dass weitere 10 Milligramm gespritzt werden mussten. Als die Patientin zu schlafen schien, legte ihr die Ärztin einen Zugang für den eigentlichen Todes-Cocktail. Sobald sie aber das erste Medikament injizierte, 2.000 Milligramm Thiopental, die die alte Frau ins Koma versetzen sollten, wachte diese überraschend auf. Die Ärztin bat die Angehörigen nun, die sich Wehrende festzuhalten und spritzte ihr das zweite, die Atmung lähmende Mittel, 150 Milligramm Rocuronium.

Ärzteprotest per Zeitungsanzeige

400 Ärzte protestierten mit einer ganzseitigen Zeitungsanzeige gegen die Lebensbeendigung: »Eine tödliche Injektion bei einem Patienten mit fortgeschrittener Demenz, aufgrund einer Willenserklärung? Bei jemandem, der nicht mehr bestätigen kann, dass er das will? Nein, das dürfen wir nicht tun.«

Bert Keizer, einer der Unterzeichner der Anzeige, lehnt Euthanasie nicht ab. 70 bis 80 Patienten habe er im Verlauf von 34 Jahren zum Tode verholfen, schätzt der 72-Jährige. Er arbeitet im »Expertisecentrum Euthanasie«, einem Netzwerk von Ärzten, die den Sterbewunsch von Menschen prüfen und gegebenenfalls umsetzen, falls ein Hausarzt es nicht tun will. Keizer findet das Urteil des Höchsten Gerichts bedauerlich. »Wenn jemand sagt: Ich will nicht sterben, nehme ich ihn wörtlich, auch wenn er dement ist.« In solchen Fällen könne man sich nicht auf einen früheren Willen berufen: »Ich habe mit der Person zu tun, die da vor mir ist. Das sogenannte frühere Selbst ist dann komplett uninteressant.«

Der Mannheimer Medizinjurist Jochen Taupitz, Mitglied der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer und ehemals auch im Deutschen Ethikrat, sieht das anders: »Wenn der Gesetzgeber verfügt hat, dass eine Patientenverfügung nur verbindlich ist, wenn ein Mensch einwilligungsfähig ist, dann kann ein Einwilligungsunfähiger seinen Willen nicht ändern.« Er verstehe, dass man das moralisch anders bewerten kann, juristisch zähle aber nur, ▶

Häufige Todesursache
Jeder 25. Tote, der im vorigen Jahr in den Niederlanden registriert wurde, starb durch Euthanasie. 2019 ließen 6.361 Menschen ihr Leben mit Hilfe von ÄrztInnen beenden – 3,8 Prozent mehr als 2018, als 6.126 Fälle erfasst wurden. Die Zahlen stehen im neuen Jahresbericht der Euthanasie-Kontrollkommission, veröffentlicht im April 2020. 91 Prozent der Menschen, die 2019 mittels Euthanasie verstarben, litten laut ärztlichen Meldungen an schweren Erkrankungen, die meisten davon an Krebs (4.100 PatientInnen). 160 der Getöteten lebten mit Symptomen einer beginnenden Demenz; in dieser Phase waren sie – laut geltendem Recht – noch in der Lage, Euthanasie legal einzufordern. In zwei weiteren Fällen hatten ÄrztInnen eine fortgeschrittene Demenz festgestellt, so dass die Betroffenen als nicht mehr einwilligungsfähig galten. Da sie ihren Sterbewunsch zu einem früheren Zeitpunkt schriftlich dokumentiert hatten, sei rechtmäßig gehandelt worden, befand die Kontrollkommission. Grund zur Beanstandung sah sie nur bei vier der 6.361 gemeldeten Euthanasie-Fälle, in denen ÄrztInnen gegen gesetzlich festgelegte Sorgfaltskriterien verstoßen hätten.

► ob dem Verfasser einer Patientenverfügung klar war, was es bedeutet, schwer demenzkrank zu sein, und ob er um die Möglichkeit eines Widerrufs wusste. Wenn beides der Fall war, gelte die Entscheidung.

Oliver Tolmein, Fachanwalt für Medizinrecht in Hamburg, widerspricht: »Nur wenn wir nichts anderes haben, halten wir uns starr an das, was eine Person früher verfügt hat.« In dem niederländischen Fall sei die Situation aber eine andere: »Wir haben aktuelle Wünsche und Vorstellungen, zwar auf einem anderen Artikulationsniveau als zuvor, aber sie sind das, was die Person jetzt ausmacht.« In so einem Fall müsse man sehr sorgfältig prüfen, wie zu verfahren sei. »Eine Widerrufsmöglichkeit muss stets gegeben sein, damit sich die Vorausverfügung nicht in ein selbstverhängtes Todesurteil verwandelt.«

Ermittlung des Willens

Tolmein verweist auf Artikel 12 der UN-Behindertenrechtskonvention. Demnach habe jeder Mensch, unabhängig von der Art und dem Ausmaß seiner Behinderung, einen rechtlich relevanten Willen. Den zu ermitteln, sei zwar nicht immer einfach, so Tolmein: »Es gibt kein operationelles System, wie man das umsetzen soll.« Doch wenn man sich das Prinzip gegenwärtig, sei klar, dass es eine Hierarchisierung von Lebensäußerungen nicht geben dürfe. Die niederländische Patientin habe stets gesagt, ihr Leben solle beendet werden, wenn sie die Zeit für gekommen halte. Immer wieder habe sie dann aber festgestellt, die Zeit sei noch nicht gekommen. Zudem habe sie sich gewehrt, als ihr die tödlichen Medikamente gespritzt wurden. Wogegen auch immer sich ihre Reaktion genau richtete: »Sie hat gezeigt, dass sie es nicht will.« Dass die Frau nicht mehr entscheidungsfähig gewesen sei, lässt Tolmein nicht gelten. »Die fehlende intellektuelle Kapazität wird wettgemacht durch die Nähe zur Situation und die Intensität des Erlebens.«

Die niederländische Vereinigung für ein freiwilliges Lebensende begrüßt die Gerichtsentscheidung. Der Hohe Rat habe bestätigt, was im niederländischen Recht bereits klar festgelegt sei, sagt Direktorin Agnes Wolbert: »Aussagen einer Person, die nicht länger weiß, was sie sagt, können nicht als Widerruf einer wohlüberlegten schriftlichen Willenserklärung betrachtet werden.« Eine aktuelle Bestätigung der Willenserklärung sei zudem nicht nötig, weil das Euthanasiegesetz sie nicht verlange. Zwar könne die Äußerung eines Demenzkranken unter Umständen eine Kontraindikation zur Euthanasie darstellen, also signalisieren, dass der Mensch die Lebensbeendigung nicht mehr wünsche oder nicht mehr unerträglich leide. Im konkreten Fall allerdings hatte das Gericht die Äußerungen der

74-Jährigen nicht als Kontraindikation bewertet. Noch etwas habe der Hohe Rat betont: Staatsanwälte sollten sich in Zukunft mit der Verfolgung von Fällen wie dem der Pflegeheimärztin zurückhalten.

Für den Amsterdamer Journalisten Gerbert van Loenen ordnet sich das Urteil des Höchsten Gerichts in eine Entwicklung ein, durch die Grenzen der Tötung auf Verlangen weiter verschoben werden. »Die Entscheidung wird in den Niederlanden als Sieg der Selbstbestimmung verkauft, aber sie hat mit Fremdbestimmung zu tun.« Noch vor einigen Jahren habe man es als wichtig erachtet, dass Demenzkranke frühzeitig um Sterbehilfe bitten, weil es sonst zu spät sein könnte, da sie nicht mehr entscheidungsfähig seien. Auch dies sei bereits eine schwierige Situation gewesen: »Die Betroffenen mussten nicht nur mit einer schweren Diagnose kämpfen, sondern auch über ihre Zukunft entscheiden.« Nun aber könne es geschehen, dass ein Mensch schwer dement sei, es öffne sich eine Tür, ein Arzt trete ein, den der Betroffene vielleicht gar nicht kenne, und sage: »Es ist so weit, ihr Wunsch wird erfüllt.«

Das Urteil werde den Druck auf Ärzte verstärken, durch Patienten selbst, aber auch durch Freunde und Angehörige, vermutet van Loenen. Wie das aussehen kann, hat er in seinem eigenen Leben erfahren. Sein Partner war in den 1990er Jahren an einem Hirntumor erkrankt. Es ging ihm schlecht, mit Fortschreiten der Krankheit ließen seine Hirnfunktionen nach. In dieser Situation hätten vermeintliche Freunde dem Mann nahegelegt, er solle doch um Sterbehilfe bitten, da er nun schwerstbehindert sei. Andernfalls dürfe er sich nicht beschweren, falls es ihm noch schlechter ginge. Van Loenens Partner starb eines natürlichen Todes, doch die Reaktionen im Umfeld motivierten den langjährigen Deutschland-Korrespondenten der Tageszeitung *Trouw*, in seinem Buch *Das ist doch kein Leben mehr!* die kritischen Ränder der Sterbehilfe zu beleuchten.

Unerwartete Folge?

Das Urteil des Höchsten Gerichts könne jedoch auch eine unerwartete Folge haben, so van Loenen: »Ärzte, die in den 1970er Jahren die Vorreiter der Sterbehilfe waren, werden zurückhaltender.« Viele empfänden es als belastend, Hilfe zum Sterben zu leisten, viele kritisierten auch, dass Angehörige häufig die letzte Initiative ergriffen.

Eine Befragung niederländischer Ärzte, die alle fünf Jahre durchgeführt wird, scheint diese Beobachtung zu bestätigen. In der öffentlichen Diskussion gebe es eine Verschiebung zu mehr Selbstbestimmung und sogar einem Recht zu sterben, heißt es 2017 im Fazit der Studie: »Ärzte sind jedoch an diesem Punkt wesentlich zurückhaltender als die Gesellschaft insgesamt.«

Auch für Kinder?

Euthanasie ist in den Niederlanden unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt. Auch schwer erkrankte Kinder können auf Verlangen getötet oder von ÄrztInnen beim Suizid unterstützt werden – vorausgesetzt, sie sind mindestens zwölf Jahre alt. Bis zum 16. Geburtstag müssen ihre Erziehungsberechtigten ausdrücklich zustimmen. Nicht einverstanden mit dieser Regelung ist der niederländische Kinderärzteverband; der Leiter seiner Ethikkommission, der Groninger Pädiatrieprofessor und Jurist Eduard Verhagen, sagte bereits im Juni 2015, dass er das im Euthanasiegesetz festgelegte Mindestalter für »willkürlich« halte. Ein Sterberecht müsse auch für schwerstkranke Kinder unter zwölf Jahren ermöglicht werden. Im Oktober 2019 wurde eine wissenschaftliche Studie bekannt, die Verhagen geleitet hat. Ausgewertet wurden Fragebögen, beantwortet von 38 ÄrztInnen, die in den vergangenen fünf Jahren unheilbar kranke Kinder behandelt hatten. Bei 46 ihrer jungen PatientInnen meinten die MedizinerInnen, dass Euthanasie für sie eine willkommene Option gewesen wäre. Laut dieser Studie seien 32 der 38 befragten KinderärztInnen (84 Prozent) dafür, Euthanasie auch für jüngere, unheilbare Mädchen und Jungen zu erlauben. Ob und welche Folgerungen die niederländische Politik aus dieser Studie ziehen wird, ist derzeit nicht zu erkennen. Vorreiter ist das benachbarte Belgien. Als weltweit einziger Staat legalisierte Belgien im Jahr 2014 die Tötung auf Verlangen schwerkranker Menschen ohne jede Altersgrenze. Sie ist straffrei, sofern die Vorgaben des Euthanasiegesetzes befolgt werden (→ BIOSKOP Nr. 64).

Politisches Krisenmanagement sowie wissenschaftliche und mediale Risiko-Kommunikation beherrschen seit drei Monaten die Schlagzeilen – im Fokus: das Corona-Virus Sars-CoV-2. Einschneidende Entscheidungen der Regierungen in Bund und Ländern, aber wohl auch die Non-Stop-Berichterstattung beeinflussten spürbar das persönliche (Er-)Leben und die kollektive Wahrnehmung von zig Millionen Menschen. Darstellungen und Interessen derjenigen, die Zugang zur medialen Öffentlichkeit haben, sind vielfältig; tatsächliche und vermeintliche Fakten zu checken und zu bewerten, ist schwierig, auch für professionelle BeobachterInnen. *BIOSKOP* beleuchtet auf den folgenden acht Seiten einige wichtige, auch bedenkliche Entwicklungen im Rahmen der Corona-Krise – wirkmächtig über die aktuelle Krise hinaus.

Virus und Rechtsstaat

Die Regierungen in Bund und Ländern haben während der Corona-Krise zahlreiche Grundrechte eingeschränkt oder sogar außer Kraft gesetzt. Einer der wenigen Publizisten, die dieses Vorgehen frühzeitig und kontinuierlich beleuchtet und problematisiert haben, ist Heribert Prantl. Der Jurist, bis 2019 Mitglied der Chefredaktion der *Süddeutschen Zeitung (SZ)*, hat dazu zahlreiche pointierte Analysen veröffentlicht. Unter der Überschrift »Verfallsdatum?« warnte Prantl am 25. April in der *SZ* eindringlich davor, dass viele der während der Corona-Krise vorgenommenen Grundrechtseingriffe »womöglich auf Dauer« bestehen bleiben könnten. Seine Sorge begründete er auch mit Erfahrungen, die hierzulande mit der dauerhaften Etablierung diverser »Sicherheitsgesetze« gemacht wurden. Prantl schrieb: »Das Argument ›Schutz der Gesundheit‹ ist freilich viel eingängiger und viel bestechender, als das Argument ›Schutz vor dem Terror‹ es je war. Das könnte dazu führen, dass die allgemeine Angst vor dem Virus die sorgfältige Prüfung der Grundrechtseingriffe ersetzt. Das könnte auch dazu führen, dass scharfe Maßnahmen aufrechterhalten bleiben, wenn die Gefahr gebannt ist – nun zur Vorbeugung. Dann hätte das Virus den Rechtsstaat befallen.«

Viele Todesfälle in Pflegeheimen

Bemerkenswerte Zahlen in »Lageberichten« des RKI

Emotional tritt Angela Merkel eher selten auf. Angesichts der Ausbreitung des Coronavirus rief die Kanzlerin am 11. März aber eindringlich zur »Solidarität« auf, nun gelte es, besonders ältere Menschen und Menschen mit Vorerkrankungen zu schützen. Es folgten mehrmonatige Besuchsverbote in Pflegeheimen – mit welchem Effekt?

Das Robert-Koch-Institut (RKI) ist eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit, seine zentrale Aufgabe ist es, Krankheiten, insbesondere Infektionen, zu erkennen, zu verhüten und zu bekämpfen. Das war womöglich nicht allen BürgerInnen bekannt. Aber seit Ausbruch des neuartigen Coronavirus erscheint das RKI so häufig in den Medien wie nie zuvor.

Tabellen auf der RKI-Homepage

Auf seiner Homepage veröffentlicht das RKI ständig neue Tabellen mit Infektionszahlen, basierend auf Datenübermittlungen der Gesundheitsämter. Demnach waren, Stand 8. Juni, insgesamt 184.193 Covid-19-Fälle hierzulande laborbestätigt, wovon geschätzte 169.600 Menschen als inzwischen genesen und wohl nicht mehr ansteckend galten. »In Zusammenhang« mit Covid-19-Erkrankungen zählte das RKI am Stichtag genau 8.674 Todesfälle.

Detaillierter sind die »täglichen Lageberichte« des RKI. Am 8. Juni erfährt man: »Von den Todesfällen waren 7.457 (86 %) Personen 70 Jahre und älter. Im Unterschied dazu beträgt der Anteil der über 70-Jährigen an der Gesamtzahl der übermittelten COVID-19-Fälle nur 19 %.« Der Altersdurchschnitt der mit dem Virus Verstorbenen liege bei 81 Jahren.

Sehr auffällig ist die Bilanz zu Einrichtungen gemäß § 36 des Infektionsschutzgesetzes. Gemeint sind zum Beispiel Pflegeheime, Obdachlosenunterkünfte, Massenunterkünfte für Geflüchtete, auch Gefängnisse. Unterschieden werden diese Orte in der RKI-Tabelle im einzelnen nicht, die Gesamtbilanz sieht so

»Besonders gefährdet«

Am 29. Mai veröffentlichte die Universität Bielefeld ein Studien-Ergebnis, das politisch Verantwortliche alarmieren muss: »Sammelunterkünfte für Asylbewerber*innen sind besonders gefährdet, zu Hotspots für Corona-Infektionen zu werden.« Festgestellt haben das WissenschaftlerInnen des Kompetenznetzes Public Health Covid-19.

Das Studententeam um den Bielefelder Epidemiologen Prof. Kayvan Bozorgmehr hatte öffentlich verfügbare Daten ausgewertet – und zwar von 42 Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete, angesiedelt in elf Bundesländern. Dabei kam heraus: Von 9.785 Geflüchteten, die in den 42 Sammelunterkünften wohnten, waren 1.769 positiv auf das Coronavirus getestet worden.

Beengte Verhältnisse

»Die beengten Verhältnisse begünstigen eine rasche Ausbreitung«, erklärt Oliver Razum, Epidemiologe und Co-Autor der Studie. In den Flüchtlingsunterkünften müssten sich viele Menschen wenige Küchen, Toiletten und Duschen teilen. Zur Vorbeugung empfehlen die Bielefelder Public-Health-Experten, geflüchtete Menschen dezentral unterzubringen.

Klaus-Peter Görlitzer

► aus: »Von den insgesamt 16.988 übermittelten COVID-19-Fällen, die in einer unter § 36 IfSG fallenden Einrichtung betreut werden, sind 3.386 verstorben. Von den 9.514 in einer unter

Viele Intensivbetten frei

Überfüllte Krankenhäuser, überforderte ÄrztInnen und Pflegekräfte, Leichenwagen mit verstorbenen Covid-19-PatientInnen – es waren dramatische Bilder, die mehrere Wochen aus Italien, Spanien und New York gezeigt wurden. Am 11. März traten Bundeskanzlerin Angela Merkel, Gesundheitsminister Jens Spahn und RKI-Präsident Lothar H. Wieler gemeinsam vor die Presse. »Maßstäbe für unser Handeln ergeben sich aus dem, was uns Wissenschaftler und Experten sagen«, erklärte Merkel. Bleibe die Situation bestehen, dass weder Medikamente noch Impfstoffe gegen das Sars-Cov-2-Virus zur Verfügung stehen, sei es laut VirologInnen wahrscheinlich, dass sich zwischen 60 und 70 Prozent der Menschen in Deutschland anstecken würden. Vor diesem Hintergrund gab die Kanzlerin die Parole aus: »Es geht um das Gewinnen von Zeit«; die Ausbreitung des neuartigen Virus müsse verlangsamt werden – um zu verhindern, dass das Gesundheitssystem überlastet werde.

13.877 Behandlungen abgeschlossen

Ein paar Tage später wurden die Krankenhäuser verpflichtet, planbare Operationen zu verschieben und ihre intensivmedizinischen Kapazitäten zu steigern, um auf einen möglichen Ansturm von Covid-19-PatientInnen vorbereitet zu sein. Laut Deutscher Krankenhausaesellschaft wurde die Zahl der Intensivbetten binnen weniger Tage von 28.000 auf 40.000 erhöht, darunter 30.000 Beatmungsplätze.

31.573 dieser Betten sind in einem digitalen Intensivregister erfasst, das die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) führt. Am 8. April teilte DIVI mit: »Derzeit sind 6.821 gemeldete Intensivbetten in Deutschland frei und einsatzbereit.« Zwei Monate später sah die DIVI-Bilanz so aus: 12.055 der registrierten Betten (38 %) waren nicht belegt. 540 Covid-19-PatientInnen befanden sich am 8. Juni in intensivmedizinischer Behandlung, 316 von ihnen wurden beatmet. Abgeschlossen waren laut DIVI inzwischen 13.877 Behandlungen, wobei 3.588 der Behandelten (26 %) verstorben seien.

Klaus-Peter Görlitzer ☺

§ 36 IfSG fallenden Einrichtungen Tätigen sind 49 verstorben.« Das RKI erläutert dazu: »Die hohen Fallzahlen bei Betreuten und Tätigen in diesen Einrichtungen stehen im Einklang mit der Anzahl der berichteten Ausbrüche in Alters- und Pflegeheimen der letzten Wochen.«

Corona-Ausbrüche in Heimen, trotz rigider Besuchsverbote ab Mitte März? Wie kann das sein, drei Monate nach Bekanntwerden der Virus-Welle? Einige strukturelle Hinweise gibt womöglich ein »Epidemiologisches Bulletin«, veröffentlicht am 20. Mai vom RKI. Beschrieben wird eine einwöchige Sars-CoV-2-Testaktion, ausgeführt vom 2. bis 10. April in 27 Paderborner Pflegeheimen. Getestet wurden 2.167 MitarbeiterInnen, auf diese Weise wurden in fünf Einrichtungen acht infizierte Beschäftigte gefunden. Im Rahmen der anschließenden Befragung gaben vier der positiv getesteten MitarbeiterInnen an, dass sie Symptome einer Infektion hätten.

Aufschlussreich ist auch, was die Einrichtungen bei der »abschließenden Befragung« als die drängendsten Probleme im Blick auf den Schutz der BewohnerInnen benannten. Als »besonders bedeutend« wurden laut Bericht des RKI-Bulletins angesehen: »Mangel an Schutzkleidung«, »fehlende Personalkapazitäten zur Umsetzung von Schutzmaßnahmen« und die Erfahrung, dass BewohnerInnen mit Demenz mit hohem Bewegungsdrang »in der Praxis nicht effektiv isoliert« werden könnten.

Einfluss auf die Sterblichkeit?

Das Deutsche Netzwerk Evidenz-basierte Medizin hat sich wiederholt kritisch zur Situation in den Pflegeheimen geäußert, am 28. April forderte das DNeBM per Stellungnahme: »Um die Situation der Pflegeheimbewohner*innen in der Corona-Pandemie zu verbessern, ist eine solide klinisch-epidemiologische Datenbasis durch systematisches Testen, systematische Dokumentation, Aufbau eines Registers und Beforschung von Versorgungsmodellen unabdinglich.« Außerdem gaben die DneBM-MedizinerInnen zu bedenken: »Um beurteilen zu können, ob und in welchem Ausmaß es bedingt durch die Corona-Pandemie zu einer Übersterblichkeit kommt, bedarf es der gewissenhaften Analyse der Todesursachen.« Zumal es nicht auszuschließen sei, »dass reduzierte Arztkontakte und weniger Krankenhauseinweisungen unter Pandemiebedingungen auch einen Einfluss auf die Sterblichkeit in Pflegeheimen haben.«

Klaus-Peter Görlitzer ☺

Schon vergessen?

Wer erinnert sich noch an die Influenza-Saison 2017/2018? Zumindest das Robert-Koch-Institut, eine Pressemitteilung des RKI vom 30. September 2019 bilanziert: »In der Grippewelle 2017/18 sind geschätzt 25.100 Menschen in Deutschland durch Influenza gestorben. »Das ist die höchste Zahl an Todesfällen in den vergangenen 30 Jahren«, betont Prof. Dr. Lothar H. Wieler, Präsident des Robert Koch-Instituts. So viele Todesfälle bei einer Grippewelle sind sehr selten, es gibt auch Saisons mit wenigen hundert Todesfällen.« Große öffentliche Beachtung fand diese RKI-Mitteilung nicht. Details zu untersuchen, wäre aber interessant: Wer war von der Influenza besonders betroffen, wo gab es die meisten Todesfälle? Wie sahen damals Schutzmaßnahmen aus, etwa in Heimen, Kliniken, Massenunterkünften? Auswertbare Daten dürfte es reichlich geben, laut RKI suchten »in der ungewöhnlich starken Grippewelle 2017/18« neun Millionen Menschen einen Arzt auf. Als »wichtigste Schutzmaßnahme« gegen Influenza empfiehlt das RKI den BürgerInnen, sich impfen zu lassen – »trotz der von Saison zu Saison unterschiedlichen Wirksamkeit« der Impfung. Außerdem, so die Mitteilung vom 30. September: »gründliches Händewaschen mit Seife und Abstandhalten zu Erkrankten.« Mit welchen Methoden man MitarbeiterInnen zur Impfung bewegen könne, beschreibt das RKI am Beispiel des St. Franziskus-Hospitals in Münster: »Wer sich gegen Influenza impfen ließ, erhielt einen Gutschein für eine Portion Pommes in der Cafeteria. Jedes Team mit einer Impfquote von 100 % bekam einen Gutschein für ein gemeinsames Frühstück. Der Erfolg: die Impfquote verdoppelte sich, in der Ärzteschaft lag sie nach der Aktion bei über 90 Prozent.«

► Schon angeklickt?

Tweets von der BIOSKOP-Redaktion: twitter.com/newsbioskop

Das Überleben der »Anderen«

Über den Umgang mit alten Menschen in der Pandemie

**Silke van Dyk,
Stefanie Graefe und
Tine Haubner,
Soziologinnen an der
Universität Jena**

Alte Menschen stehen angesichts der Corona-Pandemie besonders im Fokus. Welche Bilder werden medial und mittels politischer Entscheidungen vermittelt? Wie kann ein menschliches, solidarisches Miteinander aussehen?

Es geht, so jedenfalls der journalistische wie regierungsoffizielle Tenor, um den Schutz der besonders Schwachen – gemeint sind damit in erster Linie die Alten. Der Grund dafür ist zunächst, dass das Risiko eines schweren oder gar tödlichen Verlaufs einer Sars-CoV-2-Infektion mit zunehmendem Lebensalter steigt. Dieser Zusammenhang ist epidemiologisch nicht zu bestreiten, doch seine sozialen Implikationen sind komplex und alles andere als eindeutig. Nicht zuletzt ist Alter – auch epidemiologisch – nur ein Risikofaktor unter anderen.

Umso mehr muss erstaunen, dass in den einschlägigen Debatten eines zweifelsfrei festzustehen scheint: dass ältere Menschen als schwach, gefährdet, hilfsbedürftig und somit als Objekte von Schutz- und Isolierungsmaßnahmen betrachtet werden müssen, wie sie selbst als handelnde Subjekte mehr oder weniger komplett außen vor gelassen werden können. Regelungen zur Bewegungsfreiheit im öffentlichen Raum beispielsweise gehen offenkundig von gesunden und leistungsfähigen Menschen als Bezugsnorm aus. Wir haben es, kurz gesagt, mit einer merkwürdigen Gleichzeitigkeit aus An- und Abwesenheit des Alters und der Alten in der Corona-Krise zu tun – eine Entwicklung, die wir aus mehreren Gründen für äußerst problematisch halten.

Die Potenziale und Ressourcen der so genannten »jungen Alten« sind in den letzten zwei Jahrzehnten zu einem politischen wie medialen Lieblingsthema geworden: Die sozialpolitische Aktivierung des Alters avancierte in Zeiten von Reproduktionskrise, Sozialabbau und Fachkräftemangel zur idealen, weil ebenso kostengünstigen wie sozialverträglichen Problemlösung. In der aktuellen Situation zeigt sich jedoch, dass diese »Aufwertung« des Alters nicht zu einem nachhaltig veränderten Blick auf das höhere Lebensalter in seiner ganzen Bandbreite geführt hat. Unter den Bedingungen der Pandemie erlebt der längst überholte Defizitdiskurs über das (abhängige, bedürftige, eingeschränkte) Alter vielmehr eine neue Blütezeit – und gemeindet dabei gleich auch die jungen Alten wieder mit ein, deren Engagement als betreuende Großeltern oder freiwillig Engagierte in häuslicher

Pflege, in der Flüchtlingshilfe oder bei den Tafeln in Windeseile von der Ressource zum Risiko mutiert.

Das reaktivierte Defizitstereotyp ruft das Bild eines eher einsamen, bescheidenen, aktivitätsarmen, technikfernen, auf die häusliche Sphäre konzentrierten Lebens auf – und trifft in dieser Form gerade auf die oftmals an finanziellen und Bildungsressourcen reichen Älteren häufig gar nicht zu. Über den Zusammenhang von Alter, Klasse und Gesundheit spricht aber derzeit kaum jemand, wodurch die eminent soziale Dimension des Risikos, an Covid-19 zu sterben, aus dem Blick gerät. Es wird vielmehr suggeriert, die Älteren seien ab einem bestimmten Alter quasi »von Natur aus« gefährdet, obwohl auch alle 80-Jährigen nicht gleichermaßen vulnerabel sind. Gesundheitszustand und Lebenserwartung sind in Deutschland, wie in den meisten anderen Ländern auch, hochgradig klassenspezifisch verteilt: So leben die 20 Prozent einkommensstärksten Männer in Deutschland fast neun Jahre länger als die einkommensschwächsten 20 Prozent.

Ungleich verteilte Risiken

Auch die Vorerkrankungen, die Menschen in der aktuellen Situation zu Risikopersonen machen, sind weit davon entfernt, gleich verteilt zu sein. So hat ein mittelalter Mann mit niedriger Berufsqualifikation ein achtmal höheres Risiko, aufgrund einer Herz-Kreislauf-Erkrankung frühverrentet zu werden als ein hochqualifizierter Gleichaltriger. Vergleichbares gilt für Frauen. Es sollte aber nicht nur darum gehen, ungleich verteilte Risiken zu erfassen. Sondern darum, sie – zumindest mittelfristig – abzubauen. Dazu braucht es nicht in erster Linie eine Isolation »der« Alten. Sondern eine Gesellschaft, in der Krankheitswahrscheinlichkeit und Sterblichkeit nicht länger zentral von ökonomischen Ressourcen abhängen.

Stattdessen dominiert derzeit ein altersbezogener, bipolarer Wir/Sie-Diskurs: mit denen, die retten, in der Hauptrolle (»wir«), und den potenziellen Opfern (»sie«) bzw. »Risikogruppen« in der Nebenrolle. »Wir« entscheiden, wie »sie« sinnvoll zu schützen sind und ob sie nicht perspektivisch im Rahmen einer »personalisierten Isolierung« für die Rettung der Wirtschaft aus dem öffentlichen Verkehr gezogen gehören, wie es der »Wirtschaftsweise« Lars Feld kürzlich anmahnte.

Haben Ältere hier ihre eigenen Ideen oder ziehen es bei allem Risiko vor, doch lieber die Enkel zu sehen als allein zu sein, werden sie als

Lesetipp

Die Mai-Ausgabe (5/2020) der Monatszeitschrift *Blätter für deutsche und internationale Politik* beleuchtet viele Aspekte der Coronakrise – darunter medizinische, wirtschaftliche, rechtliche; außerdem Folgen der Pandemie für Menschen, die im globalen Süden leben oder auf der Flucht sind. Der Kommentar »Das Überleben der Anderen«, gemeinsam verfasst von Silke van Dyk, Stefanie Graefe und Tine Haubner, ist einer dieser engagierten, lesenswerten *Blätter*-Beiträge. *BIOSKOP* druckt hier eine gekürzte Version ihres Manuskripts.

► renitente Corona-Leugner*innen problematisiert, die sich weigern, den ihnen angedachten Schutz dankbar anzunehmen. Tatsächlich wird die (notwendige) Debatte um den Schutz der vom Virus besonders Gefährdeten weitgehend ohne deren Beteiligung geführt. Es findet eine kollektive Entmündigung statt, obwohl in Wirklichkeit nur ein kleiner Teil dieser angeblich homogenen Gruppe tatsächlich nicht mehr kommunikations- und entscheidungsfähig ist.

»Retter« und »Opfer«?

Das Retter-Opfer-Narrativ legt in der Konsequenz auch nahe, alle gesellschaftlichen Einschränkungen würden allein zum Schutz der »Risikogruppen« unternommen, weshalb »sie« dann auch – mindestens implizit – dafür verantwortlich sind, wenn das Wachstum einbricht, die Wirtschaft runtergefahren und die (Aus-) Bildung der Kinder gefährdet ist.

Die aktuelle Diskussion dreht sich vor allem um das Überleben und weniger um Fragen der Lebensqualität. Das ist einerseits angesichts der objektiven Krisensituation verständlich, andererseits gerade für ältere und alte Menschen gefährlich. Denn dem alten, vor allem dem sehr alten Leben wird auch unter »normalen« Umständen schon pauschal wenig Lebensqualität zugeschrieben. Doch wer sowieso davon ausgeht, dass Ältere ihren Lebensabend in – in der Tat skandalös schlecht ausgestatteten – Pflegeheimen oder auf dem Sofa vor dem Fernseher fristen, muss dann auch in Krisenzeiten nicht nach der zusätzlichen Verschlechterung von Lebensqualitäten fragen.

In der Abwägung von »Schutz« und Lebensqualität ist zudem eine irritierende Altersvergessenheit und ein problematisches Bild des Sterbens dominant: Wenn Experten für die vorübergehende Isolierung von Alten und Gefährdeten eintreten, bleibt ausgeblendet, dass »vorübergehend« für eine höchstalttrige oder schwerkranke Person im Zweifelsfall *endgültig* bedeutet.

Sterben ist oftmals gerade kein kurzer, überschaubarer Zeitraum. Vielmehr handelt es sich um einen Vorgang, der häufig Tage oder auch Wochen dauert und dessen Abschluss nicht exakt bestimmbar ist. Es ist deshalb ebenso unmenschlich wie in der Planung unrealistisch, eine Sterbende *drei Wochen* vor ihrem Tod komplett zu isolieren, um dann *drei Stunden* vor dem Tod die Angehörigen reinzuholen.

Tatsächlich gerät derzeit nicht nur die Lebensqualität der als »Risikogruppe« eingestuft aus dem Blick, sondern auch die Lebens- und Arbeitsbedingungen derjenigen, die ihr Überleben sichern sollen: Dass osteuropäische Saisonarbeiter*innen nun unter Quarantäne-Bedingungen weiter schufteten, unterbesetzte Pflegekräfte unbezahlte Überstunden machen und

Supermarktangestellte über Einsätze an Sonn- und Feiertagen nicht klagen sollen, erntet wenig Kritik.

In der Pflege ist dies vor allem Folge einer an Kostenreduktion ausgerichteten Politik, die Einsparungen auf dem Rücken überlasteter Fachkräfte und mithilfe der Ausbeutung informeller Pflegearbeit von Laien aus Familie, Zivilgesellschaft und dem Ausland austrägt. Die im Rahmen des Krankenhausentlastungsgesetzes bereits beschlossene Aussetzung gesetzlicher Vorgaben zur Personalausstattung (in Krankenhäusern und Pflegeheimen) und das radikale Absenken von Qualifikationsstandards bei körperbezogenen Pflegemaßnahmen (sogar nicht qualifizierte Nachbar*innen werden als Pflegekräfte in Betracht gezogen) zeigen, wie diese Downgrading-Politik in der Pflege unter aktuellen Bedingungen radikalisiert wird.

Mit Andauern des Lockdowns, der Schulschließungen und der prognostizierten wirtschaftlichen Schäden wird sich, so unsere Befürchtung, die Debatte dahingehend verschieben, dass die gesellschaftlichen Folgekosten des Schutzes der »Schwachen« als zu hoch eingeschätzt werden. Dies wird derzeit bereits unter dem Stichwort »Umkehrisolation« diskutiert, so Kanzleramtsminister Helge Braun am 20. März im Interview mit dem *SPIEGEL*: »Irgendwann kommt dann der Zeitpunkt, an dem man zur sogenannten Umkehrisolation übergeht. Die jüngere, gesunde Bevölkerung kann dann wieder zu einem tendenziell normalen Leben übergehen. Aber die älteren und vorerkrankten Patienten werden auch dann weiter mit Einschränkungen leben müssen.«

Wir/Sie-Polarität aufbrechen

Das erwartet faktisch von den Alten, sich für die Freiheit der Jüngeren zu opfern. Zwar distanzieren sich viele Politiker*innen rhetorisch von der Forderung nach einer sozialen Isolierung Älterer – faktisch läuft aber das, was als ihr »Schutz« diskutiert wird, meist auf genau das hinaus.

Ein solidarischer und menschlicher Umgang mit der Corona-Krise jedoch muss die Wir/Sie-Polarität aufbrechen und danach fragen, wie unter den aktuellen Bedingungen ein solidarisches Miteinander im Sinne eines WIR aussehen kann, das Menschen nicht biopolitisch nach Risiko selektiert und davon ausgehend in unterschiedlicher Weise in ihren Grund- und Selbstbestimmungsrechten einschränkt. Die nach Infektionsschutzgesetz angeordnete und sinnvolle Quarantäne für tatsächlich infizierte Menschen darf auf keinen Fall zur Blaupause für die Zwangsquarantäne und damit de facto Zwangsisolierung einer ganzen Bevölkerungsgruppe werden, um auf diese Weise die Bewegungsfreiheit der (»nicht-alten«) Mehrheitsgesellschaft zu sichern.

Wieder möglich machen

Rund 800.000 Menschen leben hierzulande in Pflegeheimen. Seit Mitte März, als das politische Corona-Krisenmanagement startete, waren die BewohnerInnen weitgehend isoliert: Besuche waren strikt untersagt; draußen bleiben mussten in der Regel auch ÄrztInnen und Heimaufsicht. Anfang Juni, als die Zahl der akuten Infektionen in Deutschland stetig und stark zurückgegangen war, mischte sich die Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen (BAGSO) öffentlich ein. Sie forderte, Besuche in Pflegeheimen »wieder in angemessener Weise möglich zu machen« – und zwar überall in der Republik. Hintergrund: Nur jedes zweite Bundesland hatte täglichen Besuch unter Hygiene-Auflagen wieder zugelassen. Dagegen halten – Stand Anfang Juni – drei Bundesländer weiter an Besuchsverboten fest. Andere Länder begrenzen den Besuch auf eine Stunde pro Woche – und wieder andere stellen es ins Ermessen der Heimbetreiber, Besuche zu ermöglichen oder auch nicht.

Die BAGSO verweist auf eine Ende Mai veröffentlichte Online-Umfrage. Beteiligt hatten sich über 1.000 Betroffene, meist Angehörige von HeimbewohnerInnen. Ihre Eindrücke sind alarmierend, laut BAGSO stellten 70 Prozent in Folge der Einschränkungen eine »Verschlechterung des Allgemeinzustands« ihrer pflegebedürftigen Angehörigen fest. »Besonders häufig (rund 65%) wird über einen Rückgang kognitiver Fähigkeiten berichtet, in etwa der Hälfte der Fälle sei es zu starken Gewichtsveränderungen gekommen.« Vorsitzender der BAGSO ist Ex-SPD-Chef Franz Müntefering, laut Selbstdarstellung vertritt sie »über ihre 120 Mitgliedsorganisationen viele Millionen ältere Menschen in Deutschland«. Ihre Stellungnahme ist online: www.bagso.de



Weckruf für die Gesundheitspolitik

Coronakrise verschärft Pflegenotstand in Krankenhäusern, eröffnet aber auch die Möglichkeit, Reformen einzufordern

Kalle Kunkel (Berlin), hat als Gewerkschaftssekretär die Streiks zur Personalbemessung am Uniklinikum Charité mitorganisiert. Er ist in der Kampagne »Krankenhaus statt Fabrik« aktiv.

In voller Länge online

Der Text von Kalle Kunkel ist eine gekürzte, aktualisierte Version eines Artikels, den er zuerst für die überregionale Wochenzeitung *der Freitag* geschrieben hat. Der Beitrag ist seit dem 24. März auf der *Freitag*-Website zu lesen: www.freitag.de/autoren/der-freitag/ein-weckruf-fuer-die-krankenhauspolitik

Der Pflegenotstand ist nicht erst seit dem Ausbruch des Coronavirus ein heikles Thema. Die Krise verschärft bestehende Probleme – eröffnet aber auch die Möglichkeit, bedarfsorientierte Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens einzufordern.

Der Niedergang der Krankenhauspflege verlief über zwei wichtige Stationen: 1997 wurde die letzte Form von Personalbemessung abgeschafft, weil sie – so die Begründung im Gesetzentwurf – der angestrebten marktförmigen Steuerung der Krankenhäuser im Weg stand. 2003/04 wurden dann die diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRG) eingeführt. Damit war die Pflege endgültig zu einem Kostenfaktor im Preissystem degradiert. Dem Kahlschlag fielen rund 50.000 Pflegestellen zum Opfer, während die Patientenzahlen seit Einführung der DRGs stetig anstiegen.

Strategisches Ziel der DRG-Einführung war es, eine marktgesteuerte Strukturbereinigung der Krankenhauslandschaft – also Kapazitätsabbau – in Gang zu setzen. Die Zahl der Krankenhausstandorte wie der Klinikbetten ging seit Ende der 1990er Jahre um etwa 15 Prozent zurück, jedoch waren die Betten auch in den Jahren zuvor schon in ähnlichen Dimensionen abgebaut worden.

Der Abwärtsspirale bei den Pflegestellen wurde erst politisch gegengesteuert, als sich Protest formierte. Nach großen Kampagnen in den Jahren 2008/09 und vor der Bundestagswahl 2013 brachten die jeweiligen Regierungen »Pflegeförderprogramme« auf den Weg, die jedoch nicht mit der Marktlogik brachen: Sie waren so angelegt, dass die Krankenhäuser für einen bestimmten Zeitraum zusätzliches Geld erhielten, um zusätzliche Stellen zu schaffen. Nach Auslaufen der Programme wurde das zusätzliche Geld einfach auf die allgemeinen Preise für die Fallpauschalen aufgeschlagen – die Zweckbindung also aufgehoben. Von dem zusätzlichen Geld »im System« profitierten auch diejenigen Krankenhäuser, die gar keine zusätzlichen Pflegekräfte eingestellt hatten.

Da die Förderprogramme die Lage nicht entschärften, organisierte die Gewerkschaft Verdi zahlreiche Streiks für mehr Personal im Krankenhaus. Bundesgesundheitsminister Jens

Spahn (CDU) reagierte und brachte 2018 das »Pflegestärkungsgesetz« in den Bundestag ein. Dies stellt den ersten Ansatz eines Bruchs mit der marktförmigen Steuerung der Krankenhäuser dar. Denn mit diesem Gesetz wurde die Finanzierung der Pflege aus den Fallpauschalen herausgelöst; seitdem werden alle real entstehenden Kosten im Pflegebereich den Krankenhäusern erstattet. Gewinne und Verluste sind damit im Bereich der Pflegefinanzierung nicht mehr möglich. Zugleich wurden sogenannte Personaluntergrenzen eingeführt – also Personalvorgaben für wenige Bereiche, die jedoch von Verdi und den Berufs- und Patientenverbänden als völlig unzureichend kritisiert werden.

Nachdem der Pflegenotstand nicht mehr von der Hand zu weisen war, entdeckten Ideologen flächendeckender Kapazitätsreduzierung in diesem eine Chance, um Bettenabbau weiter zu legitimieren. Den Ton gab 2016 ein Diskussionspapier der Leopoldina (Nationale Akademie der Wissenschaften) vor, wonach Deutschland im europäischen Durchschnitt 35 Prozent zu viel an Bettenkapazitäten habe: »Eine entsprechende Reduktion der Krankenhäuser, vor allem in Ballungsräumen, und die Aufstockung des medizinischen Personals in den verbleibenden Häusern würden zu adäquateren Patienten-Pflegepersonal-Zahlen führen und damit sowohl die Versorgungsqualität deutlich erhöhen als auch Überlastungen beim medizinischen Personal reduzieren.« Die von den Beschäftigten hart erkämpften Personalvorgaben drohen damit zum Argument für den Abbau von Klinikkapazitäten zu werden.

Dieser strategische Schachzug ist wirkmächtig, weil er ein reales Problem adressiert. Die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen hat einen Teufelskreislauf in Gang gesetzt. Viele sind aus der Pflege ganz oder in die Teilzeit geflohen. Diese Menschen kommen nach 20 Jahren Enttäuschung nicht einfach zurück, weil ihnen der Gesundheitsminister versichert, er habe »verstanden«.

Zwar gab es einige Verbesserungen bei der Bezahlung der Pflege, und die Ausbildungskapazitäten werden aktuell ausgebaut. Dies muss zusammen mit weiteren Verbesserungen für die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte aber verstärkt werden. ▶

Die Verschlechterung der Arbeitsbedingungen hat einen Teufelskreislauf in Gang gesetzt.

Der Arbeitsmarkt für Pflegekräfte ist leergefegt. Die seit 2007 erfolgten Personalzuwächse konnten angesichts der weiter steigenden Patientenzahlen lediglich eine weitere Zunahme der Belastung verhindern. Vor diesem Hintergrund hat längst eine wilde Reduzierung von Bettenkapazitäten eingesetzt. Stationen werden ganz oder teilweise geschlossen, weil schlicht kein Personal vorhanden ist.

Eine emanzipatorische Antwort auf dieses Dilemma muss daher thematisieren, wie viel Leistung mit dem aktuellen Personal überhaupt zu erbringen ist. Es wäre möglich, für eine Verschnaufpause im System zu sorgen, wenn Fallzahlen in den Bereichen planmäßig reduziert würden, in denen sogar eher zu viel behandelt wurde und wird. Dafür ist es wichtig zu verstehen, dass ein erlösorientiertes Finanzierungssystem wie die DRGs zu einem Nebeneinander von Unter-, Über- und Fehlversorgung führt.

Denn in einem System, in dem die Leistung dem Geld folgt, werden Leistungen in den Bereichen reduziert, die keinen Erlös bringen (z.B. Pflege), aber in den Bereichen ausgeweitet, in denen Gewinne zu machen sind. So kam es seit Einführung der DRGs zu einem über die medizinische Notwendigkeit hinausgehenden Anstieg von Knie- und Hüftgelenkoperationen. Die ökonomisch bedingte Steigerung wird auch in der offiziellen DRG-Begleitforschung eingeräumt.

Hier wäre also Spielraum für eine planmäßige Reduktion der Fallzahlen, die zunächst keine Rationierung von notwendigen Maßnahmen bedeuten würde. Das Ziel wäre also nicht ein Abbau von Betten, sondern eine zeitweilige Reduzierung der Aufnahme von solchen Patient*innen, bei denen es entweder Alternativen zur Krankenhausbehandlung gibt, oder bei denen längere Wartezeiten erträglich sind. Die Reduzierung eben der Behandlungen, bei denen eine ökonomisch motivierte Leistungsausweitung angenommen werden kann, bedeutet jedoch, genau die Bereiche herunterzufahren, mit denen die Krankenhäuser bisher ihr Geld verdient haben.

Ein solcher Schritt ist aber politisch heikel. Schließlich ginge er einher mit einer Einschränkung aktuell zur Verfügung stehender Gesundheitsleistungen, um diese langfristig durch den entsprechenden Personalaufbau zu sichern. Und in bestimmten Bereichen wie der Geburtshilfe wäre er gar nicht möglich.

Damit die Krankenhäuser sich also auf eine solche Leistungsreduzierung einlassen, müssten ihre Erlösausfälle zumindest so weit kompensiert werden, dass ihnen keine Defizite entstehen. Dies jedoch wäre eine massive Unterhö-

lung des DRG-Systems, dessen Kern ja gerade die Finanzierung pro »Fall« darstellt.

Die aktuelle Corona-Krise verschärft die bestehenden Probleme – und das zum Leidwesen der Beschäftigten und Patient*innen. Aber sie eröffnet – so zynisch dies klingen mag – auch ein politisches Möglichkeitsfenster. Zur Bewältigung der Krise hat die Bundesregierung die Krankenhäuser nicht nur aufgefordert, alle verschiebbaren Behandlungen abzusagen, sondern auch eine Kompensation aller dadurch verursachten Erlösausfälle und Mehrkosten angekündigt. Die Erlösausfälle sollen aus Steuermitteln kompensiert werden, während die Krankenkassen für die Corona-bedingten Mehrkosten aufkommen sollen. Die Erlösorientierung des DRG-Systems ist damit de facto für die nächsten Wochen und Monate suspendiert – und möglicherweise auch langfristig delegitimiert.

Dass diese »Gefahr« von der herrschen-

den Politik durchaus gesehen wird, machte die Auseinandersetzung um die Umsetzung der gemachten Ankündigungen deutlich. Während die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) forderte, das DRG-System bis Ende 2020 auszusetzen, legte das Gesundheitsministerium

ein Gesetz vor, mit dem dieses beibehalten wird, flankiert von einem komplizierten Kompensationssystem für Erlösausfälle und Mehrkosten. Das Ministerium – so scheint es – will den Systembruch unter allen Umständen verhindern. Die Krankenhäuser hingegen befürchten eine massive Ausweitung der Bürokratie.

Nach der Herausnahme der Pflegefinanzierung aus den DRGs sind diese erneut grundsätzlich umkämpft und praktisch delegitimiert. Es ist an den Gesundheitsarbeiter*innen und ihren Organisationen, dieses Möglichkeitsfenster zu nutzen und ihre Beteiligung an einer demokratischen und bedarfsorientierten Steuerung und Finanzierung des Gesundheitswesens einzufordern. In Berlin hat der Regierende Bürgermeister inzwischen eine Bundesratsinitiative zur Abschaffung der DRG angekündigt, nachdem dies in einer Petition von über 4.000 Krankenhausbeschäftigten gefordert wurde.

Es ist an der ganzen Gesellschaft, diese Auseinandersetzung als ihre Auseinandersetzung zu begreifen und die Gesundheitsarbeiter*innen zu unterstützen. Im Kampf um mehr Personal am Berliner Uniklinikum Charité wurde der Slogan »Mehr von uns ist besser für alle« geprägt. In diesem Geist haben die Tarifrunden nach Corona das Potential, zum gesellschaftlichen Plebiszit für eine gute öffentliche Daseinsvorsorge zu werden.

Es ist an der ganzen Gesellschaft, diese Auseinandersetzung als ihre Auseinandersetzung zu begreifen und die Gesundheitsarbeiter*innen zu unterstützen.

»Krankenhaus statt Fabrik«

Den Impuls gab eine Tagung: 2015 gründete sich in Berlin das Bündnis »Krankenhaus statt Fabrik«. Dabei sind u.a. die Organisation Attac, der Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte, drei Landesfachbereiche der Gewerkschaft Ver.di sowie einige PolitikerInnen der Partei Die Linke. Ihr gemeinsames Ziel, laut Selbstdarstellung: »Krankenhäuser sollen Einrichtungen der gesellschaftlichen Daseinsvorsorge sein, keine Wirtschaftsunternehmen. Krankenhausplanung und -finanzierung sind öffentliche Aufgaben, die politischer Planung und Steuerung bedürfen. Wir brauchen eine Bedarfsplanung der Krankenhausversorgung, in die alle Akteure des Gesundheitswesens einbezogen werden.« Seine Positionen beschreibt das Bündnis ausführlich in der Broschüre *Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser. Kritik und Alternativen*. Die 5., auf nun 208 Seiten erweiterte Neuauflage ist im April erschienen, direkt nach dem Vorwort folgt der Beitrag »Das Coronavirus und die deutsche Krankenhausmisere«.

Die Broschüre steht auf der Webseite des Bündnisses zum Lesen und Download bereit: www.krankenhaus-statt-fabrik.de/53187

Gedruckte Exemplare gibt es auch, anzufordern per E-Mail: info@krankenhaus-statt-fabrik.de

Eine politische Konstruktion

Bemerkungen zum Triage-Diskurs in der Pandemie

Karin Michel, Professorin für Ethik im Fachbereich Heilpädagogik und Pflege an der Evangelischen Hochschule in Bochum

Aus der Militärmedizin

Wie können medizinische Ressourcen bei Knappheit in Notfallsituationen gerecht eingesetzt und verteilt werden? Beantworten sollen diese Frage so genannte Triage-Verfahren. Der Begriff der »Triage«, ursprünglich auch bezogen auf die Selektion von Lebensmitteln (französisch »trier« = Auslese), erhielt seine heutige medizinische Bedeutung durch die Militärmedizin. Seit der Wende zum 19. Jahrhundert wurden Regeln für die Behandlung eines hohen Aufkommens von Verwunden der Schlachtfelder formuliert. Die bei unzureichenden Behandlungsmöglichkeiten zum Zuge kommende Regel der Behandlungsdringlichkeit (Schwerstbetroffene zuerst) wurde bald um die Regel der Aussonderung der »hoffnungslosen Fälle« (Todgeweihte werden nicht behandelt) ergänzt. Diese von der Kriegsmedizin entwickelten Kriterien der Behandlungspriorisierung und Aussonderung gelten für Extremsituationen medizinischer Versorgung als Standards: Im Verhältnis wenig medizinisches Personal mit knappen Ressourcen muss eine plötzlich auftretende, in Verhältnis hohe Anzahl von Patienten versorgen, die die gegebenen medizinischen Kapazitäten deutlich übersteigt. Die »Schlachtfeld-Triage« wurde später in die Notfall- und Katastrophenmedizin übernommen.

Angesichts einer möglichen katastrophischen Entwicklung der Coronavirus-Infektionswelle werden Szenarien einer »Triage« (→ *Randbemerkung links*) verstärkt in das Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt. Angemessen, sachgerecht, hilfreich?

Die Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) veröffentlichte Ende März »klinisch-ethische Empfehlungen« zur »Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie«. Gedacht sei das DIVI-Papier für den Fall, »dass auch Deutschland in kurzer Zeit und trotz bereits erfolgter Kapazitätserhöhungen nicht mehr ausreichend intensivmedizinische Ressourcen für alle Patienten zur Verfügung stehen, die ihrer bedürfen«.

Die Fachgesellschaft empfiehlt einen »Entscheidungsbaum«, ausgehend von der Frage: Indikation ja oder nein? Wenn keine Indikation gegeben ist, erfolgt keine Behandlung. Ist eine Indikation z.B. für eine Beatmung gegeben, wird zudem der »Patientenwille« relevant: Wird eine Behandlung abgelehnt, direkt oder per Patientenverfügung, so wird die Beatmung unterlassen oder unterbrochen. Wird sie gewünscht, so greift eine »Ressourcenentscheidung«, die Triage.

Kriterium für die Aufnahme oder Fortführung der Behandlung sollen ihre Erfolgsaussichten sein: Sind diese gegenüber den Aussichten anderer PatientInnen schlechter, so empfehle sich der Therapieverzicht und eine Palliativbehandlung. Sind die Aussichten im Verhältnis besser, so empfehle sich die Durchführung der intensivmedizinischen Maßnahme. Stehen also bei hohem Aufkommen beatmungspflichtiger PatientInnen nicht genug Beatmungsgeräte zur Verfügung, wird »priorisiert« – Menschen, für die eine Beatmung indiziert ist und die eine Beatmung wollen, werden nicht behandelt, weil vorhandene Geräte an die PatientInnen mit den besseren Erfolgsaussichten ausgeteilt werden. Schwere Vorerkrankungen – wie eine dialysepflichtige Niereninsuffizienz oder eine Herzinsuffizienz – können so im Zweifel zu Ausschlusskriterien für eine lebensnotwendige Beatmung werden.

Eine konkrete Situation könnte zwei Corona-Patientinnen betreffen, die auf eine intensivmedizinische Beatmung angewiesen sind. Stünde nur ein entsprechendes Beatmungsgerät zur Verfügung, so wäre dieses dann derjenigen Patientin vorzuenthalten, die hochaltrig, gebrechlich, diabeteserkrankt oder herzinsuffizient ist, weil ihre Therapiechancen deutlich schlechter stünden als die einer jüngeren, nicht von Dia-

betes Betroffenen. Die DIVI-Empfehlung erklärt aber auch: »Aus verfassungsrechtlichen Gründen dürfen Menschenleben nicht gegen Menschenleben abgewogen werden.«

Verfassungsrechtlich ist ein 30-Jähriger nicht wertvoller als ein 90-Jähriger, und auch das Leben eines Menschen mit Vorerkrankung darf nicht als weniger wertvoll angesehen werden als das Leben eines gesunden Menschen. Der Gleichheitsgrundsatz ist auch und gerade auf das Leben und die körperliche Unversehrtheit bezogen, beides ist begründet in der Menschenwürde. Das Gleichheitsgebot schließt eine gesetzliche Regelung für eine Selektion von Behandlungen aus: Das Recht auf Leben kann prinzipiell für niemanden ausgesetzt werden. Zum ändern wird es zu einer vordringlichen Aufgabe, den Lebensschutz für alle auch in Krisenzeiten als »Sozialstaat« zu garantieren – etwa im Ausbau des Gesundheitssystems und in Maßnahmen des Bevölkerungs- und Infektionsschutzes.

Verletzung des Gleichheitsgebotes

Der Eintritt einer Triage-Situation wäre für das verfassungsrechtliche Gleichheitsgebot einer der größten anzunehmenden Skandale: Er würde nicht nur ein gravierendes Versagen der Gesundheitsversorgung anzeigen, er würde auch eklatante Menschenrechtsverletzungen mit sich bringen. Das zuletzt genannte Problem suchen die Empfehlungen der DIVI begründungstheoretisch auszuhebeln: Das utilitaristische Konzept der Lebenswertbestimmung soll durch das rein medizinisch zu bestimmende Kriterium der »klinischen Erfolgsaussicht« ersetzt werden, sofern unausweichliche Notsituationen entstehen, die nicht anderweitig abgefangen werden können.

In der Praxis bedeutet das: Vordringlich zu behandeln sind schwer Kranke, die unbehandelt sterben und mit Behandlung gute Besserungschancen haben. Nachrangig zu behandeln wären leicht Betroffene mit guter Prognose auch ohne Behandlung, aber ebenso schwer Kranke mit schlechten Besserungschancen auch mit Behandlung. Nicht aufgrund der Wertigkeit ihres Alters oder ihrer Lebensdauer würden PatientInnen verglichen – entscheidend seien allein die Prognose des Krankheitsverlaufs und die Heilungschancen.

Das Ziel dieser Vorgehensweise besteht darin, möglichst viele Menschenleben zu retten. Argumentativ stützen sich die DIVI-Empfehlungen darauf, Menschen nicht aktiv nach Kriterien voraussichtlicher Effizienz – etwa durch Altersbeschränkungen – vom Zugang zur Gesundheitsversorgung auszuschließen. Die Bezugnahme ▶

- ▶ auf den Behandlungserfolg soll eine prinzipielle Chancengleichheit ermöglichen.

Individuelethisch bleibt jedoch auch eine solche Begründung der Triage ein Skandal: Sie verleiht einerseits den in Medizin und Pflege Tätigen eine enorme Entscheidungsmacht über Leben und Tod – wobei diese Entscheidungsmacht ihrerseits regiert wird von »Knappheit der Ressourcen«, die Menschen allererst in die Position des Entscheidens drängt und ihnen dabei durch Triage-Regeln bestimmte Ergebnisse vorgibt.

Auch eine nicht-utilitär begründete Priorisierung nimmt im Rückgriff auf Besserungschancen und Notstand aufgrund von Mittelknappheit den Tod behandlungsbedürftiger Menschen in Kauf. Sind PatientInnen beispielsweise von Einschränkungen durch »Gebrechlichkeit« und Vorerkrankungen betroffen, so erscheint deren Behandlung laut Katalog der DIVI insgesamt weniger zielführend: »Indikatoren für eine schlechte Erfolgsaussicht intensivmedizinischer Maßnahmen« sind u.a. der Grad der Gebrechlichkeit, »schwere Komorbiditäten [...] schwere Organ-Dysfunktionen mit prognostisch eingeschränkter Lebenserwartung, z.B. fortgeschrittene Herzinsuffizienz, [...] COPD, [...] fortgeschrittene neurologische Erkrankung, [...] fortgeschrittene Krebserkrankung [...] schwere und irreversible Immunschwäche, Multimorbidität«. Dieser Katalog wirkt – trotz aller ethischen Bemühungen, nicht auf Kriterien der Effizienz zurückzugreifen – von vornherein ausschließend für Menschen mit entsprechenden Einschränkungen.

Das scheinbar ausweglose Dilemma der Triage ist gebunden an eine eingeschränkte Perspektive: In den Allokations- und Priorisierungsdiskursen bleibt das Knappheitskriterium als solches stets unhinterfragt! Die Triage-Diskussion steht dabei nicht allein im Kontext der Medizin, sondern betrifft auch den *gesellschaftlichen Umgang* mit älteren und von Erkrankungen und Einschränkungen betroffenen Menschen. Diese Gruppe wird in der Form der DIVI-Empfehlungen bewusst in einen Knappheitsdiskurs einbezogen, der einerseits behauptet, mit den »Erfolgsaussichten« ein egalitäres und gewissermaßen gruppenneutrales Kriterium für Behandlungschancen im Krisenfall zu eröffnen (»Wir entscheiden nicht nach Alter oder Behinderung«). Andererseits jedoch werden dezidiert ganz bestimmte Patientengruppen bezeichnet, deren Therapieerfolgsaussichten *per se* als niedrig eingestuft werden. Menschen in höherem Alter mit Vorerkrankungen und Behinderungen werden somit zu einer skalierbaren »Risikogruppe«, die im Knappheitsfall mit notfallethischer Legitimation nachrangig versorgt werden darf. Diese auf die Knappheit bezogene Gruppendifinition rechtfertigt allerdings mit der Möglichkeit des Sterbenlassens eine existenzielle und ultimative Form der Exklusion.

Der Weg aus der Triage liegt nicht bei der Verwaltung einer Knappheit, die seit Jahrzehnten in markt- und gewinnorientierten Gesundheitsunternehmen unhinterfragtes Dogma ist. Er liegt nicht bei öffentlichkeitswirksam vorgebrachten Katastrophen-Empfehlungen einer medizinischen Fachgesellschaft. Der Schlüssel liegt vielmehr bei der Gestaltung der Versorgung in Medizin, Pflege und sozialer Versorgung wie auch bei deren allgemeiner Zugänglichkeit. Der Schlüssel liegt zugleich in der Verfügbarkeit von Möglichkeiten einer Infektionsprävention.

Soziale Frage berührt

Die ethische Beurteilung dieses Schlüssels ist im Rahmen individuelethischer Ansätze allein nicht zu bewältigen. Sie gibt vielmehr auf, eine sozialetische und sozialpolitische Perspektive einzunehmen: Die Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen betrifft nicht primär Einzelentscheidungen über Leben und Tod. Sie berührt vielmehr eine soziale Frage: Die aktuellen Thematisierungen von Triage-Szenarien verweisen auf eine Bereitschaft zur Exklusion und Funktionalisierung bestimmter gesellschaftlicher Gruppen. Ältere, erkrankte oder behinderte Menschen werden als defizitbehaftet dargestellt – als Angehörige einer »Risikogruppe« mit schlechten Therapieerfolgschancen, die zum selbstbestimmten Therapieverzicht ermuntert werden sollen. Sie gelten als die »Schwachen und Gefährdeten«. Dieses Bild von Alter und Behinderung wird im Triage-Diskurs trotz egalitärer Anstrengungen zugleich bemüht und bekräftigt.

Nicht diskutiert werden dagegen die Priorisierungen und massiven Einsparungen im Gesundheitswesen, denen zur Krisenbewältigung mit einem umfangreichen gesellschaftlichen Ausbau der Hilfssysteme begegnet werden kann, wozu insbesondere auch die adäquate Ausbildung und Bezahlung von Fachpersonal gehören muss. Auch sind nicht alle »Alten« gleichermaßen »vulnerabel«: Gesundheit und Lebensdauer von Menschen sind in hohem Maße abhängig von ihrem Einkommen und ihrer sozialen Stellung.

Die COVID-19-Erkrankung ist auch ein gesellschaftliches Phänomen: In den USA sind Menschen afro-amerikanischer Abstammung in besonderem Maße von der Corona-Sterblichkeit betroffen. Viele leiden unter Vorerkrankungen wie Diabetes; sie haben keinen adäquaten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung oder zu einem »Social Distancing«, etwa im Home-Office. Vergleichbares gilt für Länder wie Brasilien, Indien oder Südafrika.

Ressourcenknappheit, die Triage rechtfertigen soll, ist keine Naturgegebenheit. Sie ist eine politische und soziale Konstruktion – und stets zu hinterfragen, wenn über Verteilungsgerechtigkeit von Gesundheitsleistungen verhandelt wird. 🌐

»Mensch ist Mensch«

Die »Triage«-Empfehlungen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) haben Proteste provoziert, vor allem von Behindertenorganisationen. Die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben (ISL) und der Verein Netzwerk Artikel 3 erklärten gemeinsam am 31. März: »Behinderung darf kein Kriterium bei Priorisierungs-Entscheidungen sein.« Bei allen Maßnahmen und Empfehlungen zu Covid-19 sei eine »breite gesellschaftliche Diskussion« notwendig, wobei die Betroffenen und ihre Organisationen einbezogen werden müssten. Triage-Überlegungen seien auch »vor dem Hintergrund der in den letzten Jahren verschärften Ökonomisierung des Gesundheitswesens in Deutschland und dem bekannten »Pflegernotstand« zu betrachten«.

Das Forum behinderter Juristinnen und Juristen positionierte sich zum DIVI-Triage-Papier wie folgt: »Die Empfehlungen der Fachverbände leisten indes verfassungswidrigen Entscheidungen Vorschub. Sie sind zurückzuziehen.« Die 7-seitige juristische Stellungnahme des Forums, mehrere Video-Botschaften von Betroffenen und weitere kritische Kommentare zu den Triage-Empfehlungen stehen auf der Internetseite <https://abilitywatch.de/menschistmensch>. Die Kampagne »Mensch ist Mensch« wurde von der Aktionsplattform Ability-Watch gestartet, ihre Haltung erklärten die InitiatorInnen am 14. April in einer Pressemitteilung: »Es geht nicht darum, dass in einem Fall von Ressourcenknappheit eine Entscheidung für oder gegen eine*n Patient*in getroffen werden muss. Aber es geht darum, dass keine willkürlichen und strukturell diskriminierenden Entscheidungen getroffen werden.«

Vorschau

Themen im September

➤ Schwerpunkt

**Biomaterialbanken
und Patientendaten**

- **Wissenschaftskommunikation
PR und Journalismus**
- **Pharmasponsoring
Transparente Selbsthilfe?**

Veranstungstipps

Das politische Corona-Krisenmanagement hat Kulturevents, Tagungen und Kongresse hierzulande seit Mitte März weitgehend zum Erliegen gebracht. Als »Ersatz« wurde VeranstalterInnen empfohlen, doch bitte digitale Formate wie Webinare, Videokonferenzen, Internetübertragungen anzubieten – was manche taten, aber diejenigen Menschen von vorneherein von der Teilnahme ausschließt, die derartige Techniken nicht nutzen können oder wollen. Zwar deuteten diverse Bundesländer Anfang Juni an, dass es auch im Kultur- und Veranstaltungsbereich bald »Lockerungen« geben werde. Verbindlich zu planen, ist derzeit allerdings schwierig: Die Organisation größerer Veranstaltungen, mit Einladung von ReferentInnen und Buchung von Tagungsstätten, setzt Verlässlichkeit voraus und beginnt in der Regel viele Monate vor dem eigentlichen Ereignis.

Die Ungewissheit spiegelt sich auch in unserem Kalender: Gerade mal vier interessante Termine, allesamt vorgesehen im Herbst, standen bei Redaktionsschluss recht sicher fest. Wer teilnehmen möchte, sollte vorsichtshalber bei den VeranstalterInnen nachfragen, ob es so bleibt wie angekündigt. Wer sich – nicht nur in Corona-Zeiten – auf dem Laufenden halten will, sollte außerdem die Veranstaltungstipps auf der BioSkop-Homepage anschauen, online zu lesen auf: www.bioskop-forum.de

Fr. 23. Oktober – So. 25. Oktober
Berlin (Refugio, Lenustraße 3-4)

➤ **Menschenrechtstribunal** Tagung

»Das innenpolitische Klima gegenüber Geflüchteten hat sich zunehmend verschlechtert«, beobachtet ein Bündnis mehrerer Organisationen, darunter medico und die Ärzteverbände VDÄÄ und IPPNW. »Vermehrt werden kranke, traumatisierte und schwangere Personen abgeschoben. Diese Praxis ist mit dem Menschenrecht auf Gesundheit unvereinbar.« Bewusstsein schaffen und Veränderungen anstoßen soll ein öffentliches Tribunal, veranstaltet vom Bündnis in Form einer »symbolischen Verhandlung«.
Infos online: www.ippnw.de/commonFiles/pdfs/Tribunal_A4.pdf

Sa. 7. November, 17 Uhr
Dresden (Deutsches Hygiene-Museum,
Lingnerplatz 1)

➤ **FemHealth2020** Fachtag

Wie beeinflusst Digitalisierung den Umgang von Frauen mit Gesundheit und Krankheit? Welche Chancen bringt Digitalisierung in der Medizin, wo liegen Risiken und Nachteile? Welche Geschlechterstereotype finden sich in Algorithmen und frauenspezifischen Apps? Fragen, die der Arbeitskreis Frauengesundheit (AKF) beim Fachtag diskutiert. Programm und Referentinnen sind noch in der Planung.
Infos beim AKF, Telefon (030) 86393316

Sa. 14. November, 11 – 20.30 Uhr

Landsberg am Lech (Historischer Rathaussaal,
Rathaus)

➤ **40 Jahre IPPNW** Kongress

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

Do. 26. November, 17 Uhr
München (Astallerstraße 14)

➤ **Gesundheit, Krankheit, Krankenkassen** Vortrag und Gespräch

Welche Rechte und Möglichkeiten haben Menschen mit geringen finanziellen Mitteln, wenn es um ihre gesundheitliche Versorgung geht? Hilfreiche Auskünfte gibt Adelheid Schulte-Bocholt, Patientenberaterin im Gesundheitsladen München. Ihr Vortrag thematisiert zum Beispiel Leistungsansprüche von Versicherten, Zuzahlungen, Belastungsgrenze und Härtefallregelung, auch Wissenswertes zur zahnärztlichen Versorgung und zum Zahnersatz. Interessierte sind herzlich willkommen, ihre Fragen sind ausdrücklich erwünscht.

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:

.....

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

.....

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